

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวและวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ที่ผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี ไม่เป็นโรคทางกายร้ายแรง สามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่องและมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 160 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มต้นจากการตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปทั้งหมดที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว จากทะเบียนผู้รับบริการทั้งหมด หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเลือกที่ระบุไว้ตามบทที่ 3 (หน้า 24) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-31 มกราคม พ.ศ. 2553 ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 1 เดือน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวันช่วงเช้าตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เริ่มเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยทาบตามผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือที่ละราย สำหรับผู้ป่วยที่สมัครใจยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการตอบแบบสอบถามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว (STAI Form Y-2) และแบบวัดการเผชิญปัญหา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง พบว่าข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์มีความสมบูรณ์ทั้ง 160 ราย นำข้อมูลที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร (Chi-square) และสัดส่วนของวิธีการเผชิญปัญหา สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ จำนวน 160 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.4 (87 ราย) เพศหญิง ร้อยละ 45.6 (73 ราย) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 39 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.5 (76 ราย) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.9 (51 ราย) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 10.6 (17 ราย) สถานภาพการสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 58.8 (94 ราย) รองลงมาเป็นสถานภาพโสด ร้อยละ 22.5 (36 ราย)

สถานภาพหม้ายและหย่าร้างมีสัดส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 9.4 (15 รายและ 15 ราย) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 54.4 (87 ราย) รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 45.6 (73 ราย) การอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 86.3 (138 ราย) รองลงมาอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 13.8 (22 ราย)

2. ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในช่วงคะแนน 25-70 คะแนนเฉลี่ย 45.33 (SD=8.23) มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 (108 ราย) ลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับเล็กน้อย ร้อยละ 26.3 (42 ราย) และลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 6.3 (10 ราย)

3. ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย มีวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อยสามลำดับแรก ได้แก่ วิธีปลอบใจตนเองร้อยละ 25.6 (41 ราย) วิธีอ่านหนังสือ ภาพยนตร์ ฟังเพลง ร้อยละ 13.8 (22 ราย) และวิธีดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้อาเสพติด ร้อยละ 9.4 (15 ราย) วิธีการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามรูปแบบเป็นแบบมุ่งแก้อารมณ์ ร้อยละ 86.3 (138 ราย) แบบมุ่งแก้ปัญหา ร้อยละ 13.8 (22 ราย)

สัดส่วนของวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับแบบมุ่งแก้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เป็น 1:6.3

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวกับวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใช้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

สัดส่วนวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับแบบมุ่งแก้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูงถึงรุนแรง เป็น 1: 7.4, 1: 5.7, 1: 9 ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใช้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ กับวิธีการเผชิญปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ส่วนปัจจัยการอยู่อาศัยร่วมกับครอบครัวกับวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สัดส่วนวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับแบบมุ่งแก้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย และเพศหญิงมีสัดส่วนเท่า ๆ กัน เป็น 1:6.2 และ 1:6.3 สัดส่วนวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับแบบมุ่งแก้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี และอายุระหว่าง 40-60 ปี เป็น 1:9.8 และ 1:4.2 ตามลำดับ สัดส่วนวิธีการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด สถานภาพสมรส และสถานภาพหม้ายหย่าร้าง เป็น 1: 8, 1: 6.2 และ 1: 5 ตามลำดับ สัดส่วนวิธีการ

เผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์ภาคบังคับ และสูงกว่าเกณฑ์ เป็น 0:5 1:6 และ 1:6 ตามลำดับ สัดส่วนวิธีการเผชิญปัญหาแบบของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ และมีรายได้ไม่เพียงพอเป็น 1:7.7 และ 1:5 ส่วนสัดส่วนวิธีการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่คนเดียว กับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นมีความแตกต่างกัน คือ 1:2.1 และ 1:8.2

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย ส่วนใหญ่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.5)

ลักษณะวิตกกังวลประจำตัว เป็นลักษณะประจำตัวพื้นฐานของแต่ละบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เป็นอารมณ์ซึ่งเป็นความไม่สบายใจในการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อม บุคคลมีลักษณะวิตกกังวลประจำตัวที่แตกต่างกัน จะมีการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมต่างกัน แม้จะเผชิญกับปัญหาแบบเดียวกัน บุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้มาก และมีความเข้มแข็งกว่าบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลระดับปานกลาง หรือระดับเล็กน้อย ผลการวิจัยนี้จึงมีความสอดคล้องกับการกล่าวอ้างของสปีลเบิร์กเกอร์ที่ว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูงจะมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์สูงตาม บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำจะมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ต่ำ และบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวปานกลางจะมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ปานกลาง เช่นเดียวกัน (Spielberger & Guevero, 1982; Spielberger & Guevero et al., 1998 อ้างถึงใน นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540)

งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไปและเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ทั้งหมด เมื่อพิจารณาการเกิดโรควิตกกังวลตามแนวคิดของสจ๊วตและลาไรอา (Stuart & Laraia, 2004) ที่อธิบายการปรับตัวของบุคคลไว้ว่า โดยทั่วไปบุคคลจะมีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในแบบที่ใช้กลไกป้องกันทางจิตในระดับที่น้อยที่สุดหรือในแบบที่สร้างสรรค์ ไปจนถึงการใช้กลไกป้องกันทางจิตที่มากขึ้นกว่าปกติหรือในแบบที่ไม่สร้างสรรค์ จนทำให้เกิดมีอาการทางประสาท เช่น อาการย้ำคิดย้ำทำ ความคิดบิดเบือน รับรู้หรือแปลความหมายสิ่งเร้าผิด พฤติกรรมประหลาดหรือผิดปกติ ถอยหนี การตอบสนองทางอารมณ์ที่มากหรือน้อยเกินไป เป็นต้น ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ในบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลระดับปานกลาง เมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลเพิ่มขึ้น ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสค่อนข้างแคบลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง สนใจเฉพาะสิ่งกระตุ้นภายในหรือนอกที่อยู่ตรงหน้า สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ จะถูกคัดออกไปต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการ

รับรู้ข้อมูลหรือเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับเสียงและความเร็วในการพูด บุคคลที่มีลักษณะ และมีความวิตกกังวลระดับปานกลางจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านชีวภาพและทางจิตบำบัด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่แพทย์พิจารณา ให้การรักษาด้วยยาที่มีลักษณะวิตกกังวลระดับปานกลางจึงเป็นข้อมูลที่ยืนยันให้เห็นว่าผู้ป่วยจะ ได้รับการรักษาอย่างสมเหตุสมผลที่จะต้องใช้ยาคลายกังวลเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางชีวภาพเป็น ลำดับแรก เช่นเดียวกับที่พบว่ามียากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับสูงถึง รุนแรงที่มีจำนวน ร้อยละ 6.3 บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีสามารถในการรับรู้ลดลง อย่างมาก ปฏิเสธหรือไม่สนใจสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่เป็นอันตราย มองสภาพแวดล้อมบิดเบือน ไปจาก ความเป็นจริง ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้ ขาดประสิทธิภาพ ในการแก้ปัญหา ไม่รับรู้กาลเวลาสถานที่ ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น การได้รับการ รักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางชีวภาพในเวลาอันเหมาะสมเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดที่จะช่วยลดระดับ ความรุนแรงของโรค และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตได้

และจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับเล็กน้อย ร้อยละ 26.3 ซึ่งลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับนี้เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดขึ้นได้ กับบุคคลทั่วไปในชีวิตและความเป็นอยู่ประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยนี้จะมี ความตื่นตัวเพิ่มขึ้นต่อสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอกจากสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการ เรียนรู้และแก้ปัญหาดี สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ มีความรู้สึกมั่นคง ไว้วางใจ มี ความคิดอย่างมีเหตุผลได้ เมื่อสิ่งกระตุ้นหมดไปด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งความวิตกกังวลก็ลดลง ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา อย่างไรก็ตามหากการมองโลก ความสามารถของบุคคล สิ่งสนับสนุน ทางสังคมรวมทั้งทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ไม่เพียงพอหรือไม่สนับสนุนให้สามารถสู้กับปัญหาได้ ก็มีความ เป็นไปได้ว่าบุคคลต้องการความช่วยเหลือ (Stuart & Laraia, 2004) จึงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน หนึ่งได้รับการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป อย่างไรก็ตามการเข้ามาขอความช่วยเหลือจาก โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ไม่จำเป็นเสมอไปที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยา สิ่ง ที่จำเป็นกว่านั้นคือการช่วยเหลือหรือการบำบัดด้านจิตใจ เพื่อให้บุคคลได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการ ปรับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม หรือโครงสร้างบุคลิกภาพ นำไปสู่ความสามารถในการพึ่งพา ตนเองได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป การรักษาด้วยยาอย่างไม่จำเป็นถือเป็นการสนับสนุนให้บุคคล พึ่งพาผู้อื่นหรือสิ่งอื่นมากขึ้น ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการณ์สูงเฉพาะสาขาการพยาบาลจิตเวชสามารถ ให้ความช่วยเหลือเชิงรุกแก่บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยกลุ่มนี้ตามบทบาทอิสระของ วิชาชีพการพยาบาลและตามการกำหนดของสภาการพยาบาลที่ว่าด้วยการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Direct Care) โดยการให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม เพื่อส่งเสริม

สุขภาพจิต ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

2. ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งवलทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย มีวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์ มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหา วิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อยสามลำดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 วิธีปลอบใจตนเอง ลำดับที่ 2 วิธีอ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง และลำดับที่ 3 วิธีดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้ยาเสพติด ตามลำดับ ซึ่งเป็นวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์ทั้งสามวิธี

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตกึ่งवलทั่วไปก่อนเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ส่วนใหญ่จะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหา ดังสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับแบบมุ่งแก้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่พบในงานวิจัยนี้เป็น 22 : 138 หรือ 1:6.3 อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตกึ่งवलทั่วไปทั้งหมด ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าสู่ระบบของการรักษา ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการเผชิญปัญหาหลาย ๆ วิธีเพื่อให้ปรับตัวและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาก่อนที่จะเข้าสู่ระบบการรักษาผู้ป่วยโรคจิตกึ่งवलทั่วไปที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้เป็นวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์มากกว่ามุ่งแก้ปัญหา สอดคล้องกับทฤษฎีที่อธิบายว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์เป็นวิธีการที่บุคคลจะป้องกันตนเองด้วยการใช้กลไกทางจิต เข้ามารับบรรเทาภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเป็นการปรับอารมณ์และความรู้สึก หรือการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เพื่อคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจได้ (Stuart & Laraia, 2004; จินตนา ถีละไกรวรรณ, 2533) การขจัดความวิตกกังวลในลักษณะนี้เป็นเพียงวิธีการบรรเทาหรือลดความเครียดเท่านั้น ไม่ได้พิจารณาใคร่ครวญในความเป็นจริงของสถานการณ์ ความสามารถ ข้อจำกัด สักยภาพ แหล่งสนับสนุนของตัวเอง ทำให้ขาดการตระหนักรู้ในตัวเอง มีความคิดที่บิดเบือนไป มีโอกาสทำให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมผิดปกติไปด้วย ดังนั้นถ้าบุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์หรือใช้กลไกทางจิตบ่อย ๆ อย่างขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีความคิดหรือการกระทำที่บิดเบือน ปัญหาต่าง ๆ ก็จะไม่ได้รับการแก้ไข อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การเจ็บป่วยจนเกิดเป็นโรคจิตกึ่งवलได้ในขณะที่วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามีวิธีการแก้ปัญหาลดความขัดแย้งในใจ หรือสร้างความพึงพอใจให้เกิดด้วยการใช้ความสามารถทางสติปัญญาเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหา โดยทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกัต้นเหตุของปัญหาและพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น กำหนดขอบเขตของปัญหา และหาข้อจำกัดของตนเองและแหล่งสนับสนุน ศึกษาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีพิจารณาว่าวิธีใดจะให้ผลดีอย่างไร เพื่ออยู่กับสถานการณ์หรือแก้ไขปัญหให้ได้ เลือกวิธีที่

เหมาะสมแล้วจึงลงมือแก้ปัญหา ผลลัพธ์คือปัญหาหมดไป ปัญหาคลี่คลายลง หรืออยู่กับปัญหาได้ สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหาจึงสอดคล้องกับคำอธิบายดังกล่าว

มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่สำรวจวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลทั่วไปได้แก่ การศึกษาของ ดนอมศรี อินทนนท์ และคณะ (2543) อุคม เพชรสังหาร และคณะ (2541) และบัณฑิต ศรไพโรศา (2541) พบว่าโดยทั่วไบบุคคลส่วนใหญ่ใช้วิธีแก้ปัญหามุ่งแก้อารมณ์ เช่น การสวดมนต์ ฟังเทศน์ และการบริจาคทาน การบ่นบาน การสะเดาะเคราะห์ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ กินยาระงับประสาท ระบายอารมณ์โดยกรีดร้อง เทียวสถานเริงรมย์ และระบายกับสิ่งของ ผลงานวิจัยดังกล่าว รวมทั้งผลงานวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์เป็นวิธีที่บุคคลทั่วไปมักเลือกใช้เป็นเบื้องต้น ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกไปขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือจาก บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อันได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ พยาบาลจิตเวช ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมให้บุคคลทั่วไป เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่พัฒนาการตามวัยที่เหมาะสมด้วย พยาบาลจิตเวชถือว่าเป็นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่น สามารถให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้ ครอบคลุมความต้องการมากกว่ากลุ่มอื่น พยาบาลจิตเวชจึงควรให้ความสนใจและเข้าไปมีบทบาท ในการสร้างเสริมให้บุคคลทั่วไปและผู้ที่มีความวิตกกังวลเล็กน้อยให้รู้จักวิธีการเผชิญปัญหา แบบมุ่งแก้ปัญหา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น เป็นการส่งเสริมให้บุคคลใช้ ศักยภาพของตนเองเต็มที่ และหลีกเลี่ยงการพึ่งพาโดยไม่จำเป็น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวกับวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วย โรคจิตกังวลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใช้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่นำมาหาความสัมพันธ์เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้วว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปทั้งหมด ดังนั้นข้อมูลลักษณะ ความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงมีความเป็นเอกพันธ์สูง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปาน กลาง และมีโอกาสที่บุคคลกลุ่มนี้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่แตกต่างกัน และจากการเปรียบเทียบ สัดส่วนระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับแบบมุ่งแก้อารมณ์พบว่าในกลุ่มที่มีลักษณะ ความวิตกกังวลประจำตัวต่างกัน มีสัดส่วนการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือจะใช้ วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหา 6-9 เท่า สอดคล้องกับทฤษฎี ความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่อธิบายวิธีการเผชิญปัญหา ของบุคคลไว้ว่า เมื่อมีความวิตกกังวลบุคคลมักจะหาทางลดความวิตกกังวลใจด้วยการใช้กลไก

ป้องกันทางจิต และมักใช้กลไกป้องกันทางจิตชนิดที่เคยใช้ได้ผลมาแล้วเข้ามาช่วยบรรเทาภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ผู้ที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไปมีแนวโน้มของการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์หรือมีการใช้กลไกทางจิตบ่อย ๆ ซึ่งการจัดความวิตกกังวลลักษณะนี้เป็นเพียงวิธีการบรรเทาหรือลดความเครียดเท่านั้น ไม่ได้พิจารณาใคร่ครวญความเป็นจริงของสถานการณ์ความสามารถ ข้อจำกัด ศักยภาพ แหล่งสนับสนุนของตนเอง และเมื่อบุคคลใช้บ่อย ๆ โดยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ปัญหาต่าง ๆ ก็จะไม่ได้รับการแก้ไขก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่การเจ็บป่วยและเข้าสู่ระบบของการรักษา และสัดส่วนของวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์ต่อแบบมุ่งแก้ปัญหาที่พบในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เป็น 1:6 สอดคล้องกับผลการวิจัยของพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2538) ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูงหรือรุนแรงจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์มากกว่าวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาซึ่งจะต่างจากบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวเล็กน้อยและปานกลางที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์น้อยกว่า

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับวิธีการเผชิญปัญหาพบว่าปัจจัยด้านการอยู่ร่วมอาศัยกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับวิธีการเผชิญปัญหา

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยด้านการอยู่ร่วมอาศัยกับครอบครัวและวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา กับมุ่งแก้อารมณ์ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นอย่างเห็นได้ชัด คือ 1: 2.1 และ 1: 8.2 ตามลำดับ ดวงมณี สุภัทรกุล (2546) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ทำให้รู้สึกเครียด บุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญปัญหา (มุ่งแก้ปัญหา) และด้านการแสดงออกทางอารมณ์ (มุ่งแก้อารมณ์) ผสมผสานกัน แต่จะใช้ด้านใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ บริบทของบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์หรือตรงกันข้าม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันที่มีความผูกพันกันทางจิตใจ อารมณ์ มีความรักกันอย่างแน่นแฟ้นและให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ บุคคลมีโอกาสมองปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก้าวข้ามภาวะวิกฤตไปได้ในที่สุด การเก็บข้อมูลด้านการอยู่ร่วมอาศัยกับครอบครัวของงานวิจัยนี้มีข้อจำกัด กล่าวคือ เป็นเพียงการถามภาพรวมว่าอยู่โดยลำพังหรืออยู่กับครอบครัว โดยไม่ได้ถามบริบทหรือความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ทางสถิติจึงทำได้เพียงการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ว่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่พบนั้นเป็นไปในทางบวกหรือลบ

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ ของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญปัญหา และจากการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา กับแบบมุ่งแก้อารมณ์ในกลุ่มที่มีเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือจะใช้วิธีแบบมุ่งแก้อารมณ์มากกว่า 5-8 เท่า ส่วนปัจจัยด้านอายุที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับวิธีการเผชิญปัญหา เช่นเดียวกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ แต่จากสัดส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ สัดส่วนระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา กับมุ่งแก้อารมณ์ในผู้ป่วยที่มีอายุ 40-60 ปี และ 20-39 ปี เท่ากับ 1: 4.2 และ 1: 9.8

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการได้ว่า อายุเป็นสิ่งที่บอกถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ของบุคคล บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์และวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น สุขุมรอบคอบ รู้จักชีวิตและสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เพราะในแต่ละวัยจะมีแรงขับและเทคนิคในการเผชิญปัญหาโดยใช้แหล่งประโยชน์และวิธีการแตกต่างกันไป เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหากับภาวะวิกฤตและประสบการณ์ในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหา ในภาวะเหล่านั้นทำให้เกิดการเรียนรู้และทักษะในการแก้ปัญหา อีกทั้งมีพัฒนาการด้านความคิด ทำให้มีวุฒิภาวะ ความสามารถในการคิด วิเคราะห์และตัดสินใจเลือกการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ผู้ที่มีอายุน้อยมีความกดดันด้านอารมณ์มากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (พรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2549) จึงพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อารมณ์มากกว่า

ข้อเสนอแนะ

จากผลงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ควบคู่ไปกับความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ในการคัดกรอง ผู้รับบริการ ด้วยการใช้เครื่องมือหรือแบบสอบถามร่วมกับการประเมินจากอาการทางคลินิก ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือและการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม การที่มีผู้รับบริการที่มีลักษณะจิตกึ่งวกลระดับเล็กน้อยจำนวนหนึ่งมารับบริการจากโรงพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุก ค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนออกจากกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาและจิตบำบัด การจัดระบบการคัดกรอง พร้อมกับมีระเบียบวิธีที่ชัดเจน

จะช่วยทำให้พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมการให้การช่วยเหลือตามบทบาทอิสระได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การลดปัญหาการใช้ยาและลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ โดยไม่จำเป็นหรืออย่างสิ้นเปลือง ผู้รับบริการได้รับการสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ในการแก้ไขหรือก้าวข้ามปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลโดยใช้ความรู้

ความสามารถเชิงวิชาชีพของพยาบาลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริการถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สังคมมองเห็นคุณค่าของวิชาชีพชัดเจนขึ้น ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ จะมีผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการต่างระดับกันมาขอรับบริการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการจัดระบบคัดกรอง การจัดระบบบริการด้วยการจัดบุคลากรที่เหมาะสมกับระดับปัญหาของผู้รับบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดก้นวตจากงานวิจัยนี้ รวมทั้งผลงานวิจัยที่พบว่า มีบุคคลที่มีลักษณะติดก้นวตประจำตัวระดับต่าง ๆ กันซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ อารมณ์ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของบริการทางการพยาบาลจากพยาบาลที่มีความสามารถเฉพาะทาง ทำการคัดกรอง และพัฒนา โปรแกรมป้องกันความเสี่ยงหรือลดโอกาสการเกิดความเจ็บป่วยทางจิต เป็นการแสดงบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพที่สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่สภาพยาบาลได้ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำโดยตรงกับผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน

3. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการทำวิจัยเกี่ยวกับการใช้

และการพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใช้ในการคัดกรองบุคคลที่มีปัญหาด้านจิต-อารมณ์ในชุมชน และผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ในการพยาบาลทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้บริการ