ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์

ของ

พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา
พฤษภาคม 2553

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์

ของ

พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา
พฤษภาคม 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา
พฤษภาคม 2553

พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พาสนา จุลรัตน์.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยจำแนกปัจจัยที่ศึกษาเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่ อายุ บุคลิกภาพ สุขภาพจิต และอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์ และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ของโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 26 มีนาคม 2553) จำนวน 120 คน ซึ่งใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ สุขภาพจิต (X_4) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ บุคลิกภาพ (X_3)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ (X_5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว (X_6) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (X_9) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ อายุ (X_1)

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (X_2) ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว (X_7) และลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล (X_8)

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ปัจจัยโดยเรียงลำดับจากปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดไปหาปัจจัยที่ส่งผลน้อยที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (X_9) สุขภาพจิต (X_4) และบุคลิกภาพ (X_3) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 39.40

5. สมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร มีดังนี้

5.1 สมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในรูปคะแนนดิบ ได้แก่

$$\hat{Y} = 3.769 - .635\ X_9 + .329X_4 + .022X_3$$

5.2 สมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้แก่

$$Z = -.440\ X_9 + .394X_4 + .223X_3$$

FACTORS AFFECTING ON ANXIETY TOWARDS FAMILY OF AIDS PATIENTS AT DR. PANYA GENERAL HOSPITAL IN SUANLUNG DISTRICT, BANGKOK

AN ABSTRACT

BY

PORNPAWEE KAEWNOPPARAT

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education Degree in Educational Psychology
at Srinakharinwirot University
May 2010

Pornpawee Kaewnopparat. (2010). *Factors Affecting on Anxiety Towards Family of Aids Patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok.* Master's Project, M.Ed. (Educational Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Assist. Prof. Dr. Pasana Chularut.

The purposes of this research were to study the factors affecting on anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok .The factors were divided into 3 dimensions, first of them was personal factor: age, personality, mental health and self-concept, second of them was family factor: economic level, interpersonal relationship between patients and their family members and responsibility for family members and third of them was hospital environment factor: physical hospital environment, interpersonal relationship between patients and medical personal in hospital.

The 120 samples were aids patients purchasing health of Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok. and registered National Access to Antiretroviral Program for PHA (NAPHA) since 1st October 2008 to 26th March 2010 .The instruments were questionnaires of factors affecting on anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok .The data was analyzed by using the Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results were as follows :

1. There were significantly positive correlation between anxiety towards family of aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok and 1 factor: mental health (X_4) at .01 level. There were significantly positive correlation between anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok and 1 factor: personality (X_3) at .05 level.

2. There were significantly negative correlation between anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok and 3 factors: self-concept (X_5), interpersonal relationship between patients and their family members (X_6) and interpersonal relationship between patients and medical personal in hospital (X_9) at .01 level. There were significantly negative correlation between anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok and 1 factor: age (X_1) at .05 level.

3. There was no significantly correlation between anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok and 3 factors: economic level (X_2) responsibility for family members (X_7) and physical hospital environment (X_8).

4. There were significantly 3 factors affecting on anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok at .01 level ranking from the most affecter to the least affecter. These were interpersonal relationship patients and medical personal in hospital (X_9), mental health (X_4) and personality (X_3). These 3 factors could predict anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok about percentage of 39.40.

5.The significantly predicted equations of affecting on anxiety towards family of Aids patients at Dr. Panya General Hospital in Suanlung District, Bangkok at .01 level were as follows :

5.1 In terms of raw scores were:

$$\hat{Y} = 3.769 - .635\ X_9 + .329X_4 + .022X_3$$

5.2 In terms of standard scores were:

$$Z = -.440\ X_9 + .394X_4 + .223X_3$$

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบได้พิจารณาสารนิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ของ พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พาสนา จุลรัตน์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....

(รองศาสตราจารย์ เวธนี กรีทอง)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พาสนา จุลรัตน์)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ เวธนี กรีทอง)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. องอาจ นัยพัฒน์)

วันที่ …… เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์นธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พาสนา จุลรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ เวธนี กรีทอง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา กรรมการสอบปากเปล่าสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนวคิด และข้อเสนอแนะ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้า จนกระทั่งสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ เวธนี กรีทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรหมธิดา แสนคำเครือ และอาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ในภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ชีวิตแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานที่คอยให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา ที่ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณ คุณศรัณย์ รื่นณรงค์ และ คุณศรุดา โตษยานนท์ ผู้ซึ่งเป็นทั้งน้องและเพื่อนสนิท ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ร่วมทุกข์ร่วมสุขตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบคุณกลุ่มเพื่อนสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาทั้งในและนอกเวลาราชการ

ขอขอบคุณ คุณวิฑูรย์ วิสัชนา ผู้ซึ่งเป็นดั่งกัลยาณมิตรและเพื่อนคู่คิด ที่คอยให้กำลังใจในเวลาที่ท้อแท้ ให้ความช่วยเหลือในทุกๆ เรื่อง คอยห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บุคคลผู้ซึ่งเป็นที่รักของผู้วิจัยมากที่สุด คือคุณพ่อชะเอื้อม คุณแม่แฉล้ม เหล่าแช่ม ผู้ซึ่งเปรียบประดุจครูคนแรกที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ คุณธรรมความดีงามในการดำเนินชีวิต พี่สาวและพี่ชายคือ คุณนพภา คำภูมี คุณอัญชี พัฒมุข และ ดต.นิรัญ เหล่าแช่ม ผู้ซึ่งเป็นเหมือนบิดา มารดาคนที่สอง ในการช่วยเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนและให้โอกาสทางการศึกษา ทั้งกำลังใจ กำลังทรัพย์ และคอยให้ความห่วงใยผู้วิจัยตลอดมา ซึ่งทุกๆท่านทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในชีวิต และทำให้งานวิจัยออกมาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คุณค่าของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สมาชิกทุกคนในครอบครัว ผู้ป่วย และผู้มีพระคุณทุกท่านที่เป็นแรงบันดาลใจให้กับชีวิตผู้วิจัยเสมอมา ตลอดจนบูรพาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิทยาการความรู้ ให้กับผู้วิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน

พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ**	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
	ความสำคัญของการวิจัย	3
	ขอบเขตของการวิจัย	3
	นิยามศัพท์เฉพาะ	4
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
	สมมติฐานของการวิจัย	9
2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	10
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว	10
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว	20
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์	53
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร	71
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	75
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	75
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	75
	วิธีการสร้างเครื่องมือ	75
	การหาคุณภาพเครื่องมือ	88
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	90
	การวิเคราะห์ข้อมูล	90
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	90
4	**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**	92
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	92
	การวิเคราะห์ข้อมูล	93
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	94

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
5	**สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ**	98
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	98
	สมมติฐานของการวิจัย	98
	ขอบเขตของการวิจัย	98
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	99
	การวิเคราะห์ข้อมูล	100
	สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	100
	อภิปรายผลการวิจัย	101
	ข้อเสนอแนะ	110
	ข้อเสนอแนะทั่วไป	111
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	111
บรรณานุกรม		113
ภาคผนวก		125
ภาคผนวก ก		126
ภาคผนวก ข		142
ภาคผนวก ค		150
ประวัติย่อผู้วิจัย		154

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงรูปแบบปัญหาทางจิตใจเนื่องจากโรคเอดส์	61
2	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร	94
3	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร	95
4	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร	96
5	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis)	97
6	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของแบบสอบถามบุคลิกภาพ	143
7	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของแบบสอบถามอัตมโนทัศน์	144
8	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว	145
9	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว	146
10	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของลักษณะทางกายภาพภายในโรงพยาบาล	147
11	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล	148
12	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว	149

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ **หน้า**

1 แผนภาพแสดงส่วนประกอบของอัตมโนทัศน์..... 31

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรง ที่แพร่ระบาดอยู่ทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีเพียงแต่การยับยั้งไม่ให้เชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกายโดยการใช้ยา สุดท้ายผู้ป่วยก็ต้องเสียชีวิตด้วยกันทั้งหมด จากจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ.2547 องค์กรยูเอ็นเอดส์ (UNAIDS) ได้ประกาศว่าตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคนี้มาเป็นเวลาเกือบ 20 ปี มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 39.2 ล้านคน (สมภพ เรืองตระกูล. 2548: คำนำ) สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2547 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคเอดส์ ถูกรายงานทั้งสิ้นจำนวน 322,565 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 74,359 คน (กรมควบคุมโรค. 2549: 15)

เนื่องจากโรคเอดส์มีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ไปตลอดชีวิต ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านร่างกายที่มาจากโรคแทรกซ้อน และจากอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากในการดำเนินชีวิต จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเอดส์เป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาใหญ่ที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ เนื่องจากกระทบต่อสุขภาพประชาชนโดยตรง (สมจิต หนุนเจริญกุล. 2545: 95) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นวิกฤติการณ์หนึ่งที่สำคัญของประเทศนั้นๆ จะต้องเผชิญ เพราะโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังและยังไม่มีวิธีการรักษาให้หาย ผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ซับซ้อนหลายรูปแบบ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงทั้งต่อสภาพจิตใจ และการปรับตัวในการดำเนินชีวิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของโรค (สมภพ เรืองตระกูล. 2548: 43)

ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่รักษาไม่หาย ความกดดันทางด้านจิตใจจากความเศร้าโศกเสียใจ (grief) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ อาจเริ่มต้นด้วยความรู้สึกช็อกและปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ซึ่งอาจมีความรู้สึกผิด โกรธหรือเศร้าเสียใจตามมา จากนั้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกต่างๆเหล่านี้เปลี่ยนไปมาระหว่างโกรธ รู้สึกผิด สงสารตัวเองและวิตกกังวล กับการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง (สมภพ เรืองตระกูล. 2548: 51) รวมถึงการสูญเสียสัมพันธภาพและบทบาทจากการเป็นสมาชิกในครอบครัวและสังคม การถูกแบ่งแยกจากคนรอบข้าง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มักเป็นผู้มีความสนใจผู้อื่นน้อย หลีกเลี่ยงการติดต่อกับสังคม กลายเป็นคนหมกมุ่นกับตัวเอง ห่างเหินจากครอบครัวและสังคม เกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นคงต่อชีวิตของตนเองที่ต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามาซึ่งมีผลกระทบต่อเนื่องไปจนถึงคุณภาพชีวิตของประชากร ความมั่นคงของประเทศชาติ ฉะนั้นจึงต้องการความร่วมมือจากบุคลากรหลายๆฝ่าย ในการให้ความรู้การป้องกันตนเอง ตลอดจน

ให้การดูแลและสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถดำรงชีพในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ในสังคมอย่างผาสุก (สมจิต หนุนเจริญกุล. 2545: 95)

จากการที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร มาเป็นเวลา 4 ปี ได้สังเกตและมีโอกาสให้บริการผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ามารับการรักษา ได้รับรู้ความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยมาโดยตลอด จึงได้ทำการสำรวจปัญหาเบื้องต้นกับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 26 มีนาคม 2553 โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ สอบถามผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

คำถามข้อที่ 1 ถามว่า “ ขณะนี้ท่านคิดว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง ” ผลการสำรวจปัญหา โดยเรียงลำดับจากปัญหาที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุด พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีความวิตกกังวลต่อครอบครัว ได้แก่ กลัวเป็นภาระให้กับครอบครัว กลัวคนในครอบครัวรังเกียจ และกลัวครอบครัวทอดทิ้ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 มีความวิตกกังวลต่อสังคม ได้แก่ กลัวถูกรังเกียจจากคนในสังคม และกลัวถูกรังเกียจจากคนรอบข้างที่รู้ว่าเป็นโรคเอดส์ และจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 มีความวิตกกังวลต่อตนเอง ได้แก่ ท้อแท้หมดกำลังใจ และรู้สึกไร้ค่าไม่มีประโยชน์

คำถามข้อที่ 2 ถามว่า “ จากปัญหาในข้อที่ 1 ท่านคิดว่าเกิดจากสาเหตุใด ” ผลการสำรวจปัญหา โดยเรียงลำดับจากปัญหาที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุด พบว่า ความวิตกกังวลต่อครอบครัวมีสาเหตุมาจาก ไม่สามารถหาเงินมาช่วยเหลือเพื่อเลี้ยงครอบครัวได้เต็มที่ เป็นโรคร้ายน่ารังเกียจ คนในครอบครัวกลัวติดโรคร้ายไปด้วย และเป็นภาระให้กับครอบครัวซึ่งต้องเสียเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งๆที่รักษาไม่หาย ความวิตกกังวลต่อสังคม มีสาเหตุมาจาก ถูกมองว่าสำส่อน เป็นพวกลักเพศ และความวิตกกังวลต่อตนเอง มีสาเหตุมาจาก ท้อแท้หมดกำลังใจ รู้สึกไร้ค่าไม่มีประโยชน์ และเป็นโรคร้ายน่ารังเกียจ รักษาไม่หายต้องเป็นภาระให้กับครอบครัว

จากผลการสำรวจปัญหาเบื้องต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) (ตั้งแต่1 ตุลาคม 2549 ถึง 26 มีนาคม 2553) มีปัญหาทางด้านความวิตกกังวลต่อครอบครัวมากที่สุด เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความกลัวที่จะเป็นภาระให้กับสมาชิกในครอบครัว กลัวสมาชิกในครอบครัวรังเกียจ และกลัวสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจจนเกิดเป็นความกลัว ซึ่งความกลัวเหล่านี้จะก่อเป็นความไม่สบายใจ ดังที่ ลักขณา สริวัตน์ (2545: 70) กล่าวว่า ความวิตกกังวล(Anxiety) เป็นความรู้สึกชนิดหนึ่งที่ไม่สบายใจ ซึ่งจะออกมาในรูปของความกลัว (Fear) ดังนั้นความกลัว และความหวาดหวั่นของผู้ป่วยโรคเอดส์จะเกิดเป็นความวิตกกังวลซึ่งเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคนอื่นๆ (2549: 96) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์พื้นฐานทางจิตใจและเป็นส่วนหนึ่งของ

อารมณ์อื่นๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์และโทษ ซึ่งความวิตกกังวลในระดับต่ำ เป็นตัวกระตุ้นที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ช่วยให้มีแรงจูงใจ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆให้สำเร็จลุล่วง ในขณะที่ความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรงจะก่อให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในตัวบุคคลลดลง สภาพอารมณ์ที่อึดอัดเหล่านี้ ทำให้บุคคลพยายามปรับตัวหลายลักษณะทั้งปกติและผิดปกติซึ่งอาจรุนแรงกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางนโยบาย ในการแก้ปัญหาความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์ และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ของโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 26 มีนาคม 2553) จำนวน 120 คน ซึ่งใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่

1.1.1 อายุ

1.1.2 บุคลิกภาพ

1.1.3 สุขภาพจิต

1.1.4 อัตมโนทัศน์

1. 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่

1.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

1.2.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

1.2.3 ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

1.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้แก่

1.3.1 ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล

1.3.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

2.ตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะออกมาในรูปของเหตุการณ์ข้างหน้าที่ยังไม่เกิดขึ้น ได้แก่ กลัวเป็นภาระให้กับสมาชิกในครอบครัว กลัวสมาชิกในครอบครัวรังเกียจ และกลัวสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความวิตกกังวลที่แสดงออกทางร่างกาย ได้แก่ แน่นหน้าอก หัวใจหรือชีพจรเต้นเร็ว มือเท้าเย็น เหงื่อออกมากกว่าปกติ ปัสสาวะบ่อย รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ และนอนไม่หลับ

1.2 ความวิตกกังวลที่แสดงออกทางจิตใจ ได้แก่ กระวนกระวายใจ คิดมากฟุ้งซ่าน กระสับกระส่าย ขาดสมาธิ หงุดหงิดง่าย ตกใจง่าย และขาดความมั่นใจ

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว หมายถึง สิ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่ อายุ บุคลิกภาพ สุขภาพจิต และอัตมโนทัศน์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบันตามปฏิทินสากล ของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ามารับการรักษา และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ของโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยขึ้นทะเบียนตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 26 มีนาคม 2553

2.1.2 บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่แสดงออกมาหรือตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีบุคลิกภาพแตกต่างจากบุคคลอื่น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งตามแบบสำรวจการกระทำกิจกรรมของเจนกินส์ (Jenkins' Activity Survey) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

2.1.2.1 บุคลิกภาพแบบเอ ได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความรีบร้อน ชอบแข่งขัน ชอบทำงานให้ได้มากๆ ในเวลาน้อย มีความรู้สึกว่าเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็ว มีความมานะพยายามในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จ ชอบฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผล ชอบทำงานด้วยความรวดเร็ว ทนไม่ได้กับการทำงานที่ล่าช้าและไม่ชอบการรอคอย

2.1.2.2 บุคลิกภาพแบบบี ได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความเฉื่อยชา ไม่รีบร้อน ไม่ทะเยอทะยาน ไม่มุ่งเอาชนะ มีความสงบเสงี่ยม มีความผ่อนคลาย ไม่ก้าวร้าว มีลักษณะเรื่อยๆ เฉื่อยๆ ชอบการพักผ่อน ดำเนินชีวิตแบบง่ายๆ ไม่ชอบฝ่าฟันอุปสรรคและไม่ชอบทำงานในเวลาอันรีบด่วน

2.1.3 สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีต่อตนเอง ผู้อื่น และสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งมีความสามารถในการเผชิญต่อสภาพการณ์ต่างๆ โดยการแสดงออกทางกาย ทางอารมณ์ และการปรับตัวในสังคม ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและอย่างเหมาะสม โดยวัดจากการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต ไทย จี เอช คิว 60 (Thai GHQ 60 – Thai General Health Questionnaire 60) ของเดวิดโกลท์เบอร์ก (David Goldberg) แปลเป็นภาษาไทยโดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ

2.1.4 อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีต่อตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสามารถ และด้านสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.4.1 ด้านร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีต่อตนเองในด้านรูปร่างหน้าตา น้ำหนัก ส่วนสูง บุคลิกลักษณะต่างๆ และการแต่งกาย

2.1.4.2 ด้านความสามารถ ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีต่อความสามารถของตนเองในด้านกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.1.4.3 ด้านสังคม ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีต่อการประเมินค่าของตนเองในด้านการเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง รายได้ของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับรวมกันเป็นรายเดือน

2.2.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัว และการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.2.1 การปฏิบัติตนของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การแสดงความรัก ความห่วงใย การยอมรับและเคารพกฎระเบียบภายในครอบครัว การช่วยเหลือภาระงานภายในครอบครัวด้วยความเต็มใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น รับรู้เรื่องราวต่างๆ ในครอบครัว และการไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัว

2.2.2.2 การปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย ได้แก่ การแสดงความรักความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ และไว้วางใจในการทำกิจกรรมภายในครอบครัวของผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำทั้งในด้านส่วนตัว ด้านความเจ็บป่วย และด้านการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

2.2.3 ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว หมายถึง งานหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ และรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวในแต่ละเดือน ได้แก่ การดูแลสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย การดูแล บิดามารดา สามีภรรยา บุตรธิดา ญาติพี่น้อง และการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัว ได้แก่ ค่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าอาหาร และค่าเล่าเรียนของบุตร

2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล และ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล หมายถึง ลักษณะทั่วไป และสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล ที่เอื้อต่อการมารับบริการของผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ สถานที่ในการตรวจรักษา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1.1 สถานที่ในการตรวจรักษา ได้แก่ ขนาดและบรรยากาศของสถานที่ในการนั่งรอและตรวจรักษาเพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่มารับบริการ มีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก มิดชิด และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย

2.3.1.2 อุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ ความพร้อมของปริมาณอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจรักษา ต่อจำนวนผู้ที่มารับบริการมีเพียงพอ พร้อมสำหรับใช้งาน มีความทันสมัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพตรงตามวัตถุประสงค์ในการใช้ตรวจรักษา

2.3.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และการปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

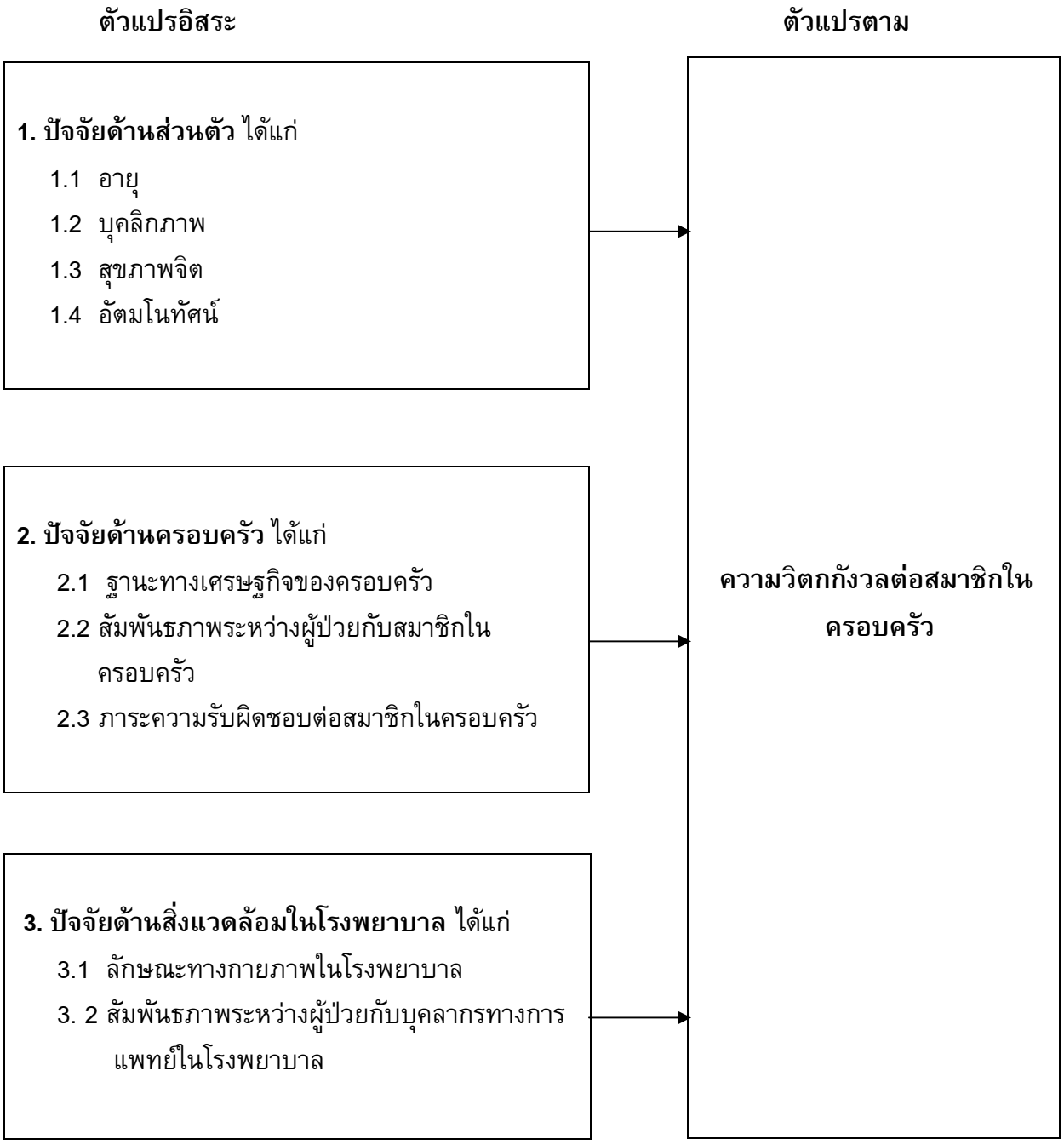
2.3.2.1 การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ได้แก่ การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล ด้วยความเต็มใจ ยกย่องให้เกียรติ มีท่าทีที่เป็นมิตร ให้ความไว้วางใจ ยอมรับการตรวจรักษาและการปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์

2.3.2.2 การปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยโรคเอดส์ จากแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจด้วยความเต็มใจ มีท่าทีที่เป็นมิตร ให้การยอมรับผู้ป่วยและญาติ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยกิริยามารยาทที่อ่อนโยนและอบอุ่น

3. ผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ของโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 26 มีนาคม 2553

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า



ปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่ อายุ บุคลิกภาพ สุขภาพจิต และอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากร

ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว
   1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว
   1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว
   2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว
   2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์
   3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์
   3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

1.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์อย่างหนึ่ง ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเรียนรู้จิตวิเคราะห์ และเป็นบุคคลิกภาพอย่างหนึ่งของบุคคล ได้มีผู้นิยามความหมายและสาเหตุของความวิตกกังวลไว้มากมาย ดังนี้

ฟรอยด์ (Freud. 1978: 96) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะหนึ่งของอารมณ์ (Emotion) ที่เกิดจากกระบวนการของการที่จิตใต้สำนึกซึ่งเป็นความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ ระหว่างการตอบสนอง ความต้องการของตนเองหรือมโนคติที่มีต่อตนเอง (Ego) กับสภาพความต้องการโดยธรรมชาติ (Id)

ไลคอฟฟ์ (ละออ ชูดวง. 2546: 9; อ้างอิงจาก Rycroff. 1978) กล่าวว่า ความรู้สึกกังวลเป็นความรู้สึกเตรียมพร้อมเมื่อเผชิญกับบางสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ภาวะเช่นนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และยังไม่สามารถกำจัดสิ่งนั้นได้ เนื่องจากยังไม่ได้เกิดขึ้นจริง หากสิ่งนั้นเกิดขึ้นแล้วหรือบุคคลรับรู้อย่างชัดเจนแล้ว ความวิตกกังวลก็จะหมดไปเพราะไม่ต้องเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาแล้วเหลืออยู่แต่การลงมือปฏิบัติจริง และภาวะอารมณ์อย่างอื่นจะเข้ามาแทนที่ความกังวล ไลคอฟฟ์ยังเชื่อว่าเมื่อ

ความวิตกกังวลเกิดกับสิ่งที่บุคคลไม่รู้จักย่อมแสดงว่าประสบการณ์ใหม่ทั้งหลายก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ทั้งสิ้นไม่ว่าประสบการณ์นั้นจะน่าพึงพอใจหรือไม่ก็ตาม

ซุง และคาวีนา (ศกลวรรณ กาญจนภักดิ์. 2549: 49; อ้างอิงจาก Zung; & Cavenar. 1980) ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจหรือมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และด้านสรีระวิทยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย หวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เกิดขึ้นได้แก่ ตัวสั่น ใจสั่น ปวดศีรษะ และปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

ลักขณา สริวัฒน์ (2544: 109) กล่าวว่า ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นความไม่สบายใจซึ่งจะออกมาในรูปของความกลัว (Fear) เช่น กลัวสอบเรียนต่อมหาวิทยาลัยไม่ได้ กลัวสอบตก กลัวเรียนจบออกมาแล้วไม่มีงานทำ ซึ่งความกลัวเหล่านี้จะก่อให้เกิดความไม่สบายใจซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากสิ่งเร้าภายนอกและภายใน เช่น ค่านิยม ความเชื่อถือ และสภาพสังคมเศรษฐกิจ

มาโนช หล่อตระกูล; และคนอื่นๆ (2548: 161) กล่าวว่า ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป เมื่อมีความเครียดมากระทบ ในคนที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกสับสน เครียด กังวล วิตก ตื่นเต้น ไม่มีความสุข ควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น มือสั่น ตัวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปั่นป่วนในท้อง แน่นหน้าอก ลุกลี้ลุกลน

วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา (2549: 163) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึงอารมณ์ที่ไม่มีความสุข เป็นความกลัวที่มีความหวาดหวั่นต่อสถานการณ์ เกิดจากความคิดและจินตนาการในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง เพราะคนเราทุกคนต่างมีความวิตกกังวลในสถานการณ์และ ปัญหาในทุกสถานการณ์ บุคคลเหล่านี้จะขาดความสุข กลายเป็นคนคิดมาก ไม่มั่นใจในตนเอง มีแต่ความไม่พร้อมทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าจะต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมเดิมคุกคามซ้ำอีก

จากแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลได้เริ่มต้นอธิบายด้วยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม; และคนอื่นๆ. 2549: 96; อ้างอิงจาก Freud; cite in Taylor. 1993) ซึ่งกล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่มีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียดยุ่งยาก และไม่เป็นสุข ที่เกิดจากแรงผลักดันภายในอิด (Id) ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อซุปเปอร์อีโก้ (Superego) ทำให้เกิดปฏิกิริยา “สู้หรือหนี” (Fight or Flight) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์คุกคามนั้นและความวิตกกังวลเป็นเสมือนศูนย์กลางของพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ต่อมา ซัลลิแวน (อุบล นิวัติชัย. 2532: 1111; อ้างอิงจาก Sullivan: 1962) จิตแพทย์ผู้มีความเชื่อในแนวเดียวกับฟรอยด์ อธิบาย เพิ่มเติมว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ก่อความรู้สึกถูกคุมคามศักดิ์ศรีของตน จะทำให้เกิดความวิตกกังวล

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล คือ สภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม ทำให้เกิดเกิดความกดดัน กระวนกระวายใจ ความสนใจและการรับข้อมูลใหม่ลดลง จนก่อเป็นความรู้สึกไม่สบายใจและตึงเครียดของบุคคล ซึ่งจะออกมาในรูปของเหตุการณ์ข้างหน้าที่ยังไม่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ แน่นหน้าอก หัวใจ

หรือชีพจรเต้นเร็ว มือเท้าเย็น เหงื่อออกมากกว่าปกติ ปัสสาวะบ่อย รับประทานอาหารได้น้อย และนอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่าน กระสับกระส่าย ขาดสมาธิ ตกใจง่าย และหงุดหงิดง่าย

1.1.2 ประเภทของความวิตกกังวล

แมคอินไตร์; การ์ดเนอร์ (Macintyre; and Gardner. 199: 87-91) และสโกเวล (Ellis. 1994: 479-480 อ้างอิงจาก Scovel. 1978.) ได้จำแนกประเภทของความวิตกกังวลออกเป็น 3ประเภท คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล ความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล (Trait Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ที่มีอยู่ในตัวบุคคลหรือเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้นๆ บุคคลที่มีความวิตกกังวลประเภทนี้สูงมีแนวโน้มที่จะกลัว หรือหวาดหวั่นในสถานการณ์ทั่วๆไปทุกสถานการณ์ และสามารถรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้ไม่พอใจได้เร็วกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลประเภทนี้ในระดับต่ำ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ ทำลายความทรงจำ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง

2. ความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ (State Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์หรือเกิดขึ้นชั่วคราว มักเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดความไม่พอใจหรือทำให้เกิดความไม่ปลอดภัย ดังนั้นบุคคลที่มีความกังวลซึ่งเป็นลักษณะประจำตัว (trait anxiety) จะมีระดับความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ซึ่งสูงขึ้นในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด

3. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์ (Situation Specific Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะเหมือนกับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล โดยเกิดขึ้นในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เฉพาะ เช่น การพูดในที่สาธารณะ การสอบหรือการวัดผล และการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน

ฉวีวรรณ สัตยธรรม; และคนอื่นๆ (2549: 97-98) แบ่งประเภทของความวิตกกังวลไว้ 3 ประเภทดังนี้

1. ความวิตกกังวลปกติ (Normal Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไป เป็นแรงผลัก ดันให้ชีวิตประสพความสำเร็จ มีผลให้บุกคลตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะแก้ปัญหา การรับรู้ว่องไวและถูกต้อง ความจำและสมาธิดีอารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนจากปกติมากนัก

2. ความวิตกกังวลเฉียบพลัน (Acute Anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิด ขึ้นในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์ ที่ทำไห้เกิดความรู้สึกคุกคาม หรือได้รับอันตราย อาจเรียกว่าภาวะวิตกกังวล (anxiety stage) ซึ่งภาวะทางอารมณ์เหล่านี้จะไปกระตุ้นการทำงานประสาทซิมพาเธติค (Sympathethic) ของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อ เรียกว่าปฏิกิริยา "สู้หรือหนี" เพื่อปรับตัวกับความตึงเครียดหวาดหวั่นนั้น ทำไห้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์และพฤติกรม ซึ่งความรุนแรงและความยาวนานของความวิตกกังวลที่เกิด ขึ้นในแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเพศ วัย วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตและบุคลิกภาพพื้นฐาน อย่างไรก็ตามการถูกกระตุ้นที่ต่อเนื่องยาวนาน และ/ หรือรุนแรง จะมีโอกาสทำ

ให้ลักษณะ หรือโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ ชำรุดเสียหายอย่างถาวร ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ทางกาย และเกิดผลย้อนกลับไปสร้างปัญหาทางจิตเพิ่มมากขึ้น

3. ความวิตกกังวลเรื้อรัง (Chronic Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่เป็นสุข ขาดความมั่นคงปลอดภัยที่แฝงอยู่ในตัวของบุคคลนั้นตลอดกาล ซึ่งอาจเรียกได้ว่าอุปนิสัยวิตกกังวล (trait anxiety) ซึ่งนักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า เกิดจากการถูกฝึกหัดอบรมเลี้ยงดูของครอบ ครัวตั้งแต่เด็ก พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่ขาดความรัก ความเอาใจใส่ มีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม มีลักษณะบุคลิกภาพแบบหวาดวิตก จะถูกถ่ายทอดมายังเด็ก ทำให้มีความอดทนอดกลั้นต่อสิ่งต่างๆ ได้น้อย แอบแฝงเอาความหวาดหวั่นไว้ในจิตใจ และร่วมไปกับความรู้สึกเต็มตื้น โกรธเคือง หรือเกลียดชังไม่เป็นมิตร ซึ่งจะพบว่าเด็กที่มีลักษณะความวิตกกังวลเรื้อรังจะมีความหวาดหวั่น หรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ เมื่อเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ส่วนในวัยผู้ใหญ่บุคคลพวกนี้จะมีอาการอ่อนเพลียง่าย นอนไม่หลับ ไม่สุขสบายในชีวิตประจำวัน หวาด หวั่น และรู้สึกไม่เป็นสุข เมื่อต้องมีสัมพันธภาพทางสังคมจะมี สมาธิสั้น จึงมีผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลลักษณะนี้จะไม่แสดงออกเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะลอยตัวแบบคงที่ เมื่อมีภาวะวิตกกังวลพื้นฐานอารมณ์ที่ถูกเก็บกดไว้ จะเป็นแรงเสริมให้สภาพอารมณ์หวาดวิตกนั้นรุนแรงหรือเพิ่มขึ้น โดยไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของความรู้สึกเหล่านั้นได้

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการกระตุ้นของภาวะกดดันทางจิตใจนี้เกิดขึ้นเพราะบุคคลเกรงว่า ความคาดหวังของตนจะได้รับผลที่ไม่น่าพอใจ ทำให้บุคคลขาดความมั่นใจต่อเหตุการณ์ข้างหน้า ความหวั่นเกรงดังกล่าวเกิดขึ้นจากการปะทะกับสิ่งแวดล้อม และจากความคิดของบุคคลนั้นเอง ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยภายนอก และภายในที่จะบ่งชี้ปฏิกิริยาวิตกกังวลของบุคคล ต่อสถานการณ์ที่กดดันนั้นจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น

1.1.3 สาเหตุของความวิตกกังวล

ลินน์ (ศราวุธ อภัยศิลา. 2552: 13; อ้างอิงจาก Linn. 1980) ได้อธิบายถึงสาเหตุของความวิตกกังวล ดังนี้

1. สาเหตุทางร่างกายและพันธุกรรม ความเชื่อในเรื่องนี้ยังไม่แน่นอน เช่น บางคน เชื่อว่าพวกที่มีรูปร่างผอม สูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ ส่วนมากมีความเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากกว่าอย่างอื่น ความกังวลเป็นสัญญาณที่บอกให้มนุษย์รับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดจากสถานการณ์ต่างๆในแต่ละวัยของชีวิต เช่น กลัวจะสูญเสียความรักจากพ่อแม่ หรือกลัวการพลัดพราก เป็นต้น

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ด้านขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ ลัทธิทางการเมือง กฎหมาย ฯลฯ สิ่งต่างๆเหล่านี้ ล้วนมีผลต่อการพัฒนาการต่างๆของมนุษย์ตั้งแต่วัยเด็กเพราะสังคมและวัฒนธรรมจะถูกถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดู เมื่อสภาพเหล่านี้ถูกเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ก็ย่อมเป็นการคุกคามต่อภาวะจิตใจ อันเป็นผลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.1.4 ระดับของความวิตกกังวล

การแบ่งระดับของความวิตกกังวล ถูกจัดไว้หลายแบบตั้งแต่ 3 ระดับจนถึง 6 ระดับ ซึ่งโดยทั่วไปนิยมแบ่งความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม; และคนอื่นๆ.2549: 98-99)

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับน้อยๆ ที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลมีการมองเห็น การได้ยิน สมาธิและความจำดีขึ้น มีการรับรู้ รวดเร็ว และสามารถจำกัดความสนใจได้เฉพาะเรื่องที่ตนต้องการได้ จึงสามารถเผชิญหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความตื่นตัวและความกระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหาเหล่านี้ มีผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ จึงอาจพบการเปลี่ยนต่างๆ ทางสรีระ อารมณ์และพฤติกรมได้บ้างเล็กน้อย เช่น กล้ามเนื้อโครงสร้างตึงตัวขึ้น รูม่านตาหดลง สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น เคาะโต๊ะ กัดเล็บ หรือหงุดหงิดงุ่นง่าน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยน แปลงนี้จะหายไปในเวลารวดเร็ว โดยสามารถควบคุมและจัดการกับตนเองได้ หรืออาจต้องการให้มีการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเพียงเล็กน้อยก็สามารถควบคุมสถานการณ์ได้

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นมา ซึ่งบุคคลจะมีการรับรู้แคบขึ้น เลือกรับรู้เฉพาะที่ตนเองสนใจและต้องการ ความสามารถในการมอง การได้ยิน หรือการรับสัมผัสต่างๆ ลดลง ถึงแม้ว่าการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาจะยังเหมือนเดิม แต่ประสิทธิภาพในการนึกคิด การตัดสินใจจะไม่ได้ในระดับสูงสุด ทำให้ความสามารถในการแก้ไขหรือการเผชิญปัญหา บางครั้งต้องอาศัยการประคับประคองช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจึงจะสำเร็จลุล่วง การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่พบได้คือ รู้สึกตึงเครียด ใจสั่นระริก สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น มีอาการไม่สบายทางกาย เช่น ปวดศรีษะ ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย เสียงสั่น กระวนกระวาย สีหน้าแสดงถึงความสนใจ หรือกังวลห่วงใยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลระดับปานกลางนี้ นับได้ว่าอยู่ในระดับทำให้เกิดความสร้างสรรค์แก่ชีวิตเช่นเดียวกับความวิตกกังวลระดับต่ำ เพราะจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จหรือได้มาในสิ่งที่ตนปราถนา

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ทำให้บุคคลมีการรับรู้แคบมาก หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป หรือเลือกเฉพาะบางส่วน ทำให้ไม่สามารถจับสาระสำคัญ หรือเชื่อมโยงเหตุการณ์ได้ ความสามารถในการเรียนรู้ และการแก้ไขปัญหาจึงยาก บางรายอาจงุนงง สับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย พูดมากหรือพูดเร็ว เนื้อตัวและเสียงสั่น พฤติกรรมการแสดงออกเป็นลักษณะการตอบโต้อย่างอัตโนมัติ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล อาจพบอาการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง นอนไม่หลับ หัวใจเต้นรัว สัญญาณชีพเพิ่มมากขึ้น ท้องเดิน ท้องผูก มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย เปลี่ยนแปลงเร็ว บางรายต่อต้านไม่ร่วมมือรู้สึกว่าตนใกล้ถึงวาระสุดท้ายหรือใกล้ตาย เป็นต้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic Anxiety) เป็นความวิตกกังวลในภาวะที่บุคคลหวาดหวั่นสุดขีด บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองหรือช่วยเหลือตัวเองได้ การรับรู้แคบมาก หรือไม่มีเลย การรับรู้เสียไปไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ มีความคิดหรือการรับสัมผัสผิดแปลกไป ทำให้อาจมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเกิดขึ้นได้ชั่วขณะ นอกจากนั้น ด้วยพลังงานที่สะสมในร่างกายอย่างมาก จึงทำให้แสดงพฤติกรรมแปลกๆ ที่ปกติไม่เคยกระทำ เช่น ร้องตะโกน กรีดร้อง ต่อสู้ ทำร้าย หรือวิ่งหนีเตลิดไร้จุดหมาย แยกตัว ตกตะลึงแน่นิ่ง ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงสับสนของสัญญาณชีพ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ไม่เป็นระบบ รูม่านตาขยายกว้าง นอนไม่หลับ พูดจาสื่อสารไม่รู้เรื่อง อารมณ์หวาดกลัว โกรธ ก้าวร้าวอย่างรุนแรง เป็น อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และมักพบอาการภาย หลังสงบ ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย สูญเสียกำลังไปอย่างมาก หรืออาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจนคิดทำร้ายตนเอง เป็นต้น

1.1.5 การวัดระดับความวิตกกังวล

เอ็นเดอร์; และเอ็ดเวอร์ด (ละออ ชูดวง. 2546: 15-16; อ้างอิงจาก Endler; & Edward. 1982) กล่าวถึงการวัดระดับของความวิตกกังวลสามารถวัดได้ 4 วิธี ดังนี้

1. การวัดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยดูจากอาการที่แสดงออกทางระบบอัตโนมัติ เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การตึงของกล้ามเนื้อ ความเกร็งของผิวหนัง และการตรวจคลื่นสมอง

2. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามการรายงานตนเอง (Self-Report Questionnaire) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยการตอบแบบสอบถามแล้วนำมาประเมินความวิตกกังวลว่ามีขนาดเท่าใด

3. การวัดโดยการใช้เทคนิคฉายภาพ (Projective Techniques) เช่น แบบวัดของรอชาร์ค (Rorchach) เป็นที่รู้จักกันดีในชื่อ “แบบทดสอบหยดน้ำหมึกของรอชาร์ค” (Rorchach Inkblot Test) ประกอบด้วยภาพที่มีรูปร่างคล้ายหยดหมึกเหมือนกันทั้ง 2 ข้างของภาพ โดยให้ผู้ถูกทดสอบดูภาพแล้วตอบว่าภาพเหมือนหรือคล้ายอะไร โดยอธิบายรายละเอียดของคำตอบที่ให้ด้วย ซึ่งนักจิตวิทยาสามารถศึกษาได้ลึก และเข้าใจถึงจิตไร้สำนึกที่ซ่อนเร้นแฝงอยู่ภายในใจของผู้ถูกทดสอบ (วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. 2549: 252)

4. การวัดโดยสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก โดยการสังเกตอาการที่แสดง ออกซึ่งเป็นปฏิกิริยาสะท้อนจากอารมณ์ภายในจิตใจ เช่น อาการกระสับกระส่าย ลุกลี้ลุกลน ถอนหายใจ พูดเร็วหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ และร้องไห้ เป็นต้น

1.1.6 ผลกระทบของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความวิตกกังวลนั้นๆ ซึ่งสรุปผลของความวิตกกังวล ได้ดังนี้ (ทัพหกาพ พิมพ์วงศ์ทอง. 2550: 18; อ้างอิงจาก สมภพ เรืองตระกูล. 2545)

1. ด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา เป็นผลเนื่องมาจากการเร่งทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อสนองตอบต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นเป็นผลให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอิพิเนฟริน (epinephrine) นอร์อิพิปิเนฟริน (norepinephrilne) และอะดรีโนคอร์ติคอล(adrenocortical) มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนต่างๆ ภายในร่างกายจะทำให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานมากขึ้น ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mild) และระดับปานกลาง (Moderate) ซึ่งจะเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้าถึงระดับสูง (Severe) และระดับรุนแรง (Panic) แล้วจะทำให้ระบบต่างๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แก่ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะลึกและเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกาย และความดันโลหิต ประจำเดือนมีการเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะบ่อย ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก นอนไม่หลับ ม่านตาขยายใหญ่ขึ้น ตัวสั่น เป็นต้น ถ้ามีความวิตกกังวลมากขึ้น การทำงานของระบบต่าง ๆ อาจหยุดชะงักไป (Paralyze) ซึ่งอยู่ในดับรุนแรง (Panic)

2. ด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเกิดความรู้สึกขัดแย้ง และความไม่แน่ใจ ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัด หวาดหวั่นกังวล ไม่สบายใจ หงุดหงิด โกรธ รู้สึกว่าจะมีบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้น และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้ จึงอาจมีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกผิด รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง นอกจากนี้ ยังทำให้หมกมุ่นครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ความจำและความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง ระบบจากความคิดถูกรบกวน บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าของตนเอง

3. ด้านพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกหลายรูปแบบ ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล ไม่อยู่นิ่ง เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น พูดเร็ว เสียงดัง พูดซ้ำๆ และไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ กระสับกระส่าย ไม่อดทน หลบตา พฤติกรรมต่างๆ ดังกล่าวเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV (ทัพหกาพ พิมพ์วงศ์ทอง.2550: 18; อ้างอิงจาก มาโนช หล่อตระกูล; และปราโมช สุคนิชย์. 2546) ได้ระบุว่า ผู้ที่มีความวิตกกังวล จะมีพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับสมาธิและความจำ จะมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน นอนไม่หลับและกระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย ซึ่งบุคคลต้องพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจเอาไว้ ซึ่งการปรับตัวดังกล่าวขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความสามารถ ความรุนแรงของเหตุการณ์ว่ามีความสำคัญต่อผู้นั้นมากน้อยเพียงไร

1.1.7 ความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อาการวิตกกังวลเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยพบได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลตั้งแต่ระยะที่ยังไม่มีอาการของโรคเอดส์ ในระยะที่โรคเป็นรุนแรงอาการวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาจพบว่าเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคซึมเศร้า

1.1.7.1 ลักษณะทางคลินิก

โดยทั่วไปอาการวิตกกังวลพบได้บ่อยในผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคทางกาย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวและหวาดหวั่นวิตกกังวลอย่างมาก และคิดว่าตนกำลังตกอยู่ในสถานการณ์ที่ร้ายแรง ซึ่งจะมากกว่าความเป็นจริง ผู้ป่วยซึ่งติดเชื้อเอชไอวีจะมีระดับความวิตกกังวลสูงมาก เมื่อโรคทรุดลงอาการวิตกกังวลอาจจะยิ่งเป็นมากขึ้น อาการของโรคที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะยิ่งรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร่วมกับขาดการควบคุมตัวเองจะยิ่งหวาด หวั่นวิตกกังวล ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ความละอายใจ และการแยกตัวเองออกมาจากสังคม ล้วนแต่เสริมให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นตลอดเวลา

นอกจากนี้อาการวิตกกังวล อาจเป็นอาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเศร้าโศกเสียใจ แต่เก็บกดเอาไว้หรือความเศร้าใจมาเกิดทีหลัง ผู้ป่วยอาจจะมีอาการซึมเศร้าร่วมไปด้วย ถ้าอาการวิตกกังวลมีอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่เกิดความกลัวและวิตกกังวลง่าย มักจะมีการตอบสนองทางด้านลบ ต่อการตรวจพบว่าผลการทดสอบเลือดเป็นบวก และจะยิ่งกลัวและกังวลมากขึ้น การเสียประสิทธิภาพทางกายหรือการรับรู้การเข้าใจจะยิ่งเพิ่มระดับของอาการวิตกกังวล การตรวจหาอาการนี้ในผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากว่าความกังวลเรื้อรังจะส่งผลร้ายต่อผู้ป่วย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมต่างๆ การศึกษา การทำงานหรือการติดต่อกับผู้คน อาการทางกายที่มักพบร่วมด้วยได้แก่นอนไม่หลับ เบื่ออาหารและพฤติกรรมทางเพศผิดปกติ ผู้ป่วยอาจหันไปใช้สารเสพติด เช่น สุราและยานอนหลับเพื่อช่วยให้สบายใจขึ้น ทำให้เกิดปัญหาซับซ้อน นอกจากนี้อาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเท่าที่ควร เนื่องจากเกรงว่าจะมีการพบอาการใหม่ๆ ของโรค ซึ่งจะยิ่งทำให้ไม่สบายใจเพิ่มมากขึ้น

1.1.7.2 การรักษา

เป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้รักษา ที่จะช่วยลดความรู้สึกตราบาปในการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ การแยกตัวเองและความรู้สึกสับสนต่อการรักษาตัวของผู้ป่วย แพทย์ต้องมีท่าทีน่านับถือและเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยอาการไม่สบายต่างๆ ออกมาโดยง่าย

1. จิตบำบัด ให้การรักษาด้วยวิธีสนับสนุนให้กำลังใจ พฤติกรรมบำบัด แก้ไขการรู้การเข้าใจ ให้การศึกษาและการทำจิตบำบัดระยะสั้น

2. การรักษาด้วยยา ให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines เช่น lorazepam และ alprazolam

จากเอกสารดังกล่าวสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กังวลใจ สับสน ไม่สุขสบายใจ อึดอัดใจ กลัวต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ทั้งที่เกิดขึ้นจริง และจากการคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ที่มีผลต่ออารมณ์อื่นๆ ของบุคคล ซึ่งหากมีความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรงจะทำให้เกิดปัญหา

เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในตัวบุคคลลดลง และอาจทำให้เกิดปัญหาทางจิตประสาทได้ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งความวิตกกังวลของแต่ละคนอาจใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันในการลดความวิตกกังวล และถ้าบุคคลนั้นสามารถแก้ไขความวิตกกังวลได้แล้วบุคคลก็จะกลับสู่สภาวะปกติ สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

1.2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

บูทเลอร์; และคนอื่นๆ (Butler; and orther. 1984: 42-50) ได้ทำการศึกษาพบว่า การรักษาการกลัวทางสังคมโดยวิธีให้เปิดเผยตนเองและการจัดการกับความวิตกกังวลสามารถรักษาการกลัวสังคมได้อย่างมีประสิทธิผล และเมื่อใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันในการรักษา จะให้ผลที่ดีกว่า

อัสสัน; และดักลัส (Hassan; & Douglas. 1990: 2) ได้ทำการศึกษาและพบว่าสิ่งที่มารบกวนจิตใจของผู้ป่วยเอดส์อย่างรุนแรง ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า

สเตรโลว์; และแคมป์แมน (Strehlow; & Kampmann. 1993: 475-484) ได้ศึกษาในวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี และได้รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี จะมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จากการได้รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ ก่อให้บุคคลเกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง และมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า

โตรอนโต้ ออนตาริโอ (Toronto Ontario. 2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเชิงบวกกับความวิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าความคิดเชิงบวกมีความ สัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล และโรคซึมเศร้า คนที่มีความคิดเชิงบวกต่ำจะเกิดภาวะวิตกกังวลและโรคซึมเศร้า

1.2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540: 72) ศึกษาความวิตกกังวล พฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ พบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พงษ์เดช สารการ (2540: 65-66) ศึกษาเรื่องสถิติการวิเคราะห์ภาวะความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเชียงใหม่ พบว่า ผู้ที่พบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 65 และ มีความวิตกกังวลในเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

ภัทราวรรณ มณีสาคร (2540: 78) ศึกษาเรื่องผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การประเมินคะแนนความวิตกกังวลก่อนการเข้ากลุ่ม

ทดลองอยู่ในระดับสูงทุกคน ภายหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มคะแนนความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนเข้ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิศารัตน์ เชตวรรณ (2543: 50) ศึกษาเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า นอกจากการเจ็บป่วยด้วยอาการทางกายจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ แล้วยังต้องทนทุกข์ทรมานต่อการถูกตีตราจากสังคม การเผชิญกับการถูกรังเกียจจากบุคคลในครอบครัวและสังคมการสูญเสียบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคม รายได้ และความสำนึกในคุณค่าแห่งตน สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

อรัญญา ศรีคำซาว (2548: 65) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทองจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ชาญชัย พีรเมธากุล (2548: 53-54) ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มพัฒนาตนต่อความวิตกกังวลทางสังคมและความสุขในเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มพัฒนาตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลทางสังคมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลทางสังคมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ทัพหกาณฑ์ พิมพ์วงศ์ทอง (2550: 48) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ต่อความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก มีระดับคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก น้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม ทำให้เกิดเกิดความกดดัน กระวนกระวายใจ ความสนใจและการรับข้อมูลใหม่ลดลง จนก่อเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ และตึงเครียดของบุคคล ซึ่งจะออกมาในรูปของเหตุการณ์ข้างหน้าที่ยังไม่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้น ดังนั้นความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่สำคัญต่ออารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

2.1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับอายุ

แมสเลช (Maslach.1986: 60) กล่าวว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์กับบุคคลหลายประเภท มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น มีความสุขุมรอบคอบ รู้จักชีวิต มองชีวิต กว้างไกล และลึกซึ้งมากขึ้น สามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และมักมีฐานะเป็นปึกแผ่นมั่นคงทางด้านการเงินและการงาน

นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์ (กมลลักษณ์ ทองสมัคร. 2541: 32; อ้างอิงจาก นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์. 2534) กล่าวว่า อายุของบุคคลเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการ และระดับวุฒิภาวะ ซึ่งในคนปกติเมื่อมีอายุมากขึ้น ระดับวุฒิภาวะจะเจริญขึ้นตามวัย และบุคลิกภาพทั้งด้านความคิดและการกระทำ โดยจะค่อยๆ ปรับเปลี่ยนไปตามวัย เพราะบุคคลที่มีอายุมากแสดงถึงการได้ทำงานหลายประการ มองโลกกว้างไกล ครอบคลุมและลึกซึ้งทำให้มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542: 1367) ให้ความหมายของอายุว่า หมายถึง จำนวนปีที่นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดฐานะของบุคคลในสังคม บุคคลที่มีอายุต่างกันจะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และการเรียนรู้

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า อายุของบุคคลเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะ ซึ่งในคนปกติเมื่อมีอายุมากขึ้น ระดับวุฒิภาวะจะเจริญขึ้นตามวัยทั้งด้านความคิดและการกระทำ โดยจะค่อยๆ ปรับเปลี่ยนไปตามวัย ซึ่งบุคคลที่มีอายุต่างกันจะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และการเรียนรู้

2.1.1.1 ลักษณะสำคัญของบุคคลในวัยต่าง ๆ

กัลยา นาคเพ็ชร; และคนอื่นๆ (2548: 81-142) ได้สรุปลักษณะสำคัญของบุคคลในวัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. วัยทารก (Infancy) อายุแรกเกิด – 2 ปี
2. วัยเด็ก (Childhood) อายุ 2-11 ปี
3. วัยรุ่น (Adolescence) อายุ 11-21
4. วัยผู้ใหญ่ (Adolescence) อายุ 21-60 ปี

4.1 วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Adulthood) อายุ 21 – 40 ปี

4.2 วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (Middle Adulthood) อายุ 41–60ปี

4.3 วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือสูงอายุ (Late Adulthood, Old Age, Aging) อายุ 61 ปีขึ้นไป

1. วัยทารก (Infancy) วัยทารกเป็นวัยที่มีขีดจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองให้สมบูรณ์และนำไปสู่การพัฒนาด้านต่างๆ ของชีวิตในวัยต่อไป

2. วัยเด็ก (Childhood) วัยเด็กเป็นวัยแห่งการอยากรู้อยากเห็น เกิดความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ ซึ่งนำไปสู่พัฒนาการความภาคภูมิใจตนเอง เป็นวัยเข้าโรงเรียน เริ่มต้นที่จะพึ่งตน เอง ออกสู่สังคมนอกบ้าน พัฒนาการควบคุมตนเองด้วยการเรียนรู้กฎเกณฑ์ ระเบียบต่างๆ ของสังคม แต่ยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลางพัฒนาการที่ค่อนข้างเด่นมาก คือพัฒนาการทางด้านสัมพัน ธภาพกับบุคคลอื่นทั้งในบ้านและนอกบ้าน

3. วัยรุ่น (Adolescence) เป็นช่วงของการพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายอารมณ์ สังคม สติปัญญา ความสนใจ และความต้องการอิสระต้องการพึ่งพาตนเอง และมีแนว ความคิดต่อต้านผู้ใหญ่ มีความรักและต้องการเพื่อนมาก อยากทำทุกอย่างเหมือนเพื่อน และเริ่มมีความสนใจเพื่อนต่างเพศ มีการเรียนรู้เพื่อเตรียมตัวเป็นผู้ใหญ่ มีลักษณะของการเตรียมตัวเพื่อประกอบอาชีพ เตรียมตัวแต่งงาน มีความรัก มีครอบครัว ตลอดถึงการเรียนรู้ในบทบาทการเป็นบิดามารดา

4. วัยผู้ใหญ่ (Adolescence)

4.1 วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Adulthood) เป็นช่วงที่การเจริญเติบโตทางร่างกายพัฒนาการเต็มที่ และสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีอารมณ์มั่นคง อดทนต่อภาวะคับข้องใจ ความสงสัยและข้อขัดแย้งต่างๆ ควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยลดลง แต่เปลี่ยนมาสู่การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนต่างเพศ ซึ่งนำไปสู่การเลือกคู่ครองการสร้างหลักฐานและครอบครัว จุดศูนย์กลางของสัมพันธภาพคือครอบครัว ส่วนผู้ที่ไม่มีครอบครัวก็ยังยังจะให้ความสำคัญต่อไป แต่ความผูกพันจะเริ่มน้อยลง เป็นวัยแห่งความสำเร็จ มีเป้าหมายชีวิตที่แน่นอน ขณะเดียวกันก็ต้องปรับตัวต่อบทบาทใหม่ๆ ของชีวิตตามที่สังคมคาดหวัง เช่น บทบาทของสามีภรรยา บิดามารดา มีการพัฒนาเจตคติ และค่านิยมให้เหมาะสมกับบทบาทใหม่

4.2 วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle Adulthood) ผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน เป็นวัยที่ได้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาอย่างมากมาย ทั้งที่เป็นความสำเร็จ ความพึงพอใจ

และปัญหาอุปสรรคต่างๆ เป็นช่วงวัยที่ทำงานนัก และมักประสบความสำเร็จในชีวิตทั้งส่วนตัว ครอบครัว และการทำงาน เป็นช่วงที่มีสมรรถภาพ มีอำนาจ มีความสุข และจะมีสัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆ มาก เช่น พ่อแม่ ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ถือว่าเป็นช่วงชีวิตที่มีคุณค่ามาก หรือเป็นวัยทองของชีวิต แต่ในช่วงวัยนี้ก็เป็นช่วงเริ่มต้นของความเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม โดยเฉพาะด้านร่างกาย จึงส่งผลไปสู่ปัญหาทางด้านอารมณ์จิตใจ และความเปลี่ยนแปลงในงานอาชีพและครอบครัว หากไม่เตรียมความพร้อม ปรับตัวไม่ได้มักจะทำให้เกิดความสับสนไร้ความสุข หรือป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาท (Kail; & Canvanaugh. 2000) เมื่อบุคคลมีชีวิตล่วงเข้ามาถึงวัยกลางคน สังคมคาดหมายว่าบุคคลนั้นจะต้องพัฒนาวุฒิภาวะมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพ การพัฒนาวุฒิภาวะให้มากขึ้น มีความสำคัญมากต่อคนวัยนี้ เพราะเขาต้องมีความรับผิดชอบด้านต่างๆ ทั้งชีวิตส่วนตัวและชีวิตการงานเพิ่มขึ้นทังต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตในด้านต่างๆ หากเขาขาดวุฒิภาวะที่เหมาะสมแล้วก็เป็นการยากที่เขาจะมีชีวิตในวัยกลางคนได้อย่างราบรื่น

4.3 วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือสูงอายุ เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการมนุษย์ ที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน อันเป็นผลมาจากพันธุกรรม โภชนาการ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น กระบวนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะค่อยเป็นค่อยไป โดยการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคน

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับอายุ สรุปได้ว่า อายุของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ การปรับตัว ประสบการณ์ชีวิต และบุคลิกภาพของบุคคลทั้งด้านความคิดและการกระทำ โดยจะค่อยๆ ปรับเปลี่ยนไปตามวัย

2.1.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ

2.1.2.1 ความหมายของบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพในภาษาอังกฤษตรงกับคำว่า Personality โดยมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Persona ซึ่งหมายถึง หน้ากากที่ตัวละครใช้สวมเวลาแสดงเพื่อแสดงตามบทบาทที่ตนได้รับ มีนักวิชาการและนักจิตวิทยาได้ให้คำนิยามของบุคลิกภาพไว้ หลากหลาย ดังนี้

เบอร์นาร์ด (Bernard. 1970: 502) กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นผลรวมทั้งหมดของท่าทาง รูปร่าง ลักษณะทางกาย พฤติกรรมที่แสดงออก แนวโน้มการกระทำ ขอบเขต ความสามารถ ทั้งที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน และที่แสดงออกมาให้เห็น

ฮิลการ์ด (Hillgard. 1971: 447) ให้ความหมายว่า บุคลิกภาพเป็นลักษณะของแต่ละบุคคล รวมถึงวิธีการแสดงออกซึ่งกำหนดการปรับตัวตามรูปแบบของแต่ละบุคคล

กูด (Good. 1973: 417) ให้นิยามบุคลิกภาพว่า บุคลิกภาพ คือผลรวมของ

พันธุกรรมและประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคล

แคนเนล (Mc.Cannell, J.V 1974: 610) ให้ความหมายว่า บุคลิกภาพเป็นคุณลักษณะที่บุคคลคิดและแสดงเป็นแบบแผนพฤติกรรมเพื่อใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวถึงนี้หมายถึง ค่านิยม แรงจูงใจ อารมณ์ และทัศนคติ

สถิต วงศ์สวรรค์ (2540: 4) กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง ผลรวมของคุณลักษณะทั้งหลายอันประกอบขึ้นเป็นบุคคลผู้นั้น เป็นลักษณะประจำตัวมนุษย์ทั้งทางกายและทางใจ

สุชา จันทน์เอม (2541: 84-85) กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง คุณลักษณะต่างๆที่รวมกันในตัวบุคคล และวิธีการแสดงออกทางพฤติกรรมไม่จำเป็นว่าพฤติกรรมหรือคุณลักษณะเหล่านั้นจะ ดีหรือไม่ดีผิดหรือถูก

ลักขณา สริวัฒน์ (2545: 42) กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างหรือส่วนประกอบของแต่ละคน รวมทั้งรูปร่างลักษณะภายนอกหรือร่างกาย และลักษณะภายในหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคล ดังนั้นบุคคลที่แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวการมีชีวิตที่ร่าเริง มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส ไม่มีความวิตกกังวลใดๆ หรือมีลักษณะเงียบขรึม ไม่ชอบแสดงออกหรือสุงสิงกับใคร ล้วนเป็นลักษณะเฉพาะของเอกัตบุคคล ซึ่งแต่ละคนจะมีไม่เหมือนกันเพราะทุกคนมีรูปแบบของพฤติกรรมที่แสดงออกมาทั้งสิ้น

มัลลิกา คณานุรักษ์ (2547: 91) กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะที่แต่ละคนมีประจำ ตัว ทั้งรูปร่าง หน้าตา น้ำเสียง กิริยา ท่าทาง การแต่งตัว มารยาท นิสัย อารมณ์ ฯลฯ ซึ่งแบ่งได้ 2 อย่าง คือบุคลิกภาพภายนอก สามารถมองเห็นได้เป็นรูปธรรม ได้แก่ รูปร่าง หน้าตา น้ำหนัก สีผม สีผิว ท่าทางกิริยามารยาท และบุคลิกภาพภายใน ซึ่งมองไม่เห็นเป็นรูปธรรม ต้องใช้เวลานานพอสม ควรจึงจะรับรู้ได้ ได้แก่ นิสัย อารมณ์ ความนึกคิด สติปัญญา การตัดสินใจ ฯลฯ และอื่นๆที่สั่งสมมาจากการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

สุรางค์ โค้วตระกูล (2550: 31) กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ คุณลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลแสดงออก โดยพฤติกรรมที่บุคคลนั้นมีต่อสิ่งแวดล้อมที่ตนกำลังเผชิญอยู่ และพฤติกรรมนี้จะคงเส้นคงวาพอสมควร

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2551: 7-8) กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลในด้านต่างทั้งส่วนภายนอกและภายใน โดยส่วนภายนอก คือ ส่วนที่มองเห็นชัดเจน เช่น รูปร่างหน้าตา กิริยามารยาท การแต่งตัว วิธีการพูดจา การนั่ง การยืน ฯลฯ และส่วนภายใน คือ ส่วนที่มองเห็นได้ยาก แต่อาจทราบได้โดยอนุมาน เช่น สติปัญญา ความถนัด และลักษณะอารมณ์ประจำตัว ความใฝ่ฝัน ปรารถนาปรัชญาชีวิต ค่านิยม และความสนใจ

จากความหมายของบุคลิกภาพดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า บุคลิกภาพหมายถึง ลักษณะหรือพฤติกรรมเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาทั้งภายในและภายนอก เป็นเอกลักษณ์หรือลักษณะนิสัยเฉพาะตัวของบุคคล ซึ่งเกิดจากผลรวมของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่สั่งสมเป็นประสบการณ์ที่ได้รับตั้งแต่แรกเกิด แล้วเกิดการผสมผสานจนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลที่แสดงออกในรูปของรูปร่าง หน้าตา กิริยามารยาท เจตคติ ค่านิยมต่างๆ ซึ่งทำให้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

2.1.2.2 ความสำคัญของบุคลิกภาพ

กันยา สุวรรณแสง (2533: 4–5) กล่าวว่า บุคลิกภาพมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมเป็นอย่างมาก ดังจะพิจารณาได้จากประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ความมั่นใจ ผู้ที่มีบุคลิกภาพดี จะมีความมั่นใจในการแสดงออกมากขึ้น ทำให้กล้าแสดงออก เพราะคนอื่นๆ ที่พบเห็นจะให้ความสนใจและเชื่อมั่น ดังนั้นโอกาสที่จะประสบความสำเร็จจึงมีมากขึ้น

2. การคาดหมายพฤติกรรม ถ้ารู้ว่าบุคคลนั้นมีบุคลิกภาพอย่างไรจะทำนายได้ว่าสถานการณ์ใดจะแสดงพฤติกรรมอย่างไร

3. การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล สามารถบอกได้ว่าบุคคลหนึ่งแตกต่างจากอีกบุคคลหนึ่งได้โดยอาศัยการสังเกตดูพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นประจำสม่ำเสมอแก่ตัวบุคคลนั้น ๆ

4. การตระหนักในเอกลักษณ์ของบุคคล บุคลิกภาพ ทำให้คนมีลักษณะเฉพาะตัวที่เป็นของตนเอง เป็นแบบอย่างแก่เยาวชน

5. การปรับตัวเข้ากับคนอื่นๆ การที่รู้บุคลิกภาพของบุคคลอื่น ทำให้ปรับตัวเข้ากับเขาได้ง่าย เอาชนะศัตรูได้ แก้ปัญหาได้ บุคลิกภาพมีส่วนสำคัญช่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลและสถานการณ์ได้ดีขึ้น รวดเร็วขึ้น ง่ายขึ้น

6. ความสำเร็จ คนที่มีบุคลิกภาพดี ได้เปรียบคนอื่นเสมอ เป็นพื้นฐานแห่งความศรัทธา เชื่อถือแก่ผู้พบเห็น ช่วยให้ธุรการทำงานสำเร็จง่ายขึ้น ได้รับความร่วมมือและการติดต่อด้วยดี ได้รับความสะดวกในการปฏิบัติหน้าที่การงาน

7. การยอมรับ คนที่มีบุคลิกภาพดีย่อมเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไปใครๆ ก็เรียกร้องต้องการ ชอบให้ร่วมอยู่ในกลุ่มทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ

2.1.2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530: 41-44) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

บุคลิกภาพ ประกอบด้วยพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และช่วงเวลาชีวิตของบุคคล กล่าวคือ

1. พันธุกรรม ซึ่งสิ่งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ส่วนมากเป็นลักษณะทางกายภาพ เช่นความสูงต่ำ ลักษณะเส้นผม สีของผิว ชนิดของโลหิต โรคภัยไข้เจ็บบางชนิด และข้อบกพร่องทางกายบางชนิด เช่น ตาบอดสี ศีรษะล้าน นิ้วเกิน มือติดกัน เป็นต้น ซึ่งลักษณะทางกายภาพเหล่านี้เป็นอิทธิพลของพันธุกรรมที่มีต่อบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลทั้งสิ้น

2. สิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการพัฒนาการของมนุษย์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และบุคลิกภาพ กล่าวคือ บุคคลที่อยู่รอบตัวเรา ครอบครัว กลุ่มคน และวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นมนุษย์คนอื่นๆ นี้จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์

3. ช่วงเวลาในชีวิตของมนุษย์ แสดงถึงระดับการพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจ อันเกิดจากอิทธิพลร่วมระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และระยะสำคัญของการพัฒนาการของมนุษย์ ส่วนมากจะอยู่ในช่วงชีวิตวัยเด็กเป็นส่วนมาก

มัลลิกา คณานุรักษ์ (2547: 91) กล่าวว่า บุคลิกภาพของมนุษย์มาจากอิทธิพลของพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนใหญ่ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมแตกต่างกัน โดยมีแรงจูงใจ (Motive) เป็นตัวกระตุ้น ตัวที่กระตุ้น คือความต้องการ (Needs) ต่างๆ ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะมีความต้องการไม่เท่ากัน และไม่เหมือนกัน มนุษย์ที่มีความต้องการแล้วไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความทุกข์ ความเครียด เกิดความวิตกกังวล ทำให้เป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ไม่ดีได้

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า บุคลิกภาพของมนุษย์มาจากอิทธิพลของพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนใหญ่ ที่สั่งสมเป็นประสบการณ์ที่ได้รับตั้งแต่แรกเกิด แล้วเกิดการผสมผสานจนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล โดยมีแรงจูงใจ (Motive) เป็นตัวกระตุ้น ตัวที่กระตุ้นคือความต้องการ (Needs) ต่างๆ ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะมีความต้องการไม่เท่ากันและไม่เหมือนกัน มนุษย์ที่มีความต้องการแล้วไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความทุกข์ ความเครียด เกิดความวิตกกังวล ทำให้เป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ไม่ดีได้

2.1.2.4 ประเภทของบุคลิกภาพ

การพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะที่แสดงออกทางกายภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ลักษณะเค้าหน้าหรือโครงสร้างต่างๆ ของร่างกายและบุคลิกภาพเป็นความเชื่อว่ามนุษย์เรานั้นมีลักษณะทางสรีระเป็นแบบๆ ไป แต่ละแบบอาจเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคลิกภาพแต่ละอย่าง (Luthan. 1989: 160) ดังนั้น จึงมีผู้แบ่งบุคลิกภาพของคนออกเป็นหลายประเภท เช่น

จุง (Hergenharn. 1990: 58-85; citting Jung. n.d) ได้พิจารณาบุคลิกภาพของคนโดยยึดถือหลักสังคมเป็นหลัก เขาได้แบ่งบุคลิกภาพของคนออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. บุคลิกภาพที่ชอบเก็บตัว (Introvert) เป็นคนที่ไม่ชอบสุงสิงกับผู้อื่น เคร่ง ครัดต่อระเบียบแบบแผน มีมาตรการและกฎเกณฑ์ที่แน่นอนในการควบคุมอุปนิสัยของตนเอง เชื่อตัวเองและการกระทำทุกอย่างที่มักจะขึ้นอยู่กับตัวเองเป็นใหญ่บุคคลประเภทนี้จะผูกพันกัน ตนเองมากกว่าที่จะผูกพันกับสังคมหรือบุคคลอื่น

2. บุคลิกภาพที่ชอบแสดงตัว (Extrovert) เป็นคนเปิดเผย คุยเก่ง ร่าเริงปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมต่างๆ มีความเชื่อมั่นในตนเองบนรากฐานของเหตุผลและความจริง

ฟรีดแมน; และคนอื่นๆ (Friedman; & Rosenman. 1974: 164-240) ได้แบ่งบุคลิกภาพของคน ตามลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ บุคลิกภาพแบบ เอ และบุคลิกภาพแบบ บี รายละเอียดของบุคลิกภาพทั้ง 2 มีดังนี้

1. บุคลิกภาพแบบ เอ (Type A Behavior Pattern Personality) หมายถึง บุคลิกภาพเร่งรีบ ชอบแข่งขัน และก้าวร้าว ชอบทำงานให้ได้มากๆ ในเวลาน้อย มีความรู้สึกว่าเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็ว มีความมานะพยายามในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จ ชอบฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผล ชอบทำงานด้วยความรวดเร็ว ทนไม่ได้กับการทำงานล่าช้า มีความต้องการพักผ่อนน้อยกว่าคนอื่น ถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกโกรธและก้าวร้าวได้อย่างง่าย

2. บุคลิกภาพแบบ บี (Type B Behavior Pattern Personality) หมายถึง บุคลิกภาพที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับบุคลิกภาพแบบ เอ ได้แก่ ไม่มีความทะเยอทะยาน ไม่มุ่งเอาชนะ มีความสงบเสงี่ยม ไม่รีบร้อน เป็นบุคลิกภาพที่มีความผ่อนคลาย มีลักษณะเรื่อยๆ เฉื่อยๆ ทำงานไปพักผ่อนไป ชอบการพักผ่อน ดำเนินชีวิตแบบง่ายๆ ไม่ชอบฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ในการทำงาน และไม่ชอบทำงานในเวลาอันรีบด่วน

2.1.2.5 การวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบเอและบุคลิกภาพแบบบี

บุคลิกภาพแบบเอและบุคลิกภาพแบบบี มีแบบวัดในปัจจุบัน 3 แบบ (จรรยา เกษศรีสังข์. 2537: 14; อ้างอิงจาก Fiedman; & Roseman. 1974) คือ

1. แบบวัดที่ 1 แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง (Structored Interview: SI) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ เป็นการถามโดยให้ผู้ตอบรายงานพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้คนที่มีบุคลิกภาพแบบเอไม่สามารถทนได้ เช่น สถานการณ์ที่ทำให้โกรธ สถานการณ์ที่มีการแข่งขันอย่างมาก แบบสัมภาษณ์นี้เป็นการวัดการแสดงออกทางกายภาพ

2. แบบวัดที่ 2 มาตรวัดบุคลิกภาพแบบ เอ ของแฟรมมิ่งแฮม (Framingham Type A Scale FTAS) เป็นแบบวัดรายงานตนเอง เช่นเดียวกับแบบที่ 1 ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อวัดทางด้านแรงขับมุ่งสัมฤทธิ์ การมีความรู้สึกว่าเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็วและการรับรู้ว่า มีความกดดันในการทำงาน

3. แบบวัดที่ 3 แบบสำรวจการกระทำกิจกรรมของเจนกินส์ (Jenkins' Activity Survey: JAS) ซึ่งอัจฉรา วงศ์วัฒนามงคล (2531: 21); และ ชมพูนุช พงษ์ศิริ (2535: 8-9) ได้ปรับปรุงแบบสอบถามด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบปรนัย ได้วิเคราะห์คุณภาพแล้ว ปรากฏว่า คนที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามนี้สูงจะเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ ส่วนผู้ที่ได้คะแนนแบบวัดนี้ต่ำจะเป็นบุคคลที่มีบุกคลิกภาพแบบ บี แบบวัดนี้จะวัดความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ

จากเอกสารข้างต้น สรุปได้ว่า บุคลิกภาพเป็นเอกลักษณ์หรือลักษณะนิสัยเฉพาะตัวของบุคคล ซึ่งเกิดจากผลรวมของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่สั่งสมเป็นประสบการณ์ที่ได้ รับตั้งแต่แรกเกิด แล้วเกิดการผสมผสานจนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งภายใน และภายนอก ซึ่งทำให้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

2.1.3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

2.1.3.1 ความหมายของสุขภาพจิต

เบอร์นาร์ด (Bernard. 1970: 17) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถพิเศษในการปรับตัวของบุคคล เพื่อให้ตนเองได้รับประโยชน์ มีความพอใจ สุขใจ และพฤติกรรมนั้นไม่ขัดต่อสังคม คนที่สุขภาพจิตดี จะสามารถเผชิญและยอมรับความเป็นจริงในชีวิต สุขภาพของบุคคลจะดีที่สุด เมื่อบุคคลนั้นยอมรับความสำเร็จของตนเอง ตามสภาพความเป็นจริง และความ สามารถของตนเองด้วยความพอใจ โดยได้รับความกระทบกระเทือนหรือความคับข้องใจน้อยที่สุด บุคคลจะมีสุขภาพจิตในขั้นที่น่าพอใจ ถ้าบุคคลนั้นไม่ตึงเครียดต่อความไม่สมหวังจะไม่มีปฏิกิริยาต่อต้านรุนแรง แต่จะรักษาไว้ซึ่งความมีเหตุผล มีการแสดงออกเหมาะสมกับกาลเทศะ

จาโฮดา (Jahoda. 1970: 28–35) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การที่มีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละคนนั้น จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 6 ประการ คือ เจตคติที่มีต่อตนเอง การสร้างความเจริญเติบโตและพัฒนาการให้บังเกิดขึ้นกับตนเอง การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง การมีอิสรภาพในการปกครองตนเอง การรับรู้ความเป็นจริง และความรอบรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบๆ

คาเพลน; และคนอื่นๆ (Kaplan; and others. 1980: 285) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530: 6) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขปราศจากโรคจิตโรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางจิตใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ (2542: 1-3) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะจิตใจและอารมณ์ต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมโต้ตอบกับสังคม และสิ่งแวดล้อม บุคคลที่ปรับตัวได้ดีในสังคม และสิ่งแวดล้อม สามารถตอบสนองความต้องการของตนได้เหมาะสม ก็จะมีสุขภาพจิตดี ส่วนบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่กับสังคมได้ ก็เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ตามแบบวัดสุขภาพจิตของคนไทย (Thai Health Questionnaire: TMHQ) โดยวัดภาวะสุขภาพจิต 5 ด้าน คือ ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย (Somatization) ความวิตกกังล (Anxiety) ความซึมเศร้า(Depression) อาการโรคจิต(Psychotic) และการทำหน้าที่ทางสังคม(Social function)

ลักขณา สริวัฒน์ (2545: 3-4) กล่าวว่า สุขภาพจิตหมายถึง สภาพความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ปราศจากอาการที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้มีความสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไร้ความวิตกกังวล ไม่มีความเครียด และไม่มีความขัดแย้งภายใน สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ดี รู้จักควบคุมอารมณ์ตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางจิตใจของบุคคล โดยปราศจากโรคจิต โรคประสาท ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีสมรรถภาพในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความมั่นคงทางจิตใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมส่วนรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.3.2 ความสำคัญของสุขภาพจิต

ลักขณา สริวัฒน์ (2545: 4–5) ได้สรุปความสำคัญของสุขภาพจิต ดังนี้

1. ความสำคัญต่อตนเอง บุคคลจะมีความสุขหรือความทุกข์ย่อม ขึ้นอยู่กับสุขภาพเป็นสำคัญ หากมีสุขภาพกายดี จะมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคภัยเบียดเบียน และมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่คิดอิจฉาริษยา หรืออาฆาตมาดร้ายผู้อื่น ผู้นั้นย่อมมีแต่ความสุข ในทางตรงกันข้าม หากสุขภาพกายไม่ดี ร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรง เจ็บป่วยเป็นประจำ สุขภาพจิตก็จะไม่ดี คือ จิตใจฟุ้งซ่าน อยากได้ไม่มีที่สิ้นสุด มีความคิดอิจฉาริษยา อาฆาตมาดร้ายผู้อื่น การมีสุขภาพจิตไม่ดีนี้จะส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ทำให้พลอยมีความทุกข์ไปด้วย

2. ความสำคัญต่อครอบครัว สุขภาพจิตมีส่วนสำคัญในการสร้างความสำเร็จหรือล้มเหลวให้แก่ครอบครัว เพราะครอบครัวย่อมประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นพื้นฐานสำคัญ คือ พ่อ แม่ และลูก การที่พ่อ แม่ ลูก มีสุขภาพกายและจิตที่ดี ย่อมทำให้ครอบครัวมีความสุข แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต ความล้มเหลวในชีวิตครอบครัวก็จะเกิดขึ้น

3. ความสำคัญต่อสังคม เนื่องจากมนุษย์ต้องการอยู่กันเป็นกลุ่มหรือสังคม ดังนั้นในสังคมหนึ่งๆ จึงประกอบด้วยสมาชิกจำนวนมาก แต่ละคนมีความแตกต่างทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย ทั้งปัญหาที่เกิดจากสุขภาพกาย

และสุขภาพจิต อันเกิดจากการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุที่ทำให้ร่างกายพิการ หรือเกิดความเครียดเพราะสภาพปัญหาสังคม เป็นต้น

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ความสำคัญของสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน คือ การให้บุคคลมีความรับผิดชอบในการงานที่ตนทำ ทั้งทางด้านส่วนตัว และทางด้านสังคม มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักใช้ความสามารถของตน มีทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ ให้เป็นคนที่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน การประกอบอาชีพและพยายามแก้ปัญหาต่างๆ ที่ตนประสบให้เป็นไปอย่างดีที่สุดในสายตาของตนเองและสังคม

2.1.3.3 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์(2543: 7-8) สรุปลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

1. มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง พอใจในตนเองและเป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดีว่าตนเองเป็นอย่างไร มีความรู้ความสามารถเพียงใด
2. มีใจกว้าง สามารถยอมรับและเผชิญกับความเป็นจริง
3. มีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง
4. มีความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระในการกระทำของตนเอง
5. มีวุฒิภาวะทางอารมณ์
6. เป็นคนที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี
7. เป็นคนที่ทนต่อความกดดัน ความผิดหวัง ความสูญเสีย พ่ายแพ้

ลักขณา สริวัฒน์(2545: 10–11) สรุปลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีดังนี้

1. มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง
2. มีความรักในตนเองและผู้อื่น
3. ยอมรับและสามารถเผชิญกับความจริงในชีวิตได้
4. มีความเชื่อมั่นในตนเอง
5. มีความรับผิดชอบ
6. มีลักษณะยืดหยุ่นเข้ากับคนอื่นได้ง่าย

2.1.3.4 การวัดสุขภาพจิต

สุขภาพจิตของบุคคลสามารถวัดได้ทั้งสภาวะทางร่างกายและจิตใจ โดยทั่วไปแล้วการวัดสุขภาพจิตมีสองลักษณะ คือการวัดสุขภาพจิตของบุคคลทั่วไป กับการวัดสุขภาพจิตของคนไข้จิตเวช ซึ่งแบบวัดทั้งสองมีลักษณะแตกต่างกันมาก การวัดสุขภาพจิตของบุคคลทั่วไปมักจะเกี่ยวกับด้านความวิตกกังวลทางกาย มโนภาพแห่งตน และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง (ชิรวัฒน์ นิจเนตร. 2526: 26; อ้างอิงมาจาก Bloom; and others. 1975: 483)

ในการวัดสุขภาพจิตของบุคคล ด้วยการวัดความวิตกกังวลด้านต่างๆ และการวัดอาการผิดปกติทางกายในงานวิจัยหลายเรื่อง พบว่าปริมาณความวิตกกังวล และปริมาณความถี่ของการป่วยไข้ของบุคคล มีความสัมพันธ์อย่างเด่นชัด กับความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือปราศจาก

ความสุขของบุคคล (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจนนึก. 2524: 6-7; อ้างอิงมาจาก Wilson. 1967) และได้สรุปวิธีการวัดระดับสุขภาพจิตของบุคคลที่น่าเชื่อถือได้มากวิธีหนึ่งคือ การวัดความรู้สึกวิตกกังวลในด้านต่างๆ และการสอบถามอาการป่วยไข้ ความผิดปกติทางกายของบุคคล แต่ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 60 ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิท; และคนอื่นๆ (2539: 1-17)

จากเอกสารดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้นจะสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ได้ สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตได้เป็นอย่างดี เป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมส่วนรวม มีการวางแผนในการดำเนินชีวิต รับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองอย่างดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์ หรือความรู้สึกผิด หรือหวาดวิตกต่างๆ มีทัศนคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

2.1.4 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์

2.1.4.1 ความหมายของอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ หรือตรงกับภาษาอังกฤษที่ว่า Self-Concept มีนักจิตวิทยาหลายท่านที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของอัตมโนทัศน์ (Self-concept) โดยเริ่มศึกษาแนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องของตนหรืออัตตา (Self) ก่อน ซึ่งการศึกษาในเรื่องของตนหรืออัตตาเริ่มปีนครั้งแรกในแวดวงของนักปรัชญา

วิลเลี่ยม เจมส์ (James.1996: 291-305) นักจิตวิทยาคนแรกที่เขียนเกี่ยวกับเรื่องของตนหรืออัตตา ได้กล่าวถึงตนหรืออัตตาใน 2 ลักษณะ คือ ตนในฐานะผู้รับรู้ (The Self is regarded as knower) และตนในฐานะผู้ถูกรับรู้ (The Self is regarded as an object of what is knower) เจมส์เห็นว่าตนในฐานะผู้รับรู้ไม่ได้ช่วยให้เราเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลได้ และได้ให้ความหมายของตนในฐานะผู้ถูกรับรู้ ว่าคือสิ่งที่บุคคลนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วยตนทางวัตถุ (Material self) หมายถึง สิ่งต่างๆที่บุคคลนั้นเป็นเจ้าของ เช่น ร่างกาย ครอบครัว สิ่งของต่างๆ ส่วนตนในสังคม (Social self) หมายถึง ความคิดเห็นของผู้อื่นที่มีต่อบุคคลนั้น และตนในจิต (Spiritual self) หมายถึง กระบวนทางจิตใจ เช่น ความคิด อารมณ์ ความปรารถนา เป็นต้น

ส่วนคำว่า "อัตมโนทัศน์" (Self-concept) ไรมี (Cathleen.1993 :184; citing Raimy.1985) เป็นคนแรกที่ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ว่า เป็นการรับรู้สิ่งต่างๆที่ถูกจัดให้เป็นระบบมากหรือน้อย เป็นผลมาจากการสังเกตตนหรืออัตตาทั้งในอดีตและปัจจุบัน เป็นสิ่งที่บุคคลเชื่อเกี่ยวกับตนเอง อัตมโนทัศน์เป็นศูนย์กลางที่บุคคลใช้ในการพิจารณาเพื่อเข้าใจตนเอง

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2527: 208) สรุปแนวคิดของนักจิตวิทยาในเรื่องอัตมโนทัศน์ไว้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง ทั้งทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ ได้แก่ บุคลิกลักษณะ รูปร่างหน้าตา อารมณ์ ความรู้สึก คนที่มีอัตมโนทัศน์ดีหรือทางบวก มักเกิดความมั่นใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความกล้าในการแสดง

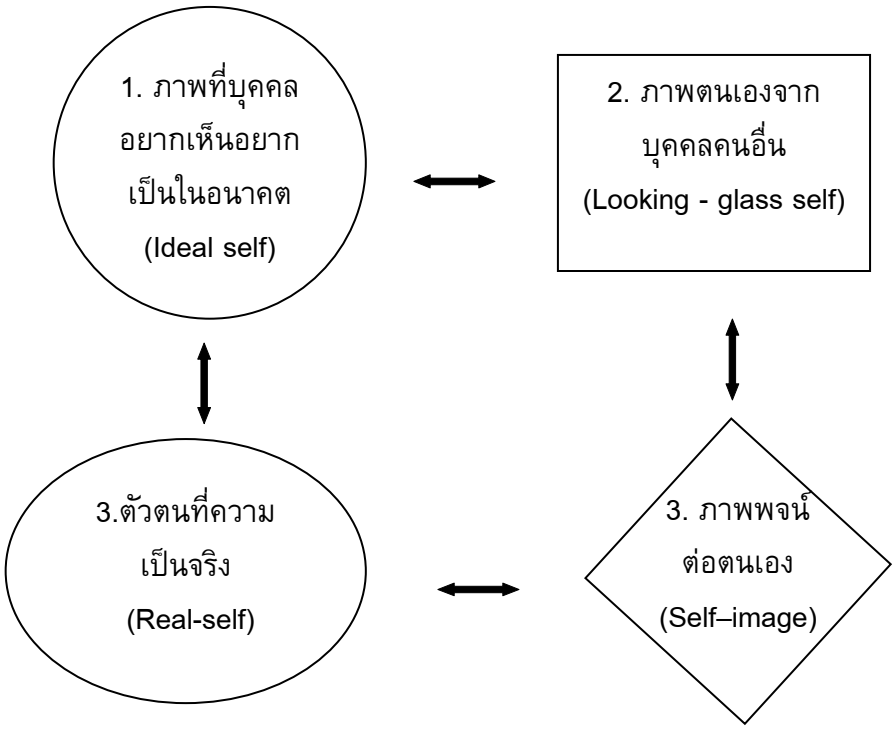
ความสามารถ แต่ถ้ามีมากไปมักจะเป็นคนขี้โม้ ขี้คุย มักกล่าวยกตนข่มท่านบ่อยครั้ง และมักดูถูกความสามารถของคนอื่นว่าด้อยกว่าตน สำหรับคนที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดีหรือในทางลบมักไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงความสามารถในตนเองเมื่ออยู่ต่อหน้าคนอื่น ถ้ามีมากเกินไปมักจะเป็นคนที่ดูถูกตนเอง คิดว่าตนเองมีปมด้อย มีการถ่อมตัว และเกรงกลัวหรือยอมทำตามผู้อื่นโดย เฉพาะคนที่มีลักษณะเก่งกว่าเขา โดยทั่วไปบุคคลมักมีอัตมโนทัศน์เป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การมีอัตมโนทัศน์ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง (Real Self-Concept)

2. การมีอัตมโนทัศน์ตามอุดมคติ (Ideal Self)

คนที่มีอัตมโนทัศน์ที่ถูกต้องเหมาะสมคือ คนที่มีอัตมโนทัศน์ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงสอดคล้องกัน หรือเช่นเดียวกับอัตมโนทัศน์ในอุดมคตินั่นเอง

ทิพย์วัลย์ สุทิน แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 4 ส่วน (อมร กุลด้วง. 2551: 28-29; อ้างอิงจาก ทิพย์วัลย์ สุทิน. 2550) ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบ 1 แผนภาพแสดงส่วนประกอบของอัตมโนทัศน์

1. เป็นภาพที่บุคคลอยากเห็น อยากเป็นในอนาคต (Ideal self) สำหรับบางคนภาพจะชัดเจนเพราะเขารู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่เขาต้องการในชีวิต และจะต้องทำอย่าง ไรจึงจะเป็นได้สำหรับบางคนอาจจะมีภาพไม่ชัดเจน และบางคนอาจจะมีภาพที่ไม่สอดคล้องกับความจริง หรือเป็นไปไม่ได้ สิ่งที่มักจะทำให้บุคคลมีปัญหาก็คือ การที่บุคคลคิดว่าได้บรรลุตนตามอุดมคติ

แล้ว ซึ่งในความเป็นจริงจะต้องใช้เวลายาวนานและอาศัยการตระหนักรู้ตนเอง และต้องใช้เวลาพอสมควรในการที่จะบรรลุ พ่อแม่บางคนสร้างภาพที่เด็กควรเป็น หรือจะได้รับการยอมรับไว้ให้เด็ก ซึ่งจะทำให้เด็กไม่มีความสุข เพราะความคาดหวังเหล่านี้ อาจไม่ตรงกับสิ่งที่เขาปรารถนา อยากเป็น

โดยสรุป ตนตามอุดมคติ คือ ตัวตนที่บุคคลปรารถนาจะเป็น หรือที่ควรจะเป็น ซึ่งยึดมั่นในคุณงามความดี มีคุณธรรม จริยธรรม เกิดจากการอบรมสั่งสอนให้รู้จักผิดชอบชั่วดี ถ้าปฏิบัติได้บุคคลก็จะรู้สึกภูมิใจ ชื่นชมในตนเอง ถ้าไม่ได้ก็จะรู้สึกหดหู่ เสียใจ อาจถึงขั้นเกลียดตัวเอง ท้อถอยหรือหมดหวัง

2. ภาพตนเองจากบุคคลคนอื่น (Looking - glass self) เป็นภาพของตนเองที่เป็นค่านิยมความเชื่อ ข้อกำหนดของสังคม (คนอื่นหรือสังคมต้องการให้เป็น) ตนตามความต้องการของสังคมนี้เป็นส่วนที่ได้จากการปรุงแต่งตามค่านิยมหรือตามความต้องการของสังคม หรืออาจจะใช้คำว่าPublic-self ก็จะมีความหมายใกล้เคียงกัน

3. ภาพพจน์ต่อตนเอง (Self – image) หมายถึง ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองที่รับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งการรับรู้นี้อาจจะตรงกับที่เป็นจริง ๆ หรือไม่ตรงก็ได้ ถ้าการรับรู้ตนเองเป็นด้านบวกก็จะทำให้มีเป้าหมายในชีวิตและมีความสุขได้ แต่ถ้ามีในทางกลับกันก็จะไม่มีความสุข

4. ตัวตนที่ความเป็นจริงหรือตัวตนตามอัตภาพ (Real-self หรือ Actual – self) หมายถึง ตัวตนที่เป็นจริงๆ ไม่เกี่ยวกับการได้รับการยอมรับหรือไม่ได้รับการยอมรับของบุคคลรอบข้าง ซึ่งต้องใช้เวลาในการค้นพบตนเองว่าเป็นคนชนิดใด มีความรู้สึกนึกคิดอย่างไรในการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างไร มีความสามารถด้านไหน ซึ่งอาจต้องใช้เวลานาน ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่ทำให้พัฒนาการของการตระหนักในตนเอง (Self-awareness) เพิ่มมากขึ้นด้วย

ความสมบูรณ์ในอุดมคติและภาพ 4 ส่วนของอัตมโนทัศน์จะต้องเป็นสิ่งเดียวกันให้ได้ แต่อย่างไรก็ตามภาพ 4 ส่วนนี้ไม่สามารถทับกันได้สนิทได้ตลอดไป แต่บางครั้งจะเป็นภาพที่เข้ามาใกล้และทับกันก็จะทำให้บุคคลมีความสุข

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ค่านิยม หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านต่างๆ เป็นการรับรู้ตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันได้แก่ ความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ปฏิกิริยาของบุคคลอื่น ในสังคมรอบตัว ซึ่งอัตมโนทัศน์ดังกล่าวจะพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับวุฒิภาวะหรือเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่จำกัดเวลาและขอบเขต ขึ้นอยู่กับการรับรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ มีทั้งอัตมโนทัศน์ด้านดีและไม่ดี ขึ้นอยู่กับการรับรู้ตนเองในสถานการณ์แต่ละขณะ ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถในการปรับตัว พฤติกรรม และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ

2.1.4.2 ประเภทของอัตมโนทัศน์

ฟิทท์ (ลำเนาว์ เรืองยศ. 2535: 11; อ้างอิงจาก Fitt.N.d.) ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ไว้เป็น 2 ประเภท และแต่ละประเภทจำแนกเป็นด้านๆ ดังนี้

1. พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ ประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นอย่างไร เป็นการพิจารณษอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า “ ฉันเป็นอะไร ”

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการยอมรับในตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามที่ว่า “ ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตนเองอย่างไร ”

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามว่า “ฉันประพฤติอย่างไร”

2. พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ ประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศ สุขภาพ ความสามารถ และทักษะ

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความพึงพอใจในศาสนาของตน

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ประเมินค่าบุคลิกภาพของตน โดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกายและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่า ความพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.1.4.3 ความสำคัญของอัตมโนทัศน์

รอเจอร์ส (ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2539: 123-125; อ้างอิงจาก Rogers. n.d.) พูดถึงตัวตนของบุคคล (Self) ว่าเป็นประสบการณ์เฉพาะตนของบุคคลหนึ่งบุคคลใดผสมปนกันเข้าเป็น “ตัวตน” ของบุคคลนั้น (I หรือ Me หรือ Self) ซึ่งในทฤษฎีตัวตน (Self Theory) รอเจอร์สกล่าวไว้ว่ามนุษย์ทุกคนมีตัว ตน 3 แบบ ได้แก่ ตนที่ตนมองเห็น (Self Concept) ตนตามที่เป็นจริง (Real Self) และ ตนตามอุดมคติ (Ideal Self)

1. ตนที่ตนมองเห็น (Self Concept) คือ ภาพของตนที่เห็นเองว่าตนเป็นคนอย่างไร คือใคร มีความรู้ความสามารถลักษณะเฉพาะตนอย่างไร เช่น คนสวย คนเก่ง คนร่ำรวย คนมีชาติตระกูล คนต่ำต้อยวาสนา คนช่างพูด คนขี้อาย คนเก็บตัว คนเงียบ คนสร้อยเศร้า ฯลฯ โดย ทั่วไปคนรับรู้มองเห็นตนเองหลายแง่มุม อาจไม่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือภาพที่คนอื่นเห็น เช่น คนที่ชอบเอารัดเอาเปรียบผู้อื่น อาจไม่เคยนึกเลยว่าตนเองเป็นบุคคลประเภทนั้น

2. ตนตามที่เป็นจริง (Real Self) คือ ลักษณะตัวตนที่เป็นไปตามข้อเท็จจริง บ่อยครั้งที่ตนมองไม่เห็นข้อเท็จจริงของตน เพราะเป็นกรณีที่ทำให้รู้สึกเสียใจ เศร้าใจ ไม่เทียมหน้าเทียมตากับบุคคลอื่นๆ รู้สึกผิดเป็นบาปฯลฯ

3. ตนตามอุดมคติ (Ideal Self) คือ ตนที่อยากมีอยากเป็น แต่ยังไม่มีไม่เป็นไปในสภาวะปัจจุบัน เช่น นาย ก เป็นคนขับรถรับจ้าง แต่นึกฝันอยากจะเป็นเศรษฐีมีคนขับรถให้นั่ง นางสาววนิดา เป็นคนชอบเก็บตัวแต่นึกอยากเป็นคนเก่งของสังคม เข้ากับคนง่าย เป็นต้น

ถ้าตนที่ตนมองเห็น กับตนตามที่เป็นจริง มีความแตกต่างกันมากหรือมีข้อขัดแย้งกันมาก บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลก่อปัญหาให้แก่ตัวเองและผู้อื่น ในรายที่มีความแตกต่างกันรุนแรง เขาอาจเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

การปรับตัวตามที่ตนมองเห็นให้ตรงกับตนตามที่ตรงกับความเป็นจริงและตนตามอุดมคติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความมั่นคงของอารมณ์และบุคลิกภาพ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีสมรรถภาพสูงในการประกอบภารกิจตามหน้าที่ ไม่ค่อยมีความวิตกกังวล ไม่ค่อยใช้กลไกในการป้องกันตัวเอง บุคคลเหล่านี้มักพัฒนาบุคลิกภาพของเขาไปสู่การพัฒนาเสมอ

นอกจากนี้แล้ว บุคคลที่มองเห็นตนเองกับตนตามความเป็นจริง มักมองเห็นตนตามอุดมคติที่ค่อนข้างเป็นไปได้ ทำให้การดำเนินชีวิตของเขาเป็นไปอย่างมีความมุ่งหวัง กระตือรือร้นและสมใจหวังอยู่เสมอ เขาจึงมีความพึงพอใจในตนเองอยู่มาก ซึ่งมักจะนำไปสู่ความพึงพอใจในบุคคลอื่นอีกด้วย ส่วนบุคคลซึ่งสร้างภาพของตนตามอุดมคติห่างไกลตนตามที่เป็นจริงมักจะประสบความผิดหวังในตนเองและผู้อื่นอยู่เรื่อยๆ ทำให้มองตนเองในแง่ลบ มีเพื่อนน้อย คบหาสมาคมกับใครๆ ยาก บุคคลประเภทนี้มักมีข้อสับสน และขัดแย้งในตนเองกับผู้อื่นเป็นนิจ (พรรณวดี จันทราช. 2544: 11-12; อ้างอิงจาก ธัญญะ บุปผเวส; และคนอื่นๆ. 2534)

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ มีความสำคัญต่อพฤติกรรมและความสามารถในการปรับตัว บุคลิกภาพ และความสำเร็จของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ที่ดี หรือมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก จะเป็นบุคคลที่มีความสุขมีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ สามารถปรับตัวอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมได้ดี มีนักการศึกษาแบ่งประเภทของอัตมโนทัศน์ไว้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละท่าน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้จะแบ่งประเภทของอัตมโนทัศน์ ซึ่งได้จากการประเมินตนเองในด้านต่างๆ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสามารถ และด้านสังคม

2.1.5 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

เคย์ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน; และเพ็ญแข ประจนปัจนึก. 2520: 19; อ้างอิงจาก Kay.1975) ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของครอบครัว โดยเห็นว่าฐานะทางเศรษฐกิจจะเป็นตัวเพิ่มลดความเร็วของพัฒนาการทางบุคลิกภาพทางจริยธรรมของบุคคลได้ และนักสังคมวิทยาพบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและปานกลางมีค่านิยมเกี่ยวกับความซื่อสัตย์แตกต่างกัน

พันทิพา อุทัยสุข (2525: 201-202) ได้แบ่งสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมของเด็กดังนี้

1. ครอบครัวที่มีฐานะยากจน ความรู้สึกของพ่อแม่มีส่วนสำคัญมากต่อพฤติกรรมของเด็กการมีฐานะยากจนแต่ถ้าพ่อแม่มีความขยันหมั่นเพียร พอใจในความเป็นอยู่มีความหวัง จากความพยายามของตนเอง ก็จะเป็นสิ่งที่ดี ทำให้เด็กมีความภาคภูมิใจในพ่อแม่ของตนเองมีความมานะอดทน และสามารถจะยืนหยัดอยู่ได้โดยไม่อายใคร และในทางตรงกันข้ามถ้าพ่อแม่เห็นว่าการมีฐานะยากจนนี้เป็นการต่ำต้อย โทษโชคชะตา และท้อถอยแล้ว เด็กมักจะเป็นคนไม่จริงใจ รู้สึกอับอายเพื่อนฝูง และเมื่อโตขึ้นก็หวังให้ราชรถมาเกย แทนที่จะพยายามหางานทำด้วยปัญหาและความสุจริต

2. ครอบครัวที่มีฐานะปานกลาง ครอบครัวที่พอมีพอใช้ จะเป็นครอบครัวที่มีความอบอุ่นไม่มีความรู้สึกกดดัน การใช้ชีวิตง่ายๆ ทำให้เด็กไม่มีการฟุ้งเฟ้อ ถ้ามีการอบรมดี เด็กมักจะเป็นคนมีเหตุมีผล เข้าใจชีวิต มีความสุข และมักจะเป็นผู้ที่เข้ากับคนได้ทุกระดับ ในทางตรงกันข้าม ถ้าพ่อแม่รู้สึกว่าตนเองอยากได้โน่นได้นี่ให้เหมือนผู้ร่ำรวยอยู่เสมอแล้ว ครอบครัวมักจะมีความขัดแย้ง มีความรู้สึกไม่สบายใจกับทุกๆฝ่าย เด็กจะขาดความอบอุ่น และการที่ครอบครัวมีความขัดแย้งมากการอบรมเลี้ยงดูมักจะถูกละเลยไปด้วย เด็กจะมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตามไปด้วย

3. ครอบครัวที่มีฐานะร่ำรวย เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ร่ำรวยนี้มักจะได้รับการตามใจมาก ไม่เห็นคุณค่าของเงิน ไม่มีความกดดัน แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูด้วย ถ้าพ่อแม่ให้ความอบอุ่นเต็มที่ ให้การอบรมดูแลถูกต้องไม่ตามใจเด็กมากเกินไป เด็กมักจะได้เปรียบเทียบที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่า แต่ถ้าพ่อแม่ไม่เอาใจใส่ดูแลปล่อยให้เด็กเอาแต่ใจก็จะเป็นผลเสียอย่างมาก ทำให้เด็กเป็นคนดูถูกคน เอาแต่ใจตัวเอง อารมณ์แปรปรวน ไม่มีเหตุผลและอาจถึงกับเข้ากับใครไม่ได้เลย ครอบครัวที่ร่ำรวยมีแนวโน้มที่พ่อแม่มักจะละเลยที่จะอบรมสั่งสอนให้เด็กรู้จักโลกแห่งความเป็นจริงและมักจะเอาใจเด็กในทางที่ผิดด้วย

โสภา ชูพิชัยกุล (2529: 108) กล่าวว่า สาเหตุที่ฐานะทางเศรษฐกิจมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตนั้น อาจเป็นเพราะฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจดีย่อมหมายถึง การมีความรู้สึกมั่นคงในตัวเอง จึงทำให้ความกดดันน้อย บุคคลไม่ต้องทนทุกข์อยู่กับภาวะตึงเครียดหรือมีข้อขัดแย้งในใจมากมายนัก

ธนัญญา คงอยู่ (2547: 22) กล่าวว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวหมายถึง รายได้รวมทั้งหมดของครอบครัวที่บุคคลในครอบครัวสามารถหาเป็นรายรับเข้ามาในครอบครัวได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้ถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่เอื้ออำนวยให้พัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมสามารถส่งเสริมแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ เพราะผู้มีรายได้สูงย่อม มีสิ่งอำนวยความ

สะดวกในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำย่อมไม่ค่อยมีเวลาเอาใจใส่ต่อตนเองมากนัก เพราะจะมุ่งความสนใจไปในการหาเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอดของตนมากกว่า

จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง สถานะทางการเงินของครอบครัวนั้นๆ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่แตกต่างกันได้บ่งบอกถึงลักษณะนิสัยบางประการของแต่ละบุคคลได้ ผู้ที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำ จะมีลักษณะขาดการควบคุมตนเอง มีแนวโน้มวิตกกังวลสูง รวมถึงการปรับตัวในสังคมไม่ดี ชอบแยกตัวเองและมีอารมณ์ไม่มั่นคง ส่วนผู้ที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง จะมีความตระหนักถึงคุณค่าของการดำเนินชีวิตและการมีทักษะทางสังคม

2.1.6 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539: 162) ได้ให้ความหมายของคำว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง กระบวนการติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป เพื่อทำความรู้จักกันโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันด้วยความเต็มใจ มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน อาศัยการแสดงออกทางกาย วาจา และใจ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่ไม่จำกัดแน่นอน

กุหลาบ รัตนสัจธรรม; และคนอื่นๆ (2540: 13–15) ได้สรุปแนวคิดของสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงความรักและผูกพันในลักษณะต่อไปนี้

1. ต้องเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาธรต่อกัน หมายถึง การดูแลสุขภาพ อาหารการกิน การเล่าเรียนของบุตร ความทุกข์และความสุขของกันและกัน เป็นต้น

2. ต้องรู้จักคนที่เรารัก สำหรับตัวบุตร บิดาและมารดาก็ต้องเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับบุตร อุปนิสัย จุดเด่นและจุดด้อยของบุตรว่าเป็นอย่างไร

3. ต้องเคารพซึ่งกันและกัน หมายถึง การเคารพที่มาจากใจ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการแสดงออกหลายอย่าง เช่น การเกรงใจกัน การรับฟังกัน การเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน เป็นต้น

4. ต้องมีความรับผิดชอบ หมายถึง การยอมรับความผิด หรือความชอบในสิ่งที่กระทำ

5. ต้องมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทั้งกายและใจ

6. ต้องให้กำลังใจกันและกัน อาจแสดงออกเป็นคำพูด หรือท่าทางที่ให้การสนับสนุน

7. ต้องให้อภัยกันและกัน ถ้ามีความรักอยู่ก็อภัยให้กัน ยกโทษให้กัน

8. ต้องรู้จักการสื่อสารในครอบครัว ควรใช้กริยาวาจาที่ไพเราะสุภาพ ระหว่างบิดามารดา และบุตร

9. ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ มีกิจกรรมร่วมกัน และช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มี

10. ต้องมีการปรับตัวตามภาวะการเปลี่ยนแปลง

11. ต้องรู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันทุกคนต้องมีบทบาทหน้าที่ทั้งต่อตนเองและต่อสมาชิกในครอบครัว

12. มีความใกล้ชิดทางการสัมผัส เช่น การโอบกอดกันบ้างเป็นการแสดงความรักความอบอุ่นตามธรรมชาติของคน

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวเกิดจากสภาพแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยความรัก ความอบอุ่น ความห่วงใย และความเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน มีความสำคัญยิ่งต่อการอยู่ร่วมกันในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในสังคมต่อไป

2.1.7 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

ภาระความรับผิดชอบในครอบครัว พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำไว้ โดยแยกความหมายของแต่ละคำออกมา ดังนี้

ภาระ (พาระ-) น. หมายถึง ของหนัก น้ำหนัก ธุระที่หนัก การงานที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ

ความ (ความ) น. หมายถึง เรื่อง อาการ คำนำหน้ากิริยา หรือวิเศษเพื่อแสดงภาพ

รับผิดชอบ ก. หมายถึง ยอมรับผลทั้งดีและไม่ดีในกิจกรรมที่ตนได้ทำลงไป หรือที่อยู่ในความดูแลของตน

ครอบครัว (ครอบครัว)น. หมายถึง สถาบันพื้นฐานของสังคมที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และหมายความถึงลูกด้วย

ดังนั้นสรุปได้ว่าภาระความรับผิดชอบครอบครัว จึงเป็นหน้าที่ที่คนในครอบครัวได้แก่ สามี ภรรยา และลูก ต้องรับผิดชอบในสิ่งที่ตนได้กระทำไป

2.1.7.1 ความสำคัญของภาระหน้าที่ของครอบครัว

ในลักษณะความเป็นครอบครัว ครอบครัวย่อมมีหน้าที่สำคัญต่อบุตร และต่อสมาชิกในครอบครัว การจำแนกหน้าที่ในครอบครัวของคนไทยตามสมาคมคหเศรษฐ ศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ (นัฏฐ์กานต์ จิตต์สงวน. 2546: 46; อ้างอิงจาก สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์) ได้จำแนกออกเป็น หน้าที่ทางชีววิทยา และหน้าที่อบรมเลี้ยงดู ดังต่อไปนี้

1. หน้าที่ทางชีววิทยา มนุษย์มีความต้องการทางธรรมชาติเพื่อให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่สืบเผ่าพันธุ์หรือเป็นตัวแทนของบิดามารดาสืบต่อไป จากการศึกษาเป็นที่แน่ชัดว่าบุตรที่เกิดจากความรักและความพอใจของบิดามารดาย่อมมีการพัฒนาการที่ดีในด้านต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา สังคม อารมณ์และจิตใจดังเช่นผลการศึกษาของ ศาสตราจารย์เพียเจท์ (Piaget) พบว่าพัฒนาการทางสติปัญญา และศีลธรรมได้แผ่ขยายออกมาจากการทำหน้าที่ของสมอง และ

ประสบการณ์ที่เคยมี ซึ่งเรียกว่าเป็นกระบวนการ Accommodation และการซึมซับเข้าสู่โครงสร้าง ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า Assimilation ของระบบ และปรับประสบการณ์ใหม่ให้สอดคล้องกับประสบการณ์ที่มีอยู่เดิม เกิดเป็นการพัฒนาการขององค์ความรู้ที่ถูกบันทึกไว้ในสมอง แล้วผ่านกระบวนการทำหน้าที่ของสมองเพื่อสั่งการต่อไป โดยมีพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดและพันธุกรรมดังกล่าว ก็ได้จากบิดามารดา เป็นตัวแบบที่สำคัญ

2. หน้าที่อบรมเลี้ยงดู ทารกแรกเกิดจะปรับตัวได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับพัฒนาการระหว่างอยู่ในครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด ความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเป็นไปโดยธรรม ชาติและความผูกพันที่ถ่ายทอดระหว่างกันได้ ทำนองเดียวกันความรักความเอาใจใส่ของบิดามารดาในแนวทางที่เหมาะสมจะเป็นรากฐานของชีวิตของบุตรไปภาคหน้า

วัชรีภรณ์ โกสินเจริญชัย; และปณิษฐา มีชอบธรรม (2544: 2-3) กล่าวว่า บ้านหรือครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เป็นที่รวมของสมาชิกทุกคนในครอบครัว หากสมาชิกทุกคนในครอบครัวปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ก็จะทำให้ทุกคนมีความสุข ความเจริญ และเป็นพลเมืองดีของสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อความเจริญก้าวหน้าของประเทศชาติ และยังได้กล่าวบทบาทหน้าที่ของบุตร ไว้ดังนี้

1. ให้ความเคารพนับถือและเชื่อฟังคำสั่งสอนของบิดามารดา
2. ตั้งใจศึกษาเล่าเรียนให้เต็มกำลังความสามารถ
3. ช่วยเหลืองานบ้านด้วยความเต็มใจ
4. รู้จักใช้และเก็บออมทรัพย์สินที่บิดามารดามอบให้
5. ปฏิบัติตนอยู่ในระเบียบวินัย มีกิริยามารยาทงดงามเหมาะสม
6. ดูแลบิดามารดาเมื่อท่านแก่ชรา

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวเป็นภาระหน้าที่ของบุคคลที่ต้องกระทำ ดูแลและรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ภายในบ้านให้สมกับบทบาทและหน้าที่ของตน ซึ่งเป็นสมาชิกภายในบ้าน เช่น บทบาทหน้าที่ของบิดามารดามีหน้าที่อบรมบุตร และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุตร รับผิดชอบเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร เป็นต้น ส่วนหน้าที่บทบาทของบุตรที่ต้องกระทำภายในบ้าน อาทิเช่น ให้ความเคารพนับถือบิดามารดา การช่วยทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้านหรือบริเวณบ้าน ช่วยงานบิดามารดา หรือ สมาชิกภายในครอบครัวเท่าที่ตัวเองจะมีความสามารถทำได้ช่วยได้และภาระที่ได้รับมอบหมายภายในครอบครัวนั้นต้องไม่ขัดแย้งกับเวลาหรืองานของตนเอง

2.1.8 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล

สุปราณี เสนาดิสัย (2540: 209-211) กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่ดีเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ได้พักผ่อน และหายจากโรคเร็วขึ้น สภาพแวดล้อมที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีเครื่องมือและอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน ควรดูแลให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน ของใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย เช่น ปรอทวัดไข้ เสื้อผ้าผู้ป่วยควรดูแลให้สะอาดเรียบร้อย

2. สถานที่ต้องมีความสะอาด เป็นระเบียบ สวยงามปราศจากฝุ่นผง

3. มีอุณหภูมิที่พอเหมาะ ซึ่งแตกต่างกันตามแต่ละบุคคล เฉลี่ย 20-25 องศาเซลเซียส

4. มีแสงสว่างที่พอเหมาะ สภาพแวดล้อมที่ดีต้องไม่มืดสลัว หรือสว่างจ้าเกินไป แสงสว่างที่เหมาะสมจะช่วยลดความเมื่อยล้าของสายตาได้

5. มีอากาศถ่ายเทดี ไม่อับทึบ หรือมีลมโกรกแรงกินไป หากมีลมโกรกแรงเกินไป ควรมีมู่ลี่ หรือม่านช่วยกั้นลม

6. สภาพแวดล้อมที่ดีไม่ควรมีเสียงดังที่เป็นการรบกวนผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยย่อมต้องการพักผ่อนมากกว่าคนปกติ และในขณะเจ็บป่วยจะมีอารมณ์ผันแปรง่าย หงุดหงิดง่าย และมีความรู้สึกที่ไวต่อเสียงรบกวนที่มากกว่าภาวะปกติ

7. สภาพแวดล้อมที่ดีไม่ควรมีกลิ่นรบกวนอันไม่พึงประสงค์ เช่น กลิ่นสิ่งปลดปล่อยจากร่างกายผู้ป่วย แผลมีหนอง อุจจาระ ปัสสาวะ และกลิ่นอาหาร ซึ่งมีผลต่อระบบทางเดินอาหารมาก กลิ่นเหม็นต่างๆ นี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

8. สภาพแวดล้อมในการตรวจรักษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยควรมีความมิดชิดเป็นส่วนตัว

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การให้การบริการด้านสถานที่ และสิ่งแวดล้อม ควรจัดให้เหมาะสมอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ได้แก่ ต้องมีความสะอาด มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างเพียงพอ อุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน ซึ่งในการบริการทางด้านการแพทย์นั้น สิ่งที่อำนวยความสะดวกแก่การรักษาคือ เครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ถ้าสามารถพัฒนาและปรับปรุงให้ได้ตามต้องการของผู้ใช้บริการก็เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างให้เกิดความอบอุ่นใจ และมีความประทับใจแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

2.1.9 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

เพบพลาว (บัลดี อุณหเลขกะ. 2533: 20; อ้างอิงจาก Peplau. 1952) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้เน้นการมีสัมพันธภาพในรูปแบบเพื่อการรักษา โดยที่พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหา เน้นการสังเกต การใช้กระบวนการสื่อสาร และมีเป้าหมายสุดท้าย คือการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยในระยะเริ่มต้น พยาบาลและผู้ป่วยจะเป็นเหมือนคนแปลกหน้าต่อกัน ในช่วงนี้พยาบาลมีหน้าที่สร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย โดยให้การต้อนรับอย่างอบอุ่น มีท่าทีน่าเชื่อถือ ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อเกิดความไว้วางใจ

ผู้ป่วยจะบอกปัญหาของตนแก่พยาบาล ส่วนพยาบาลก็สามารถที่จะรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นได้จากผู้ป่วย และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือเพื่อน เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วพยาบาลจึงจะนำไปตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และลงมือปฏิบัติการพยาบาล สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สัมพันธภาพจะดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึงระยะสุดท้าย เมื่อปัญหานั้นได้รับการแก้ไข และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง สามารถเผชิญกับสิ่งแวดล้อมได้

บุญศรี ปราบณศักดิ์; และศิริพร จิรวัฒนกุล (2538: 9) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพของพยาบาลกับผู้ป่วยไว้ว่า เป็นกระบวนการพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลจะทำหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเอง รู้สึกถึงพลังความสามารถของตนเอง และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพอนามัย

สุปราณี เสนิดิสัย (2540: 34–35) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มักเป็นในรูปที่พยาบาลเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยเป็นผู้รับความช่วยเหลือ โดยคำนึงถึงความต้องการและความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพิ่มประสิทธิภาพทางร่างกาย และให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีคุณค่าพยาบาลจะต้องตัดสินใจเลือกวิธีการพยาบาลให้ตรงกับวัตถุ ประสงค์ที่ตั้งไว้ หากความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยน การให้การพยาบาลก็ต้องเปลี่ยนไปด้วย

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปลักษณะของสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคลากรในโรงพยาบาลข้างได้ว่า สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นกระบวนการพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่าง ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในระยะต่างๆ โดยที่ผู้ให้บริการได้ใช้ความรู้ และทักษะในขณะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ ตามปัญหาหรือความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี รู้สึกถึงความมีคุณค่าและความสามารถของตน

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

2.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุ

2.2.1.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

เอ็บเดลลา และ ลีวายร์ (Abdella and Levine. 1957:100-108) ศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น จะมีความพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่อายุมากขึ้นมัก จะมีความเจ็บป่วยตามมา ทำให้ผู้ที่มีอายุมากจะไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จนกระทั่งเกิดความคุ้นเคย

อิงลิช (English. 1963: 459) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีวัยย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะ ต้องหลีกเลี่ยงจากความวิตกกังวล ความกดดันต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคประสาท ซึ่งถ้าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดี ก็สามารถผ่านชีวิตในวัยต่างๆ ไปได้อย่างราบรื่น

โจนส์ (Jones. 1970: 42-48) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรับผิดชอบของเด็กตามอายุผลการศึกษาพบว่า เด็กอายุ 9-11 ปี มีความรู้สึกรับผิดชอบน้อยและมีช่วงความรับผิดชอบไม่แตกต่างกัน อายุ 13 ปีขึ้นไป จะมีความรับผิดชอบสูงขึ้นเรื่อยๆจนถึงอายุ 16-17 ปี จึงจะคงที่

เอสบริดจ (Esbridge. 1984: 17-25) สำรวจความวิตกกังวลของครู พบว่าครูหนุ่มมีความ เครียดมากกว่าครูสูงอายุ ครูที่มีช่วงอายุ 31-44 ปี มีระดับความเครียดสูงกว่าครูที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี หรือเหนือกว่า 45 ปี นั้นคือ ครูที่มีอายุระหว่าง 30-45 ปี มีระดับความเครียดสูง

แมสเลช (Maslach. 1986: 60) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์กับบุคคลหลายประเภท มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น มีความสุขุมรอบคอบ รู้จักชีวิต มองชีวิตกว้างไกล และลึกซึ้งมากขึ้น สามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และมักมีฐานะเป็นปึกแผ่นมั่นคงทางด้านการเงินและการงาน

2.2.1.2 งานวิจัยในประเทศไทย

จรูญ ไพลคำ (2544: 56) ศึกษาความพึงพอใจในการทำงานของข้าราชการตำรวจชุมชนสัมพันธ์ สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงานของข้าราชการตำรวจชุมชนสัมพันธ์

พรรณวดี สนธิทรัพย์ (2545: 79) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร พบว่าอายุไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

วลัยพร ชววัฒนาพงศ์ (2546: 78-91) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของพยาบาลตำรวจวิชาชีพต่อระบบมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 268 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของพยาบาลตำรวจวิชาชีพต่อระบบมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุษดี ศรีคำ. (2546: 85) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วย เอดส์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ที่ระดับ .05

รัชนี สังข์สุวรรณ (2547: 104) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบในการทำงานของข้าราชการสำนักบริหารงานส่งเสริม การศึกษาเอกชนกระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร พบว่าอายุ เป็นปัจจัยทีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับผิดชอบในการทำงานของข้าราชการสำนักงานบริหารงานส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งยังพบอีกว่าข้าราชการซึ่งส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 42 ปี มีความรับผิดชอบในการทำงานที่ดี

มนัสวี วัชรวิศิษฏ์ (2550: 125) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวในการทำงานของข้าราชการครูสายผู้สอนอำเภอสตึก สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 4 จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นวดี โมกขะเวส. (2551: 126) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า ระดับอายุที่แตกต่างกันมีผลทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีประสบการณ์มากจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความสุขุมรอบคอบ สามารถปรับตัวและแก้ปัญญาต่างๆในชีวิต ได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย

2.2. 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ

2.2.2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

เคลลี่; และฮูสตัน (Kelly; & Houston. 1985: 634) ศึกษาบุคลิกภาพแบบ เอ และแบบ บี จำแนกตามความแตกต่างด้านลักษณะชีวสังคม ภูมิหลัง และการทำงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่ทำงานนอกบ้าน จำนวน 200 คน โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม พบว่า หญิงที่ทำงานนอกบ้านที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ เอ มีระดับการศึกษาสูงกว่า ระดับสถานภาพทางอาชีพสูงกว่า มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า มีปริมาณที่ทำงานมากกว่า มีความสับสนในบทบาทการทำงาน มีความเครียดในการทำงาน และต้องการประสบการณ์การทำงานมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ บี

โอชาชิน; และคนอื่นๆ (Jerry. 1986: 247; citing Ovchachyn; et al. 1981) ศึกษาพฤติกรรมนักเรียนในห้องเรียน พบว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมแบบ เอ เห็นความสำคัญของเกรดในการเรียน ให้เวลากับชั่วโมงในห้องเรียน คาดหวังในเกรด และได้รับเกรดสูงกว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมแบบ บี

คลูเออร์; และไวด์เนอร์ (Kleuwer; & Weidner.1987: 204-209) ศึกษาเรื่องบุคลิกภาพแบบ เอ และระดับความมุ่งหวัง โดยศึกษาจากการตั้งเป้าหมายของความสำเร็จของเด็กและผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กชาย จำนวน 32 คน และเด็กหญิงจำนวน 41 คนมีอายุระหว่าง 9-12 ปี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นเด็กที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ เอ และบี พบว่า เด็กทั้งสองกลุ่มได้ตั้งเป้าหมายความสำเร็จแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมในการทำงานของเด็กที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ จะทำงานสำเร็จมากกว่า และมีความเพียรพยายามเพื่อให้งานประสบความสำเร็จมากกว่า

สตูรป; และคนอื่นๆ (Strube; and others.1987: 956-974) ศึกษาสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความพยายาม และความสำเร็จไม่สอดคล้องกัน

พบว่าบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ เอ มีความพยายามมากขึ้น เพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้

2.2.2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

นิกูล ประทีปพิชัย (2540: 111) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการปฏิบัติงานของศึกษานิเทศน์ เขตการศึกษาที่ 5 พบว่า บุคลิกภาพแบบ เอ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน

หัทยา มัทยาท (2541: 40) ศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพประจำการในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออก พบว่าบุคลิกภาพแบบ เอ จะมีความเครียดและเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าแบบ บี

พระธีราภิสุทธิ์ สารธมฺโม (2550: 92) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมาธิในการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ สตรีวิทยา พุทธมณฑล เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่าบุคลิกภาพแบบ เอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมาธิในการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มนัสวี วัชรวิศิษฏ์ (2550: 125-126) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวในการทำงานของข้าราชการครูสายผู้สอนอำเภอสตึก สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 4 จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าบุคลิกภาพแบบเอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในการทำงานของข้าราชการครูสายผู้สอน อำเภอสตึก สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 4 จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นวดี โมกขะเวส. (2551: 126) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร พบว่าบุคลิกภาพแบบ เอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยสรุปได้ว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกของพฤติกรรมแต่ละบุคคล ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ หรือลักษณะนิสัยเฉพาะตัวของบุคคล และพฤติ กรรมที่แสดงออกนั้นจะเป็นกระจกเงา ที่สะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลนั้นออกมา

2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

2.2.3.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

กรีนเบอร์ก; ไซเกล และไลทซ์ (Greenberg; Siegel; and Leitch. 1983: 373-384) ศึกษาเปรียบเทียบอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนกับบิดามารดาที่มีต่อสุขภาพจิตวัยรุ่น ในด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต โดยศึกษาในวัยรุ่นซึ่งกำลังเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาในช่วงอายุ 12-19 ปี วัยรุ่นเหล่านี้อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับกลาง ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบิดามารดา และกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์

กับการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง และความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าความใกล้ชิดกับบิดามารดาสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้มากกว่าความใกล้ชิดกับเพื่อน นั่นคือความสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดา มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มเพื่อน

ไทร์แมน; และฮัมเปรย์ (Tyreman; and Humphrey. 1984: 1901) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในช่วงอายุ 12-16 ที่มาให้บริการด้านสุขภาพจิต จำนวน 24 คน โดยเปรียบเทียบกับวัยรุ่นในช่วงวัยเดียวกันซึ่งไม่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในครอบครัวผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวน้อยกว่า ต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวันสูงกว่าวัยรุ่นปกติ

โฮล์มสตอร์ม; และคนอื่น ๆ (Holmstrom; and others. 1987: 1-202) ศึกษาอาการเจ็บป่วยทางจิต และสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยฟินแลนด์เป็นเวลา 13 ปี และรายงานในปี ค.ศ.1987 พบว่า ความเจ็บป่วยทางจิตมีมากขึ้นตามอายุ เพศชายต่างกับเพศหญิง นักศึกษาหญิงจะเชื่อเรื่อง ประเพณี ส่วนนักศึกษาชายจะสนใจความเป็นอยู่ในสังคมและมนุษย์สัมพันธ์มากกว่า การเจ็บป่วยทางจิตของนักศึกษาชายมักแสดงออกมาในรูปของอาการทางกาย ส่วนนักศึกษาหญิงแสดงออกมาในรูปของความกลัว และความวิตกกังวล

รัสเซล; และคนอื่นๆ (Russell; and others. 1987: 269–274) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสภาวะตึงเครียดในการทำงาน การสนับสนุนจากสังคมและอาการผิดปกติทางจิตและทางกายของครูประถมและครูมัธยม ในรัฐไอโอวา สหรัฐอเมริกา จำนวน 316 คน พบว่าการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ทำนายสภาวะตึงเครียดได้ 5.0– 6.3 %

2.2.3.2 งานวิจัยในประเทศไทย

ดรุณรัตน์ ผลสวัสดิ์ (2544: 84) ศึกษาเรื่องการปรับตัว และสุขภาพจิตของนักศึกษาโครงการจัดการศึกษาสำหรับบุคลากรประจำการ (กศ.บป.) สถาบันราชภัฏพระนคร ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีเพศต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่ต่างกัน

สร้อยศรี อนันต์ประเสริฐ (2544: 120-122) ศึกษาเรื่องความเครียดและสุขภาพจิตของ นักศึกษาแพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์ โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภัจจ์) กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2542 จำนวน 97 คน พบว่าความเครียดกับสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพ็ญประภา ปริญญาพล (2546: 49) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับการรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต และกลวิธีการเผชิญปัญหาของ นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระดับปริญญาตรี จำนวน 448 คน ผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตมีความ สัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วรรณา นิ่มวุ่น (2549: 93) ศึกษาการปรับตัวในการใช้ชีวิตในกรุงเทพมหานครของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนเทพลีลา เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนที่มีสุขภาพจิตดีและสุขภาพจิตบกพร่องมีการปรับตัวในการใช้ชีวิตในกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การปรับตัวด้านการเรียน การปรับตัวด้านส่วนตัว การปรับตัวด้านที่พักอาศัย นักเรียนที่สุขภาพจิตดี และมีสุขภาพจิตบกพร่องมีการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการปรับตัวด้านสังคมมีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณิชากร พยุงแสนกุล (2551: 110) ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของข้าราชการครูสายปฏิบัติการสอน อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของข้าราชการครู

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ และเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิต ก็จะเกิดการปรับตัวทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ต่อสภาพแวดล้อมและสถานการณ์นั้นๆ

2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์

2.2.4.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

ฮาเมด (กลิ่นชบา คำรศ. 2550: 70; อ้างอิงจาก Hamed. 1967) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และโครงสร้างของบุคลิกภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นจำนวน 170 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบทดสอบวัดอัตมโนทัศน์ของเทนเนสซี (Tennessee Self-Concept-Scale) พบว่าเด็กวันรุ่นที่มีอัตมโนทัศน์ดีจะมีการปรับตัวได้เหมาะสมกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดี สำหรับแบบทดสอบของ มาร์ติเนค ไซโคว์สกี้ (Martinek Schicowski) และเคอร์ติส (Curtis) พบว่า ผู้ที่มีอัตมโนทัศน์สูงจะมีการพัฒนาความรู้ของตนเองดีขึ้นด้วย

เนลสัน (Nelson.1985: 191) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศในครอบครัว บรรยากาศในห้องเรียน กับอัตมโนทัศน์ ความพึงพอใจ และความสำเร็จของเด็กเกรด 7 และ 9 จำนวน 196 คน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างอัตมโนทัศน์กับระดับของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ และลูก ความพึงพอใจใครอบครัว และบรรยากาศในห้องเรียนในลักษณะสนับสนุนและเสริมสร้าง มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ด้านการเรียนในระดับสูง

สมอลเลย์; และคณะ (Eric.ed. gov. 2007: online; citing Smalley; et al. 1992) ศึกษาเรื่องบทบาททางเพศและอัตมโนทัศน์ของวิทยาลัยโสโพมอร์ (Thegender role/ self-concept link: looking beyond the college Sophomore) พบว่า อัตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะทางเพศชาย (Masculine)

จอห์น โฮเวิร์ด (ปริศนา เภตรา. 2544: 74; อ้างอิงจาก John Howard Deitch. 1959) ศึกษาอัตมโนทัศน์ระหว่างเด็กชายที่มีปัญหาด้านความประพฤติ กับเด็กชายที่ไม่มีปัญหาด้านความประพฤติ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กชายอายุ 15-16 ปี จำนวน 100 คน ใช้แบบวัดอัต

มโนทัศน์ของเทนเนสซี พบว่าเด็กชายที่ไม่มีปัญหาด้านความประพฤติ มีอัตมโนทัศน์ดีกว่าเด็กชายที่มีปัญหาด้านความประพฤติ

2.2.4.2 งานวิจัยในประเทศไทย

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540: 72) ศึกษาความวิตกกังวล พฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ พบว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมฤทัย จันทร์สุข (2543: 54) ศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเมธาโดน ที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ยังอยู่ในระหว่างการรับยาเมธาโดน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนอัตมโนทัศน์โดยรวมเฉลี่ย 294.63 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และอัตมโนทัศน์โดยรวมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ติดสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สัจจา ประเสริฐกุล (2551: 100-101) ศึกษาเชิงเปรียบเทียบคุณลักษณะการคิดเชิงบวกของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษานครราชสีมา เขต 7 ที่มีระดับอัตมโนทัศน์ และประสบการณ์ชีวิตแตกต่างกัน จำนวน 382 คน พบว่า

1. นักเรียนที่มีระดับอัตมโนทัศน์ในกลุ่มสูงและกลุ่มปานกลางมีความคิดเชิงบวกค่อนข้างสูง และนักเรียนที่มีระดับอัตมโนทัศน์ในกลุ่มต่ำมีความคิดเชิงบวกปานกลาง ส่วนนักเรียนที่มีประสบการณ์ชีวิตทางลบมีความคิดเชิงบวกปานกลาง และนักเรียนที่มีประสบการณ์ชีวิตทางบวกมีความคิดเชิงบวกค่อนข้างสูง

2. นักเรียนที่มีระดับอัตมโนทัศน์ในกลุ่มสูงมีความคิดเชิงบวกสูงกว่านักเรียนที่มีระดับอัตมโนทัศน์ในกลุ่มปานกลาง และกลุ่มต่ำตามลำดับ นอกจากนี้ความคิดเชิงบวก มีแนวโน้มสูงขึ้นตามระดับอัตมโนทัศน์จากกลุ่มต่ำสู่กลุ่มปานกลางและกลุ่มสูงอย่างชัดเจน

3. ปฏิสัมพันธ์แบบ 2 ปัจจัย ที่เกิดจากตัวแปรเพศกับระดับอัตมโนทัศน์ และเพศกับประสบการณ์ชีวิต ไม่ส่งผลร่วมกันต่อการคิดเชิงบวกของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4

อมร กุลด้วง (2551: 80) ศึกษาบทบาทของบิดา และอัตมโน ทัศน์ ที่มีอิทธิพลต่อบทบาททางเพศ ตามการรับรู้ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร พบว่าบทบาททางเพศของนักเรียนชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์ทั้งในด้านการเรียน และด้านความสัมพันธ์ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มโรงเรียนชายล้วนและโรงเรียนสหศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรอัตมโนทัศน์ ด้านการเรียน ด้านความสัมพันธ์ และด้านอารมณ์ บทบาทของบิดาต่อบทบาททางเพศชาย อิทธิพลจากสื่อ และอิทธิพลจากครู สามารถร่วมกันทำนายบทบาททางเพศของนักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันเพ็ญ อำนาจกิติกร (2552: 39) ศึกษาเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวลทางสังคม และความตั้งใจเลิกยาระหว่างผู้ติดยาเสพติดในระยะถอนพิษยา และระยะฟื้นฟู

สมรรถภาพ ของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ จำนวน 160 คน พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟู สมรรถภาพมีคะแนนอัตมโนทัศน์ และความตั้งใจเลิกยาสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดในระยะถอนพิษยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับตนเองทั้งทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ ได้แก่ บุคลิกลักษณะ รูปร่าง หน้าตา อารมณ์ความรู้สึก บุคคลจะรับรู้ประสบการณ์ ที่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์แห่งตน และการที่บุคคลจะเลือกแสดงพฤติ กรรมใดๆ จะมีผลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ทั้งทางที่ดี (Positive Self-Concept) และทางที่ไม่ดี (Negative Self-Concept) ซึ่งได้จากการประเมินตนเองในด้านต่างๆ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านความสามารถ และด้านสังคม

2.2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

2.2.5.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

สปริงเกอร์ (Springer. 1956-8: 321- 328) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงทางอารมณ์ของเด็กกับฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัว พบว่า ความมั่นคงมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก กล่าวคือ เด็กที่มาจากบ้านที่มีฐานะยากจนมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะเป็นคนที่ปรับตัวไม่ดีและมีอารมณ์ไม่มั่นคง มีปริมาณมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมปานกลาง

จอห์น; และโฮเวิร์ด (John; & Howard. 1975: 89) ศึกษาพบว่ามนุษย์ต้องการสภาพฐานทางเศรษฐกิจของครอบครัว การยอมรับในสังคม ซึ่งระดับชั้นในสังคมถือเกณฑ์จากขนาดของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งเกี่ยวกับรายได้และความคาดหวังของอาชีพอันอาจรวมถึงการศึกษาที่ส่งผลถึงระดับรายได้ด้วย

เรดริค (Redicch. 1978: 229-230) ศึกษาคนไข้ที่มาอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่ามีคนไข้ที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า ร้อยละ78

2.2.5.2 งานวิจัยในประเทศไทย

นริสา พัฒนรัฐ (2540: 41) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อมั่นในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จรัมพร สุวรรณวัฒนะ (2542: 57) ศึกษาปัญหาของนักเรียยมัธยม ศึกษาโรงเรียนธรรมศาสตร์ คลองหลวงวิทยาคม ปทุมธานี พบว่านักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐ กิจของครอบครัวต่างกัน มีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มนัสวี วัชรวิศิษฏ์ (2550: 125) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวในการทำงานของข้าราชการครูสายผู้สอนอำเภอสตึก สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 4 จังหวัด

บุรีรัมย์ พบว่าปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในการทำงานของข้าราชการครูสายผู้สอน อำเภอสตึก สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 4 จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นวดี โมกขะเวส. (2551: 133) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวนั้นมีผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลของบุคคลในครอบครัว หากฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความมั่นคงจะช่วยส่งผลต่อความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวอีกด้วย

2.2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

2.2.6.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

มูเลส; และคองเกอร์ (Musses; and Conger. 1965: 250) ทำการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลที่มีต่อพัฒนาการของเด็กพบว่าพื้นฐานพฤติกรรมเด็ก ได้แก่ ความขยัน หมั่นเพียร ความซื่อสัตย์ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีเกิดขึ้นเนื่องจากบรรยากาศทางบ้าน ถ้าทุกคนในบ้านมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ดีเป็นมิตร สามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่นด้วย

แอนเดอร์สัน; และเฟรมมิ่ง(Anderson; & Fremming. 1987: 785-769) ศึกษากระบวนการสร้างเอกลักษณะแห่งตน (Ego Identity) ของนิสิตวัยรุ่น จำนวน 93 คน โดยได้รายงานความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผลปรากฏว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในลักษณะที่แน่นแฟ้นกับการสร้างเอกลักษณ์แห่งตนของวัยรุ่น

กรีนเบิร์ก ไซเกิล; และไลท์ (ละอองทิพย์ พลานุภาพ. 2532: 24; อ้างอิงจาก Greenberg Siegel; and Leitch. 1983) ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนกับบิดามารดาที่มีต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น ในด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตในระดับชั้นมัธยมศึกษา พบว่าวัยรุ่นที่มีความใกล้ชิดกับมารดาและกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการมองเห็นคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจในชีวิต

2.2.6.2 งานวิจัยในประเทศไทย

คมเพชร พารีสอน (2550: 80) ศึกษาความศรัทธาในพุทธศาสนากับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลพบุรี พบว่า ความศรัทธาในพุทธศาสนามีความสัมพันธ์กันทางบวก กับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มนัสวี วัชรวิศิษฏ์ (2550: 127) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวในการทำงานของข้าราชการครูสายผู้สอนอำเภอสตึก สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 4 จังหวัด

บุรีรัมย์ พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างข้าราชการครูกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวในการทำงานของข้าราชการครูสายผู้สอน อำเภอสตึก สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 4 จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อรนุช อุดมสมฤดี (2550: 80) ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวนั้น มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากถ้าทุกคนในบ้านมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ดี และเป็นมิตร เป็นแบบอย่างในการสร้างความสัม พันธ์อันดีกับบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวอีกด้วย

2.2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

2.2.7.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

ดุกซ์เบอรี่ และฮิกกิ้นส์ (Duxbuury; & Higgins. 1992: 60-74) ศึกษาความขัดแย้ง ระหว่างบทบาทในครอบครัวที่ทำงานทั้งสอง และมีบุตรทั้งสองโดยใช้โมเดลของ คอร์พเพิลแมน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 748 คน พบว่า ความขัดแย้งในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความขัดแย้งในครอบครัว และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความขัดแย้งในงานและ ครอบครัวแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน

บาริช (Barich. 1995: 32-36) ศึกษาความขัดแย้งในงานและครอบครัว ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำงาน มีบุตรและอาศัยอยู่รวมกัน ผลการวิจัยพบว่าความขัดแย้งในงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจในครอบครัว

2.2.7.2 งานวิจัยในประเทศไทย

หัทยา มัทยาท (2541: 98) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเบื่อหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 140 คน พบว่า พยาบาลประจำการในระดับพยาบาลวิชาชีพที่มีภาระความรับผิดชอบต่อครอบครัว และรู้สึกเดือดร้อนปานกลางมีความเบื่อหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าทุกกลุ่ม

จารุวรรณ ศรีสว่าง (2542: 71-72) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิต ของครูระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าครูที่มีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต

วันทนา เจริญรัตนโชติ (2545: 77) ศึกษาความเครียดและวิธีลดความเครียดในการปฏิบัติงาน ของครูประถมศึกษา กลุ่มรัตนโกสินทร์ ผลการวิจัยพบว่า ครูประถมศึกษา

กลุ่มรัตนโกสินทร์ที่มีภาระความรับผิดชอบต่อครอบครัวต่างกัน มีระดับความเครียดในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดลภางค์ จันทร์ทอง (2548: 95) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาล หน่วยอภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านภาระความรับผิดชอบต่อครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ณิชากร พยุงแสนกุล. (2551: 110) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของข้าราชการครูสายปฏิบัติการสอน อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าภาระความรับผิดชอบในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการทำงานของข้าราชการครูสายปฏิบัติการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระความรับผิดชอบต่อครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เมื่อมีความความขัดแย้งในงานเกิดขึ้นจากภาระงานที่รับผิดชอบในแต่ละวันทำให้เกิดความเบื่อหน่าย เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ขึ้น และเมื่อต้องมีภาระความรับผิดชอบภายในครอบครัวร่วมด้วย จะก่อให้เกิดเป็นความตึงเครียดได้

2.2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล

2.2.8.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

ชาง (ลดา สรณรักษ์. 2543; อ้างอิงจาก Chang. 1997) ศึกษามิติตัวชี้วัดและคุณภาพที่ผู้ป่วยรับรู้ได้เกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล พบว่าผู้รับบริการรับรู้ได้ถึงโครงสร้าง ซึ่งได้แก่ การจัดการด้านความสะดวกสบาย ความสะอาด อาคารสถานที่สิ่งแวดล้อม อากาศ แสงและเสียง ทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

2.2.8.2 งานวิจัยในประเทศไทย

พชรา จอมงาม (2543: 55) ศึกษาเวลาที่ใช้ และความพึงพอใจในการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ โรงพยาบาลลานนา พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ในด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ คุณภาพของบริการที่คาดหวังในแต่ละจุดบริการ และค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

บุณยรักษา กายาผาด (2546: 61) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลไทยนครินทร์ เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการใช้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งกำหนดไว้ 10 ด้าน คือ ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ด้านการให้การบริการ ด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ ด้านความมีชื่อเสียงของแพทย์ ด้านความเหมาะสมของทำเลที่ตั้ง ด้านความทันสมัยของเครื่องมือแพทย์ ด้านความเต็มใจในการให้การบริการ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย และในด้านความมั่นใจในการบริการ

นวดี โมกขะเวส (2551: 133) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะทางกายภาพในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการให้ บริการของพยาบาลวิชาชีพศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร

สุรชัย วชิระนันทกุล (2552: 93-94) ศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับบริการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี และประเมินความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ได้แก่ ความรวดเร็วในการให้บริการความเป็นกันเองในการให้บริการ การให้ข้อมูลและแผนการรักษาอย่างเหมาะสม และการเปิดโอกาสให้ซักถาม ความสะอาดของห้องตรวจ ความปลอดภัยในโรงพยาบาล ความปลอดภัยในห้องตรวจ ส่วนหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก ได้แก่ ความเพียงพอของจำนวนผู้ป่วยต่อความเพียงพอด้านอาคารสถานที่ ความสะอาดของโรงพยาบาล ความเพียงพอของที่นั่งพักในโรงพยาบาล ความเพียงพอของที่นั่งพักในห้องตรวจ บริเวณห้องตรวจมีอากาศถ่ายเทเหมาะสม บริเวณห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัว และภายในโรงพยาบาลมีป้ายบอกทางอย่างเหมาะสม ส่วนหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสะอาดของห้องน้ำ และหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับน้อย คือ ความเพียงพอของที่จอดรถ

จากงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่าการให้การบริการด้านสถานที่ซึ่งเป็นลักษณะทางกายภาพของโรงพยาบาลนั้น สิ่งแวดล้อมควรจัดให้เหมาะสม มีความปลอดภัย อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยมากที่สุด ในการบริการทางด้านการแพทย์นั้น สิ่งที่อำนวยความสะดวกแก่การรักษา คือ เครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจ และอบอุ่นใจในการมาจะให้บริการครั้งต่อไป

2.2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

2.2.9.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

เคอร์ส; และคนอื่นๆ (Kerse Ngaire; et al. 2004: online) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์-ผู้ป่วย และการยินยอมในการตรวจรักษาเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 370 คน พบว่า ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์จะมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการรักษา

2.2.9.2 งานวิจัยในประเทศไทย

พชรา จอมงาม (2543: 55) ศึกษาเวลาที่ใช้และความพึงพอใจในการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ โรงพยาบาลลานนา พบว่าพฤติกรรมเชิงวิชาชีพของผู้

ให้บริการ ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ สัมพันธภาพในการให้ความรู้ของผู้ให้บริการ กับความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก

นวดี โมกขะเวส (2551: 132) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศุกลรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551: 67-68) ศึกษาสัมพันธภาพประสบการณ์และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า

1. ความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกแปรปรวนไปตามตัวแปรสุขภาพจิต และสัมพันธภาพกับทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกทีละตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสัมพันธภาพกับทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกที่ส่งผลต่อความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึก

2. ความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกแปรปรวนไปตามสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และไม่พบปฏิสัม พันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกที่ส่งผลต่อ ความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึก

สุรชัย วชิระนันทกุล (2552: 93-94) ศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับบริการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี และ ประเมินความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้แบ่งบุคลากรออกเป็น 3 กลุ่ม คือ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร/ เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านยาต้านไวรัส

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้การบริการทางด้านสุขภาพนั้น บุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การบริการทางด้านการรักษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล จัดว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญ เพราะความเชื่อมั่น และความเชื่อถือของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย และมั่นใจในการรักษาความเจ็บป่วยของตน เกิดความรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้มาตรวจรักษาและใช้บริการของโรงพยาบาล

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

3.1.1 ความหมายของโรคเอดส์

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) พบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2522 และศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control: CDC) ได้ประกาศเป็นโรคระบาดเมื่อปี พ.ศ.2525 (Luckmann; & Sorensen. 1987) ซึ่งในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้รับรายงานจาก 162 ประเทศทั่วโลก เมื่อเดือนเมษายนว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จำนวนมากกว่า 345,000 ราย และส่วนใหญ่จะอยู่ในทวีปอเมริกาและแอฟริกา ประมาณร้อยละ 59 และ 29 ตามลำดับ มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในทวีปเอเชีย คือร้อยละ 0.3 (กระทรวงสาธารณสุข. 1 กรกฎาคม 2534) สำหรับประเทศไทย เอดส์เป็นโรคที่กล่าวถึงเมื่อไม่กี่ปีมานี้ คนส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรงอันตรายถึงชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยรายแรกได้รับรายงานจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อเดือนกันยายน 2527 (กระทรวงสาธารณะสุข. 2533) แต่ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานเดือนกรกฎาคม 2534 มีผู้ติดเชื้อเอดส์สูงถึง 33,066 ราย (สมจิต หนุนเจริญกุล. 2545: 95)

อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ (2528: 10-11) ได้อธิบายเกี่ยวกับโรคเอดส์ไว้ว่า เอดส์ (AIDS) เป็นคำรวมของกลุ่มอาการของโรคซึ่งย่อมาจาก แอคไคว์อิมมูนเดฟฟิเชียนซี ซินโดรม (Acquired Immune DeficiencySyndrome) แต่ละคำมีความหมายดังนี้

แอคไคว์ (Acquired) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังมิได้เป็นมาแต่กำเนิด หรือสืบสายเลือดทางพันธุกรรม

อิมมูน (Immune) หมายถึง ระบบภูมิต้านทานหรือภูมิคุ้มกันของร่างกาย

เดฟฟิเชียนซี (Deficiency) หมายถึง ความบกพร่อง การเสื่อม หรือการขาดซินโดรม (Syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการหรือโรคที่มีอาการหลายอย่าง ไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง

ชวนชม สกนธวัฒน์ (2530: 125) ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่า เป็นกลุ่มอาการที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยกำเนิด แต่เป็นผลเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ร่างกายไม่สามารถต้านทานโรคได้ จึงปรากฏอาการหลายลักษณะ สาเหตุอาจเกิดจากเชื้อไวรัสทำลายระบบภูมิต้านทานโดยตรงหรือเป็นผลเนื่องมาจากความผิดปกติในกรทำงานของภูมิคุ้มกันโรค

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า เอดส์คือกลุ่มอาการของโรคซึ่งเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจากเชื้อไวรัสเอดส์ ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หายและในที่สุดก็จะตายด้วยโรคเรื้อรังนั้น โดยที่ยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพสำหรับบำบัดรักษาให้หายขาดได้ และยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคนี้

3.1.2 สาเหตุ

สมจิต หนุนเจริญกุล (2545: 95-97) ได้สรุปเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ คือ Human immunodeficiency virus (HIV) มี 2 สายพันธุ์ คือ HIV-1 และ HIV-2 ซึ่งเป็นรีโทรไวรัสที่

ทำให้เกิดโรคในคน จัดอยู่ในกลุ่มเลนติไวรัส (lentivirus) โดยทั่วไปรีโทรไวรัส (retrovirus) มักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรือความผิดปกติในการสร้างเม็ดเลือดที่อาจเกิดในคน สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม นก และสัตว์เลื้อยคลาน (Reitz & Gallo. 1990) รีโทรไวรัสที่เกิดในคนแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. Human T lymphotropic หรือ human T leukemia แบ่งเป็น

1.1 HTLV-1 ทำให้เกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดทีเซลล์ในผู้ใหญ่ กดภูมิคุ้มกันและเกิดอัมพาตท่อนล่างแบบแข็งเกร็ง

1.2 HTLV-2 ทำให้เกิดแฮรี่เซลล์ลิวคีเมีย (hairy cell leukemia)

2. Human deficiency viruses มี HIV-1 และ HIV-2 ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคเอดส์ แต่ส่วนใหญ่มักเป็นชนิด HIV-1 ปกติเชื้อ HIV จะมีรีโทรไวรัสยีนส์ คือ env, gag และ pol รวมทั้งยีนส์ที่นอกเหนือจากนี้อีก 6 ยีนส์ ที่เกี่ยวข้องกับขบวนการแบ่งตัวและทำหน้าที่ทางชีววิทยาของไวรัสเชื้อ HIV-1 แต่ละเซลล์ยังมีความแตกต่างในรายละเอียดโดยเฉพาะในส่วนของผิวยีนส์ (envelope gene) (Fauci & Lane. 1991)

3.1.3 พยาธิสภาพ

สมจิต หนุนเจริญกุล (2545: 97-100) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญของโรคเอดส์จะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายมีความบกพร่องอย่างมาก โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (cell mediated immunity) ซึ่งนำไปสู่ภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic organisms) และมะเร็งบางชนิด แต่โรคบางอย่าง เช่น มะเร็งหลอดเลือดของผิวหนัง หรืออวัยวะภายใน (Kaposi's sarcoma) และอาการแสดงทางระบบประสาทอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยตรง ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องคือ ความผิด ปกติของ T4 lymphocyte หรือ T-helper (คือ T-lymphocyte ที่มีโมเลกุล CD4 อยู่บนผิวเซลล์ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ไวรัสเข้ามาเกาะ) ทั้งปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งเซลล์ชนิดอื่นๆที่มีโมเลกุล CD4 บนผิวเซลล์ เช่น monocyte, macrophage ที่ทำให้เชื้อไวรัสสามารถแทรกซึมเข้าไปในเซลล์ได้ เชื้อ HIV มีความสามารถในการจับ T4 lymphocyte โดยอาศัย gp 120 ซึ่งเป็นโปรตีนที่ผิวของไวรัสจับกับส่วนที่เรียกว่า "V1" ของโมเลกุล CD4 หลังจากนั้นเชื้อ HIV จะแทรกเข้าไปในเซลล์แล้วอาศัยเอ็นไซม์ reverse transcriptase เปลี่ยนตัวจาก RNA (ribonucleic acid) เป็น DNA (deoxy-ribonucleic acid) ซึ่งบางส่วนจะรวมตัวกับ DNA ของ lymphocyte อยู่ในภาวะที่เรียกว่า "provirus" ซึ่ง provirus นี้จะแอบแฝงอยู่ในเซลล์ และไวรัสมีการสร้าง RNA นำรหัส (messenger RNA) RNA ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดกรรมพันธุ์ (genomic RNA) และมีกระบวนการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มจำนวนไวรัสขึ้นใหม่แล้วแพร่กระจายออกนอกเซลล์ เข้าสู่เซลล์อื่นๆ ของผู้ที่ได้รับเชื้อต่อไป (Fauci & Lane. 1991)

3.1.4 อาการและอาการแสดง

หลังการติดเชื้อ HIV จะมีอาการแตกต่างกันไป แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆดังนี้ (Fauci; & Lane. 1991)

1. การติดเชื้อเฉียบพลัน ในเวลา 3-6 สัปดาห์หลังการติดเชื้อ HIV ครั้งแรก จะมีอาการไม่เจาะจง เช่นมีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อและกล้ามเนื้อ มีผื่นที่ผิวหนัง ลมพิษ ปวดท้อง คล้ายเป็นตะคริว ท้องเสียและเยื่อหุ้มสมองอักเสบชนิดไม่ทราบเชื้อ (aseptic meningitis) อาการนี้จะปรากฏ 2-3 สัปดาห์แล้วหายไป การตรวจแอนติบอดี้ต่อ HIV จะพบในราว 8-12 สัปดาห์ หลังจากได้รับเชื้อ

2. การติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติ ช่วงเวลาที่เกิดอาการอาจจะเร็วหรือช้าแตกต่างกันไป โดยเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี ผู้ที่ได้รับเชื้อ HIV ร้อยละ 80-90 จะเริ่มมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องภายใน 3 ปี แต่ไม่มีอาการผิดปกติ และร้อยละ 36 อาจจะเป็นเอดส์เต็มขั้น (full-blown AIDS) ภายใน 7 ปี หลังการติดเชื้อ

3. ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นระยะที่มีต่อมน้ำเหลืองโตขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 1 เซนติเมตร มากกว่า 2 ตำแหน่ง (ยกเว้นต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ) เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน โดยไม่ได้เป็นจากภาวะอื่นๆ

ระยะต่อไปคือ ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS-Related Complex; ARC) ซึ่งแยกจากระยะเอดส์เต็มขั้นได้ยาก ผู้ป่วย ARC มักมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ น้ำหนักลด มีผื่นที่ผิวหนังเรื้อรัง มีปื้นขาวในปาก ติดเชื้อรา ในปากเป็นเริม ถ้ามีอาการมากกว่า 2 อย่างถือว่าเป็น ARC ระยะก้าวหน้า ในช่วงนี้ จำนวน T4cell อาจจะน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

4. กลุ่มที่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

4.1 โรคที่มีผลกระทบโดยรวม กลุ่มนี้อาจถือได้ว่าเป็น “ผู้ป่วยเอดส์” ซึ่งองค์การอนามัยโลกยึดถืออาการต่อไปนี้เป็นอาการแสดงหลัก (major signs) คือมีไข้นานเกิน 1 เดือน น้ำหนักลดมากกว่า 10% ของน้ำหนักเดิม และอุจจาระร่วงเรื้อรังมากกว่า 1 เดือน (Chaisson et al. 1990) แต่ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีกลุ่มอาการน้ำหนักลดจากเมตาโบลิซึมสูงโดยที่มีหรือไม่มีอาการของการติดเชื้อ HIV อื่นๆได้

4.2 โรคทางระบบประสาท ผู้ป่วยโรคเอดส์ร้อยละ 40-60 มักมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท อาการที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ความจำเสื่อม เสียสมาธิ พฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวนที่เรียกว่า HIV encephalopathy หรือ AIDS dementia complex ในระยะท้ายๆจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างมาก ชัก และมีอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อ และเกิดมะเร็ง

4.3 โรคติดเชื้ออื่นๆที่เกิดตามหลังและเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดของโรคเอดส์ คือ การติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งอาจจะติดเชื้อหลายชนิดได้ในเวลาเดียวกันที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 80 ได้แก่โรคปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis carinii ซึ่งมักมีไข้ หายใจลำบาก และพร่องออกซิเจน (hypoxia) ในการตรวจด้วยการเอกซเรย์อาจพบว่าปกติหรือมี interstitial infiltrate การวินิจฉัยโรคอากใช้การเพาะเชื้อ เสมหะ ส่องกล้องตรวจหลอดลม (bronchoscopy) หรือตัดชิ้นเนื้อหลอดลมไปตรวจและที่พบบ่อยอีกก็คือ การติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (Cytomegalovirus) ผู้ป่วยจะมีไข้และมีอาการแสดงของอวัยวะหลายระบบ เช่น ที่ตา ทำให้

เป็น chorioretinitis ทำให้สายตาเลวลงจนตาบอดได้ ลำไส้อักเสบเป็นสาเหตุให้อุจจาระร่วงเรื้อรัง ปอดอักเสบ (pneumonitis) และต่อมหมวกไตอักเสบ (adrenalitis) อาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลาง การติดเชื้อรา Candida albicans มักพบบ่อยมากในผู้ป่วยโรคเอดส์ มักทำให้มีฝ้าขาวในปาก หลอดอาหารอักเสบ ผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณร้อยละ10 จะมีการติดเชื้อวัณโรค (Mycobacterium tuberculosis) โดยมีการติดเชื้อทั้งในปอดและที่อื่นๆ เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง และร้อยละ 26-42 ของผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค มีเชื้อในกระแสเลือด มักมีไข้สูงกว่า 39.5 องศา เซลเซียส alkaline phosphastase หรือ lactic dehydrogenase (LDH) สูง รวมทั้งอาจพบการติดเชื้อวัณโรคที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Barnes et al. 1991)

การติดเชื้อ Cryptococcus neoformans พบได้ประมาณร้อยละ 10 อาจทำให้เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือการติดเชื้อในปอด ส่วนการติดเชื้อ Toxoplasma gondii มีอาการเช่นเดียวกับโรคสมองอักเสบหรือเป็นก้อนในสมอง การติดเชื้อเริม (Herpes simplex) ในผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (ARC) อาจมีอาการแสดงเช่นเดียวกับโรคเยื่อบุผิวหนังอย่างรุนแรงรวมทั้งรอบๆทวารหนักและหลอดอาหาร ส่วนเชื้องูสวัด (Herpes zoster) อาจมีการติดเชื้อได้มากกว่า 1 บริเวณของผิวหนังที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทไขสันหลังส่วนเดียวกัน (dermatosmes)

อาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าเซลล์ในระบบทางเดินอาหารที่มี receptor ติดเชื้อ HIV คือ entero-chromaffin cell ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการผิดปกติต่างๆที่เรียกว่า “HIV-related enteropathy” คือมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรังโดยไม่มีสาเหตุการติดเชื้ออื่นๆ และอาจมีความผิดปกติในการดูดซึมสารอาหารประเภทไขมัน ทำให้น้ำหนักตัวลดลง นอกจากนี้คำว่า “HIV gastropathy” คือผู้ป่วยที่มีจำนวน parietal cell ลดลง ซึ่งทำให้การหลั่งกรดเกลือลดลง (hypochlorhydria) และมีอัตราการพบเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้นด้วย เชื้อ HIV อาจทำให้เกิดแผลที่หลอดอาหารได้ ทำให้มีอาการเจ็บและกลืนลำบาก ซึ่งแยกยากจากการติดเชื้อราที่หลอดอาหาร (สมจิต หนุนเจริญกุล. 2545: 100-106; อ้างอิงจาก สถาพร มนัสสถิตย์. 2533)

การติดเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะแบคทีเรียที่มีแคปซูลพบได้บ่อย เช่น การติดเชื้อ Salmonella, Haemophilus influenza, Streptococcus pneumonia การติดเชื้อที่อาจพบได้อีก เช่น Coccidiodomycosis Aspergillosis, Histoplasmosis และ Nocardiosis

4.4 มะเร็งที่เกิดตามหลัง และเกี่ยวเนื่องกับการติดเชื้อ HIV มะเร็งหลอดเลือดของผิวหนังหรืออวัยวะภายใน (Kaposi’s sarcoma) เป็นอาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นชายรักร่วมเพศประมาณร้อยละ 34 และน้อยกว่าร้อยละ 10 ในชายรักต่างเพศ การเกิดมะเร็งชนิดนี้ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยตรง มักจะพบเป็นเนื้องอกจำนวนมากที่ผิวหนังกับผื่นรุนแรงจะเกิดที่อวัยวะภายใน ที่พบบ่อยได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง เช่น non-Hodgkin’s B cell lymphoma ทางเดินอาหาร ปอด

3.1.5 การวินิจฉัยโรค

แนวทางการตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อโรคเอดส์เบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการ (Screening test) กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวทาง การตรวจแอนติบอดี้ ดังต่อไปนี้ (สมจิต หนุนเจริญกุล. 2545: 106-109; อ้างอิงจาก วัฒนา อู่วานิชย์. 2533)

1.กลุ่มประชากรที่มีอัตราความชุกชุมของโรคเอดส์สูง ได้แก่ ผู้ฉีดยาเสพติด ผู้ต้องขังที่มีพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ หรือร่วมเพศกับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เด็กที่มีพ่อหรือแม่เป็นผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยกามโรค และหญิงขายบริการ ให้ทดสอบเบื้องต้นด้วยวิธี ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) หรือ GPA (gel particle agglutination) หากได้ผลบวกให้ทดสอบซ้ำด้วยน้ำยาบริษัทเดียวกัน และถ้าได้ผลบวกอีกก็ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง คือ ทดสอบด้วยน้ำยา ELISA ต่างบริษัท และน้ำยา GPA ถ้าให้ผลบวกด้วยน้ำยาทั้ง 2 บริษัท ก็ถือว่ามีการติดเชื้อ HIV ได้ แต่ถ้าให้ผลลบทั้ง 2 บริษัทก็ถือว่ายังไม่มีการติดเชื้อ ในกรณีที่ให้ผลไม่ตรงกันต้องทดสอบด้วยวิธี western blot (WB) ต่อไป

วิธีตรวจยืนยันอีกวิธีหนึ่งคือ ตรวจด้วยวิธี GPA และ IFA (immunofluorescence assay) ควบคู่กันไป ถ้าให้ผลบวกทั้ง 2 วิธี ให้ถือว่ามีการติดเชื้อ ถ้าให้เป็นผลลบทั้ง 2 วิธี ถือว่าไม่มีการติดเชื้อ ในกรณีที่ให้ผลไม่ตรงกันต้องทดสอบด้วยวิธี western blot ต่อไป

2. กลุ่มประชาชนทั่วไป ให้ทดสอบขั้นต้นด้วยวิธี ELISA หรือ GPA หากได้ผลบวกให้ทดสอบซ้ำด้วยน้ำยาบริษัทเดียวกันและถ้าให้ผลบวกอีกก็ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี western blot ทุกราย สำหรับการตรวจสอบด้วยเทคนิค western blot (WB) เป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่งซึ่งนิยมใช้ตรวจยืนยันแอนติบอดี้ต่อไวรัส HIV-1 และ HIV-2 ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์และไวรัส HTLV-I และ HTLV-II (ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งเม็ดเลือด) แต่มีปัญหาในการอ่านผลอยู่บ้าง ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำวิธีป้องกันผลการตรวจคลุมเคลือ เช่น ปรับปรุงชุดน้ำยา western blot ให้ครอบคลุมการตรวจพบแอนติเจน gp62/ 68, gp46 และโปรตีน gag, env (P53, P24 และ P19) ของ HTLV-I และ HTLV-II ได้ และทบทวนเกณฑ์ในการแปรผลต่อเชื้อ HIV และ HTLV ให้มีความไวและจำเพาะขึ้น เป็นต้น (สมจิต หนุนเจริญกุล. 2545: 106-109; อ้างอิงจาก ชื่นฤดี ไชยวสุ. 2534)

ส่วนวิธีการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสเอดส์ด้วยวิธีรวดเร็ว สามารถรู้ผลได้ภายใน 3 นาที ถึง 3 ชั่วโมงนั้น มีความไว และความแม่นยำเท่ากับหรือมากกว่า ELISA ในปัจจุบัน เช่น HIV CHECK, The IMMUNOCOMB B, Cambridge Biosience Recombigen Test, SERODIA-HIV Test ABBOTT Retrocell Test, KARPAS CELL Test และ ABBOTT Testpack เป็นต้น (สมจิต หนุนเจริญกุล. 2545: 106-109; อ้างอิงจาก กระทรวงสาธารณสุข. 2533)

สมภพ เรืองตระกูล (2548: 17-18) ได้สรุปหลักการวินิจฉัยโรคเอดส์ โดยที่ผู้ ป่วยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. จำนวน CD4 เซลล์น้อยกว่า 200 หรือ

2. มีอาการแทรกซ้อนของโรคซึ่งเป็นผลมาจากระบบภูมิต้านทานลดลงมาอย่างมาก อาการแทรกซ้อนนี้อาจมีเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่าง

2.1 มีไข้อยู่นาน ท้องเดินเป็นเวลานานและร่างกายทรุดโทรม (wasting syndrome)

2.2 มีโรคแทรกซ้อน เช่น ปอดบวมจากเชื้อโรค P.carinii, cytomega lovirus retinitis, parasitic colitis เชื้อราในปากและหลอดอาหาร

2.3 มีเนื้องอก เช่น Kaposi's sarcoma และ B-cell lymphoma

2.4 มีอาการทางระบบประสาท เช่น อาการสมองเสื่อม

3.1.6 วิธีการแพร่เชื้อ (MODES OF TRANSMISSION)

เชื้อเอชไอวี แพร่เชื้อโดยผ่านส่วนที่เป็นน้ำของร่างกาย (body fluids) ได้มีการแยกเชื้อออกมาได้จาก body fluids ส่วนต่างๆได้แก่ โลหิต น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด น้ำนม ปัสสาวะและน้ำตา ความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อผ่านการสัมผัสส่วนน้ำของร่างกายขึ้นกับปัจจัย 2 อย่างต่อไปนี้ (สมภพ เรืองตระกูล. 2548: 7-9)

1. ปริมาณของเชื้อไวรัสที่มีอยู่ในน้ำส่วนนั้น

2. ชนิดของการสัมผัส

เชื้อเอชไอวีพบได้ปริมาณน้อยในน้ำตา น้ำลายและปัสสาวะ การสัมผัสกับน้ำดังกล่าวโดยบังเอิญหรือเป็นครั้งคราว มีความเป็นไปได้ว่าจะได้รับเชื้อแต่โอกาสติดเชื้อมีน้อย ส่วนพฤติกรรมบางอย่าง ที่สัมผัสกับโลหิต น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอดและน้ำนมซึ่งมีปริมาณเชื้อไวรัสเป็นจำนวนมากอาจทำให้ติดเชื้อได้

ในขั้นแรกที่มีการพบเชื้อ การแพร่ระบาดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและใช้เข็มฉีดยาซึ่งไม่ได้ฆ่าเชื้อร่วมกันทางการแพทย์ หรือการใช้สารเสพติด เชื้ออาจแพร่จากมารดาสู่ทารกในครรภ์ในช่วงตั้งครรภ์ ช่วงคลอด หรือการให้นมบุตร

1.การมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมทางเพศบางอย่างจะมีการแลกเปลี่ยนส่วนที่เป็นของเหลวของร่างกาย (น้ำอสุจิและสารคัดหลั่งในช่องคลอด) การมีเพศสัมพันธ์แบบ Anal sex และ Vaginal sex เป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มมากขึ้นถ้าเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย หรือมีบาดแผลที่อวัยวะเพศในขณะมีกิจกรรมทางเพศ ซึ่งจะทำให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและมีเลือดออกได้

2. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี เป็นวิธีการแพร่เชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง และจะมีปริมาณเชื้อเข้าสู่ร่างกายจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อไวรัสที่มีอยู่ในโลหิต และปริมาณโลหิตที่มีการแลกเปลี่ยนกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วม กันในผู้ติดยาเสพติด เป็นวิธีแพร่เชื้อที่พบบ่อยเป็นลำดับที่ 2 และทำให้อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 24

3. การให้เลือด การติดเชื้อด้วยการให้เลือดซึ่งมีเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างสำคัญสำหรับประ เทศที่มีการตรวจเลือดที่มีผู้บริจาคอย่างละเอียด เช่น สหรัฐอเมริกา โอกาสที่จะติดเชื้อด้วยวิธีนี้มีน้อยกว่าร้อยละ 0.001 สำหรับประเทศไทยก็มีความเสี่ยงต่ำเช่นเดียวกัน

4. การแพร่เชื้อในช่วงคลอด (perinatal) การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกสามารถเกิดขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ ช่วงคลอดหรือช่วงให้นมบุตร เนื่องจากในน้ำนมมีจำนวน lymphocytes ซึ่งสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ดังนั้นในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศที่พัฒนาแล้ว จึงแนะนำว่ามารดาซึ่งมีเชื้อเอชไอวีไม่ควรให้นมบุตร ควรให้นมผสมแทน

5. ปัจจัยร่วมสำหรับการแพร่เชื้อ ซึ่งปัจจัยร่วมสามารถเร่งให้เกิดการแพร่เชื้อได้ แต่ไม่ได้ทำให้เกิดการแพร่เชื้อโดยตรง ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โกโนเรีย ซิฟิริส และคลาไมเดีย ซึ่งทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศและเนื้อเยื่อ ในช่วงที่มีกิจกรรมทางเพศ

6. การใช้สารเสพติด อาจมีผลต่อพฤติกรรมเกิดความเสี่ยงได้ เช่น การยับยั้งชั่งใจที่จะมีกิจกรรมทางเพศลดลง การตัดสินใจเสีย หรือเพิ่มพฤติกรรมขาดการควบคุมอารมณ์

จากข้อมูลในปัจจุบันยืนยันได้ว่า เชื้อไวรัสเอดส์ไม่แพร่ผ่านทางอาหาร น้ำ อากาศ แมลง ยุงหรือสัตว์นำโรคอื่นใด และไม่แพร่ผ่านทางการสัมผัสภายนอกตามปกติในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการอยู่อาศัยร่วมกันในชุมชนแออัด การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม โทรทัศน์ เสื้อผ้าตลอดจนการรับประทานอาหารร่วมกันจึงไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์ นอกจากเหตุการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรงถึงขั้นเกิดบาดแผลที่เชื้อจะเข้าไปได้ จึงต้องระมัดระวังด้วยเช่นกัน

3.1.7 การรักษาโรคเอดส์

ปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้รักษาโรคเอดส์ มีเพียงยาต้านไวรัสเท่านั้น การรักษาจึงต้องรักษาตามอาการของโรคที่แสดงออกในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแตกต่างกันไปแล้วแต่ว่าจะได้รับเชื้อโรคแทรกซ้อนชนิดใด อย่างไรก็ตามกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2532: 13-14) ได้แบ่งแนวทางในการดำเนินการรักษาโรคเอดส์ออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การรักษาโรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็งฉวยโอกาส แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการหรือยารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ก็ตาม แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์มักจะเกิดอาการโรคติดเชื้อหรือมะเร็งซึ่งสามารถจะรักษาได้หากวินิจฉัยถูกต้องเป็นการรักษาตามอาการของโรคนั่นเอง

2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ (Antiviral Therapy) ในปัจจุบันได้มีการศึกษายาต้านไวรัสเอดส์หลายชนิด แต่ชนิดที่เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลในการช่วยยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ และได้มีการใช้แล้วคือยา ซิโดวูดีน (Zidovudine: ZDV) หรือชื่อเดิมว่า อาซิโดมิไดน์ (Azidothymidine: AZT) ยาชนิดนี้มีทั้งชนิดฉีดและกิน แต่มีผลข้างเคียงมากได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน และอาการอื่นๆ ร่วมด้วย

3. การเสริมสร้างภาวะภูมิต้านทานของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าในขณะนี้จะสามารถรักษาโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาสได้ก็ตาม โอกาสที่จะเกิดโรคอื่นๆ หรอเกิดโรคซ้ำ ได้อีกจึงมีอยู่เสมอ ดังนั้นแพทย์จึงทำการเสริมสร้างภูมิต้านทานให้ด้วย โดยใช้วิธีปลูกถ่ายไขกระดูกและถ่ายเม็ด

เลือดขาว (Bone MarrowTransplantation and Lymphocyte Transfusion) และการใช้สารทรานสเฟอร์แฟคเตอร์ (Transfer Factor) ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน วิธีการต่างๆ ที่ใช้อยู่นี้ยังไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจนัก

4. การรักษาสภาพจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักประสบกับปัญหาด้านจิตใจเป็นอย่างมาก เพราะถูกรังเกียจกีดกันจากสังคม จึงต้องมีการรักษาสภาพจิตของผู้ป่วยโดยวิธีการต่างๆ คือ การให้คำแนะนำทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้ป่วย ด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การแพร่เชื้อตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การสังคมสงเคราะห์ โดยให้อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและฝึกอาชีพที่จะช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม

3.1.8 สภาพจิตใจของบุคลที่ได้รับเชื้อเอดส์

อรอนงค์ อินทรจิตร; และนริน กรินชัย (2535: 72) กล่าวว่าการที่บุคคลพบว่าตนเองติดเชื้อเอดส์ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในระยะสั้นๆ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นมีความต่อเนื่องและแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล สรุปสภาพจิตใจของบุคลที่ได้รับเชื้อเอดส์ ได้แก่

1. ถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้ง ถูกแบ่งแยกออกจากบุคคลอื่น มีความเหงา ไม่มั่นคง สับสนท้อแท้ คับข้องใจ เศร้าซึม กดดัน เครียดและไม่มีความสุข

2. สูญเสียแผนการและความคาดหวังในอนาคต ไม่สามารถจะสร้างฝันให้เป็นจริงได้

3. สูญเสียความเชื่อมั่น เกิดความไม่มั่นใจ ไม่แน่นอน หวาดกลัว ตื่นตกใจในสิ่งที่จะมาถึงอาจเนื่องมาจากการถูกโรคแทรกซ้อนต่างๆ ไม่สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ การถูกปฏิเสธจากสังคมและกลัวตาย

4. ขาดคนช่วยเหลือ เนื่องจากไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ทั้งหมดหรือไม่สามารถรับการรักษาโรคต่างๆ ให้หายขาดได้

5. รู้สึกไม่มีประโยชน์ไร้ค่า ไม่มีใครเหลียวแล

3.1.9 ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคเอดส์

เนื่องด้วยโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังและยังไม่มีวิธีรักษาให้หาย จึงส่งผลกระทบอย่างร้ายแรงต่อผู้ป่วยซึ่งได้รับเชื้อเอชไอวี ทั้งต่อสภาพจิตใจและการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของโรค โดยที่ร้อยละ 10– 20 ของผู้ป่วยอาการของโรคไม่คืบหน้าต่อไปเป็นโรคเอดส์ในระยะเวลา 10 ปีหรือมากกว่า ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งมีชีวิตอยู่ได้นาน 5 ปีหรือมากกว่าภายหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงรูปแบบปัญหาทางจิตใจเนื่องจากโรคเอดส์ (สมภพ เรืองตระกูล 2548: 43-51)

ระยะของเชื้อโรคเอชไอวี	ระยะเวลา	ตัวผู้ป่วย	ครอบครัว
การติดต่อโรค	**0 ปี**	พฤติกรรมเสี่ยงภัย: ปฏิเสธความจริงกลัว	พฤติกรรมเสี่ยงภัย: ปฏิเสธความจริงกังวลเกี่ยวกับโรค
I.ผลตรวจเลือดเป็นบวก		**วิกฤตการณ์ของชีวิต**:ช็อก ปฏิเสธความจริง ซึมเศร้า คิดอยากตาย รู้สึกผิด แยกตัวเอง โกรธ **การเปิดเผยความจริง :** กลัว	**วิกฤตของชีวิต**: ช็อก ปฏิเสธความจริง ซึมเศร้า ไม่แน่ใจ
II.ระยะไม่มีอาการ		**สร้างความสมดุลขึ้นมาใหม่:** แสวงหาความจริง ความรู้สึกในคุณค่ากลับคืนสู่สภาพเดิม พยายามควบคุมสถานการณ์ ไม่มีความแน่ใจ **เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต**	**สร้างสมดุลขึ้นมาใหม่**: ค้นหาความจริง ไม่มีความแน่ใจ **อาจเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต**
III.ระยะแสดงอาการ		**เสียการควบ คุมตัวเองและความเป็นอิสระ:** รู้สึกผิด โกรธ ซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีความปกติของรูปร่างหน้าตา ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ต่อรองการมีชีวิต	ให้การดูแลรักษาให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ต่อรองการมีชีวิต
IV.ทราบว่าเป็นโรคเอดส์		เศร้าโศกเสียใจ อาจรู้สึกโล่งอกเมื่อทราบผลการวินิจฉัยโลกซึมเศร้า	มีความเศร้าโศกเสียใจตามที่คาดหวังไว้ ซึมเศร้า
ระยะสุดท้ายของโรค		**ระยะเตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิต:** ซึมเศร้ายอมรับได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา อาจมีความคิดฆ่าตัวตายโดยให้แพทย์ช่วย	**ระยะเตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิต :** อ่อนล้าหมดกำลัง ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาครั้งสุดท้าย ซึมเศร้า ยอมรับได้ ขอร้องความช่วยเหลือ ความเศร้าโศกเสียใจทุเลา
การเสียชีวิต	**2-10 ปี**		

ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อเอชไอวีซึ่งทำให้เกิดโรคเรื้อรัง จะมีความทุกข์ใจ และจิตใจมีพยาธิสภาพอย่างมาก แต่ความรุนแรงของความรุนแรงของความผิดปกติของจิตใจจะมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. วิธีการแก้ไขปัญหา

ผู้ที่ให้การยอมรับสภาพเป็นจริงและมีการปรับตัวอย่างดี จะมีความรู้สึกสบายใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความจริง (denial) หรือยอมรับโชคชะตาโดยไม่ปรับตัวให้ดีขึ้นจะไม่มีความไม่สบายใจและมีอาการทรุดตัวลงเร็ว นอกจากนี้การแก้ไขปัญหาด้วยการดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด หรือมีเพศสัมพันธ์ไปตามอารมณ์ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนทางจิตใจไปจากความทุกข์ จะมีผลด้านลบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต

2. การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ที่ขาดการสนับสนุนให้กำลังใจจากครอบครัวหรือสังคมจะเกิดความทุกข์ใจ และมีความเครียดอย่างมาก การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มักจะถูกสังคมประณาม ถูกขจัดออกจากสังคม ทำให้สูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ บ้านที่อยู่อาศัย ครอบครัวและการสนับสนุนอย่างอื่น และในที่สุดอาจทนทุกข์ทรมานอยู่กับรูปร่างที่ผิดส่วนหรือพิการ ความเจ็บปวดและระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาทางสังคมรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ส่วนผู้ที่ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจอย่างดีจากครอบครัวและสังคม จะมีความเครียดน้อยกว่า รวมทั้งไม่ค่อยแยกตัวออกไปอยู่อย่างโดดเดี่ยว

3.1.10 การดูแลสภาพจิตใจ

1. ปัจจัยที่ทำให้สุขภาพจิตดี

1.1 มีวิธีการแก้ไขปัญหาที่ดีและทางด้านบวก

1.2 มีเครือข่ายการสนับสนุนให้กำลังใจอย่างดี จากครอบครัว เพื่อนและสังคม

1.3 มีคนที่ไว้วางใจและเชื่อถือได้

1.4 มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรผู้ให้การดูแลรักษา

1.5 คงสภาพร่างกายและสุขภาพที่ดีเอาไว้ตลอดเวลา

1.6 ไม่มีประวัติทางจิตเวชในอดีต

1.7 ฐานะการเงินดีและมีประกันสุขภาพซึ่งครอบคุลมไว้ด้วย

1.8 มีความร่วมมือกับชุมชน

1.9 ไม่เสพสารเสพย์ติดในปัจจุบัน

1.10 ยังมีประสิทธิภาพในการทำงาน หรือมีกิจกรรมอย่างอื่นทดแทน

1.11 มีความรู้สึกในคุณค่าของตัวเองดี คงความหวังสำหรับอนาคตไว้

2. ปัจจัยที่ทำให้สุขภาพจิตทรุดโทรม

2.1 ใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความจริง เบี่ยงเบนความจริง และเชื่อเรื่องโชคชะตาเท่านั้น

2.2 ขาดเครือข่ายการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

2.3 ขาดคนที่สามารถไว้วางใจได้

2.4 มีความสัมพันธ์ที่อ่อนแอหรือไม่วางใจกับบุคลากรผู้ให้การรักษา

2.5 สุขภาพทางกายทรุดโทรมหรือไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย

2.6 มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง หรือการพยายามฆ่าตัวตาย

2.7 ฐานะการเงินไม่ดีหรือไม่มีประกันสุขภาพ

2.8 แยกตัวเองออกจากสังคมและขาดการร่วมมือกับชุมชน

2.9 ความรู้สึกในคุณค่าของตัวเองต่ำ และไม่มีความหวังสำหรับอนาคต

2.10 เสพสารเสพติด

2.11 ทำงานไม่ได้หรือไม่มีกิจกรรมการงานทดแทนอย่างอื่น

3. การรักษา

3.1 ผู้ป่วยซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง

ปฏิกิริยาทางด้านจิตใจต่อความน่ากลัวของการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์แตกต่างกันมากในผู้ป่วยแต่ละคน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. ความเครียดที่เกิดขึ้น เร้าให้จิตพยาธิสภาพที่มีอยู่เดิมกำเริบขึ้นหรือเป็นโรคขึ้นมาใหม่

2. มีอาการทางจิตเวชซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเครียดที่เกิดขึ้น

3. มีอาการทางจิตเวชและระบบประสาทเนื่องจากพยาธิสภาพขอสมองซึ่งเกิดจากเชื้อเอชไอวี

ก่อนที่จะมีการตรวจพบว่าซีรั่มเป็นบวกต่อเชื้อ HIV (seroconversion) ผู้ ป่วยจะมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงว่าจะเป็นโรคเอดส์ โดยมีการกังวลทั่ว ๆไป อาการแพนิค อาการไฮโปคอนดริเอสิส (Hypochondriasis) หรือย้ำคิดย้ำทำ ผู้ป่วยที่เป็นเกย์หรือไบเซ็กส์ชวล อาจต้องพบกับเหตุการณ์ร้ายแรงซ้ำเติม เช่น เพื่อนหรือคู่รักหรือภรรยาป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือเสียชีวิต ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าโดยตรง และขาดบุคคลสำคัญที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจหรือเป็นการขู่คุกคามต่อการเสียชีวิตของตัวเองก่อนเวลาอันควร

3.2 การเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับการตรวจให้ผลบวก

ผลต่อสภาพจิตใจเมื่อทราบผลการตรวจที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย วิตกกังวลและครุ่นคิดว่ามีอาการไม่สบายทางกาย มีการแยกตัวเองมากขึ้น โกรธ ใช้สารเสพติด ใช้กลไกลทางจิตเบี่ยงเบนความเป็นจริง การปรับตัวผิดปรกติ (adjustment disorder) และความทุกข์รูปแบบอื่น อย่างไรก็ตามความกังวลเกี่ยวกับโรคเอดส์และผลกระทบระยะยาวต่อการรู้ว่ามีซีรั่มเป็นบวก (seropositive) จะเพิ่มขึ้นอย่างมากหลังจากเรียนรู้ว่าได้ ติดเชื้อ การเสพสารเสพย์ติดหรือการใช้วิธีการแก้ไขปัญหาผิดๆ อย่างอื่นมีมากขึ้นหรือเกิดขึ้นมาซ้ำๆ ปัญหาที่สำคัญอย่างมากอีกประการหนึ่งในระยะนี้ก็คือ การบอกความจริงกับคู่ครองคู่รักหรือบุคคลที่สำคัญในชีวิตคนอื่น

3.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งเพิ่งตรวจผลเลือดเป็นบวก

สิ่งที่สำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดเกี่ยว กับความคิดฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่าผู้ชายอายุระหว่าง 20–29 ปี ซึ่งเป็นโรคเอดส์ มี ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเอดส์ถึง 36 เท่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่าปัจจัยเสียงจะเพิ่มขึ้นในระยะ 2 เดือน หลังการวินิจฉัยโรค การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีจิตบำบัด การแก้ไขภาวะวิกฤตและการสนับสนุนให้กำลังใจ จะช่วยลดปฏิกิริยาที่รุนแรงและความคิดอยากตายลงได้

3.4 การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีผลเลือดเป็นบวก

ในช่วงระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ของโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สบายหลายๆ อย่าง เช่น เชื้อราในปาก ท้องเดิน หรือเหงื่อออกตอนกลางคืน อาการต่างๆเหล่านี้มีความรุนแรงมากหรือน้อยแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน แต่โดยทั่วไปแล้วจะไม่มีความรุนแรงหรือเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเอดส์ จนกระทั่งเวลาผ่านไปหลายปี โดยเฉลี่ยสิบปีหรือมากว่านั้น ภายหลังจากการที่ได้รับเชื้อเอชไอวี ปฏิกิริยาได้มีต่างๆ กัน เช่น อาการซึมเศร้า เศร้าเสียใจ มีความรู้สึกสิ้นหวัง หรือเศร้าโศกเสียใจต่อการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน

3.4.1 อาการวิตกกังวล ผู้ป่วยส่วนมากที่มีความไม่สบายใจเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี จะค่อยๆ ลดความวิตกกังวลลงเมื่อยอมรับการบำบัดทางจิตใจและสังคม บางคนจะมีการตอบสนองดีมากต่อการยอมรับความจริง การสนับสนุนให้กำลัง ใจ และการได้รับยาคลายกังวลระยะสั้น

3.5 การดูแลผู้ป่วยระยะมีอาการและระยะสุดท้าย

ความเศร้าโศกเสียใจ (grief) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์อาจเริ่มต้นด้วยความรู้สึกช็อก และปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ซึ่งอาจมีความรู้สึกผิด โกรธหรือเศร้าเสียใจตามมา

ต่อจากนั้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้จะเปลี่ยนไปมาระหว่างโกรธ รู้สึกผิด สงสารตัวเองและวิตกกังวล กับการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ความรู้สึกดังกล่าวจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจมากขึ้น เมื่อความรู้สึกในคุณค่าของตัวเองลดลง และครุ่นคิดอยู่กับการฆ่าตัวตาย อาการโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นใหม่หรือปัญหาของชีวิต อาจกระตุ้นให้เกิดวิกฤตการณ์ของชีวิตขึ้นได้ ผู้ป่วยอาจรับรู้ข่าวคราวเกี่ยวกับโรคเอดส์ทาง สื่อมวลชลซึ่งมีเนื้อหาแตกต่างกันออกไป เช่น เป็นโรคที่คุกคามชีวิตและความล้มเหลวของการพัฒนาวัคซีนรักษาโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามการสูญเสียที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะให้การวินิจฉัย

3.1.11 การดูแลทั่วไป GENERAL CARE

สมภพ เรืองตระกูล (2548: 189-192) ได้สรุปการดูแลผู้ป่วยทั่วๆ ไปสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนให้กำลังใจ
2. เสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย
3. เสริมสร้างความอดทนของจิตใจ
4. ช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับการแยกตัวเอง
5. แนวทางปฏิบัติเพื่อคลายเครียด
6. ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
7. คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวที่บ้าน

1. สนับสนุนให้กำลังใจ

ผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องการการสนับสนุนและกำลังใจอย่างมาก เท่ากับการดูแลทางกาย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวอย่างมากต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต อาจแยกตัวเองออกจากครอบครัวและเพื่อน บางคนเกิดความรู้สึกว่าการเป็นโรคเปรียบเสมือนการถูกลงโทษจากพฤติกรรมในอดีต ก่อนที่ผู้ป่วยจะยอมรับเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยอาจผ่านระยะต่างๆ ของความเศร้าโศกเสียใจ (grief) ในบางครั้งการสร้างสัมพันธ์ที่ไว้วางใจกับผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ยาก ผู้ป่วยอาจมีความคาดหวังว่าจะถูกรังเกียจตามประสบการณ์ที่ผ่านมา สิ่งสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งก็คือต้องให้ความเคารพผู้ป่วยในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดออกมาถึงความรู้สึกที่มีอยู่ในใจ และให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะไม่อยู่ตามลำพัง ให้การดูแลผู้ป่วยบ่อยๆ นอกจากนี้พยายามให้ครอบครัวและเพื่อนมาให้กำลังใจ ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบถึง สภาพของตนเองและแผนการรักษา จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง อธิบายให้ทราบถึงการทดสอบและวิธีการรักษาแบบต่างๆ เมื่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยเสื่อมลง ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกบ่อยๆว่า ไม่สามารถควบคุมชีวิตได้ ช่วยให้ผู้ป่วย

เกิดความรู้สึกว่ายังควบคุมตัวเองได้ ด้วยการให้ได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น ให้เรียนรู้เกี่ยวกับอาหารและการคลายเครียด ให้ผู้ป่วยได้เข้าไปร่วมกลุ่มอาชีวะบำบัดและกลุ่มออกกำลังกาย ฟังผู้ป่วยพูดแสดงความกังวลใจเกี่ยวกับการรักษา ยอมรับถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงความโกรธและความพ่ายแพ้ พูดเสริมทางด้านบวกให้มากที่สุด ผู้ป่วยมักมีความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาทางด้านกฎหมาย และฐานะทางการเงิน การให้นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือจะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น เมื่อผู้ป่วยถามถึงอุปกรณ์การช่วยชีวิต เช่นเครื่องช่วยหายใจ อธิบายให้ผู้ป่วยฟังและช่วยให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตัวเอง เกี่ยวกับการจัดการเมื่อโรคทรุดลง การตัดสินใจดังกล่าว ควรกระทำก่อนที่เกิดการแทรกซ้อนทางระบบประสาท ซึ่งทำให้เกิดการสับสนและสมองเสื่อม

2. เสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

ผู้ป่วยโรคเอดส์มักมีร่างกายอ่อนแอเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีปัญหาต่างๆ ได้แก่ เบื่ออาหาร ท้องเสีย กลืนอาหารและเจ็บในปาก ทำให้ขาดสารอาหาร ต้องบำรุงให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่ขาดน้ำและเกลือแร่อยู่ในสมดุล ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยบ่อยๆ และตรวจ ดูภาวะขาดน้ำ (dehydration) ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรี่สูง พยายามให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกายบ่อยๆ

3. เสริมสร้างความอดทนของจิตใจ

ต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและอดทนของจิตใจ นอกเหนือไปจากร่างกายแข็งแรง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้พยายามให้ผู้ป่วยทำสิ่งต่างๆ ด้วยตัวเอง ไม่ใช่เอาแต่นอนพักอย่างเดียว เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าตนยังมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้

4. ช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับการแยกตนเอง

ผู้ป่วยซึ่งมีการแยกตัวเองต้องหาทางให้ได้สัมผัสกับโลกภายนอก เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ฟังเพลง อ่านหนังสือพิมพ์ และเขียนจดหมายให้ครอบครัวและเพื่อนๆ ได้มาเยี่ยม

5. แนวทางปฏิบัติเพื่อคลายเครียด

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงควรมีการปฏิบัติเพื่อคลายเครียด โดยรับประทานอาหารถูกส่วนครบทั้ง 5 หมู่ ฝึกคลายความตึงเครียด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ฝึกวิธีคิดใหม่โดยคิดแต่ทางด้านบวก ฝึกสมาธิ และปฏิบัติตัวตามแนวศาสนาของตน

6. ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเป็นอันตรายต่อชีวิต แนะนำให้ผู้ป่วยล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ อาบน้ำทุกวันและทำความสะอาดของร่างกาย หลีกเลี่ยงการไปที่ชุมชน

หรือคนพลุกพล่าน เมื่อมีอาการไม่สบายเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ไอ มีแผลในปาก หรือท้องเสีย ต้องรีบรักษาตัว

7. คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพร่างกายตัวเองและเข้าใจวิธีการดูแลตัวเอง อธิบายให้ครอบครัวได้ทราบด้วย ให้คำแนะนำดังต่อไปนี้

7.1 รับประทานอาหารมีโปรตีนและแคลอรี่สูง

7.2 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

7.3 ดูแลสุขอนามัยตัวเองให้ดี

7.4 ดูแลฟันและในช่องปากให้สะอาด

7.5 พบปะพูดคุยกับคนอื่น และดำเนินชีวิตตามปกติเท่าที่จะทำได้

7.6 แนะนำผู้ป่วยว่าอย่ามีการสัมผัสใดๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนส่วนน้ำของร่างกายหรือเลือดกับผู้อื่น ถ้าจะมีเพศสัมพันธ์ต้องใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง

7.7 ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำว่าไม่ควรเลี้ยงสัตว์ เนื่องจากอาจติดโรคติดเชื้อได้ง่าย แต่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนแล้วอนุโลมให้เลี้ยงต่อไปได้ แต่มีข้อแม้ว่าสัตว์นั้นต้องแข็งแรงและปราศจากโรค รวมทั้งผู้ป่วยไม่ควรสัมผัสมูลของสัตว์ และต้องให้อยู่แต่ภายในบ้าน

3.1.12 ครอบครัวบำบัด FAMILY THERAPY

เช่นเดียวกับการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตชนิดอื่น ดังที่ สมภพ เรืองตระกูล (2548: 243-245) กล่าวว่า การตอบสนองของครอบครัวต่อการวินิจฉัยโรคเอดส์ประกอบด้วยความรู้สึกช็อก ความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกผิด โกรธและเศร้าใจ เนื่องจากได้รับผล กระทบต่อการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย อาจเกิดความรูสึกเศร้าเสียใจ (grief) ร้องให้คร่ำครวญอยู่กับการสู เสียความหวังและความฝัน ที่จะอยู่ร่วมกันในอนาคต เ กื อ บทุกครอบครัวจะรู้สึกกังวลอย่างมากเรื่องการถูกสังคมรังเกียจและถูกขับออกจากสังคม ผู้ป่วยมักแยกตัวเองออกจากครอบครัว ญาติพี่น้องคนอื่นและเพื่อน ส่งผลให้เกิดความแตกแยกในครอบครัว สัมพันธภาพที่มีต่อกันเปลี่ยนแปลงไป มีความรู้สึกเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน บางครอบครัวเกิดความรู้สึกโกรธอย่างรุนแรงในการที่คู่ครองติดเชื้อเอชไอวี กล่าวโทษ ตำหนิ ติเตียน และไม่ยอมให้อภัย ชีวิตครอบครัวแตกร้าว ส่งผลกระทบต่อบุตรด้วย คู่ครองอาจมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงและมีความคิดยากตาย

3.1.12.1 เป้าหมายของการรักษามีดังนี้

1. เข้าใจถึงวิกฤตการณ์ของครอบครัว

2. ให้คำจำกัดความของสาเหตุการกระตุ้นที่ทำให้เกิดความวิกฤตขึ้นในครอบครัว

3. ระบุถึงการตอบสนองซึ่งไม่ได้ผลของครอบครัว และวางแผนสำหรับการตอบสนองอย่างอื่น รวมทั้งสอนวิธีการสื่อสารหลายๆ อย่างให้เลือก เพื่อเกิดความความเข้าใจที่ดีต่อกัน

4. บอกบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนให้ชัดเจนที่จะแสดงความรับผิดชอบ

5. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกันการรักษาโรค

6. ให้การศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่นวิธีการแพร่เชื้อ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลักษณะทางคลินิกและแนวทางรักษา เพื่อวางแผนป้องกันการติดเชื้อ

7. ให้คำปรึกษาหารือเกี่ยวกับการทดสอบหาเชื้อเอชไอวีตามความจำเป็น

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

3.2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

คอบบ์ (Cobb. 1976: 300) ศึกษาการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และจิตใจทำให้ผู้นั้นต้องการคำปลอบใจกำลังใจ และต้องการคำแนะนำหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอดส์

ดิลเลย์ (เบ็ญจพร มงคลธง. 2550: 44 อ้างอิงจาก Dilley. 1985) ศึกษาโรคเอดส์ก่อให้เกิดความเครียด ตั้งแต่เริ่มตรวจพบเชื้อไปจนตลอดชีวิตบางนทราบผลเลือดถึงกับ ช็อคทันทีเกิดอาการตกใจ เกิดการปฏิเสธผลการตรวจเลือดการลงโทษตนเองโกรธ คิดทำร้ายตน เอง หาวิธีต่อรองโดยแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆ เมื่อไม่ได้ผลเกิดอาการซึมเศร้า และยอมรับว่าตนเองเครียด

ดันชี่ (จิตมณี ก้างออนตา. 2539: 10; อ้างอิงจาก Dunchy. 1991) ศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่แสดงอาการร้อยละ 25-50 จะแสดงอาการหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ภายใน 5-10 ปี เมื่อร่างกายอ่อนแอ ภาวะภูมิต้านทานของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อเอดส์จะเริ่มแสดงอาการของโรคเด่นชัดขึ้น จะมีอาการเจ็บป่วยบ่อย เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสียหรือท้องร่วงเรื้อรังน้ำหนักลด ไอเรื้อรังลิ้นเป็นฝ้าขาว ร้อยละ 95 เจ็บป่วยเรื้อรังและมีโรคแทรกซ้อน ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และระยะเอดส์เต็มขั้น

ฟารสเคิร์ด; และแจ็คคิวลีน เอช (Flaskerud; & Jacqueyn H. 1992: 239-274) ศึกษาผลของความเครียด กระตุ้นให้ร่างกายสร้างไวรัสตัวใหม่ ทำให้ร่างกายมีเชื้อเอดส์มากขึ้นซึ่งเมื่อมีความเครียดทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงเกิดภาวะการขาดอาหาร

พอร์เตอร์ (เบ็ญจพร มงคลธง. 2550: 44 อ้างอิงจาก Porter. 1993) ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า เพศหญิง และเพศชาย มีความระมัดระวังสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อรู้ว่าติดเชื้อแต่ยังไม่มีอาการ ในทางกลับกันผู้ที่ไม่ยอมรับรู้ผลการตรวจว่าตนเองติดเชื้อ เอชไอวี จะมีพฤติกรรมไม่ยอมรับและจะใช้กลไกป้องกันทางจิต เพื่อลดความวิตกกังวลและลดความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพจนร่างกายอ่อนแอเข้าสู่อาการ สัมพันธ์กับเอดส์เต็มขั้นป่วย และตายในที่สุด

โดบรา และคณะ (จุฑามาศ วัลลภาชัย. 2551: 31 อ้างอิงจากDobra.2001) ศึกษาการมีเป้าหมายในชีวิตกับอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางตะวันออกเฉียงเหนือใต้ของสหรัฐอเมริกาจำนวน 123 รายโดยศึกษาระดับซึมเศร้า CES-O และสอบถามเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีเป้าหมายในชีวิตระดับสูง จะมีระดับความซึมเศร้าต่ำ

3.2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

บรรจง วาที (2544: 77-78) ศึกษา ความหวัง พฤติกรรมการเผชิญความ เครียด คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ และความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง พฤติกรรมการเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตตลอดจนตัวทำนายคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 104 ครอบครัว พบว่า

1) ครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความหวัง คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

2) ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ .01 และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

3) ความหวัง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ ได้ร้อยละ 38.3 และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ ได้ร้อยละ 22.4 โดยความหวังและพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ร่วมกัน

นิศารัตน์ เชตวรรณ (2543: 50) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้า ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่านอกจากการเจ็บป่วยด้วยอาการทางกายจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ แล้วยังต้องทนทุกข์ทรมานต่อการถูกตีตราจากสังคม การเผชิญกับการถูกรังเกียจจากบุคคลในครอบครัวและสังคมการสูญเสียบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคม รายได้ และความสำนึกในคุณค่าแห่งคนสิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

ดวงชีวัน บูรณะกิจ (2544: 67-69) ศึกษาถึงความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน พบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความเกี่ยวข้องกับทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในแทบทุกๆด้าน ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องประเมินให้ครอบคลุมเรื่องดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและเร็วขึ้น โดยพฤติกรรมการเผชิญความ เครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งอารมณ์

ชาติชาย หล้าแหล่ง (2545: 85) ศึกษาผลของชุดสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม ”ตาลโตนด” ต่อภาวะซึมเศร้า ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน การกระทำพฤติกรรมไป สู่จุดมุ่งหมายในชีวิต และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง “ตาลโตนด” อ.บ้านแหลม จ.เพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุดกิจกรรมสนับสนุนทางสังคม “ตาลโตนด”มีภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนความตระหนักในคุณค่าแห่งตน การกระทำพฤติกรรมไปสู่จุดมุ่งหมายในชีวิต และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความแตกต่างกัน

สุนทรี สุรัตน์ (2548: 52) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพ จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจระดับปานกลาง

เบ็ญจพร มงคลธง (2550: 87) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นราย บุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1 กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความเครียดลดลงมากกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับการให้คำ ปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังและยังไม่มีวิธีรักษาให้หาย จึงส่งผลกระทบอย่างร้ายแรงต่อผู้ป่วยซึ่งได้รับเชื้อเอชไอวี ทั้งต่อสภาพจิตใจและการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องการการสนับสนุนและกำลังใจอย่างมาก เท่ากับการดูแลทางกาย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวอย่างมากต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต การรักษาสภาพจิตใจของผู้ป่วยโดยวิธีการต่างๆ คือ การให้คำแนะนำทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้ป่วย ด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การแพร่เชื้อตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การสังคมสงเคราะห์ โดยให้อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและฝึกอาชีพที่จะช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแพทย์ปัญญ เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

4.1 ประวัติความเป็นมาของโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2520 โดยนายแพทย์ปัญญา และคุณชลูด ส่งสัม พันธ์ หลังจากที่ท่านทั้งสองได้ริเริ่มก่อตั้งคลีนิคแพทย์ปัญญาประตูน้ำ ซึ่งเป็นคลีนิคที่เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมงเป็นแห่งแรกของประเทศไทย

ต่อมาพระราชามุนี (โฮม โสภโน) วัดปทุมวนารามได้ปรารภกับ นายแพทย์ปัญญา ส่งสัมพันธ์ ว่าให้ใช้ความรู้ความสามารถในวิชาชีพแพทย์เพื่อสร้างประโยชน์ให้กับประเทศชาติและศาสนาทำให้ นายแพทย์ปัญญา ส่งสัมพันธ์ มีความซาบซึ้งสำนึกในการสร้างบุญกุศล โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลพระเถระชั้นผู้ใหญ่ และพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธ รวมทั้งการช่วยชีวิตผู้ที่เจ็บไข้ได้ป่วยที่ฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการช่วยชีวิตเป็นอันดับแรก

โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา จึงได้ก่อกำเนิดตั้งขึ้นบนเนื้อที่ 4 ไร่ ตั้งอยู่เลขที่ 124 - 126 ซอยรามคำแหง 4 (สมานมิตร) ถนนรามคำแหง แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในนามของ “บริษัท ส่งสัมพันธ์จำกัด ” โดย นายแพทย์ปัญญา และ คุณชลูด ส่งสัมพันธ์ วัตถุประสงค์เพื่อสร้างประโยชน์ให้กับประเทศชาติและศาสนา โดยคำนึงถึงการช่วยชีวิตเป็นอันดับแรก ทุนจดทะเบียนเริ่มแรกจำนวน10 ล้านบาท จากนั้นเมื่อปี 2545 ได้มีการจดทะเบียนเพิ่มทุนเป็น 20 ล้านบาท โดยมีกรรมการ 7คนเป็นผู้ถือหุ้น โดยมี คุณชลูด ส่งสัมพันธ์ และ คุณอรรถ แพทยังกุล เป็นกรรมการ

4.2 การบริการของโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 127 เตียงประกอบด้วยอาคาร 4 ชั้น 2 หลัง, อาคารชั้นเดียว 1 หลัง เปิดให้บริการตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เปิดดำเนินการมามากกว่า 30 ปีภายใต้ปรัชญาการทำงานที่คำนึงถึงชีวิต ผู้ป่วยเป็นสำคัญ บริการด้วยคุณภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภท ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30บาท) กองทุนเงินทดแทน กลุ่มประกันชีวิต หรือประกันภัย กลุ่มผู้ประสบภัยจากรถ กลุ่มบริษัทลูกค้าตามสัญญา ข้าราชการ และกลุ่มลูกค้าเงินสดโรงพยาบาลมีความพร้อมในการบริการด้วยเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย ครบครัน โดยมีคณะแพทย์ประจำการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทีมงานพยาบาลและบุคลากรที่มีคุณภาพ

โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพการบริการ การรักษาพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลแพทย์ปัญญาจนได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 9002 เมื่อปี 2543 ได้รับรางวัลโรงพยาบาลประกันสังคมดีเด่นอันดับ 2 ในปี 2543 และกำลังพัฒนาสู่มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งผ่านบันไดขั้นที่ 2 แล้วในเดือนธันวาคม 2549 กำลังจะรับการตรวจประเมินเพื่อผ่านบันไดขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นบันไดขั้นสุดท้ายที่จะได้รับคุณภาพโรงพยาบาล (HA= Hospital Accreditation)

4.2.1 การบริการของโรงพยาบาล

แบ่งการรักษาพยาบาลเป็น 11 ส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่

4.2.1.1 อายุรกรรม ให้บริการผู้ป่วยอายุรกรรม ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลการบริการ

4.2.1.2 ศัลยกรรม ให้บริการสำหรับผู้ป่วยด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก, ศัลยกรรมตกแต่งและศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์เพศชาย โดยให้บริการตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งให้บริการปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขและป้องกันในกรณีผู้ป่วย ที่มีปัญหาที่ต้องทำการผ่าตัด / หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง

4.2.1.3 สูติ-นรีเวชกรรม ให้บริการ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล ฝากครรภ์ การคลอดบุตร รักษาเกี่ยวกับโรคทางนรีเวชกรรม การฟื้นสภาพต่อการป้องกันโรคให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติ

4.2.1.4 จิตวิทยา ให้บริการ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การรักษาเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิตวิทยา หรือผู้ที่มีความเครียด ตลอดจนให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และญาติ

4.2.1.5 โสตศอนาสิก ให้บริการทางแพทย์เฉพาะทางทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทาง หู คอ และจมูก

4.2.1.6 กุมารเวชกรรม ให้บริการรักษาผู้ป่วยเด็กแรกเกิดจนถึงเด็กอายุ

15 ปี ตั้งแต่ แรกรับ จนถึงจำหน่าย รวมทั้งการให้สุขศึกษาก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

4.2.1.7 จักษุแพทย์ ให้บริการทางแพทย์เฉพาะทางทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางตา ประสาทตา

4.2.1.8 เวชกรรมฟื้นฟู ให้บริการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูผู้ป่วยต้องที่ได้รับการฟื้นฟู บำบัด กายภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลา และสามารถช่วยเหลือตนเองได้

4.2.1.9 ฟอกเลือดด้วยไตเทียม ให้บริการทางการแพทย์ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยโรคไตที่ต้องให้การรักษาโดยวิธีฟอกเลือดด้วยไตเทียม

4.2.1.10 ทันตกรรม ให้บริการตรวจฟัน ขูดหินปูน อุดฟัน ขัดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟัน ทำฟันปลอม เคลือบหลุมร่องฟัน ตลอดจนเคลือบฟลูออไรด์ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่

4.2.1.11 มะเร็งวิทยา ให้บริการรักษาเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ให้บริการปรึกษาเรื่องสุขภาพดี และส่งเสริมให้คนมีสุขภาพดี

4.3 วิสัยทัศน์ (Vision)

เรามุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สู่มาตรฐานระดับชาติ

4.4 พันธกิจ (Mission)

ให้บริการทางการแพทย์ รักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานระดับชาติเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ โดยคงไว้ซึ่งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

4.5 จุดเน้นในการพัฒนา

ป้องกันและลดความเสี่ยงทั้งองค์การ

4.6 คุณค่าหลักขององค์กร (Core Value)

4.6.1 คุณภาพ (Quality)

4.6.2 จริยธรรมแห่งวิชาชีพ (Quality)

4.6.3 ความโปร่งใส (Transparency)

4.6.4 ความสามัคคี (Unity)

4.7 ปรัชญาองค์กร

แพทย์ปัญญาอุทิศ ช่วยชีวิตปวงชน

4.8 ขอบเขตการบริการ

4.8.1 รักษาพยาบาลประชาชนทั่วไป

4.8.2 บริการตามโครงการ “ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ”

4.9 อัตราค่ารักษาพยาบาล

ค่ารักษาพยาบาลโดยภาพรวมยังไม่ทำการปรับราคาใหม่ค่ารักษาจึงยังไม่สูงมากนัก ถึงแม้ค่าครองชีพจะสูงขึ้นก็ตาม เนื่องจากรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มาจากรายได้จากสำนัก

งานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รายได้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ที่เหลือร้อยละ 20 มาจากรายได้คนไข้ทั่วไป ข้าราชการ บริษัทตามสัญญา เป็นต้น ลูกค้ากลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชากรที่พักอาศัยในพื้นที่รอบๆ โรงพยาบาล รัศมีประมาณ 10 กิโลเมตร และพนักงานบริษัทซึ่งมีพื้นที่ตั้งอยู่ในรัศมีดังกล่าว

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์ และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ของโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 26 มีนาคม 2553) จำนวน 120 คน ซึ่งใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งออกเป็น 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามบุคลิกภาพ

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 60

ตอนที่ 4 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์

ตอนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 6 แบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 7 แบบสอบถามลักษณะทางกายภาพภายในโรงพยาบาล

ตอนที่ 8 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ตอนที่ 9 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

วิธีการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีรายละเอียดดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วโปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง ..... ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี

2. รายได้ของสมาชิกในครอบครัวรวมกันเท่ากับ..... บาท/เดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามบุคลิกภาพ

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามบุคลิกภาพ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ

2.2 ผู้วิจัยศึกษาแบบสอบถามบุคลิกภาพของ วรรณา นิ่มวุ่น (2549: 122-123) และ ศุภาภรณ์ อหันตะ (2551: 68-69)

2.3 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามบุคลิกภาพ ตามแนวคิดที่ได้จากข้อ 2.1 และข้อ 2.2 ลักษณะแบบสอบถามบุคลิกภาพเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิอร์ท (Likert Scale Type) มี 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถามบุคลิกภาพ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบุคลิกภาพของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
0	คนส่วนใหญ่มองว่าข้าพเจ้าเป็นคนจริงจังกับการทำงาน					
00	ข้าพเจ้ารู้สึกทนไม่ได้ ถ้าต้องทำงานร่วมกับคนที่ทำงานอย่างขอไปที					

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้วิจัยตรวจ และให้คะแนนตามความหมายของคำถามในแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก	(คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ	(คะแนน)
จริงที่สุด	5		1
จริง	4		2
จริงบ้าง	3		3
จริงน้อย	2		4
จริงน้อยที่สุด	1		5

เกณฑ์การแปลความหมาย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินค่าความหมายตามแนวคิดของ อัจฉรา วงศ์วัฒนามงคล (2533 : 32) ในการวิจัยครั้งนี้แปลผลได้ ดังนี้

คะแนน 41 – 80 หมายถึง มีบุคลิกภาพแบบ เอ

คะแนน 16 – 40 หมายถึง มีบุคลิกภาพแบบ บี

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองสุขภาพจิตไทย จี เอช คิว 60 (Thai GHQ 60)

ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตไทย จี เอช คิว 60 (Thai GHQ 60) เป็นแบบคัดกรองสุขภาพจิต ของโกลด์เบอร์ก และพอลวิลเลียม (David Goldberg and Paul Williams) แปลเป็นไทย โดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ประกอบด้วย คำถาม 60 ข้อ เป็นแบบคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้

ตัวอย่างแบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 60

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในระยะ 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) ช่องใดช่องหนึ่ง ที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบัน หรือในช่วง 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมานี้ ท่าน.....

ข้อ 0 รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี

( ) ดีกว่าปกติ ( ) เหมือนปกติ ( ) แย่กว่าปกติ ( ) แย่กว่าปกติมาก

ข้อ 00 นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ

( ) ไม่เลย ( ) ไม่มากกว่าปกติ ( ) ค่อนข้างมากกว่าปกติ ( ) มากกว่าปกติมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้ที่ตอบข้อใดข้อหนึ่งใน 2 ข้อแรก จะได้คะแนน 0 คะแนน

ผู้ที่ตอบข้อใดข้อหนึ่งใน 2 ข้อหลัง จะได้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

ใช้เกณฑ์การประเมินค่าความหมายของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2539). ในการวิจัยครั้งนี้แปลผลได้ดังต่อไปนี้

คะแนน ตั้งแต่ 0 – 11 หมายถึง สุขภาพจิตดี

คะแนน ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป หมายถึง สุขภาพจิตบกพร่อง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ

4.2 ผู้วิจัยศึกษาแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ของ ดรุณี ขอเจริญ (2546: 104-106) และเมทินี รุ่งรังษี (2548: 112-113)

4.3 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ ตามแนวคิดที่ได้จากข้อ 4.1 และ4.2 ลักษณะแบบสอบถามอัตมโนทัศน์เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิอร์ท (Likert Scale Type) มี 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ตัวอย่าง แบบสอบถามอัตมโนทัศน์

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด

จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก

จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้างไม่ตรงบ้าง

จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย

จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
0 00	<u>ด้านร่างกาย</u> ข้าพเจ้าพอใจในรูปร่างของตนเอง ถ้ามีโอกาสข้าพเจ้าอยากทำศัลยกรรม					
0 00	<u>ด้านความสามารถ</u> ไม่ว่าจะทำอะไรข้าพเจ้ามักจะประสบความสำเร็จ..... เมื่อเจออุปสรรคข้าพเจ้ามักท้อแท้และล้มเลิกสิ่งที่จะทำ.....					
0 00	<u>ด้านความสังคม</u> ข้าพเจ้าคิดว่าคนรอบข้างชอบนิสัยของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ามักหงุดหงิดกับคนรอบข้างเป็นประจำ					

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้วิจัยตรวจ และให้คะแนนตามความหมายของคำถามในแต่ละข้อ ดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก (คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)
จริงที่สุด	5	1
จริง	4	2
จริงบ้าง	3	3
จริงน้อย	2	4
จริงน้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแปลความหมาย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินค่าความหมายตามแนวคิดของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 9) ในการวิจัยครั้งนี้แปลผลได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีอัตมโนทัศน์ในดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีอัตมโนทัศน์ดีพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีอัตมโนทัศน์ไม่ดี

ตอนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ตามขั้นตอนต่อไปนี้

5.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ

5.2 ผู้วิจัยศึกษาแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวของ ศิริรัตน์ สุภาพทรง(2547: 127-128) และปิยะดา ดำแก้ว (2550: 109 -110)

5.3 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ตามแนวคิดที่ได้จากข้อ 5.1 และ 5.2 ลักษณะแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิอร์ท (Likert Scale Type) มี 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านกับสมาชิกในครอบครัวของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
0	<u>การปฏิบัติตนของท่านต่อสมาชิกในครอบครัว</u> ข้าพเจ้าให้ความช่วยเหลือเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา					
00	ข้าพเจ้าไม่ค่อยสนใจซักถามความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
0	<u>การปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวต่อท่าน</u> สมาชิกในครอบครัวคอยแสดงความรักความห่วงใย เมื่อข้าพเจ้ามีปัญหา					
00	สมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหามักไม่ปรึกษาข้าพเจ้า					

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้วิจัยตรวจ และให้คะแนนตามความหมายของคำถามในแต่ละข้อ ดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก (คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)
จริงที่สุด	5	1
จริง	4	2
จริงบ้าง	3	3
จริงน้อย	2	4
จริงน้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแปลความหมาย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินค่าความหมายตามแนวคิดของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 9) ในการวิจัยครั้งนี้แปลผลได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวดีพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวไม่ดี

ตอนที่ 6 แบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว ตามขั้นตอนต่อไปนี้

6.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ

6.2 ผู้วิจัยศึกษาแบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวของ ศิริรัตน์ สุภาพทรง (2547: 127) และ ดลภางค์ จันทร์ทอง (2548: 117)

6.3 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว ตามแนวคิดที่ได้จากข้อ 6.1 และ 6.2 ลักษณะแบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิอร์ท (Likert Scale Type) มี 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
0	ข้าพเจ้ามีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว เช่น เลี้ยงดูบิดา มารดา บุตรธิดา ญาติพี่น้อง					
00	ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เช่น ค่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟ					

เกณฑ์การแปลความหมาย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินค่าความหมายตามแนวคิดของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 9) ในการวิจัยครั้งนี้แปลผลได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	หมายถึง มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	หมายถึง มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย

ตอนที่ 7 แบบสอบถามลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

7.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ

7.2 ผู้วิจัยศึกษาแบบสอบถามลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลของ ดลภางค์ จันทร์ทอง (2548: 117) และ นวดี โมกขะเวส (2551: 167-168)

7.3 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล ตามแนวคิดที่ได้จากข้อ 7.1 และ 7.2 ลักษณะแบบสอบถามลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิอร์ท (Likert Scale Type) มี 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถามลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
0	<u>สถานที่ในการตรวจรักษา</u> ห้องตรวจรักษาของแพทย์มิดชิดมีความเป็นส่วนตัวสะอาดอากาศถ่ายเทได้เป็นดี					
00	บริเวณที่รอตรวจในโรงพยาบาล แออัดเสียงดังวุ่นวาย					
0	<u>อุปกรณ์ทางการแพทย์</u> อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจรักษา มีความทันสมัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพตรงตามวัตถุประสงค์ในการใช้งาน					
00	อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจรักษามีน้อยกว่าจำนวนผู้มาใช้บริการ ทำให้ล่าช้าในการตรวจรักษา					

เกณฑ์การแปลความหมาย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินค่าความหมายตามแนวคิดของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 9) ในการวิจัยครั้งนี้แปลผลได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลดีพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่ดี

ตอนที่ 8 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

8.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ

8.2 ผู้วิจัยศึกษาแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของ ดลภางค์ จันทร์ทอง (2548: 117) และ นวดี โมกขะเวส (2551: 172-174)

8.3 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลตามแนวคิดที่ได้จากข้อ 8.1 และ 8.2 ลักษณะแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิอร์ท (Likert Scale Type) มี 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
0	<u>การปฏิบัติตนของท่านต่อบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล</u> ข้าพเจ้าปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ					
00	ข้าพเจ้าให้ความไว้วางใจ ยอมรับการดูแลตรวจรักษาของแพทย์ และพยาบาล					
0	<u>การปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่อท่าน</u> แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลเต็มใจให้การบริการกับข้าพเจ้าอย่างอบอุ่นสม่ำเสมอ					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
00	แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลพูดคุยสื่อสารกับข้าพเจ้าด้วยความเป็นมิตรเสมอ					

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้วิจัยตรวจ และให้คะแนนตามความหมายของคำถามในแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก	(คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)
จริงที่สุด	5	1
จริง	4	2
จริงบ้าง	3	3
จริงน้อย	2	4
จริงน้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแปลความหมาย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินค่าความหมายตามแนวคิดของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 9) และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในโรงพยาบาลดี
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในโรงพยาบาลดีพอใช้
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในโรงพยาบาลไม่ดี

ตอนที่ 9 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ

9.2 ผู้วิจัยศึกษาแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของศิริรัตน์ สุภาพทรง (2547: 136-137) และณัฐพล แย้มฉิม (2547: 106)

9.3 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ตามแนวคิดที่ได้จากข้อ 9.1 และ 9.2 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิอร์ท (Likert Scale Type) มี 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ตัวอย่าง แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
0	<u>ด้านร่างกาย</u> ข้าพเจ้ามักรับประทานอาหารได้น้อยเมื่ออยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว					
00	ข้าพเจ้านอนไม่ค่อยหลับเพราะกังวลว่าจะเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว					
0	<u>ด้านจิตใจ</u> ข้าพเจ้าสามารถร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมั่นใจ					
00	ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่ายเมื่อต้องร่วมเดินทางกับสมาชิกในครอบครัว					

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้วิจัยตรวจ และให้คะแนนตามความหมายของคำถามในแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก	(คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ	(คะแนน)
จริงที่สุด	1		5
จริง	2		4
จริงบ้าง	3		3
จริงน้อย	4		2
จริงน้อยที่สุด	5		1

เกณฑ์การแปลความหมาย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินค่าความหมายตามแนวคิดของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 9) และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ เวธนี กรีทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรหมธิดา แสนคำเครือ และอาจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item Discrimination) โดยใช้เทคนิค 25% กลุ่มสูง- กลุ่มต่ำ แล้วทดสอบด้วย t-test จากนั้นคัดเลือกเฉพาะข้อที่ค่า t ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขึ้นไปมาเป็นแบบสอบถามการวิจัย มีดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามบุคลิกภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.263 – 6.052

2.2 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.464 – 5.814

2.3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.346 – 5.612

2.4 แบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 3.052 – 12.559

2.5 แบบสอบถามลักษณะทางกายภาพภายในโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.160 – 3.924

2.6 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.256 – 4.292

2.7 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.333– 6.110

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่คัดเลือกแล้วในข้อที่ 2 มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ผลดังนี้

3.1 แบบสอบถามบุคลิกภาพ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .896

3.2 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .896

3.3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .942

3.4 แบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .874

3.5 แบบสอบถามลักษณะทางกายภาพภายในโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .890

3.6 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .878

3.7 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .879

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อไปขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อไปขออนุญาตจากนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ในการขอใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 60.

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคเอดส์ และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองในระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ – 26 มีนาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 120 ฉบับด้วยตนเอง ได้รับคืนมาครบทุกฉบับ

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบมาตรวจสอบความสมบูรณ์ คือตอบครบทุกข้อปรากฏว่าสมบูรณ์ทุกฉบับ แล้วตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

3. วิเคราะห์ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

    1.1 ค่าร้อยละ (Percentage)

    1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean)

    1.3 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item Discrimination) ของแบบสอบถามโดยใช้เทคนิค 25% กลุ่มสูง – กลุ่มต่ำ แล้วทดสอบด้วย t - test

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α- Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

3.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (The Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่1

3.2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
df	แทน	ระดับชั้นของความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา t- Distribution
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Squares)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยกำลังสองของคะแนนแต่ละค่า (Mean Squares)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา F – distribution
r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย
$\hat{Y}$	แทน	ค่าสมการพยากรณ์ที่แทนค่าในรูปคะแนนดิบ
Z	แทน	ค่าสมการพยากรณ์ที่แทนค่าในรูปคะแนนมาตรฐาน
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	กำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
β	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
a	แทน	ค่าคงที่ของการพยากรณ์
SE_b	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์
SE_{est}	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์
X_1	แทน	อายุ
X_2	แทน	ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
X_3	แทน	บุคลิกภาพ
X_4	แทน	สุขภาพจิต
X_5	แทน	อัตมโนทัศน์
X_6	แทน	สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว
X_7	แทน	ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว
X_8	แทน	ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล

X_9 แทน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

Y แทน ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (The Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 เสนอผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่ อายุ บุคลิกภาพ สุขภาพจิต และอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 2 เสนอผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 3 เสนอผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 เสนอผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่ อายุ บุคลิกภาพ สุขภาพจิต และอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ปัจจัย	$\overline{X}$	S.D	การแปลผล
อายุ	36.53	8.48	วัยกลางคน
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	25937.50	19391.32	ปานกลาง
บุคลิกภาพ	3.73	.47	แบบเอ
สุขภาพจิต	9.95	12.42	สุขภาพจิตดี
อัตมโนทัศน์	3.62	.60	ดีพอใช้
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว	2.55	.42	ดีพอใช้
ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว	3.19	.83	ปานกลาง
ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล	2.13	.55	ไม่ดี
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล	4.15	.48	ดี
ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว	2.58	.69	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคน มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีบุคลิกภาพแบบเอ มีสุขภาพจิตดี มีอัตมโนทัศน์ดีพอใช้ มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวดีพอใช้ มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวปานกลาง มีลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่ดี มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลดี และมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวปานกลาง

ตอนที่ 2 เสนอผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (The Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ปัจจัย	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	Y
X_1	1.00	-.21**	.00	-.14	.07	.07	.01	.01	.25**	-.15*
X_2		1.00	.08	-.10	.21**	.21**	.07	.07	.04	.02
X_3			1.00	.01	.26**	.26**	.10	.10	.10	.18*
X_4				1.00	-.27**	-.27**	-.05	-.05	-.04	.41**
X_5					1.00	.00	.17*	.17*	.23**	-.26**
X_6						1.00	.17*	.17*	.23**	-.26**
X_7							1.00	1.00**	-.07	.08
X_8								1.00	-.07	.08
X_9									1.00	-.43**
Y										1.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ สุขภาพจิต (X_4) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ บุคลิกภาพ (X_3)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ (X_5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

(X_6) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (X_9) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ อายุ (X_1)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (X_2) ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว (X_7) และลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล (X_8)

ตอนที่ 3 เสนอผลการวิเคราะห์เพื่อค้นหาตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิก ในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
Regression	3	22.250	7.417	25.158**
Residual	116	34.198	.295	
Total	119	56.448		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่ามีปัจจัย 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ปัจจัย	b	SE_b	β	R	R^2	F
X_9	-.635	.105	-.440	.433	.188	27.296**
X_9, X_4	.329	.004	.394	.587	.345	30.772**
X_9, X_4, X_3	.022	.107	.223	.628	.394	25.158**
	a	=	3.769			
	R	=	.628			
	R^2	=	.394			
	SE_{est}	=	.543			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ปัจจัย โดยเรียงลำดับจากปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดไปหาปัจจัยที่ส่งผลน้อยที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (X_9) สุขภาพจิต (X_4) และบุคลิกภาพ (X_3) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 39.40 จึงนำค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์มาเขียนสมการ ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในรูปคะแนนดิบ ได้แก่

$$\hat{Y} = 3.769 - .635\ X_9 + .329X_4 + .022X_3$$

สมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้แก่

$$Z = -.440\ X_9 + .394X_4 + .223X_3$$

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

3. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์ และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ของโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 26 มีนาคม 2553) จำนวน 120 คน ซึ่งใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งออกเป็น 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามบุคลิกภาพ แบบสอบถามบุคลิกภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.263 – 6.052 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .896

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 60

ตอนที่ 4 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.464 – 5.814 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .896

ตอนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.346 – 5.612 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .942

ตอนที่ 6 แบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 3.052 – 12.559 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .874

ตอนที่ 7 แบบสอบถามลักษณะทางกายภาพภายในโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.160 – 3.924 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .890

ตอนที่ 8 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.256 – 4.292 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .878

ตอนที่ 9 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ มีค่า t อยู่ระหว่าง 2.333 – 6.110 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .879

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อไปขออนุญาต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความ

อนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อไปขออนุญาตจากนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ในการขอใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 60.

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคเอดส์ และขึ้นทะเบียนเข้าโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ในระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ – 26 เมษายน พ.ศ. 2553 จำนวน 120 ฉบับ ได้รับคืนมาครบทุกฉบับ

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบมาตรวจสอบความสมบูรณ์ คือตอบครบทุกข้อ ปรากฏว่าสมบูรณ์ทุกฉบับ แล้วตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (The Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยด้านส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ สุขภาพจิต (X_4)

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ บุคลิกภาพ (X_3)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ (X_5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว (X_6) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (X_9) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ อายุ (X_1)

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (X_2) ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว (X_7) และลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล (X_8)

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ปัจจัย โดยเรียงลำดับจากปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดไปหาปัจจัยที่ส่งผลน้อยที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (X_9) สุขภาพจิต (X_4) และบุคลิกภาพ (X_3) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 39.40

5. สมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร มีดังนี้

5.1 สมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในรูปคะแนนดิบ ได้แก่

$$\hat{Y} = 3.769 - .635\ X_9 + .329X_4 + .022X_3$$

5.2 สมการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้แก่

$$Z = -.440\ X_9 + .394X_4 + .223X_3$$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ สุขภาพจิต (X_4)

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ บุคลิกภาพ (X_3) อภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสุขภาพจิตบกพร่อง (คะแนนมาก) มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสุขภาพจิตบกพร่อง คือผู้ที่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ เนื่องจากจะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่รักษาไม่หาย และผลกระทบจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดเป็นความกดดันภายในจิตใจ มีความรู้สึกที่ไม่มั่นคงต่อชีวิตของตนเอง เพราะจะต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา รวมถึงการสูญเสียบทบาทและสัมพันธภาพจากการเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกกลัวว่าจะต้องเป็นภาระให้กับครอบครัว และการถูกรังเกียจจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความรู้สึกกดดันต่อสภาพปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ขาดความเชื่อมั่น หวาดหวั่น และตื่นตระหนกในสิ่งที่จะต้องเผชิญ ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของโรค ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ดังที่ ลักขณา สิริวัฒน์ (2545: 4-5) ได้กล่าวว่า บุคคลจะมีความสุขหรือความทุกข์ย่อม ขึ้นอยู่กับสุขภาพเป็นสำคัญหากมีสุขภาพร่างกายดีสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคภัยเบียดเบียน จะมีสุขภาพจิตที่ดี หากสุขภาพกายไม่ดี ร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรง เจ็บป่วยเป็นประจำ สุขภาพจิตก็จะไม่ดี มีจิตใจฟุ้งซ่าน จะส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว จะพลอยทำให้มีความทุกข์ไปด้วย

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญประภา ปริญญาพล (2546: 49) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับการรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต และกลวิธีการเผชิญปัญหาของ นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระดับปริญญาตรี จำนวน 448 คน ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น สุขภาพจิตจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

1.2 บุคลิกภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ เป็นบุคคลที่มีความรีบร้อน มีความรู้สึกว่าเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็ว ชอบฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผล ชอบทำงานด้วยความรวดเร็ว ทนไม่ได้กับการทำงานที่ล่าช้า และไม่ชอบการรอคอย ถูกกระตุ้นให้รู้สึกโกรธและก้าวร้าวได้ง่าย แต่ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากความเจ็บป่วยและอาการแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ทำให้ประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง ซึ่งบางครั้ง

ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวของตน ในการดูแลช่วยเหลือเรื่องความเจ็บป่วยของตน บางครั้งเกิดความล่าช้าผู้ป่วยจึงต้องฝึกการรอคอย อีกทั้งสัมฤทธิ์ผลอาจไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกอึดอัด กดดัน และตึงเครียดจากผลกระทบดังกล่าว จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถอดทนต่อความกดดันภายในจิตใจได้ จึงแสดงความโกรธและความก้าวร้าวต่อคนรอบข้าง ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดลภางค์ จันทร์ทอง (2548: 95) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น บุคลิกภาพจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ (X_5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว (X_6) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (X_9) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ปัจจัย ได้แก่ อายุ (X_1) อภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดี มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดี เป็นบุคคลที่มีการรับรู้หรือมีทัศนคติต่อตนเองในด้านต่างๆ ไม่ดีทั้งด้านร่างกาย ด้านความสามารถ และด้านสังคม ได้แก่ การมองตนเองต่ำต้อย ไร้คุณค่า ขาดการยอมรับนับถือตนเอง และมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ซึ่งอัตมโนทัศน์จะพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับวุฒิภาวะ หรือเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่จำกัดเวลาและขอบเขต ขึ้นอยู่กับการรับรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ ของบุคคลนั้น และจะมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้นๆ นั่นคือบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดี มักมองตนเอง และมองโลกในแง่ไม่ดี ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีการปรับตัวยาก และมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ดี ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ดังที่ พรรณี ชูทัย เจนจิต (2550: 341) ได้กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ภาพของตนเองซึ่งเกิดจากความคิด ความรู้สึก เจตคติ การรับรู้ การตีความ เกี่ยวกับ รูปร่าง ลักษณะ ความสามารถ และคุณค่าของตนเอง ซึ่งอัตมโนทัศน์จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยที่บุคคลใดมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกหรือดี ก็จะแสดงพฤติกรรมในทางบวกหรือดี ได้แก่ การยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่วนผู้ที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบหรือไม่ดี ก็จะแสดง

พฤติกรรมในทางลบหรือไม่ดี คือจะมองตนเองต่ำ ไร้คุณค่า ไม่ยอมรับนับถือตนเอง และมองตนเองไม่มีความสามารถ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ นงนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540: 72) ที่ได้ศึกษา ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น อัตมโนทัศน์จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวดี มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติตนร่วมกันเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวนั้น ได้แก่ การปฏิบัติตนแสดงความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในด้านส่วนตัว ความเจ็บป่วย และด้านการใช้ชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ยอมรับและเคารพกฎระเบียบของครอบครัวร่วมกัน มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น คอยช่วยเหลือภาระงานในครอบครัว และไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัว ซึ่งการปฏิบัติตนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันดังกล่าว เป็นตัวช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ให้มีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และมีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยของตน ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ดังที่ กุหลาบ รัตนสัจธรรม และคนอื่นๆ (2540: 13–15) ได้กล่าวไว้ว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี จะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงความรัก ความผูกพัน ดูแลเอื้ออาทรต่อกัน ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รู้จักสื่อสารกันในครอบครัว ใช้เวลาร่วมกันอย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ มีกิจกรรมร่วมกัน ช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และต้องมีการปรับตัวตามภาวะการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีสุดา ทรัพย์สิน (2550: 87) ที่ได้ศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการใช้จ่ายเงินของสมาชิกโครงการก้าวหน้าพัฒนาชุมชน โมโคร เอ็นเทอร์ไพรซ์ ดีเวลลอปเม้นท์ เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกับบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการใช้จ่ายเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสัมพันธภาพดีกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ทั้งนี้เพราะ การปฏิบัติตนร่วมกันเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนั้น ได้แก่ การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความเต็มใจ ยกย่องให้เกียรติ มีท่าทีที่เป็นมิตร ให้ความไว้วางใจ ยอมรับปฏิบัติตนและการตรวจรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และการปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาหรือความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ให้การต้อนรับอย่างอบอุ่น ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งการปฏิบัติตนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันดังกล่าว จะช่วยให้เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยบรรลุผล ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตนได้ตามบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิต สามารถเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิณทิพย์ สีนุ้ย (2545: 70-71) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2.4 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอายุมากมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอายุมากเป็นผู้ที่ผ่านการสั่งสมประสบการณ์ชีวิตมามาก จึงมีวุฒิภาวะมากพอที่จะสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ มีการวางแผนในการใช้ชีวิต ความรู้สึกกลัวที่จะต้องเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่กำลังจะมาถึงน้อยลง และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตได้ตามบทบาทหน้าที่ของตนได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เช่น ความเจ็บป่วยของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ดังที่ นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์ (กมลลักษณ์ ทองสมัคร. 2541: 32; อ้างอิงจาก นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์. 2534) กล่าวว่า อายุของบุคคลเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการ และระดับวุฒิภาวะ ซึ่งในคนปกติเมื่อมีอายุมากขึ้น ระดับวุฒิภาวะจะเจริญขึ้นตามวัยและบุคลิกภาพ ทั้งด้านความคิด และการกระทำ

โดยจะค่อยๆ ปรับเปลี่ยนไปตามวัย เพราะบุคคลที่มีอายุมากนั้น จะแสดงถึงการได้ผ่านการทำงานมาหลายประการ มองโลกได้กว้างไกล ครอบคลุม และลึกซึ้ง ทำให้มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษณุ ทรงเจียระพานิช (2548: 64) ที่ได้ศึกษา องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อปัญหาการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนออเงิน (อ่อนเหมอนุสรณ์) เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการเรียนวิชาภาษาอังกฤษของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (X_2) ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว (X_7) และลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล (X_8)

3.1 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก และผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย อภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ คือ มีรายได้ของสมาชิกในครอบครัวรวมกันในแต่ละเดือนน้อย ไม่ค่อยสมดุลกับรายจ่ายของครอบครัว ซึ่งเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว จึงต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นสำหรับการรักษาความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยจากโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และยังมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต เมื่อรายได้ในครอบครัวมีน้อยหรือลดลงจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม แต่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาโรค จึงต้องพึ่งพารายได้จากสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยโรคเอดส์จึงเกิดความตึงเครียดภายในจิตใจ รู้สึกหวาดวิตกกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก

ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ คือมีรายได้ที่ได้รับในครอบครัวรวมกันในแต่ละเดือนน้อย มีรายจ่ายมาก แต่เมื่อครอบครัวมีการเลี้ยงดูปลูกฝังสมาชิกในครอบครัว ให้มีการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างง่ายๆ มีความขยันหมั่นเพียร ประหยัด ไม่ฟุ่งเฟ้อ รอบคอบในการใช้จ่าย และมีเหตุมีผลในการดำเนินชีวิต ซึ่งแม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้นมา แต่ก็จะสามารถปรับตัวร่วมกันในครอบครัว สำหรับการดูแลภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวได้

โดยอาจร่วมกันหาแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนาวรรณ ธนพรดี (2551: 82) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อเป้าหมายในชีวิตของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนพระหฤทัยคอนแวนต์ เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายในชีวิตของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนพระหฤทัยคอนแวนต์

ดังนั้น ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

3.2 ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวมาก มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก และผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวมากมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย อภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวมาก มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวมาก เป็นผู้ที่ต้องปฏิบัติและรับผิดชอบต่อครอบครัว ได้แก่ การดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัว และการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัว เมื่อมีผลกระทบจากความเจ็บป่วยจากโรคและอาการแทรกซ้อนต่างๆ เกิดข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้การประกอบกิจกรรมต่างๆ เพื่อการหาเลี้ยงครอบครัวลดลง เช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวได้ดังเดิม ต้องออกจากงานเพื่อมารักษาตัว เมื่อประสิทธิภาพในการดูแลครอบครัวลดลง และต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น จึงเกิดเป็นความกดดันในจิตใจ มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับตัวเองว่าขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว และไม่สามารถดูแลครอบครัวได้ดังเดิม อีกทั้งยังเพิ่มภาระให้กับสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย จึงสะสมเป็นความตึงเครียดในชีวิต ขาดความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก

ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวมากมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวมาก คือ เป็นผู้ที่ต้องดูแลรับผิดชอบความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว แต่สมาชิกในครอบครัวมีการอยู่ร่วมกันภายใต้ความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้น ให้การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยซึ่งกันและกัน แบ่งกันดูแลรับผิดชอบภาระงานต่างๆ ภายในครอบครัวให้เหมาะสมกับบาทบาทและหน้าที่ของตนในฐานะสมาชิกของครอบครัว ถึงแม้ว่าข้อจำกัดของความเจ็บป่วยจากโรค จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบเลี้ยงดูครอบครัวได้ดังเดิม แต่ความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้นของสมาชิกในครอบครัวดังกล่าว จะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเอดส์ และเกิดความเชื่อมั่นว่า สมาชิกในครอบครัวจะให้การดูแลซึ่งกันและกันในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาหรือความทุกข์ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกใน

ครอบครัวน้อย ดังที่ วัชรีภรณ์ โกสินเจริญชัย และปณิษฐา มีชอบธรรม (2544: 2-3) ได้กล่าวว่า บ้านหรือครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่เล็กที่สุด เป็นที่รวมของสมาชิกทุกคนในครอบครัว หากสมาชิกทุกคนในครอบครัวปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ก็จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีความสุข ความเจริญ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ สุภาพทรง (2548: 87) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในด้านความมั่นคงในการทำงานยุคปฏิรูประบบราชการของข้าราช การสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ ผลการวิจัยพบว่า ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในด้านความมั่นคงในการทำงานยุคปฏิรูประบบราชการของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวง

ดังนั้น ภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

3.3 ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่ได้รับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่ดี มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก และผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่ได้รับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่ดีมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย อภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่ได้รับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่ดี มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่ดี ได้แก่ ระบบความปลอดภัยไม่ดี การระบายอากาศไม่ดี แสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดน้อย รวมทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการรักษาไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษา ไม่ได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดความคับข้องใจ และไม่ไว้วางใจในข้อมูลการตรวจรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการปฏิบัติตนเมื่อต้องไปอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก

ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนที่ได้รับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่ดี มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลไม่ดี ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการรอตรวจรักษาไม่ดี คับแคบ ร้อนอบอ้าว มีเสียงดังรบกวน อุปกรณ์ในการตรวจรักษามีน้อย แต่การที่ผู้ป่วยโรคเอดส์มารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นส่วนมากจะมีความมุ่งหวังในเรื่องของการรักษาความเจ็บป่วย หรือการหายของโรคเป็นสำคัญ ซึ่งลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลนั้น เป็นเพียงตัวช่วยอำนวยความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษา แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการต้อนรับอย่างอบอุ่น มีการดูแลรักษาให้หายหรือบรรเทาอาการจากโรค รวมทั้งการได้รับข้อมูลในการดูแลรักษาและคำแนะนำจากบุคคลากรทางการแพทย์ พฤติกรรมการบริการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกประทับใจ

อบอุ่นใจ มีความเชื่อมั่นในการรักษา สามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้ และมองข้ามสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พระมหาเดชจำลอง พุฒหอม (2550: 84) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาในการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนวัดนวลนรดิศ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทางกายภาพของการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4

ดังนั้น ลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ปัจจัย โดยเรียงลำดับจากปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดไปหาปัจจัยที่ส่งผลน้อยที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (X_9) สุขภาพจิต (X_4) และบุคลิกภาพ (X_3) ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

4.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งผลทางลบต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นอันดับแรก แสดงว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสัมพันธภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลดี ทำให้มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ทั้งนี้เพราะ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างบรรยากาศที่ดีในการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการดูแลรักษาด้วยความเต็มใจและอบอุ่นจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับทราบข้อมูลและมีโอกาสตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยลดความกดดัน และความตึงเครียดในการเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเอง มีความเชื่อมั่นในบทบาทหน้าที่ของตนในการดำเนินชีวิต มองเห็นความมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ดังที่ สมภพ เรืองตระกูล (2548: 173) ได้กล่าวว่าสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีลักษณะเฉพาะ ไม่ว่าปัญหาทางกายของผู้ป่วยจะเรียบง่ายหรือซับซ้อน แพทย์จะต้องมีจริยธรรมหรือจรรยาแพทย์กับผู้ป่วยทุกราย และมีหน้าที่เคารพในการตัดสินใจและการเลือกของผู้ป่วยและญาติ

ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

4.2 สุขภาพจิตส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นอันดับสอง แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสุขภาพจิตดี (คะแนนน้อย) ทำให้มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความอดทนต่อความกดดัน ความผิดหวัง ความสูญเสีย และยอมรับตนเองได้ตามสภาพความเป็นจริง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิต โดยเฉพาะผลกระทบจากความเจ็บป่วยของตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตน ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถปรับตัวได้ตามการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสุขภาพจิตดี ทำให้มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวน้อย ดังที่ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2552: 481) ได้กล่าวว่า สุขภาพจิตดี เป็นความสามารถที่จะเข้าใจในความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมได้อย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลง

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดลภางค์ จันทร์ทอง (2548: 95) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาล หน่วยอภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาล หน่วยอภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

ดังนั้น สุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

4.3 บุคลิกภาพส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นอันดับที่สามซึ่งเป็นอันดับสุดท้าย แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ ทำให้มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ จะเป็นคนที่มีความรีบร้อน ทะเยอทะยาน ชอบฟันฝ่าอุปสรรค ทำงานด้วยความรวดเร็ว ทนไม่ได้กับการทำงานที่ล่าช้า และไม่ชอบการรอคอย ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและผลกระทบจากอาการแทรกซ้อนของโรค จึงเกิดข้อจำกัดทางด้านสุขภาพร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง และไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกดดัน

ภายในจิตใจ มีความตึงเครียดโกรธตนเองและผู้อื่นที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ขาดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวมาก

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุสุมา ศิลปี (2549: 71) ที่ได้ศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในความปลอดภัยขณะปฏิบัติงานของลูกจ้างฝ่ายรักษา

ความสะอาด สำนักงานเขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า บุคลิกภาพแบบ เอ มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในความปลอดภัยขณะปฏิบัติงานของลูกจ้างฝ่ายรักษาความสะอาด

ดังนั้น บุคลิกภาพจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพ มหานคร โดยเรียงลำดับจากปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดไปหาปัจจัยที่ส่งผลน้อยที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล สุขภาพจิต และบุคลิกภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางนโยบายสำหรับผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลในการหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุง เพื่อลดความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีสุขภาพจิตดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

1.1.1 ควรพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล โดยใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เช่น การเสริมสร้างสัมพันธภาพ และเทคนิคการสื่อสารเพื่อการดูแลประคับคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสร้างพฤติกรรมการบริการที่ดี และเหมาะสมในองค์กร อันนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์

1.1.2 ควรพัฒนาสุขภาพจิต โดยจัดให้มีการอบรมสำหรับเจ้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ทักษะในการดูแลรักษา และให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้อง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์

1.1.3 ควรพัฒนาบุคลิกภาพ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ให้มีบุคลิกภาพแบบ บี มากกว่าบุคลิกภาพแบบ เอ โดยใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เช่น การให้คำปรึกษา การปรับพฤติกรรม และกลุ่มสัมพันธ์ เป็นต้น เพื่อลดความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งควรศึกษาในหลายๆ สถานที่ทั้งโรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชน หรืออาจเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ และความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

2.3 ควรพัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล สุขภาพจิต และบุคลิกภาพ โดยนำไปทำการทดลองเพื่อพัฒนาปัจจัยดังกล่าว ซึ่งจะช่วยในการลดปัญหาความวิตกกังวล และปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เช่น การให้คำปรึกษา และการปรับพฤติกรรม เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กันยา สุวรรณแสง. (2533). *การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว.* กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.

กัลยา นาคเพ็ชร; และคนอื่นๆ. (2548). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุภาจำกัด.

กนิษฐา พรรณเชษฐ์. (2548). *ลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวสัมพันธภาพในหน่วยงานและความเครียดของอาจารย์โรงเรียนสาธิต*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

กาญจนา ภูยาธร. (2541). *การศึกษาอัตมโนทัศน์ของสมาชิกศูนย์ชุมชนบำบัด ระยะติดตามหลังรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์ชุมชนบำบัดธัญญารักษ์.* ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. (2527). *จิตวิทยาสังคม.* กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

กมลลักษณ์ ทองสมัคร. (2541*). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสำคัญทางธุรกิจธนาคาร สำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

กฤษณุ ทรงเจียระพานิช (2548) *องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อปัญหาการเรียนวิชาภาษาอังกฤษของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนออเงิน (อ่อนเหมอนุสรณ์) เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

กลิ่นชบา คำรศ. (2550). *อัตมโนทัศน์ มโนทัศน์ต่อผู้อื่น กับทัศนคติต่อความรักและ ค ว า ม สัม พัน ธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

กุหลาบ รัตนสัจธรรม และคนอื่นๆ. (2540). *สัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหายาเสพติดและพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในภาคตะวันออก*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

กุสุมา ศิลปี. (2549). *องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในความปลอดภัยขณะปฏิบัติงานของลูกจ้างฝ่ายรักษาความสะอาดสำนักงานเขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์กศ.ม (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา. (2551). *คู่มือคุณภาพโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา*. เอกสารประกอบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ

คมเพชร พารีสอน. (2550). *ความศรัทธาในพุทธศาสนากับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลพบุรี.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

จรัมพร สุวรรณวัฒนะ. (2542). *การสำรวจปัญหาของนักเรียนนายร้อยตำรวจ.*ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

จรูญ ไพลคำ. (2544). *การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงานของข้าราชการตำรวจ ชุมชนสัมพันธ์ สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

จรรยา เกษศรีสังข์. (2537). *วิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนนายร้อยตำรวจ.*ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

จิตมณี ก้างออนตา. (2539). *กระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโครงการฟ้าสีขาว จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม; และคนอื่นๆ. (2549). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.

ชนิดา แก้วทรัพย์ศักดิ์. (2552). *การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพในเขตกรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ชาญชัย พีรเมธากุล. (2548). *ผลของกระบวนการกลุ่มพัฒนาตนต่อความวิตกกังวลทางสังคมและความสุข ในเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. (จิตวิทยาการปรึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ชาติชาย หล้าแหล่ง (2545). *ผลของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยกิจกรรมของกลุ่มตาลโตนดต่อภาวะซึมเศร้า ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน การกระทำพฤติกรรมไปสู่จุดมุ่งหมายในชีวิต และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.*วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาและการแนะแนว).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.

ณิชากร พยุงแสนกุล. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของข้าราชการครูสายปฏิบัติการสอน อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ดรุณรัตน์ ผลสวัสดิ์. (2544). *การปรับตัวและสุขภาพจิตของนักศึกษาโครงการจัดการศึกษาสำหรับบุคลากรประจำ (กศ.บป.) สถาบันราชภัฏพระนคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ดลภางค์ จันทร์ทอง. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอภิบา ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ดวงชีวัน บูรณะกิจ. (2544). *ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน; และเพ็ญแข ประจนปัจนึก. (2520). *จริยธรรมของเยาวชน*. รายงานการวิจัย ฉบับที่ 21. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ทัฬหกาณฑ์ พิมพ์วงศ์ทอง. (2550). *ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อความวิตกกังวล ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในศูนย์รวมใจโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ธนา นิลชัยโกวิทย์; และคนอื่นๆ. (2539,มกราคม-มีนาคม). *GHQ ฉบับภาษาไทย.* วารสารสมาคมจิตแพทย์ประเทศไทย.

ธนาวรรณ ธนพรดี. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อเป้าหมายในชีวิตของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนพระหฤทัยคอนแวนต์ เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

นวดี โมกขะเวส. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

นิกูล ประทีปพิชัย. (2540). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการปฏิบัติงานของศึกษานิเทศก์ เขตการศึกษา 5.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

นิศารัตน์ เชตวรรณ. (2543). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ. (2540). *ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

นพวรรณ อุณห์ไวทยะ. (2545). *ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท.* สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

บรรจง วาที. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

บุณยรักษา กายาผาด. (2546). *ปัจจัยที่ที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการเข้ารับการบริการในโรงพยาบาลไทยนครินทร์.* สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

บุษดี ศรีคำ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

เบ็ญจพร มงคลธง. (2550). *ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1 กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ปิ่นแก้ว โชติอำนวย. (2544). *ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายอาการวิตกกังวลและอาการ ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด.* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2530). *สุขภาพจิตเบื้องต้น* . กรุงเทพฯ: บัณฑิตการพิมพ์.

พระธีราภิสุทธิ์ สารธมฺโม. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมาธิในการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียน นวมินทราชินูทิศ สตรีวิทยา พุทธมณฑล เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พระมหาเดชจำลอง พุฒหอม. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาในการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนวัดนวลนรดิศ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พรรณี ชูทัย เจนจิต. (2533). *จิตวิทยาการเรียนการสอนต่อจิตวิทยาการศึกษาสำหรับครูในชั้นเรียน.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์การพิมพ์.

--------. (2550). *จิตวิทยาการเรียนการสอน.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์การพิมพ์.

พรรณวดี สนธิทรัพย์. (2545). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร.*ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พิณทิพย์ สีนุ้ย. (2545). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ในกรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

เพ็ญประภา ปริญญาพล. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นและทนทานการรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต กลวิธีการเผชิญปัญหา กับสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย.* วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ภัทราวรรณ มณีสาคร. (2540). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี.* วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกาและการแนะแนว. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

มัลลิกา คณานุรักษ์. (2547). *จิตวิทยาการสื่อสารของมนุษย์.* กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

มนัสวี วัชรวิศิษฏ์. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวในการทำงานของข้าราชการครูสายผู้สอน อำเภอสตึก สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 4 จังหวัดบุรีรัมย์.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

มาโนช หล่อตระกูล; และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

รัชนี สังข์สุวรรณ. (2547). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบในการทำงานของข้าราชการสำนักงานบริหารงานส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร.*สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

รณรงค์ ดวงเกิด. (2551). *การวิเคราะห์ศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ลักขณา สริวัฒน์. (2544). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน.* กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

--------. (2545). *สุขวิทยาจิตและการปรับตัว.* กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

ละเอียด แจ่มจันทร์; และสุรี ขันธรักษวงศ์. (2549). *สาระทบทวน การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์.* กรุงเทพฯ: จุดทองจำกัด.

ละออ ชูดวง. (2546). *ผลของการให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยวีดีทัศน์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการพูดหน้าชั้นเรียนของนักศึกษาแผนกวิชาการบัญชี วิทยาลัยเทคนิคราชบุรี*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (ธุรกิจศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร..

วันเพ็ญ อำนาจกิติกร. (2552). *อัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวลทางสังคม และความตั้งใจเลิกยาของผู้ติดยาเสพติด ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่.* วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. (2543). *จิตวิทยาการปรับตัว.* กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วลัยพร ชววัฒนาพงศ์. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของพยาบาลตำรวจวิชาชีพต่อระบบมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วิภาพร มาพบสุข. (2543). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ศูนย์การส่งเสริมวิชาการ.

วิไล ตั้งจิตสมคิด. (2544). *การศึกษาและความเป็นครูไทย.* กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. (2549). *สุขวิทยาจิต*. เอกสารประกอบการสอนวิชาสุขวิทยาจิต. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศราวุธ อภัยศิลา. (2552). *องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนมัธยมวัดมกุฎกษัตริย์ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ศิริพร อรุณสิงคะ. (2544). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อความมั่นคงในการทำงานของพนักงานธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) สังกัดสำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร..

ศิรินภา กุลวรกุลพิทักษ์. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในการศึกษาต่อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนราชวินิตบางแก้ว ในพระราชูปถัมภ์ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ศิริรัตน์ สุภาพทรง. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในด้านความมั่นคงในการทำงานยุคปฏิรูประบบราชการของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ศรีสุดา ทรัพย์สิน. (2550). *องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการใช้จ่ายเงินของสมาชิกโครงการก้าวหน้าพัฒนาชุมชน โมโคร เอ็นเทอร์ไพรซ์ ดีเวลลอปเม้นท์ เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เขา รู้เรา).* กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

--------. (2551). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เขา รู้เรา).* พิมพ์ครั้งที่15. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ศุกลรัตน์ อิงชาติเจริญ. (2551). *สัมพันธภาพ ประสบการณ์ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สัจจา ประเสริฐกุล. (2551). *การศึกษาเชิงเปรียบเทียบคุณลักษณะการคิดเชิงบวกของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครราชสีมา เขต 7 ที่มีระดับอัตมโนทัศน์และประสบการณ์ชีวิตแตกต่างกัน.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สัญชัย ชาสมบัติ; และชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์. (2549). *แนวทางปฏิบัติงานโครงการการเข้าถึงบริการ ยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์.* สำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สถิต วงศ์สวรรค์. (2540). *การพัฒนาบุคลิกภาพ.* กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.

สุจินต์ ปรีชามารถ. (2535). *สุขภาพจิตเบื้องต้น.* กรุงเทพฯ.

สุชา จันทน์เอม. (2541). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน.* พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

--------. (2544). *จิตวิทยาทั่วไป.* กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2542). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา.* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุปราณี เสนาดิสัย; และคนอื่นๆ. (2540).*การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ.* พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: แผนกการพยาบาลพื้นฐาน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนทรี สุรัตน์. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพจังหวัดเชียงราย.* วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

สุรางค์ โค้วตระกูล. (2550). *จิตวิทยาการศึกษา.* พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีย์ พงพิทักษ์เมธา. (2548). *การรับรู้และความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกเวลาของโรงพยาบาลศิริราช ในเขตกรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สุรชัย วชิระนันทกุล. (2552). *การรับบริการการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การเมือง. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. (2539). *การบริหารการพยาบาล.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จิรรัชการพิมพ์.

สุวิชา บัวผุด. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบในการทำงานของข้าราชการครูโรงเรียนจันทร์ประดิษฐารามวิทยาคม เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

--------. (2548). *โรคเอดส์อาการทางจิตเวชและการรักษา*.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

โสภา ชูพิชัยกุล. (2529). *ความรู้เบื้องต้นทางจิตวิทยา.* กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด.

สมจิต หนุนเจริญกุล. (2545). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1*.พิมพ์ครั้งที่ 13. โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: วี เจ พริ้นติ้ง.

สมฤทัย จันทร์สุข. (2543). *อัตมโนทัศน์ของผู้ติดสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยเมธาโดน.* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

สร้อยศรี อนันต์ประเสริฐ. (2544). *ศึกษาเรื่องความเครียดและสุขภาพจิตของ นักศึกษาแพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์ โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภัจจ์) กรุงเทพมหานค.*ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

เสาวคนธ์ สาทา. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวด้านการเรียน แผนการเรียนวิทยาศาสตร์–คณิตศาสตร์ ของนักเรียนในระดับช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

หัทยา มัทยาท. (2541). *ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพประจำการในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออก.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อัจฉรา วงศ์วัฒนามงคล. (2533). *ตัวแปรทางพฤติกรรมศาสตร์เกี่ยวกับการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา*. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.

อัจฉรา สุขารมณ์. (2529). *เอกสารประกอบคำสอนวิชาพื้นฐานทางจิตวิทยาการศึกษา*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ.(2528) *เอดส์.* กรุงเทพฯ : บริษัทเมดิคาร์ตจำกัด.

อนุวัต ศรีพร. (2546). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบภวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อุบล นิวัติชัย. (2532). *ความวิตกกังวลและการพยาบาลในกรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช.* พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อมร กุลด้วง. (2551). *บทบาทของบิดา และอัตมโนทัศน์ ที่มีอิทธิพลต่อบทบาททางเพศตามการรับรู้ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร.*ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อรัญญา ศรีคำซาว. (2548). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทองจังหวัดเชียงใหม่.*วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่.เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

อรนุช อุดมสมฤดี. (2550). *สัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์.*สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อรอนงค์ อินทรวิจิตร; และนรินทร์ กรินชัย. (2535). *เทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำเอชไอวี/เอดส์ เล่ม2 .* กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์.

Bernard Haroll W. (1970). *Mental Health in the Classroom.* New York: McGraw Hill Inc.

Butler; G. Cullington; A. Munby; M. Amies E; and Geldel M. (1984). *Exposure and Anxiety management in the treatment of social phobi.* Journal of Consulting and Clinical psychology; 52 (4): 42-50.

Cobb, S. (1976: September-October). *Social support as a moderate of life Stress*. Psychosomatic Medicine; (38): 300.

Dobra E; Lynon; Janet B; & Younger. (2001). *Purpose in Life and Depressive Symptoms in Persons Living with HIV Disease***.** Journal of Nursing Scholarship**.**

Flaskerud, J.H. (1987, December). *AIDS : Psychological espect*. Journal of Psychosocial Nursing; 25 (2): 9 -16.

Freud S. (1978). *A General Introduction to Psycho-Analysis* .New York: Liveright-Publishing Corporation.

Friedman M; and R.H. Roseman. (1974). *Behavior Pattern and Coronary Angiographic Finding*. Journal of the American Medical Association.

Good V.(1973). *Dictionary of Education.* New York: McGraw Hill Book Company. Inc.

Greene; Charles N; Adame; Everett E; Jr; and Evert Porald J. (1985). *Management .Englewood Cliffs*. N.J.: prentice-Hall.

Hergenharn; Christian W. (1990). *Why capable high school students do not continue their schooling.* Division of Research and Field Services, Indiana University Series: Bulletin of the School of Education.

Hillgard E.R. (1971). *A Translation of the original Scientific Medical Writing of E.A. Mesmer.* Translate and Compiler by George J. Book Introduction by E.R.Hilgard.

Holmstrom R; L. Jussila; and K. Vaunkunen. (1987). *Assessment of Mental Health and llness ,Consider in the Linght of a 1-3 year.* Longitudinal Study Acta Psychiatry Scandia. 333: 1-202.

Hassan N.F.; & Dauglas S.D. (1990). *Stress-relate neuroimmuno-modulation of menocytemacrophagefuction in HIV-1 infection*. CLIN-IMMUNOL-IMMUNOPATHOL. 54(2).

Health; J; & Rodway. M.R. (1999). *Psychological needs women infected with HIV*. [CD-ROM]. Social Work Health Care. 29 (3): Abstract from: Silver Platter File: Medlines.

Jahoda Marie. (1970). *The Psychological Meaning of VariousCriteria of Mental Health. Social Psychological and Mental Health.* New York: Holt Rinchart; & Winston.

Jones Harold E. (1970). *Personality Development in Children.* Austin: University of Taxas.

Ka plan; H. I.; And others. (1980). *Comprehensive Textbook of Psychiatry II I*.Baltimore: Willam and Wilkins.

Kelley; Karen E; and Houston Ken B. (1985: October). *Type A Behavior and in Employed Women: Relations to Work, Marital, and Leisure Variable Social Support, Stress, Tention, and Health*. Journal of the personality and Social Psychology. 48(4):1067.

Kerse Ngaire; et al. (2004). *Physician-Patient Relationship and Medication Compliance : A Primary Care Investigatio*n. Annals of Family Medicine 2. Retrieved March: 28. 2007.

Kleuwer,Wendy and Weidner,Gerdi.(1987,February).*Type A Behavior and Aspirtion : A study of Parnts and Childern's Goal Setting. Developmental Psychology.*23(2) : 204-209

Mc. Cannell; J.V. (1974). *Understanding Human Behavior*. New York: Holt; Richart; and Winston. Inc.

Maslach; Christina Burnout. (1986). *The cost of Caring. 2nd ed: Englewood Cliffs, N.J*. Prentice – Hall Inc.

Morris C.G. (1979). *Psychology .* New Jersy: Prentice-Hill.

Russel; Daniel W.; Elizabeth Altmaier; & Dawn Van Velzen. (1987: April). *Job – Relation Stress, Social Support and Burnout Among Classroom Teacher*. Journal of Appliedpsychology. 72(2): 269–274.

Spielberger C.D.(1972). *Anxiety as an Emotional State.* In C.D. Spielberger (ed.)Anxiety and Behavior. New York: Academy.

Strehlow U.; & Kampmann G. (1993). *AIDS anxiety of aldolescents: Determinants of "state" and "trait" anxiety dimentions in a linear structural model.* J-ADOLESCENTHEALTH: 475-484.

Strube; and others. (1987: July). *Type A Behavior Pattern and Self Evaluation of Abilities Empirical Test of the Self Appraisal Model*. Journal of Personality and Social Psychology. 52(5): 956-974.

Zung Wilum W.K. (1971: October)*. A rating Instument for Anxiety Disorder Psychosomatics.* 12(6): 371-372.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

<u>คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม</u>

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งท่านสามารถแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นได้อย่างอิสระ คำตอบของทุกท่านไม่มีข้อถูกหรือข้อผิด และไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด คำตอบของท่านทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ และไม่ต้องลงชื่อของท่าน เพราะไม่ได้นำคำตอบไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะนำไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์อื่น

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามบุคลิกภาพ

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 60

ตอนที่ 4 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์

ตอนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 6 แบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 7 แบบสอบถามลักษณะทางกายภาพภายในโรงพยาบาล

ตอนที่ 8 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ตอนที่ 9 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์
นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วโปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง ..... ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. รายได้ของสมาชิกในครอบครัวรวมกันเท่ากับ..... บาท/เดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามบุคลิกภาพ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบุคลิกภาพของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1	เมื่อท่านมีนัด ท่านชอบไปถึงที่นัดหมายก่อนเวลา					
2	ท่านรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลา ถ้าต้องไปรอซื้อของในร้านค้าที่มีลูกค้าแน่น					
3	ท่านจะรู้สึกไม่สบายใจ ถ้างานของท่านดำเนินไปอย่างล่าช้า					
4	ท่านเป็นคนที่เริ่มต้นทำสิ่งใดแล้ว ต้องทำให้เสร็จ					
5	ท่านรู้สึกว่าต้องทำสิ่งต่าง ๆ อย่างรวดเร็วเพื่อแข่งกับเวลา					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
6	ท่านรู้สึกหงุดหงิดที่ต้องเข้าคิวเพื่อรอรับบริการ เช่น ที่ธนาคาร ที่ทำการไปรษณีย์ เป็นต้น					
7	ท่านไม่ชอบให้มีใครหรืออะไรมาขัดจังหวะการทำงานของท่าน					
8	ท่านรู้สึกทนไม่ได้ ถ้าต้องทำงานร่วมกับคนที่ทำงานอย่างขอไปที					
9	เพื่อน ๆ ส่วนใหญ่เห็นว่าท่านเป็นคนจริงจังกับการทำงาน					
10	ท่านเป็นคนที่ไม่ชอบเสียเวลาเพื่อฟังคนอื่นพูดเพ้อเจ้อ					
11	ถ้าท่านต้องฟังคนที่พูดไม่รู้จักจบท่านจะรู้สึกทนไม่ได้					
12	ท่านชอบทำงานที่ท่านรับผิดชอบให้เสร็จก่อนกำหนดเวลา					
13	เมื่อท่านกำลังฟังคนพูดเรื่องไร้สาระ ท่านจะรู้สึกเบื่อ และหาทางเลี่ยงออกมา					
14	ท่านเป็นคนที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความรวดเร็ว ว่องไว					
15	ท่านมีความกระตือรือร้นในการทำงาน					

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองสุขภาพจิตไทย จี เอช คิว 60 (Thai GHQ 60)

ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตไทย จี เอช คิว 60 (Thai GHQ 60) เป็นแบบคัดกรองสุขภาพจิต ของโกลด์เบอร์ก และพอลวิลเลียม (David Goldberg and Paul Williams) แปลเป็นไทยโดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ประกอบด้วย คำถาม 60 ข้อ เป็นแบบคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในระยะ 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไรบ้าง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) ช่องใดช่องหนึ่ง ที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบัน หรือในช่วง 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

<u>ในระยะ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมานี้ ท่าน.....</u>

1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี

( ) ดีกว่าปกติ ( ) เหมือนปกติ ( ) แย่กว่าปกติ ( ) แย่กว่าปกติมาก

2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา

( ) ไม่เลย ( ) ไม่มากกว่าปกติ ( ) ค่อนข้างมากกว่าปกติ ( ) มากกว่าปกติมาก

3. รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี

( ) ไม่เลย ( ) ไม่มากกว่าปกติ ( ) ค่อนข้างมากกว่าปกติ ( ) มากกว่าปกติมาก

4. รู้สึกไม่สบาย

( ) ไม่เลย ( ) ไม่มากกว่าปกติ ( ) ค่อนข้างมากกว่าปกติ ( ) มากกว่าปกติมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้างไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1	**ด้านร่างกาย** ท่านมีลักษณะท่าทางดี					
2	ท่านแต่งกายได้เหมาะสมกับรูปร่าง					
3	ท่านยืน เดิน นั่ง ได้อย่างสง่างาม					
4	เมื่อท่านส่องกระจก ท่านพอใจในตัวตนที่ท่านเป็น					
5	**ด้านความสามารถ** ท่านเป็นคนทำงานเก่ง					
6	ท่านสามารถเป็นผู้นำได้					
7	ไม่ว่าจะทำอะไรท่านมักจะประสบความสำเร็จเสมอ					
8	ท่านรู้สึกว่าตนเองสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้					
9	**ด้านความสังคม** ท่านมีเพื่อนมาก					
10	ท่านได้รับความร่วมมือในการทำงานจากทุกๆคน					
11	ท่านเป็นคนที่เพื่อนไว้วางใจ					
12	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านกับสมาชิกในครอบครัวของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
	<u>การปฏิบัติตนของท่านต่อสมาชิกในครอบครัว</u>					
1	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว					
2	ท่านยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว					
3	ท่านไว้วางใจที่จะปรึกษาปัญหากับสมาชิกในครอบครัว					
4	ท่านตักเตือนสมาชิกในครอบครัวเสมอเมื่อเขาทำผิด					
5	เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวผิดหวัง ท่านให้กำลังใจเสมอ					
6	ท่านมีส่วนร่วมรับรู้ในปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
7	ท่านให้ความสนใจเรื่องความเป็นอยู่ ของสมาชิกในครอบครัวทุกคน					
8	ท่านให้ความรักความห่วงใย แก่สมาชิกในครอบครัวทุกคน					
9	ท่านคอยช่วยเหลือทำงานบ้านด้วยความเต็มใจ					
10	**<u>การปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวต่อท่าน</u>** สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยในตัวท่าน					
11	สมาชิกในครอบครัวให้ความไว้วางใจ ที่จะปรึกษาปัญหากับท่าน					
12	สมาชิกในครอบครัวยอมรับในความสามารถของท่าน					
13	สมาชิกในครอบครัวแสดงความห่วงใยท่านในเรื่องสุขภาพ					
14	สมาชิกในครอบครัวแสดงความห่วงใยท่าน ในเรื่องการดำเนินชีวิต					
15	สมาชิกในครอบครัวสามารถให้คำแนะนำแก่ท่านได้เมื่อมีปัญหา					
16	สมาชิกในครอบครัวเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
17	สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลืองานบ้านด้วยความเต็มใจ					

ตอนที่ 6 แบบสอบถามภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1	ท่านมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว เช่น เลี้ยงดูบิดามารดา บุตรธิดา และญาติพี่น้อง					
2	เงินที่จะชำระค่าใช้จ่ายในบ้านส่วนใหญ่มาจากรายได้ของท่าน					
3	ท่านเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทุกอย่างภายในครอบครัว เช่น ค่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าอาหาร และค่าเล่าเรียนของบุตร					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
4	ท่านเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการศึกษาให้แก่สมาชิกในครอบครัว					
5	ท่านให้การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายของญาติพี่น้อง					
6	สมาชิกในครอบครัวไม่ได้ช่วยท่านรับผิดชอบชำระค่าสาธารณูปโภคภายในบ้าน					
7	ท่านต้องคอยแก้ปัญหาให้แก่สมาชิกในครอบครัว					
8	ท่านต้องคอยดูแลเรื่องสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว					

ตอนที่ 7 แบบสอบถามลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพในโรงพยาบาล ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1	**<u>สถานที่ในการตรวจรักษา</u>** สถานที่ในการนั่งรอตรวจรักษาคับแคบ					
2	สถานที่ในการนั่งรอตรวจรักษามีอากาศร้อนอบอ้าว					
3	สถานที่ในการนั่งรอตรวจรักษามักมีกลิ่นไม่พึงประสงค์					
4	สภาพแวดล้อมที่รอตรวจในโรงพยาบาลมีความแออัด					
5	สภาพแวดล้อมที่รอตรวจในโรงพยาบาลมีเสียงดังวุ่นวาย					
6	สภาพแวดล้อมที่รอตรวจในโรงพยาบาลไม่มีความเป็นระเบียบ					
7	ห้องตรวจรักษาของแพทย์ไม่ค่อยเป็นส่วนตัว มีคนผ่านเข้าออกตลอด					
8	ห้องตรวจรักษาของแพทย์ไม่ค่อยมีความเป็นระเบียบ					
9	**<u>อุปกรณ์ทางการแพทย์</u>** อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจรักษามีจำนวนมากเพียงพอกับผู้มาใช้บริการ					
10	อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจรักษาไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ มักขัดข้องขณะตรวจรักษาอยู่เสมอ					
11	อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจรักษาบางชิ้นเก่าล้าสมัย ทำให้ล่าช้าในการตรวจรักษา					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
12	อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจรักษาบางชนิด นำมาใช้งานไม่เหมาะสม					

ตอนที่ 8 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1	**<u>การปฏิบัติตนของท่านต่อบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล</u>** ท่านปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยความเต็มใจ					
2	ท่านปฏิบัติตนตามคำแนะนำของพยาบาลด้วยความเต็มใจ					
3	ท่านปฏิบัติตนตามคำแนะนำของ ผู้ช่วยพยาบาลด้วยความเต็มใจ					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
4	ท่านให้ความไว้วางใจ ยอมรับการตรวจรักษาของแพทย์					
5	ท่านให้ความไว้วางใจ ยอมรับการดูแลรักษาของพยาบาล					
6	ท่านให้ความไว้วางใจ ยอมรับการดูแลของผู้ช่วยพยาบาล					
7	ท่านรู้สึกอบอุ่นใจเมื่อได้พูดคุยกับแพทย์					
8	ท่านจะพูดคุยทักทายกับพยาบาลด้วยความเป็นมิตรทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา					
9	ท่านจะพูดคุยทักทายกับผู้ช่วยพยาบาลด้วยความเป็นมิตรทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา					
10	**<u>การปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่อท่าน</u>** แพทย์แสดงความเห็นใจ และเข้าใจปัญหาต่างๆของท่าน					
11	แพทย์มีความตั้งใจในการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านอย่างสุดความสามารถ					
12	พยาบาลมีความตั้งใจในการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านอย่างสุดความสามารถ					
13	บางครั้งแพทย์ก็พูดจาไม่ดี ต่อว่าท่านและผู้ป่วยอื่น					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
14	บางครั้งพยาบาลก็พูดจาไม่ดี ต่อว่าท่านและผู้ป่วยอื่น					
15	แพทย์พูดคุยสื่อสารกับท่านด้วยความอบอุ่นเป็นมิตรเสมอ					
16	พยาบาลพูดคุยสื่อสารกับท่านด้วยความอบอุ่นเป็นมิตรเสมอ					
17	ผู้ช่วยพยาบาลพูดคุยสื่อสารกับท่านด้วยความอบอุ่นเป็นมิตรเสมอ					
18	แพทย์ให้ความสนใจที่จะอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรือความผิดปกติที่ท่านเป็นอยู่ด้วยความเต็มใจ					

ตอนที่ 9 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามนี้อย่างละเอียด แล้วตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละหนึ่งเครื่องหมายเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด
จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก
จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง
จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1	**ด้านร่างกาย** ท่านมักรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติเมื่อต้องร่วมรับประทานกับสมาชิกในครอบครัว					
2	ท่านมักนอนไม่หลับเมื่อนึกถึงว่าตนเองต้องเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว					
3	ท่านจะมีเหงื่อออกมากกว่าปกติเมื่อต้องร่วมเดินทางไปกับสมาชิกในครอบครัว					
4	ท่านจะรู้สึกมือเท้าเย็นทุกครั้ง ที่ร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว					
5	ท่านจะปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ เมื่อใกล้ถึงเวลาที่จะต้องพบกับสมาชิกในครอบครัว					
6	เมื่อท่านได้พูดคุยปรึกษาปัญหากับสมาชิกในครอบครัว ท่านจะนอนหลับได้อย่างสนิท					
7	**ด้านจิตใจ** ท่านจะรู้สึกหัวใจเต้นเร็วทุกครั้งที่ต้องปรึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาของท่านกับสมาชิกในครอบครัว					
8	ท่านรู้สึกมั่นใจเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ใกล้ ๆ					

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
9	ท่านรู้สึกหงุดหงิดทุกครั้ง เมื่อร่างกายอ่อนแอไม่สามารถทำงานหารายได้มาช่วยเหลือครอบครัวได้เหมือนก่อน					
10	ท่านรู้สึกไม่มั่นใจที่จะแนะนำตักเตือนสมาชิกในครอบครัวเมื่อเขาทำผิด					
11	ท่านมักขาดสมาธิทุกครั้ง ที่ปรึกษาปัญหากับสมาชิกในครอบครัว					
12	ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจทุกครั้งเมื่อต้องบอกถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาแก่สมาชิกในครอบครัว					
13	ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวถามถึงอาการเจ็บป่วยของท่าน					
14	ท่านจะคิดมากทุกครั้ง เมื่อนึกถึงว่าตนเองจะต้องเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว					
15	ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่					

ภาคผนวก ข
คุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 6 แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของแบบสอบถามบุคลิกภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t)
1	3.454
2	6.052
3	5.601
4	4.292
5	5.789
6	2.263
7	5.612
8	5.461
9	3.240
10	2.701
11	4.333
12	4.427
13	3.742
14	5.020
15	3.600
16	5.641

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .896

ตาราง 7 แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของอัตมโนทัศน์

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t)
1	3.035
2	2.553
3	3.211
4	2.464
5	4.292
6	3.742
7	4.025
8	4.583
9	2.614
10	5.814
11	3.473
12	3.424

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .896

ตาราง 8 แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t)
1	4.438
2	3.606
3	2.376
4	3.334
5	2.750
6	3.600
7	3.795
8	2.668
9	5.612
10	3.361
11	4.320
12	2.679
13	3.144
14	2.814
15	3.326
16	2.346
17	3.795

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .942

ตาราง 9 แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของภาระความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t)
1	3.326
2	7.514
3	10.894
4	12.559
5	6.236
6	4.710
7	3.052
8	6.614

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .874

ตาราง 10 แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของลักษณะทางกายภาพภายในโรงพยาบาล

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t)
1	2.376
2	3.606
3	3.550
4	2.496
5	3.924
6	3.550
7	3.529
8	2.160
9	2.393
10	2.668
11	2.357
12	2.679

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .890

ตาราง 11 แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t)
1	4.243
2	2.614
3	3.416
4	4.243
5	3.035
6	4.292
7	3.416
8	2.758
9	2.758
10	3.000
11	2.393
12	3.864
13	2.436
14	3.100
15	2.256
16	3.035
17	3.035
18	2.376

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .878

ตาราง 12 แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t) ของความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (t)
1	3.969
2	2.909
3	2.868
4	5.150
5	5.856
6	3.454
7	6.110
8	2.341
9	4.520
10	4.848
11	4.478
12	4.202
13	6.048
14	3.837
15	2.333

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .879

ภาคผนวก ค
หนังสือขอความร่วมมือ

ที่ ศธ 0519.12/ 1730

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

11 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา

เนื่องด้วย นางสาวพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พาสนา จุลรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์ ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน จำนวน 120 คน ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2553

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล .
คุณ พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์
พยาบาล ปรจำแผนก OPD 2.

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5067, 0-2649-5070 กด 110

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 089-642-0121, 083-082-9124

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5730

ที่ ศธ 0519.12/ 1729 **วันที่** 11 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญาเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พาสนา จุลรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์เวธนี กรีทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรหมธิดา แสนคำเครือ และ อาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญาเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/๑๖๓๑

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 เมษายน 2553

เรื่อง ขอใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต

เรียน นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์

เนื่องด้วย นางสาวพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พาสนา จุลรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความประสงค์จะขอใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต THAI GHQ 60 เพื่อการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ ได้ใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5067
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 089-642-0121, 083-082-9124

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์
วันเดือนปีเกิด	17 กรกฎาคม 2523
สถานที่เกิด	อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	2, 4 ซอยพระรามเก้า 40 ถนนพระรามเก้า แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240 โทรศัพท์ 089-6420121
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา 124-126 ซอยรามคำแหง 4 แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250 โทรศัพท์ 02-3140726 ต่อ 330

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2536	ระดับประถมศึกษา จากโรงเรียนชุมชนบ้านทุ่งนา อ. หนองฉาง จ.อุทัยธานี
พ.ศ. 2539	ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนหนองฉางวิทยา อ. หนองฉาง จ.อุทัยธานี
พ.ศ. 2542	ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนนครสวรรค์ อ. เมือง จ.นครสวรรค์
พ.ศ. 2546	พยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2553	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร