

สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์



นาง จินตนา กมลพันธ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2504-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION IN OUT PATIENT  
DEPARTMENT AT BURIRAM HOSPITAL



Mrs. Jintana Kamonpan

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-2504-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์	สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์
โดย	นาง จินตนา กมลพันธ์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา (ร่วม)  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล)

.....กรรมการ  
(อาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

จินตนา กมลพันธ์ : สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ  
 ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH  
 ESSENTIAL HYPERTENSION IN OUT PATIENT DEPARTMENT AT BURIRAM  
 HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษา : อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิณฑร,อ.ที่ปรึกษา(ร่วม) :  
 ผศ.พวงสร้อย วรกุล, 112 หน้า ISBN 974-17-2504-3

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ  
 สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล  
 บุรีรัมย์ จำนวน 368 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบบุคลิกภาพ  
 MPI (Maudsley Personality Inventory) และแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 (Symptom  
 Checklist) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน  
 มาตรฐาน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 17.4 โดยพบปัญหาความรู้สึกลึก  
 ผิดปกติด้านร่างกายมากที่สุดคือร้อยละ 11.7 , ความกลัวโดยไม่มีเหตุผลร้อยละ 8.2 และซึมเศร้า  
 ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต พบว่าความเพียงพอของราย  
 ได้และอาชีพเกษตรกร มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
 บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์และระดับความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2545	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม).....

##4475355730 MAJOR: MENTAL HEALTH

KEY WORDS : MENTAL HEALTH / PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION /  
BURIRAM HOSPITAL

JINTANA KAMONPAN : MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH ESSENTIAL  
HYPERTENSION IN OUT PATIENT DEPARTMENT AT BURIRAM HOSPITAL.

THESIS ADVISOR : SIRILUCK SUPPAPITIPORN,MD. CO-ADVISOR :  
ASSIST PROF. PUANGSOY WORAKUL ; 112 pp. ISBN: 974-17-2504-3

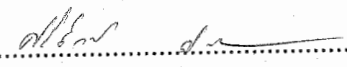
The purposes of this reserch was to study the mental health and factors related to mental health of patients with essential hypertension in out patient department at Buriram hospital. The subjects used in this study were 368 patients. The self-reporting instruments were general demographic survey questionnaire, MPI (Maudsley Personality Inventory) and SCL-90 (Symptom Checklist). The data were analyzed for descriptive statistic : percentage, mean, standard deviation , Chi square, Pearson Product Moment Correlation Coefficiency and Stepwise multiple regression analysis by SPSS.

This study found that 17.4 percent of patients had mental health problem. Somatization 11.7 percent , Phobia Anxiety 8.2 percent and Depression 6.0 percent. Sufficiency of income and farmer occupation were statistically significant related to mental health problem at  $p < .05$ , Neuroticism personality and level of blood pressure were statistically significant related to mental health problem at  $p < .01$

Department Psychiatry

Student's Signature.....

Field of study Mental health

Advisor's Signature.....

Academic year 2002

Co-advisor Signature.....



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของอาจารย์นายแพทย์ ชัยชนะ นิมนวล อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร และผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ให้กำลังใจ และควบคุมผู้วิจัยด้วยความ เอาใจใส่มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ และอาจารย์ นายแพทย์สุชัชวีร์ ตั้งวงษ์ไชย ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำและแก้ไขในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ได้ให้การสนับสนุนในการ ศึกษา ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่าน และขอขอบคุณผู้ร่วมงาน เพื่อนนิสิตร่วมชั้น รวมถึง บุคลากรภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่สำเร็จลงได้ถ้าปราศจากความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างและบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ทุกท่านในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณรุ่งทิวา เกิดแสง ที่กรุณาให้คำแนะนำเรื่องสถิติในการวิจัย

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่สาว พี่เขย และบุคคลในครอบครัว รวมทั้งเครือญาติ ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด โดยเฉพาะสามีและลูก ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้วิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จินตนา กมลพันธ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
	กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
	สารบัญ.....	ช
	สารบัญตาราง.....	ฅ
<b>บทที่</b>		
1	บทนำ.....	1
	ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
	คำถามของการวิจัย.....	2
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
	ขอบเขตของการวิจัย.....	3
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	4
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
	แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต.....	6
	แนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพ.....	32
	แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.....	37
	ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
	รูปแบบการวิจัย.....	49
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
	การรวบรวมข้อมูล.....	55
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่</b>	
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	58
ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย.....	65
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย.....	68
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	88
สรุปผลการวิจัย.....	88
อภิปรายผลการวิจัย.....	91
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้.....	96
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	95
รายการอ้างอิง.....	97
ภาคผนวก.....	102
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	112

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	58
2	แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามบุคลิกภาพ.....	61
3	แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตและการควบคุมความดันโลหิต .....	62
4	แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามการรับประทานยาและยาที่ได้รับ	63
5	แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามภาวะสุขภาพจิต.....	65
6	แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้าน.....	66
7	แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตั้งแต่ 1 ด้าน ถึง 9 ด้าน.....	67
8	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต.....	68
9	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับภาวะสุขภาพจิต.....	70
10	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับภาวะสุขภาพจิต.....	71
11	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะสุขภาพจิต.....	72
12	แสดงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลิกภาพและปัญหาสุขภาพจิต	74
13	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E scale) กับปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน .....	75

## สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N scale) และปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน .....	76
15	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้ สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization).....	79
16	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านกรรไกร คัดย้าทำ (Obsessive Compulsive).....	80
17	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้ สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity).....	81
18	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านซึมเศร้า (Depression).....	82
19	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านวิตก กังวล (Anxiety).....	83
20	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้ สึกไม่เป็นมิตร (Hostility).....	84
21	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความ กลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety).....	85
22	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้ สึกหวาดระแวง (Paranoid Ideation).....	86
23	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้าน พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism).....	87

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังถูกจัดว่าเป็นโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายด้วยโรคต่างๆ อีกมาก จากภาวะความดันโลหิตสูงที่สามารถทำลายอวัยวะสำคัญๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดหัวใจ สมอง ไต และจอประสาทตา จึงเป็นปัจจัยชักนำทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease) โรคลมปัจจุบัน (Stroke หรือ brain attack) โรคไตวาย (Renal failure) ซึ่งถ้าหากไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรก็อาจจะเกิดความพิการจากอัมพาต หรือจอประสาทตาเสื่อมสภาพจนตาบอดได้ ซึ่งการป่วยและตายหรือความพิการที่เกิดขึ้นเนื่องจากสภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงนี้ไม่ได้มีผลเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจของบุคคลในครอบครัว ตลอดจนถึงประเทศชาติโดยรวมด้วย

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงนับวันจะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Idiopathic หรือ Essential hypertension) ซึ่งประมาณว่ามีถึงร้อยละ 90-95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด<sup>(1)</sup> ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 15 ในวัยผู้ใหญ่<sup>(2)</sup> ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีอัตราไม่สูงมากแต่ความดันโลหิตสูงมักเป็นปัจจัยพื้นฐานของโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต โดยพบว่าประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดการตายอย่างเฉียบพลันคือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลมปัจจุบันและไตวายได้

ในประเทศไทยก็มีหลักฐานพบว่า อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ.2530 โครงการอาสาสมัครพัฒนาชุมชน ทบวงมหาวิทยาลัย รายงานว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในคนไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 10.56-13.71 หรือเฉลี่ยประมาณร้อยละ 10 แต่ในอัตราที่ไม่สูงจนน่ากลัวนี้กลับพบว่า ความดันโลหิตสูงและโรคลมปัจจุบันมีจำนวนตายในอัตรา 45.0 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งเป็นอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง<sup>(3)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ที่มาใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในภูมิภาคในอัตรา 92.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน<sup>(4)</sup>

นอกจากนี้ในการศึกษาค้นคว้าบุคลิกภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง มักเป็นผู้ที่เก็บกตความโกรธ และความรู้สึกก้าวร้าวไว้ภายใน ขณะที่ลักษณะภายนอกจะเป็นคนยอมคนขี้เกรงใจ ชอบทำให้ผู้อื่นพอใจ และพยายามควบคุมตนเองให้เป็นคนดี ในสายตาผู้อื่นอยู่เสมอ การที่ผู้ป่วยเก็บกตความโกรธไว้ จะมีผลให้มีความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะมีการหลั่ง noradrenalin มาก มีลักษณะเหมือนอยู่ในภาวะฉุกเฉินตลอดเวลา (permanent emergency)<sup>(5)</sup>

สำหรับจังหวัดบุรีรัมย์นั้นพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพิ่มขึ้นมากทุกปี โดยในปี พ.ศ.2542 จำนวน 3,460 ราย (862 คน) ในปี พ.ศ.2543 จำนวน 5,222 ราย (1,309 คน) และในปี พ.ศ.2544 จำนวน 9,298 ราย (1,940 คน) และยังเป็นอันดับ 2 ของลำดับโรค 1 ถึง 10 อันดับที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรองจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ<sup>(6)</sup>

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตาย ของโรคต่าง ๆ อีกมาก และยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจของตัวผู้ป่วยเองและบุคคลในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นโรคที่มีจำนวนผู้มารับบริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นอันดับ 2 ของโรคทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีหน้าที่ดูแลส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู สุขภาพจิตของผู้มารับบริการของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จึงสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งยังไม่มีผู้ใดเคยศึกษามาก่อน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการให้บริการด้านสุขภาพจิต และแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และข้อมูลดังกล่าวยังเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นในการที่จะศึกษาต่อไป

## คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีภาวะสุขภาพจิตเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์



## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบบุคลิกภาพ และแบบวัดสุขภาพจิต โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ

**ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)** ได้แก่ เพศ, อายุ, ศาสนา, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา อาชีพ, รายได้, บุคลิกภาพ, ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง, ระดับความดันโลหิต, การควบคุมโรคความดันโลหิต, การรับประทานยา และยาที่ได้รับ

**ตัวแปรตาม (Dependent Variables)** คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

## ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการ ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบุรีรัมย์เท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทั้งหมดได้

## คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

**ภาวะสุขภาพจิตปกติ** หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสภาพจิตใจสบาย เป็นสุข สามารถปรับตัวให้ตอบสนองกับความต้องการของตนเอง และให้มีความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีคะแนนที่วัดได้จากแบบสอบถาม SCL-90 อยู่ในเกณฑ์ปกติ



**ปัญหาสุขภาพจิต** หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีสุขภาพจิตใจไม่สบาย ไม่เป็นสุข เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวให้ตอบสนองความต้องการของตนเอง และสมดุลกับสิ่งแวดล้อมได้ จึงมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ต่างไปจากเดิม ไม่เหมาะสม แสดงถึงความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจ แบ่งออกเป็น 9 ด้าน และมีคะแนนของแบบสอบถาม SCL-90 สูงกว่าเกณฑ์ของคนปกติ อย่างน้อย 1 ด้าน

**บุคลิกภาพ** หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมทั้งหมดที่ได้รับมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นผลของปฏิกริยารวมระหว่างส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ ความคิด ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึก และองค์ประกอบ ทางด้านร่างกายโดยพิจารณาได้สองมิติ คือ มิติแรกเป็นด้านการแสดงตัวและเก็บตัว (E scale) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะย่อยๆ ได้แก่ การให้ความร่วมมือ – ไม่ร่วมมือ, การเข้าสังคม – การแยกตัว, การเข้าใกล้ – ถอยหนี, การกระตือรือร้น – เฉื่อยชา มิติที่สองเป็นลักษณะทางด้านอารมณ์ (N scale) ได้แก่ เป็นคนมีความเข้มแข็ง – อ่อนแอ มีจิตใจที่มั่นคง – ไม่มั่นคง ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์เช่น ความวิตกกังวล และอื่นๆ บุคลิกภาพ 4 แบบ ดังนี้

1. บุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion)
2. บุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัว (Extraversion)
3. บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism)
4. บุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability)

**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

#### ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจในการศึกษาต่อไป

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต (Mental Health)

องค์กรอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตว่า ผู้มีสุขภาพจิตดีนั้นมิได้หมายถึงเพียงว่า บุคคลนั้น ๆ ปราศจากอาการโรคจิต โรคประสาทที่เห็นได้ชัดเท่านั้น แต่จะสามารถปรับตัวมีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพดีงามกับบุคคลอื่น มีชีวิตอยู่ด้วยความสบาย สมดุล สามารถสนอง ความต้องการของตนในโลกที่เปลี่ยนนี้ได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตของตนเอง

ฝน แสงสิงแก้ว<sup>(7)</sup> กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นสภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพและผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้สามารถปรับตัวเองอยู่ได้ด้วยความสุขในโลก ซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้ นอกจากนี้ สุขภาพจิตอาจหมายถึงสภาพจิตใจที่มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสถานะที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา<sup>(8)</sup> กล่าวคือ สุขภาพจิตคือ คุณสมบัติของจิตใจในการทำงานประสมประสานบุคคลกับสภาพแวดล้อม ทำให้คนรู้สึกรับรู้ในอารมณ์ เกิดความนึกคิดตัดสินใจและแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อมซึ่งจะมีความคิดเพื่อตัดสินใจได้ดี-เลวเพียงใด ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพความคิดของบุคคลนั้น

นักจิตวิทยาบางกลุ่มให้ความหมายของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้มีความสุขสามารถประพฤติปฏิบัติได้ตามความคาดหวังของสังคม สามารถใช้สติปัญญา และสัมพันธ์กับความเป็นจริงโดยใช้เหตุผลและความเป็นกลาง ไม่บิดเบือนการรับรู้ เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสร้างสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ด้วยความรัก เป็นผู้ที่สามารถใช้พลังความสามารถของความเป็นคนสร้างสรรค์ประโยชน์และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมในสังคม<sup>(9)</sup>

กล่าวโดยสรุป สุขภาพจิตนั้น เป็นสภาวะความสมดุลของความรู้สึนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรม ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้อย่างเหมาะสม และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นหรือสังคมได้อย่างมีความสุข

### ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

ได้มีผู้กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีหรือไม่นั้น พิจารณาได้ตามเกณฑ์ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน สุพัทธา วงศ์จรสวรรค์)<sup>(10)</sup> ได้เสนอลักษณะความเป็นคนที่มีสุขภาพจิตดีมีสุขภาพจิตที่ดีไว้ดังนี้

1. หากท่านสามารถรักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอมีปัญญาตื่นตัวอยู่เสมอ และมีสติประกอบปัญญา มีความคิดเห็นกว้างขวาง มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นจริง และสามารถปรับตัวเข้ากับปัญหาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เรียบร้อย
2. หากท่านหาความพึงพอใจจากสังคมได้และขณะเดียวกันก็พยายามให้บริการแก่สังคมด้วย
3. หากท่านมีความพิการ เจ็บป่วยทางกาย อาจเป็นอุปสรรคไม่让您เลือกอาชีพที่พอใจได้ แต่ท่านก็อาจดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขสำเร็จ
4. หากท่านมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นดี มนุษยสัมพันธ์นี้ย่อมตั้งต้นมาจากภายในครอบครัว อันเป็นส่วนหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกนึกคิดต่อคนอื่นในทางที่ดี มีอนาคตที่ดี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>(11)</sup> ได้กล่าวถึงผู้ที่มีสุขภาพจิตดีว่า หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะดังนี้

1. ไม่มีโรคทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. สามารถสร้างสัมพันธ์ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้ หรือสามารถทำประโยชน์แก่ตนเองและแก่ชุมชนได้ตามควรแก่สภาพของตน
4. สามารถปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

### ลักษณะของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (อ้างใน บุญวดี เพชรรัตน์)<sup>(12)</sup> ได้กำหนดลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีหรือเจ็บป่วยทางจิต โดยระบุถึงลักษณะอาการและ/หรือการบกร่องดังต่อไปนี้ คือ

1. ได้แสดงพฤติกรรมผิดปกติอย่างสม่ำเสมอเกินกว่าที่คนส่วนใหญ่แสดงออก
2. แสดงถึงจิตพยาธิสภาพโดยขาดความรับผิดชอบบ่อย ๆ ครั้ง ขาดความสามารถในการเผชิญปัญหาหมักกระทำในลักษณะแปลกไปจากสังคมใหญ่และมีการรับรู้ต่อความเป็นจริงไม่ถูกต้อง

3. มีพฤติกรรมเฉพาะตนซึ่งสังคมยอมรับว่าผิดปกติเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่เกิดขึ้นเลย Kreigh and Perko<sup>(13)</sup> ได้สร้างสัญลักษณ์รูปต้นไม้ 2 ต้น แสดงให้เห็นถึงผู้มีสุขภาพจิตดี และผู้เจ็บป่วยทางจิต

ต้นไม้ของสุขภาพจิตดี จะมีรากที่เต็มไปด้วยความเป็นมิตร ความเมตตา กรุณา ให้อภัย อดทน ล้ำนักในบุญคุณผู้อื่น รับผิดชอบ จิตใจมั่นคง อบอุ่น และมีความรักซึ่งทำให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งเป็นลำดับที่แข็งแรงแตกกิ่งก้านสาขาเป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ยอมรับ อาหาร คำนินทาถึงบุคคลอื่น มีแรงจูงใจ ตระหนักในตนเอง มีเป้าหมายชีวิต มีผลผลิตทางการทำงาน มีความรับผิดชอบดูแลเอาใจใส่ พอใจในตนเอง อุทิศตนเพื่อสังคม มีความสนุกสนานรื่นเริง

ต้นไม้ของผู้ป่วยทางจิต รากจะเต็มไปด้วยความกลัว ความรู้สึกไม่มั่นคง มีความคับข้องใจ ขุ่นเคือง อิจฉาริษยา วิตกกังวลไม่เป็นมิตร รู้สึกผิด สงสารตนเอง ซึ่งทำให้ลำดับไม่แข็งแรงคือไม่ไว้วางใจผู้อื่น กิ่งก้านเหี่ยวเฉาเต็มไปด้วยการแยกตัวเอง เป็นอาชญากรวิตกกังวลจิต รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉยเมย มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ สิ้นมานะ ดิฉยาเสพติด

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต<sup>(14)</sup>

บุคคลที่มีความแตกต่างกันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความแตกต่างเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสุขภาพจิตของบุคคลมาก ปัจจัยต่าง ๆ ทางร่างกาย หรือปัจจัยทางชีวะ ได้แก่ ต่อมไร้ท่อบางต่อม สารเคมีบางชนิดในร่างกาย ความผิดปกติของร่างกาย ความต้องการพื้นฐานเพศและวัย ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู ความสามารถในการปรับตัว ส่วนปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การศึกษา เศรษฐกิจและสังคม การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ ภัยสงครามและภัยธรรมชาติ ตลอดจนผลภาวะสิ่งแวดล้อม รวมทั้งทางความเชื่อและศรัทธา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. ปัจจัยทางชีวะ

1.1 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) มีอิทธิพลโดยตรงต่อสรีระและกายวิภาค เนื่องจากความผิดปกติของสภาวะสารเคมีในร่างกาย ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตผิดปกติ ต่อมไร้ท่อที่พบว่ามีผลต่อสุขภาพจิตได้แก่ต่อมต่อไปนี้

ต่อมพิทูอิตารี (Pituitary gland) ถ้าคนเรามีอารมณ์ไม่มั่นคงที่จะทำให้การหลั่งของโทรปีคฮอร์โมน และทำให้พิทูอิตารี ตรงส่วนไฮโปทาลามัสเป็นแผลทำหน้าที่บกพร่อง ผลที่ตามมาอีกคือ ทำให้บุคคลอาจจะมีน้ำหนักมากกว่าปกติ เตี้ยแคระ เป็นโรคเบาหวานหรือลูกอัมพาตไม่เจริญเติบโต



ต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) อาจเกิดจากการผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ทำให้มีอาการหงุดหงิดเครียด มีพฤติกรรมทางกายมากอารมณ์ไม่คงที่ หรือมีอาการอาการความจำไม่ดี ตัดสินใจไม่ดี เนื้อชานอนไม่หลับ ระวังสงสัย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สับสน

ตับอ่อน (Pancrease) เบาหวาน พบในเด็ก ๆ มักมีอารมณ์รุนแรง มีอาการหงุดหงิด ซึ่งมีสาเหตุต่าง ๆ เช่น รับประทานอาหารบ่อย เจริญเหงา ดึงเครียด

ต่อมเพศ (Sex glands) ต่อมลูกอัณฑะไม่เจริญทำให้ไม่สามารถสร้างสัณพันธ์ภาพกับเพศตรงข้ามได้ เป็นปมด้อย มีอาการหวาดระแวง ความไร้สมรรถภาพทางเพศ รั้งไขไม่เจริญในผู้ใหญ่ ประจำเดือนผิดปกติ การทำหมันหรือทำแท้งซ้ำ ๆ หรือโรคจิตหลังคลอด

ต่อมหมวกไต (Adrenal glands) โรคแอดิสัน มีอาการเฉย ต่อต้าน ซึมเศร้า หงุดหงิด หวาดระแวง หรือกลุ่มอาการคุชชิง มีอาการที่พบบ่อยคือ ซึมเศร้า ร่วมกับวิตกกังวล คิดซ้ำ บางรายมีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอนร่วมด้วย

1.2 สารชีวเคมีในร่างกาย พบว่าอิทธิพลของพันธุกรรมซึ่งมียีนส์เป็นตัวกำหนดลักษณะโครงสร้างทางกาย รวมทั้งสารเคมีต่าง ๆ มีผลทำให้ความสามารถในการติดต่อ รับรู้ การวิเคราะห์และแสดงพฤติกรรมผิดปกติได้

1.3 ความบกพร่องทางร่างกาย สภาวะทางกายซึ่งมีผลต่อสังคมและทำให้บุคคลต้องปรับตัวและอาจมีปัญหาตามมา เช่น เด็กที่มีหน้าตาน่ารัก แข็งแรง มักเป็นที่ชื่นชมของผู้เลี้ยงและผู้พบเห็นมากกว่าเด็กที่หน้าตาไม่น่ารักหรือพิการ ฉะนั้นเด็กทั้ง 2 ประเภทจึงมีประสบการณ์ทางสังคมแตกต่างกันคือ การเป็นที่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ เป็นที่สนใจหรือไม่สนใจ จะทำให้ความสามารถในการเข้าสังคมแตกต่างกัน เป็นต้น

1.4 ความต้องการพื้นฐานเพื่อดำรงชีพ ได้มีผู้ศึกษาความต้องการจำเป็นแห่งชีวิตของคนเราหลายท่าน เช่น มาสโลว์ แลโคล์ พบว่าบุคคลมีความต้องการทางร่างกาย ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการทางสังคม และทางสติปัญญา ดังนี้

ความต้องการทางร่างกาย เช่น ความต้องการที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ หลีกหนีภัยอันตราย ผ่อนคลายอารมณ์ หายพ้นจากความเจ็บป่วย หรือการได้รับความบาดเจ็บ และเอาชนะข้อบกพร่องทางร่างกาย

ความต้องการส่วนบุคคล เช่น ความต้องการที่จะมีเพื่อนฝูง เป็นที่นิยมชมชอบ เป็นผู้นำ มีชื่อเสียง ต่อต้านการบีบบังคับ

ความต้องการทางสติปัญญา เช่น ความต้องการที่จะคิด คิดหาคำอธิบาย เชื่อมโยงและตีความข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทำงานให้บรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้

## 2. ปัจจัยทางจิตใจ

ประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดูโดยวิธีต่าง ๆ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวของบุคคล เป็นต้น

### 2.1 การอบรมเลี้ยงดู

บุคคลมักจะมองตัวเองและบุคคลอื่น ๆ ตามประสบการณ์ของเขา การมองตัวเองหรือบุคคลอื่นมีอิทธิพลมาจากการปฏิสัมพันธ์ของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งขึ้นอยู่กับเรื่องราวการติดต่อและระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ครอบครัวที่มีความเป็นอยู่อย่างปกติ จะทำให้สมาชิกมีพัฒนาทางประสบการณ์ดีขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนครอบครัวที่เข้มงวดมากเกินไปจะทำให้สมาชิกปรับตัวได้ยากและมีโอกาสป่วยทางจิตได้ง่าย

### 2.2 ความสามารถในการปรับตัว

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันแตกต่างกับสมัยก่อนมาก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วหลายด้าน ทั้งทางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี อันมีผลกระทบต่อแบบแผนความเป็นอยู่ ตลอดจนชีวิตจิตใจของผู้คน ตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงผู้สูงอายุ

## 3. ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคมนับว่ามีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลมากเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ค่อนข้างซับซ้อน และมีผลโดยตรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความต้องการต่าง ๆ ของบุคคล เช่น การศึกษา เศรษฐกิจและสังคม การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ ภัยสงครามและภัยธรรมชาติ และมลภาวะสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การศึกษา ปัจจุบันการศึกษาของบุคคลในกลุ่มอายุต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นถึงการศึกษารูปแบบที่ปรับปรุงให้ดีขึ้น ปัจจุบันประชากรเกือบทั้งหมดสามารถอ่านออกเขียนได้ การที่ประชากรทุกกลุ่มอายุสามารถอ่านหนังสือออกทำให้สามารถใช้เวลว่างให้เกิดประโยชน์มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาการศึกษาอาจจะมีผลต่อสุขภาพจิตของเด็กได้ ถ้าหากผู้ปกครองไม่ได้ตระหนักถึงความพร้อมในการศึกษาของบุตรหลาน เช่น เร่งให้เรียนทั้ง ๆ ที่ยังไม่พร้อม หรือพร้อมแต่ไม่ส่งเสริม ผู้ปกครองมีค่านิยมในการให้เด็กได้เรียนพิเศษนอกเหนือจากโรงเรียนสอนแล้ว โดยไม่คำนึงถึงเวลาพักให้กับบุตรหลาน ตลอดจนการสนับสนุนเร่งให้บุตรหลานเรียนเพื่อสอบเลื่อนชั้นได้ก่อนเวลา ทำให้มีความเครียดสูง

เศรษฐกิจและสังคม สภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีซึ่งเป็นที่ทำให้เกิดความกดดัน และความไม่มั่นคงทางจิตใจขึ้นกับประชาชนหมู่มา และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนเหล่านั้น โดยจะเห็นได้จาก

แนวโน้มปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคสุรา ยาเสพติด อาชญากรรม โดยเฉพาะคดีอุกฉกรรจ์ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ปัญหาเยาวชน ปัญหาครอบครัว และการฆ่าตัวตายมีอัตราสูงขึ้น เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ปัญหาต่าง ๆ ล้วนเป็นสาเหตุของความเครียด ความคับข้องใจ และเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเจ็บป่วยทางจิตประสาท

บุญวาทิ เพชรรัตน์<sup>(12)</sup> ได้จำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตหรือภาวะเครียดพอสรุปได้เป็น 2 ประเภทคือ

### 1. ปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้น

1.1 สิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจ เช่น เหตุการณ์ต่าง ๆ ภาวะเศรษฐกิจ ความเชื่อ ศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม กระบวนการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

1.2 สิ่งแวดล้อมภายใน ได้แก่ ลักษณะตามขั้นพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในร่างกาย ความต้องการภาวะสุขภาพ

1.3 สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม เช่น การสูญเสียความรัก ความภาคภูมิใจ ความปลอดภัย การเปลี่ยนแปลงบทบาทความรับผิดชอบ เป็นต้น

2. ปัจจัยสนับสนุน เป็นพื้นฐานในการเผชิญปัญหาทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ที่สำคัญได้แก่ พันธุกรรม บุคลิกภาพ กลไกการปรับตัว ประสบการณ์ในอดีต วุฒิภาวะ ปัจจัยช่วยเหลือสังคมต่าง ๆ

อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคคลนั้นได้แก่ ปัจจัยด้านชีวิตจิตสังคมของบุคคลนั่นเอง ซึ่งบุคคลจะมีปัญหาสุขภาพจิตระดับมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้น ๆ จะให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นนั้นเพียงใด หรือบุคคลนั้นรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นนั้นอย่างไร เช่น การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่บิดเบือนอาจทำให้การจัดการกับเหตุการณ์นั้นผิดพลาดไปด้วย และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ นอกจากนั้นภาวะสุขภาพจิตยังขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามข้อเท็จจริงด้วย บางครั้งความรุนแรงหรือความถี่ของเหตุการณ์ ทำให้บุคคลต้องปรับตัวอย่างมาก ทำให้บุคคลที่เข้มแข็งมีปัจจัยสนับสนุนที่ดี ต้องมีสุขภาพจิตอย่างรุนแรงก็ได้

เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น บุคคลก็จะปรับตัวเพื่อให้เข้ากับเหตุการณ์นั้นๆ แต่เมื่อไม่สามารถปรับตัว หรือแก้ปัญหานั้น ๆ ได้ก็จะแสดงอาการออกมาให้เห็น ซึ่งอาการที่แสดงออกมามี 2 ชนิด คือ อาการทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ อาการทางด้านร่างกายนั้นสามารถตรวจพบได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์ สำหรับอาการทางด้านจิตใจนั้นเป็นสิ่งที่คนรู้สึก เป็นเรื่องของนามธรรม เช่น อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งทราบได้โดยการสังเกตและซักถาม และยอมเป็นสิ่งที่แน่นอนว่า บุคคล

ที่มีโรคทางกายอยู่แล้ว เช่น โรคของหลอดเลือดสมองนี้ เมื่อไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับโรค หรือไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้นได้ ใช้วิธีการปรับตัวที่ผิดๆ ย่อมทำให้เกิดอาการทางจิตแน่นอน ซึ่งอาการนี้ส่วนใหญ่จะไม่แสดงออกโดยตรง ๆ แต่มักจะแสดงออกอย่างมีความหมายทางสัญลักษณ์ของแรงผลักดันที่มีอยู่ภายในใจ ซึ่งส่วนมากเป็นเรื่องภายใต้จิตสำนึก อาการที่แสดงออกมีความหมายสำหรับบุคคลทั้งสิ้น ในที่นี้จึงขอกล่าวเฉพาะบางกลุ่มอาการที่กล่าวถึงใน SCL-90 เท่านั้น เพื่ออธิบายถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

### กลุ่มอาการทางสุขภาพจิตประกอบด้วย<sup>(15)</sup>

#### กลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia)

Phobia เป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่คุกคามจิตใจของมนุษย์ ลักษณะของความกลัวจะมากจนไม่ได้สัดส่วนกับเหตุการณ์ที่น่ากลัว ไม่สามารถอธิบายหรือให้เหตุผลและควบคุมได้ และบุคคลนั้นก็จะพยายามเลี่ยงไม่ยอมเข้าใกล้สถานการณ์ที่น่ากลัวเหล่านั้น ความกลัวนี้จะไม่เป็นอันตรายกับใคร แต่สิ่งที่กลัวอาจจะเป็นอันตรายหรือไม่เป็นอันตรายก็ได้

ขณะที่อยู่ในเหตุการณ์กลัว ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล (Anxiety) นำมาก่อน จนอาจเกิดอาการทางสรีรวิทยาได้ เช่น กระสับกระส่าย แขน ขาอ่อนแรง หัวใจเต้นเร็ว ริมฝีปากแห้ง รู้สึกคล้ายจะเป็นลม คลื่นไส้ แน่นหน้าอก บางคนอาจคิดว่าตัวเองกำลังจะตายจนต้องหนีออกไปจากเหตุการณ์นั้น แต่บางรายอาการจะไม่รุนแรง อาการเป็นอยู่ไม่นานแล้วหมดไป แต่บางคนอาจมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ที่กลัวความกว้าง ไม่กล้าไปในที่สาธารณะ กลัวข้ามถนน ข้ามสะพาน ในบางรายมีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเดือนร้อน แต่อาจมีภาวะแทรกซ้อนขึ้นมาได้คือ ความกลัว ทำให้เกิดปัญหาอาชีพ ชีวิตส่วนตัวและสังคม ไม่สามารถดำเนินชีวิตหรือทำหน้าที่ได้ตามความสามารถ ในกรณีที่รุนแรงและมีอาการนาน จะมีอาการซึมเศร้าแต่ไม่ถึงกับฆ่าตัวตาย

#### สาเหตุของ Phobia อาจแบ่งได้เป็น

1. จากภูมิหลังของผู้ป่วยเอง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอายุ เพศ เช่น เด็กเล็กกลัวคนแปลกหน้า อาการนี้จะเกิดร่วมกับความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ เช่น วิตกกังวล เศร้า ซ้ำคิด ผู้ป่วยที่มีอาการนี้มักพบว่าในวัยเด็กจะเป็นคนขี้อาย และพึ่งพาผู้อื่นสูง

2. สาเหตุโดยตรงจากการได้รับอันตราย เช่น อุบัติเหตุรถชน กลางคืนขณะนอนหลับ ทำให้ไม่กล้านั่งรถในตอนกลางคืน หรือนั่งก็ไม่กล้าหลับ

ลักษณะของความกลัวจะแตกต่างกันตามอายุ ซึ่งในแต่ละวัยจะแตกต่างกัน เช่น เด็กทารก กลัวเสียงดัง หนูมสาวกลัวการเข้าสังคม หรือไปในที่สาธารณะ วัยสูงอายุอาจกลัวตาย

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์กล่าวว่า อาการ Phobia เป็นผลจากการใช้กลไกทางจิต เช่น การย้ายที่ (Displacement) การทดแทน (Substitution) เพื่อหลีกเลี่ยงความกลัวนั้น

**Phobia จากภายนอกร่างกาย เช่น**

กลัวสัตว์ (Zoophobia) พบในหญิงมากกว่าชาย แต่ไม่ค่อยมาพบแพทย์

กลัวที่กว้าง (Agoraphobia) เป็นความกลัวที่เกิดขึ้นเมื่อออกนอกบ้านไปในที่สาธารณะ

กลัวออกนอกบ้านคนเดียว ทำให้เกิดอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ตึงเครียด เวียนศีรษะ เสร้า ย้ำคิดย้ำทำ มักเกิดในหญิงอายุ 15 – 35 ปี

กลัวการเข้าสังคม (Social Phobia) ขี้อาย ไม่กล้ารับประทานอาหารต่อหน้าคนอื่น

**Phobia จากภายในร่างกาย เช่น**

กลัวเป็นโรค (Illness Phobia) เช่น มะเร็ง กลัวตาย มักย้ำคิดย้ำทำ ความกลัวเช่นนี้เป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่มมีอาการเสร้า พบได้ในที่ 2 เพศ

สำหรับการป้องกันไม่ให้เกิดอาการนี้ ควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ถ้าเด็กกลัวสิ่งใดก็ไม่ควรบังคับ ให้เด็กเผชิญกับสิ่งนั้นในทันที แต่ควรใช้วิธีค่อย ๆ กระตุ้นให้เด็กเกิดความกล้า ให้ค่อย ๆ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ความกลัวก็จะหายไป

**โกรธ ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร (Anger, Aggressive, Hostility)**

ความโกรธ (Anger) เป็นอารมณ์พื้นฐานที่เกิดขึ้น และเติบโตตามธรรมชาติของมนุษย์ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับคนเราทุกคน และเกิดขึ้นได้ทุกขณะ ซึ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดความโกรธ อาจเกิดจาก

- ความคับข้องใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการถูกขัดขวางความต้องการในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
- ความผิดหวังในสิ่งที่คาดการณ์เอาไว้
- ความรู้สึกว่าสูญเสียศักดิ์ศรี หรือถูกหมิ่นในความเป็นคน ซึ่งเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ทนไม่ได้ และมักมีอาการโกรธรุนแรงกว่าเหตุอื่น



### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความโกรธ

1. ทางด้านร่างกาย ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและโรคที่ก่อให้เกิดความพิการทางร่างกาย ผู้ป่วยเคยทำอะไรได้ด้วยตนเอง เมื่อเจ็บป่วยช่วยตัวเองไม่ได้ รู้สึกเหมือนถูกบังคับ มักหงุดหงิด โมโหง่าย ด้วยสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อย
2. พื้นฐานการพัฒนาทางบุคลิกภาพ ผู้ที่มีบุคลิกภาพเดิมเป็นคนอ่อนแอ ไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง คิดว่าตัวเองมีปมด้อย ไม่มีคุณค่า มักจะมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ พวกนี้เมื่อมีความโกรธจะรุนแรงมากกว่าที่คิด เนื่องจากจะข่มความโกรธไว้นาน
3. บทบาทหน้าที่การทำงาน ผู้ที่คิดว่าตนมีบทบาทเหนือคนอื่น มักไม่ค่อยยับยั้งอารมณ์ตนเอง ตรงกันข้ามกับผู้มีฐานด้อยกว่า มักจะซ่อนความโกรธเอาไว้
4. พื้นฐานทางอายุ ในเด็กจะแสดงความโกรธออกมาอย่างตรงไปตรงมา ส่วนผู้ใหญ่จะเก็บอารมณ์โกรธได้มากกว่า

ขณะโกรธสมองจะส่งกระแสความรู้สึกตามเส้นประสาท ไปยังต่อมหมวกไต (Adrenal gland) ให้หลั่งฮอร์โมน Adrenaline และ Cortical ออกมามากผิดปกติ เพื่อนำไปใช้ในการแสดงท่าทาง อาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงอารมณ์ในขณะนั้น

ความโกรธเป็น Id อยู่ในจิตไร้สำนึก ซึ่งในวัยเด็กจะเลียนแบบอารมณ์จากคนเลี้ยงพ่อแม่ เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ ในระดับจิตสำนึกจะมี Ego มาปรับให้อารมณ์โลก โกรธ หลง ลดลงให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ขณะเดียวกัน Superego ก็จะช่วยเสริม Ego ให้ช่วยต้านทาน Id ที่ไม่ดีเหล่านั้นเสีย โดยจะใช้พลังงานอย่างมากไปจัดการกับอารมณ์โกรธ พลังงาน Ego จะสูญเสียเป็นผลทำให้พลังกายลดลง จะเห็นได้ว่า คนที่โกรธจะอ่อนเพลีย เมื่อหน่ายในการทำงาน ชอบถอนหายใจเป็นประจำ

### บุคคลเมื่อมีความโกรธจะแสดงออกมาหลายรูปแบบ เช่น

- ก้าวร้าว รุกรานโดยตรง (Aggressive) อาจแสดงออกโดยคำพูดหรือใช้กำลัง เช่น พุดประชดประชัน พุดเหยียดหยัน เตะ ต่อย ตี เพื่อให้ผู้อื่นเสียใจและมีอันตราย
- ปฏิเสธความรู้สึกโกรธ (Denial) ไม่ยอมรับอารมณ์นั้น เพราะเกรงว่าคนอื่นจะตำหนิว่าตนเองไม่ได้
- เงียบขรึม (Silence) เป็นการซ่อนความรู้สึก อารมณ์โกรธเอาไว้ แสดงออกโดยการเฉยเมย ไม่พูด
- แยกตัวจากเหตุการณ์ (Withdrawal) อาจไม่พูด ไม่เข้าร่วมในเหตุการณ์นั้น

- ย้ายความโกรธไปสู่สิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น เช่น ทำลายข้าวของ เศษสุนัข
- ทำตรงกันข้ามกับความรู้สึกจริง (Reaction Formation) ในใจโกรธ แต่กิริยาที่แสดงออกอาจร้ายแรง สนุกสนาน
  - แสดงพฤติกรรมคล้อยตามแรงผลักดันของอารมณ์ซึ่งเป็นระดับจิตไร้สำนึก (Acting out) เช่น หันไปตีหม้อ เตะสุนัข เกร ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง
  - ซึมเศร้า (Depression) เมื่อโกรธแล้วทำอะไรไม่ได้ จะรู้สึกน้อยใจ เสียใจ รู้สึกว่าค่าของตนเองลดลง
  - มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Somatization) เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน ภาวะอาหาร หอบหืด ภูมิแพ้ ปวดศีรษะข้างเดียว เบื่ออาหาร

**ก้าวร้าว (Aggressive)** เป็นพฤติกรรมที่ใช้กำลัง ซึ่งเกิดจากคำพูดหรือการกระทำในลักษณะของการทำร้าย อาจเป็นการป้องกันตนเอง หรือปกป้องสิทธิของตนเอง โดยไม่รู้จักสิทธิของผู้อื่น หรืออาจมีลักษณะที่เกินกว่าเหตุ โดยมุ่งไปยังบุคคลอื่น หรือสิ่งแวดลอมอย่างขาดการยับยั้งชั่งใจ

พลังงานจากความวิตกกังวล ไม่ว่าจะจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม จะผลักดันให้บุคคลแสดงความก้าวร้าวออกมา แต่ถ้าบุคคลนั้นมีสติ พฤติกรรมก้าวร้าว นั้นจะออกมาในทางสร้างสรรค์เป็นประโยชน์

**กลไกการเกิดความก้าวร้าว** อธิบายได้ด้วยแนวคิด 2 ทฤษฎี คือ

- ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud โดยเขากล่าวว่า ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของความ รู้สึกอยากทำลาย ซึ่งเป็นแรงขับพื้นฐานของมนุษย์
- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่ง Bandura กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลมาจากการสังเกต เลียนแบบ และการเสริมแรงหลังการเกิดพฤติกรรมแต่ละครั้ง

**การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว** อาจมีได้หลายแบบ เช่น

- การหาทางออก ซึ่งอาจเป็นลักษณะของกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นการเล่นกีฬา การทำงาน หรือโดยการพูด เช่น วิพากวิจารณ์ นินทาผู้อื่น
- การย้ายไปสู่บุคคลอื่น หรือสิ่งอื่นที่เป็นต้นเหตุหรือไม่ใช่ต้นเหตุโดยตรง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการย้ายที่อยู่ไปสู่บุคคลอื่นหรือสิ่งของที่มีผลกำลังหรืออำนาจน้อยกว่า
- การเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ไม้ไว้ใจ สงสัย ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น

- การลงโทษตัวเอง เมื่อไม่มีทางออก หรือไม่อาจจะระบายออกสู่บุคคล หรือสิ่งอื่นที่อยู่ นอกตัวได้ ซึ่งอาจเป็นการกลัวถูกลงโทษ หรือสำนึกผิดของตนเอง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

### ความไม่เป็นมิตร (Hostility)

เป็นความรู้สึกที่เกิดจากความหวาดหวั่น อยู่ในลักษณะเป็นฝ่ายตรงกันข้าม เป็นศัตรูหรือ เป็นปรปักษ์ต่ออีกฝ่ายหนึ่ง ความรู้สึกนี้จะคล้ายกับความโกรธ แต่จะต่างกับความโกรธตรงที่ อารมณ์เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ และอาจมีความรักปนอยู่ด้วย แต่ความไม่เป็นมิตรมีแต่ความเกลียด ไม่ชอบ อยากแต่จะทำลายอย่างเดียว และเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนี้ได้ยาก และต่างจากความก้าว ราวตรงที่พฤติกรรมก้าวร้าวอาจเปลี่ยนไปในทางสร้างสรรค์ได้ แต่มีลักษณะทำนองเดียวกันคือ การ ทำลาย (Destructive)

ความรู้สึกไม่เป็นมิตร เกิดขึ้นจากการคิดอย่างไม่มีเหตุผล มีหลักฐานน้อยเกินไปหรือคิด เองมากเกินไป การเจ็บป่วยทำให้จิตใจอ่อนแอ ความคิดขาดเหตุผลได้ง่าย ทำให้เกิดความรู้สึก ไม่เป็นมิตรได้ง่าย

### การแสดงออกของพฤติกรรมไม่เป็นมิตร อาจแสดงได้ 2 ทาง คือ

- แสดงออกอย่างเปิดเผย (Overt expression) ซึ่งอาจแสดงออกโดยคำพูดหรือแสดงท่า ทาง หรือทั้งสองอย่างประกอบกัน เช่น พูดให้ร้าย นินทา ข่มขู่ ไม่ต้อนรับ ต่อด้าน ทบตี ใช้อาวุธ
- แสดงออกอย่างแอบแฝง (Covert expression) ซึ่งยากแก่การสังเกตและเข้าใจ เพราะบุคคลเก็บเอาไว้ ซึ่งอาจเป็นจากความรู้สึกผิด หรือกลัวความผิดจากกฎระเบียบประเพณีของ สังคม พฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งเป็นการทำตัวอ่อนน้อม อ่อนหวาน เก็บตัว คู่มือเล่มที่ ๒

### อาการทางร่างกาย (Somatization)

เป็นความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย อันเนื่องมาจากความต้องการทางอารมณ์ ซึ่งไม่ได้รับการ ตอบสนอง หรือไม่สามรถเบนความรู้สึกหรือความต้องการอันนั้นไปสู่สิ่งอื่นได้ โดยแสดง ออกทาง สรีรวิทยา อันเนื่องมาจากอารมณ์ ซึ่งถูกเก็บไว้เป็นเวลานานและมากเกินไป

ผู้ป่วยเหล่านี้บางส่วนไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัว ดังนั้นเขาจึงพยายามทุกวิถีทางที่จะ ทำตัวให้เป็นที่ยอมรับให้ได้ จึงใช้การเจ็บป่วยทางกายเป็นการแสดงออกเพื่อให้ได้รับการยอมรับ ดังนั้นทุกครั้งที่เกิดความไม่สบายใจ เขาจะใช้การเจ็บปวด และอาการทางกายเป็นอาการแสดงผู้ ป่วยที่มีอาการ Somatization จะมี depression ร่วมด้วย

อาการที่แสดงออก เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลจะกระตุ้นการทำงานของ Hypothalamus ซึ่งกระตุ้นให้หลั่ง Epinephrine มากขึ้น และต่อมไร้ท่ออื่น ๆ เช่น Anterior Pituitary gland ก็จะหลั่ง Growth Hormone มากขึ้นเช่นกัน ผลเหล่านี้ทำให้เกิดพยาธิสภาพของการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดโรคขึ้นได้ กลุ่มอาการของโรคเหล่านี้ได้แก่

ระบบทางเดินอาหาร	คลื่นไส้ ปั่นป่วนในท้อง ปวดท้อง
ระบบหายใจ	หายใจไม่สะดวก หายใจเร็ว
ระบบไหลเวียน	ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก
ระบบสืบพันธุ์	ปัสสาวะบ่อย หมดความรู้สึกทางเพศ
ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก	อ่อนเพลีย ปวดบั้นเอว ปวดกล้ามเนื้อ
ระบบผิวหนัง	รู้สึกสับสนร้อนสับสนหนาว ซาหรือชุ่มชื้นตามตัว คันตามที่ต่าง ๆ
ระบบต่อมไร้ท่อ	ตกใจ ใจสั่น
ระบบประสาท	เป็นลม อาการสั่นที่มือและเท้า

ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะแสดงออกมาน้อยต่างกัน ในคนๆ เดียวอาจมีอาการได้หลายระบบ หรือในบางคนอาจเป็นที่ระบบ

### วิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางจิตใจ มีลักษณะเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจส่วนบุคคล ซึ่งบรรยายไม่ได้ชัดเจน อาจมีความรู้สึกหวั่น หวาดกลัว เกิดขึ้นกับสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งบอกสาเหตุไม่ได้ อารมณ์ ความรู้สึกที่แสดงออกจะไม่ได้สัดส่วนกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกอันนั้น อาจมากเกิดไป หรือไม่เหมาะสม และอาจมีอาการทางสรีรวิทยาของร่างกายเกิดร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ

ภาวะวิตกกังวลเป็นเรื่องปกติของคนเรา จะถือว่าผิดปกติก็ต่อเมื่อรบกวนความสงบสุขในชีวิตประจำวัน หรือทำให้ความสามารถต่าง ๆ ลดลง ซึ่งโดยทั่วไปความวิตกกังวลไม่รุนแรง เกิดประโยชน์ทำให้กระตือรือร้น และคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงาน แต่ถ้ารุนแรงเกิดผลเสียเพราะทำให้ความสามารถลดลง

ความวิตกกังวลจะมีลักษณะต่าง ๆ คล้ายกับความกลัว แต่จะแตกต่างกัน ที่ความกลัวจะเห็นสาเหตุชัดเจน เช่น กลัวสุนัขกัด กลัวตกจากที่สูง อาการของความกลัวจะเกิดขึ้นทันทีและเห็นได้ ชัดเจน ความมาน้อยของอาการขึ้นกับความรุนแรงของอันตรายนั้น ๆ ซึ่งแตกต่างกับความวิตกกังวล ซึ่งไม่ทราบสาเหตุ

อาการนี้พบได้ประมาณร้อยละ 2.5 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 20 – 35 ปี พบในหญิงมากกว่าชาย 2 : 1 และพบได้ในทุกระดับการศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ในตัวเมืองและชนบทพบได้เท่า ๆ กัน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คิดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกัน 3 ประการได้แก่

### 1. ทางด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 ลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ที่มีความผิดปกติอยู่แล้วจะมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการนี้ได้ง่าย เมื่อเกิดความเครียด (Stress) ซึ่งอาจเนื่องมาจาก

- พันธุกรรม บุตรของผู้ป่วยด้วยอาการนี้อาจมีลักษณะเช่นเดียวกันนี้ได้เมื่อโตขึ้น

Freud และ Horney ให้ความเห็นว่า ความขัดแย้ง ภาวะตึงเครียด ความกลัวอันตราย ในขณะที่เด็กเจริญเติบโตเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล

- บุคลิกภาพเดิม ผู้ที่ประหม่าง่าย ขี้อาย หวาดหวั่น เครียดง่าย คิดว่าตนเองมีปมด้อย จะวิตกกังวลง่ายเมื่อมีความเครียด

1.2 การมีโรคทางกาย ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งได้แก่ร่างกายอ่อนเพลีย ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานหนัก มี Stress ทำให้อ่อนไหวง่าย ไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้เหมือนเดิม

- อันตรายต่อศีรษะ โดยการทำให้สลับ ศีรษะฟาดพื้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสมอง และการควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติเสียไป ทำให้เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิดง่าย ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดหัวใจตัน กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หัวใจเต้นผิดปกติ

- ภาวะทุโภชนาการ เช่น การขาดวิตามินบี 1,2 และ 6 เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก การได้รับยาหรือสารบางอย่าง เช่น คาเฟอีน แอลกอฮอล์ ยากระตุ้นประสาท แอมเฟตามีน ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท sympathetic

2. สาเหตุทางจิตใจ ซึ่งก็คือ Stress ซึ่งพบได้ในชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาครอบครัว การได้รับการเลี้ยงดูที่ผิด ไม่ได้ได้รับความรัก ความใกล้ชิด ความอบอุ่น ถูกทอดทิ้ง ถูกขู่ หรือทำโทษอย่างรุนแรงอยู่เสมอ เกิดมาในครอบครัวที่พ่อแม่ไม่รักกัน มีเรื่องทะเลาะวิวาทกัน เกิดความแตกร้างในครอบครัว การสูญเสีย เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล แต่ไม่ได้ใช้กลไกป้องกันของจิตใจชนิดใดแน่ในการแก้ปัญหาหรือใช้กลไกป้องกันที่ไม่ถูกต้อง ความกังวลที่ควบคุมไม่ได้ จึงยังคงอยู่และทำให้เกิดอาการนั้น



3. **ทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ปัญหาความยุ่งเหยิงในครอบครัว ในที่ทำงาน ปัญหาระหว่างผู้บังคับบัญชาและลูกน้อง ระบบงานไม่ดี ซึ่งอาจไม่เกี่ยวกับตนโดยตรง แต่อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

สภาพชีวิตในเมืองซึ่งแออัด มีภัยอันตรายรอบด้าน ภาวะทางธรรมชาติ เช่นไฟไหม้ น้ำท่วม การเดินทางลำบาก อาจช่วยให้เกิดความรู้สึกล้มใจ ภาวะวุ่นวายได้

ความไม่ปลอดภัยของชาติ เสถียรภาพที่ไม่มั่นคงของรัฐบาล การเมืองที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ภาวะตกต่ำทางเศรษฐกิจทั้งครอบครัวและประเทศชาติ

การไม่ได้รับการบริการที่เหมาะสม ไม่ได้ได้รับความสะดวก และการต้อนรับจากหน่วยงานของรับ อาจก่อให้เกิดภาวะเหล่านี้ได้

**ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ**

1. **ความวิตกกังวลปกติ (Normal Anxiety)** เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้คนทุกคนมีพลังในการต่อสู้ เพื่อการดำรงชีวิต เพื่อต่อสู้อุปสรรค ความวิตกกังวลแบบนี้มักพบในผู้ที่ประสบกับภาวะที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเอง เช่น การเจ็บป่วย การสอบ

2. **ความวิตกกังวลที่เป็นพยาธิสภาพ (Pathological Anxiety)** ความวิตกกังวลชนิดนี้เป็นความวิตกกังวลที่ไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งที่มีมากระตุ้น อาจมากหรือน้อยเกินไป มักเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ทำให้มีลักษณะเรื้อรัง บุคคลจะอยู่ในสภาวะเครียดตลอดเวลาจนเขาไม่สามารถทนได้<sup>(16)</sup> ต้องพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งอาจแบ่งย่อยได้เป็น

- **ความวิตกกังวลปฐมภูมิ (Primary Anxiety)** ความวิตกกังวลชนิดนี้เกิดจากโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติ ทางวิตกกังวลโดยตรง (Anxiety Disorders) เช่น ความกลัวที่ผิดปกติ (Phobic Anxiety)

- **ความวิตกกังวลทุติยภูมิ (Secondary Anxiety)** ซึ่งอาจเกิดจากโรคทางกาย ซึ่งมีอาการเหมือนความวิตกกังวล เช่น โรคของระบบหัวใจ และหลอดเลือด ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง

โรคทางจิตเวช ซึ่งมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย เช่น Schizophrenia Affective Disorder, Personality Disorder

### อาการและอาการแสดง

อาการที่พบจะแบ่งเป็นอาการทางกาย (Somatic symptoms) และอาการทางจิตใจ (Psychological symptoms)

#### อาการทางกาย (Somatic symptoms)

- ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อล้าตึงตัว มือเท้าสั่น ถ้ากล้ามเนื้อตึงตัวมากจะเกิดอาการปวดเมื่อยทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณต้นคอ บั้นเอว และศีรษะ
- ระบบหายใจ ผู้ป่วยจะบ่นหายใจไม่อิ่ม หายใจไม่ทั่วท้อง หรือหายใจไม่ลง ต้องถอนหายใจบ่อย ๆ
- ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ ปัสสาวะบ่อย ๆ ความสามารถทางเพศลดลง บางรายถึงขั้นกามตายด้าน ในหญิงประจำเดือนมักไม่สม่ำเสมอ
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอก หน้าแดง เป็นลม
- ระบบทางเดินอาหาร แน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาจท้องเดินหรือท้องผูก
- ระบบประสาท ตาพร่า มือสั่น รุม่านตาขยาย

#### อาการทางจิตใจ

หวาดหวั่น ตกใจ ขาดสมาธิ หงุดหงิด ตึงเครียด ตื่นตื่นง่าย ง่วงนอนอยู่ไม่สุข

#### ระดับของความวิตกกังวล แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. รุนแรงน้อย (Mild Anxiety) เป็นความรู้สึกไม่สบายน้อย ๆ เกิดความรู้สึกตื่นตัว สามารถสังเกตความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม เห็นความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลระดับนี้จะเป็นการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้และปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์
2. รุนแรงปานกลาง (Moderate Anxiety) รู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น ตื่นตัวมากขึ้น ว่องไว จนคลุกคลีคลุกจน การปรับตัวอาจเป็นผู้หรือหนีต่อสภาพการณ์อันนั้น
3. รุนแรงมาก (Severe Anxiety) มีอาการกระวนกระวาย การรับรู้จะแคบลง รู้สึกกลัวมากขึ้น มีอาการกระสับกระส่ายจนเห็นได้ชัด อาจพูดมากและเร็วขึ้น
4. รุนแรงที่สุด (Panic Anxiety) เป็นภาวะที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำให้การรับรู้เสียไป ความตั้งใจลดลง ไม่สามารถตัดสินใจ หรือควบคุมความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อได้

### ซึมเศร้า (Depression)

อารมณ์เศร้าเป็นภาวะที่ขาดความสุข พบได้โดยทั่วไป ซึ่งเกิดขึ้นได้เสมอในชีวิต และเกิดได้ทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ เป็นภาวะที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะสภาพสังคมปัจจุบัน เช่น การเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรง การตกงาน การสูญเสียต่าง ๆ ก็ทำให้เกิดความทุกข์ แต่อาการดังกล่าวอาจจะเป็นเพียง Grief Reaction มีอารมณ์เศร้า เกิดในระแวกเวลานั้น เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อาการต่าง ๆ ก็จะทุเลาลงอย่างรวดเร็ว และหายไปที่สุดในเวลาอาจเป็นระยะ 2 – 3 วัน ถึง 2 – 3 สัปดาห์

อารมณ์เศร้าที่ควรได้รับการรักษา เป็นอาการที่แสดงออกทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และทางจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ วิตกกังวล หวาดหวั่น เกิดความไม่แน่ใจ ไม่สามารถที่จะแสดงอารมณ์ได้ ใจคอเหี่ยวแห้ง สิ้นหวัง เบื่ออาหาร ผอมลง ขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน เสียสมาธิ ความจำเสื่อม มีความคิดอยากตาย หรือฆ่าตัวตาย

อาการบ่นไม่สบายของผู้ป่วยอารมณ์เศร้า แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

**Physical complaints** อาการไม่สบายทางด้านร่างกาย ได้แก่

**นอนไม่หลับ** มักปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1 – 2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น โดยระยะแรกผู้ป่วยอาจหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการตื่นนอนตอนดึกๆ แล้วหลับอีกไม่ได้ หรือหลับไม่สนิท เมื่อเป็นบ่อยๆ ผู้ป่วยจะกระวนกระวาย หงุดหงิด หรือในบางรายอาจมีอาการตื่นเช้ามากกว่าปกติ โดยผู้ป่วยจะหลับได้ดีแต่ตื่นเร็วกว่าปกติ 1 – 2 ชั่วโมง

**อ่อนเพลีย** แม้ไม่ต้องออกแรง ผู้ป่วยจะมีอาการนี้และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนนอนหลับจะไม่ทำให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขน ขา บางรายอาจคิดว่าเป็นโรคหัวใจ เพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความวิตกกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกจะยิ่งกังวลมากขึ้น

**เบื่ออาหาร** มักเป็นตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากอาหาร การรู่รสจะเปลี่ยนไป แต่บางรายอาจกินอาหารได้ และได้มากกว่าธรรมดา

**น้ำหนักลด** โดยจะลดลงประมาณ 2 – 5 กิโลกรัม เมื่อพบแพทย์ครั้งแรก แต่บางรายอาจลดลงมากถึง 9 – 10 กิโลกรัม ในเวลา 1 – 2 เดือน ทำให้ผู้ป่วยตกใจ เพราะนึกถึงโรคร้าย เช่น มะเร็ง หรือวัณโรค

อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก

ความรู้สึกทางเพศลดลง ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเศร้า ความรู้สึกทางเพศลดลง หรือไม่มีเลย และร้อยละ 10 เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุมักเป็นมากกว่าอายุน้อย เชื่อว่าความผิดปกตินี้ เกิดจากการแปรปรวนของต่อม Hypothalamus

หายใจไม่อิ่ม เป็นลักษณะของการหายใจเข้าไม่เต็มปอด แต่หายใจออกเป็นปกติ ผู้ป่วย ถอนหายใจอยู่ตลอดเวลา บางรายอาจคิดว่าตัวเองเป็นโรคปอดหรือหัวใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาได้

Emotional Complaints อาการไม่สบายซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่

อารมณ์เศร้า ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการอื่น โดยไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญ จึงไม่ได้บอก จึงต้องถามถึงอารมณ์และความรู้สึกประกอบกับสังเกตจากน้ำเสียงและสีหน้า เช่น อาจบอกว่า ใจคอเหี่ยวแห้ง หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส เศร้าหมอง

อารมณ์เศร้า ไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาไม่เศร้าผู้ป่วยจะรู้สึกสนุกและมีอารมณ์ขันได้ และอารมณ์เศร้าจะไม่คงที่ตลอดวัน ส่วนมากผู้ป่วยจะเศร้ามากในตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็น และค่ำ

ร้องไห้ ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าจะร้องไห้ง่าย โดยเฉพาะเวลาที่อยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยจะเกิดความตื่นตันและร้องไห้ง่ายกว่าธรรมดา เพียงเหตุการณ์เล็กน้อยที่ทำให้สะเทือนใจหรือประทับใจก็ร้องไห้ได้ หรือบางครั้งมีความรู้สึกเหมือนจะร้องไห้ แต่ไม่มีน้ำตาจะไหล

ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา มักจะโทษตัวเอง ความคิดเหล่านี้ถ้ามีมากและรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายได้

ความรู้สึกผิด ผู้ป่วยมักโทษตัวเองโดยไม่มีเหตุผล หรือมีก็ไม่เป็นเรื่อง ไม่สำคัญ ไม่น่าตำหนิมากเช่นนั้น ถ้าความรู้สึกผิดมีมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี มีบาป สมควรถูกลงโทษ ทำให้คิดอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย

อารมณ์หงุดหงิดและฉุนเฉียวง่าย ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่มีเหตุผล ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิดง่ายและบ่อย และมักเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว

**ความกลัวและวิตกกังวล** ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มีอาการนี้ ความกลัวและวิตกกังวลมักจะวนเวียนอยู่ในความคิดของเขา ทำให้จิตใจไม่สงบ เช่น กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว กลัวตาย กลัวอนาคตจะลำบาก ผู้ป่วยมักคิดเสมอเมื่อมีเวลาว่าง เป็นความคิดเหมือนพายเรือในอ่าง

**Psychic Complaints** เป็นอาการบ่นไม่สบายทางจิต ได้แก่

**ความคิดเชิงซ้ำ** โดยในตอนแรกสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยเจ็บและซึมลง ความสนใจต่างๆจะลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่แจ่มใสและร่าเริง และไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยจะพยายามฝืนตัวเอง เช่น การพูด แต่งตัวเพื่อให้เหมือนปกติ แต่ทำไม่ได้

**สมาธิเสีย** ความจำไม่ดี และลืมง่าย โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วไม่จำ โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ ทำให้เกิดความวิตกกังวล

**ความคิดอยากตาย** ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง และเป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยที่เศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมาก (นอนไม่หลับ, หงุดหงิด กระวนกระวาย ฯลฯ) มีความรู้สึกทรมานเมื่อเป็นมากขึ้นก็จะถึงจุดที่ทนไม่ได้ ผู้ป่วยก็หาทางหนีจากความทรมาน ความตายจะเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยคิดถึง ยิ่งเศร้ามาก ทรมานมาก ความคิดอยากตายจะมีมากขึ้น

**อาการหลงผิดและประสาทหลอน** ประมาณร้อยละ 28 – 50 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลงผิด ที่พบบ่อยคือ หลงผิดว่าตนเองไม่มีค่า มีความผิด บาป อาการหลงผิดอาจทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตายได้ เพราะผู้ป่วยจะคิดว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปจะเป็นภาระทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน หรือสมควรถูกลงโทษเพราะมีผิดและบาป

ผู้ป่วยที่เศร้ามากจะมีอาการหลงผิดมากและรุนแรง ผู้สูงอายุจะมีอาการหลงผิดมากกว่าอายุน้อย

ส่วนอาการประสาทหลอน ส่วนใหญ่จะเป็นหูแว่ว ได้ยินเสียงคนเรียกชื่อ พูดด้วย หรือดำหนิติเตียน ซึ่งสาเหตุทางอารมณ์อาจเกิดจาก

- ภาพพจน์ของตนเอง ในผู้ที่มาจากครอบครัวที่แตกแยก มักจะมองภาพพจน์ของตนเองไม่ดี ขาดความภูมิใจในตนเอง
- การอบรมสั่งสอนทั้งจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ ตลอดจนศาสนาและวัฒนธรรม เพื่อให้บุคคลประพฤติตนเป็นคนดี จะเป็นสิ่งช่วยเหลือรังจิตใจให้ประพฤติในสิ่งที่ชอบธรรม ดังนั้นการมีคุณธรรมซึ่งต่างศาสนากัน มีวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่ต่างกัน อาจมีคุณธรรมที่ต่างกัน ได้ ผู้ที่มีคุณธรรมสูงจะรู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอ



- อุดมคติที่ตั้งไว้สูงเกินไป ซึ่งขัดกับข้อเท็จจริง เมื่อบุคคลเหล่านี้ทำคนให้ดี ตามข้อกำหนดที่ตั้งไว้ไม่ได้ ก็เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ รู้สึกว่าตัวเองไร้ความสามารถ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า
- ความสามารถและทักษะของบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ถ้าไม่ประสบความสำเร็จ ความภาคภูมิใจก็ลดลง เกิดความเปล่าเปลี่ยว รู้สึกว่าตนเองไม่ดี และฝึดยู่เสมอจึงเกิดอารมณ์เศร้า ซึ่งนอกจากนี้ก็มีปัจจัยเสริมอื่น ๆ อีกเช่น
  - พันธุกรรม ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า Affective Disorder เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ จึงมีการศึกษากันอย่างจริงจัง แต่ยังหารูปแบบของการถ่ายทอดทาง Gene ไม่ได้
  - ลักษณะของรูปร่าง ซึ่ง Krestmer ได้แบ่งบุคลิกภาพของคนเราเป็น 4 พวก คือ
    - Asthenic type คือ พวกที่มีร่างกายผอมสูง แขนขายาว พวกนี้มีโอกาสเกิด Schizophrenia สูง
    - Athletic type คือ ผู้ที่มีร่างกายสมส่วน เป็นนักกีฬา
    - Pyknic type คือ เป็นพวกอ้วนเตี้ย พวกนี้มักเกิด Manic depressive สูง
    - Dysplastic type คือ ผู้ที่มีร่างกายพิการ
  - เพศ อารมณ์เศร้าพบในหญิงมากกว่าชายประมาณ 3 : 1 ซึ่งอาจจะเป็นเพราะหญิงมีทางแสดงออกของอารมณ์น้อยกว่าชาย
  - อายุ อารมณ์เศร้าจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ
  - การได้รับการศึกษาและอบรมในวัยเด็ก นับว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากวัยเด็กเป็นวัยที่มีการพัฒนาทาง Ego และ Superego การให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรมในเรื่องศาสนา ศิลปกรรมและวัฒนธรรม ซึ่งมีส่วนเสริมสร้าง Superego เป็นอย่างมาก
  - เรื่องสะเทือนใจ จากการศึกษาของ พบว่าผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีเรื่องสะเทือนใจมากกว่าผู้ป่วย Schizophrenia เหตุการณ์สะเทือนใจ ได้แก่การ สูญเสียชนิดต่าง ๆ การพลัดพรากจากกัน ความล้มเหลวในชีวิต การเสียชีวิตของผู้ใกล้ชิด
  - สถานภาพทางเศรษฐกิจ - สังคม โดยเฉพาะผู้ที่ล่อแหลมต่อการเกิดอารมณ์เศร้าอยู่แล้ว เช่น ในวัยเกษียณอายุ การย้ายที่อยู่ การหย่าร้าง ในผู้ที่ยากจน เศรษฐกิจที่บีบรัดตัว ทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์ ขาดความผ่อนคลาย ขาดความสะดวกสบายต่าง ๆ ไม่นับเรื่องหนี้สิน ซึ่งเป็นสิ่งบีบคั้นอีกประการหนึ่ง และที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ที่อยู่อาศัยเพราะพบว่า ผู้ที่ถูกขับไล่ในเรื่องที่อยู่อาศัยที่ดี การที่อยู่อย่างผู้เร่รอนก็มีส่วนแต่ก่อให้เกิดภาวะที่เป็นความเครียดทั้งสิ้น

อารมณ์เศร้าของบุคคลเหล่านี้อาจจะออกมาในรูปของการนอนไม่หลับ การดื่มสุรา และสารเสพติด การเล่นเกมพนัน ส่วนปัญหาของอารมณ์เศร้าในผู้ที่ร้ายหรือมีฐานะในระดับปานกลาง มักจะเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว เช่น ปัญหาในชีวิตสมรส การเรียน ความประพฤติของลูก ๆ และการเจ็บป่วย

- การย้ายถิ่นเข้าเมืองใหญ่ ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดความรู้สึกพลัดพรากจากที่อยู่อาศัยเดิม รวมทั้งญาติพี่น้องและคนคุ้นเคยแล้ว จะมีปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจสูง และต้องการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่เป็นอย่างมาก นอกจากนี้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ จึงมีปัญหาทางจิตประสาท และอารมณ์เศร้าไม่น้อย

### ปัจจัยสนับสนุน

#### 1. ทางด้านจิตใจ

- การสูญเสียของรัก ไม่ว่าจะเป็นข้าวของเงินทอง สัตว์เลี้ยง คน ซึ่งการสูญเสียเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าได้ และถ้าอารมณ์เศร้าใดเกิดนานกว่า 6 เดือน ก็ถือว่าเป็นความซึมเศร้าได้

- ภาวะคับข้องใจที่เรื้อรัง ซึ่งหาทางออกไม่ได้ ซึ่งพวกนี้จะเขื่องช้า เขื่องซึม

- การสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งความเชื่อมั่นในตนเองเป็นความต้องการทางใจอย่างหนึ่ง การที่ทำให้ความเชื่อมั่นลดลง เช่นความสามารถในการทำหน้าที่การงานลดลง การสูญเสียเกียรติยศ ชื่อเสียง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่อารมณ์เศร้าได้

#### 2. ทางด้านร่างกาย

Viral Infection เช่น อารมณ์เศร้าที่เกิดหลังเป็นไข้หวัด หรือตับอักเสบ

Bacterial Infection เช่น ในผู้ที่เป็นวัณโรค

Endocrine Factors เช่น ในหญิงก่อนมีประจำเดือน บางคนอาจมีอารมณ์ตึงเครียดเศร้า และวิตกกังวลได้ ซึ่งเชื่อว่าเป็นการเปลี่ยนแปลง Hormone ในร่างกาย ในหญิงที่ตัดมดลูก ซึ่งถือว่าการสูญเสียที่ใหญ่หลวงสำหรับความเป็นผู้หญิง เพราะจะไม่สามารถมีบุตรได้ มักพบว่าหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักจะเกิดอารมณ์เศร้า

- น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ และอารมณ์เศร้าเองก็ทำให้น้ำหนักลดได้ แต่ไม่ใช่จากเจตนาลดความอ้วน

- การผ่าตัดใหญ่ที่ทำให้การสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น การผ่าตัดเต้านม ตัดแขน ตัดขา

- การถอดฟันออกจากปากทั้งหมดเพราะถือว่าฟันเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของร่างกาย อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่อย่างหนึ่ง

3. การได้รับยา ที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เช่น ยาลดความดันโลหิต (Aldomet) ยาต้านโรคจิต

### อาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive)

Obsessive – Compulsive เป็นความคิดที่ไม่สามารถหักห้ามได้ ทำให้ผู้นั้นมีความวิตกกังวล ไม่สบายใจ ไม่สามารถหยุดความคิดหรือการกระทำได้ รู้สึกว่าบางสิ่งบางอย่างแปลกไป ซึ่งไม่เกี่ยวกับความประพฤติตามปกติของบุคคลนั้น ถึงแม้ว่าผู้นั้นจะตระหนักถึงความเป็นจริงในสิ่งที่ผิดปกติจากธรรมชาติก็ไม่สามารถสลัดออกไปได้

โดยทั่วไปยอมรับกันว่า อาการย้ำคิด เป็นลักษณะความคิดที่ไม่สบายใจ ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลา อาจเกิดในรูปของความคิด ภาพ ความกลัว โดยไม่สามารถสลัดออกไปได้ ส่วนอาการย้ำทำ เป็นผลมาจากการย้ำคิด

อุบัติการณ์ของอาการนี้พบประมาณร้อยละ 0.05 ของประชากร และไม่เกินร้อยละ 1 ของผู้ป่วยนอก และไม่เกินร้อยละ 4 ของผู้ป่วยโรคประสาท แต่ถึงอย่างไรก็ตาม เชื่อกันว่าในชีวิตของคนเราน้อยมากที่จะไม่เคยมีอาการย้ำคิดย้ำทำเลย เช่น การตรวจสอบปิดประตูหน้าต่าง ถังแก๊ส ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้สามารถทำงานได้อย่างปกติ แต่การเข้าสังคมอยู่ในขอบเขตจำกัด และมีปัญหาทางด้านอารมณ์ พบในหญิงและชายเท่าๆ กัน พบมากในผู้ที่มิสติปัญญาและฐานะดี

### อาการย้ำคิดย้ำทำ มีลักษณะดังนี้

1. เป็นการกระทำที่มีความมุ่งหมายมากกว่าลักษณะการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ เช่น การตรวจสอบหรือล้างมือซ้ำ ๆ ซึ่งมีความมุ่งหมายต่างจากการเคลื่อนไหวที่มีพยาธิสภาพ เช่น Tics
2. การกระทำที่มีกฎเกณฑ์ เช่น ล้างมือก็ต้องนับจำนวนว่าล้างเท่านั้นครั้งเท่านั้นครั้ง หรือการหยิบสิ่งของก็ต้องมีจำนวนที่แน่นอนเช่นกัน
3. มีจุดหมายในการทำ เช่น ล้างมือเพื่อป้องกันเชื้อโรค
4. การกระทำเพียงครั้งหนึ่งหรือสองครั้ง ถือว่าปกติ

ผู้ที่มีอาการประมาณร้อยละ 25 จะเกิดก่อนอายุ 25 ปี แต่บางรายมีอาการอย่างชัดเจนเมื่ออายุเพียง 15 ปี และเริ่มเมื่ออายุ 6 ปี ภายหลังจากอายุ 35 ปีไปแล้ว พบประมาณร้อยละ 35 และร้อยละ 25 มีอารมณ์เศร้าและวิตกกังวลร่วมด้วย อาการอาจเกิดขึ้นที่ทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไปก็ได้ อาจ

เกิดเป็นระยะ ๆ แล้วทุเลา แต่ไม่หายสนิท แล้วกำเริบใหม่ในช่วง 2 ปี โดยอาจมีการเจ็บป่วยทางกาย หรือการทำงานหนักเป็นตัวกระตุ้น

บุคลิกภาพของผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นแบบย้ำคิด เจ้าระเบียบ จี๋เหนียวและคือ ตรงต่อเวลา ทำตามระเบียบกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด ผ่อนสั้นผ่อนยาวไม่เป็น ช่างกังวล กลัวผิด ชอบฟังพาดูผู้อื่น ขาดความยืดหยุ่น ทำอะไรมักตรวจสอบซ้ำ ๆ หลายครั้ง ระวังระวังเกินกว่าเหตุทุกเรื่อง กำหนดมาตรฐานในทุกเรื่องและพยายามควบคุมตนเอง และคนรอบข้างให้เป็นที่ไปตามมาตรฐานของเขา ไม่อย่างนั้นจะรู้สึกคับข้องใจมาก ทุกสิ่งในชีวิตต้องมีระเบียบ และต้องดำเนินไปตามอย่างที่เคยทำ หากเปลี่ยนแปลงไป จะเกิดความวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยจะรู้ในความคิดของตน และการกระทำดังกล่าว แต่ไม่สามารถ ควบคุมได้

#### หวาดระแวง (Paranoid)

หวาดระแวง เป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งของบุคคลที่คิดว่า ผู้อื่นทำอะไร มีความหมายพาดพิงถึงตน คิดว่ามีคนคอยปองร้าย (Persecutory Delusion) หรือคิดว่าตนเป็นคนสำคัญผิดธรรมดา (Grandeur Delusion) อารมณ์ของผู้ที่เป็นจะสอดคล้องกับความคิด ความสามารถและเขาว่าปัญญา ภาวะนี้โดยปกติแล้วจะเกิดได้กับคนที่มีความบุคลิกภาพที่ไม่ไว้ใจผู้อื่น เป็นคนอารมณ์อ่อนไหว มีความระแวงสงสัย ไม่ไว้ใจใคร อิจฉาริษยา เป็นคนจี๋หึง ชอบนิินทาว่าร้ายและโทษคนอื่น มีความโน้มเอียงที่จะทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ และมีการคาดหมายที่ผิด ๆ ว่าทุกสิ่งมีความหมายพาดพิงมาถึงตนเองหมด มักทนคำวิพากวิจารณ์ไม่ได้ ชอบพาลและทะเลาะวิวาท ไม่มีความจริงใจต่อผู้ใดเมื่อมีความเครียดและปัญหาจะใช้กลไกทางจิตแบบกดเก็บ (Repression) และเมื่อไม่สามารถแก้ไขความเครียดนั้นได้ก็จะใช้การโทษผู้อื่น (projection) เป็นวิธีการแก้ปัญหา พวกนี้จะมี ความลำบากใจในการทำงาน และธุรกิจต่าง ๆ เพราะชอบวางตนเป็นใหญ่ ไม่ยอมฟังใคร และไม่ยอมผ่อนปรน ชอบกดขี่ผู้อื่น แต่บางครั้งความระมัดระวัง และพิถีพิถันการทำงานจะทำให้เขาเป็นคนที่มีประสิทธิภาพสูงในการทำงานได้ อาการนี้พบได้บ่อย ส่วนใหญ่จะพบในหญิงมากกว่าชาย อายุ 30 ปีขึ้นไป

#### ความเครียด (Stress)

ความเครียดจัดว่าเป็นประสบการณ์ทางจิตประการหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของมนุษย์ สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่เลือกเพศ วัย อาชีพ ส่วนจะมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และเหตุการณ์ส่วนตัวที่เราได้มีส่วนเข้าไปพัวพันอยู่ด้วย

ความเครียด (Stress) เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองสิ่งที่มาคุกคามต่อบุคคลคนนั้นในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อันเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมีของร่างกาย เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น<sup>(1)</sup>

### สาเหตุของความเครียด

ความเครียดเกิดขึ้นได้จากหลาย ๆ สาเหตุ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน หรือการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านที่กระทบต่อการดำรงชีวิต การเจ็บป่วย การสูญเสียต่าง ๆ

1. สาเหตุจากทางร่างกาย ซึ่งได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพหรือกายภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงจากการเกิดพยาธิสภาพของโรคบางชนิด ความเสื่อมโทรมเนื่องจากสูงอายุ ระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาการของร่างกาย เช่น จากวัยเด็กสู่วัยรุ่น ซึ่งต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจทำให้เกิดความเครียดได้
2. สาเหตุทางจิตใจ ได้แก่ ความขัดแย้งภายในจิตใจ ความกดดัน ความไม่สมหวังต่าง ๆ
3. สาเหตุจากทางสังคม เกิดจากสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เช่น หน้าที่การงาน เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย ฯลฯ

### กลไกการเกิดความเครียด

เมื่อมีความกดดันเกิดขึ้น จิตใจก็จะประเมินว่าความกดดันนั้นเป็นผลกระทบต่อจิตใจตนเองมากน้อยเพียงใด และตนเองสามารถจัดการกับมันได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งอาจเป็นการเกินกำลังความสามารถ หาทางออกไม่ได้ หรือเป็นการสิ้นเปลืองกำลัง สติปัญญาที่จะทำให้เกิดความเครียดขึ้น หลังจากนั้นร่างกายและจิตใจก็จะพยายามปรับตัว เพื่อที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากความเครียดอันนั้น ทุกระบบในร่างกายจะถูกปรับให้อยู่ในสภาวะที่เตรียมพร้อมตลอดเวลา และหากไม่สามารถจัดการกับความเครียดอันนั้นให้น้อยลง หรือหายไปได้ ก็จะเกิดความเครียดที่เรื้อรังหรือยาวนาน

ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะมีสาเหตุเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

1. ความรุนแรงของความกดดันหรือสถานการณ์นั้น ๆ
2. บุคลิกภาพของแต่ละคนในผู้ที่มีอารมณ์ขัน ยืดหยุ่น มีความมั่นใจในตัวเอง สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ความเครียดก็จะลดลง
3. ประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาและความสามารถในการแก้ปัญหา
4. การประเมินความสำคัญของปัญหา หรือมองปัญหาว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถ บุคคลนั้นก็จะไม่เครียดมาก



5. ความช่วยเหลือจากภายนอก จะช่วยให้ความเครียดที่มีอยู่ลดน้อยลง

#### ระดับของความเครียด

Irving L. Janis <sup>(17)</sup> ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ

ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) จะสิ้นสุดลงในระยะเวลาอันสั้นเพียงวินาที หรือชั่วโมง เกิดจากสาเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น การผัดผ่อน การไปทำงานสายจากการจราจรติดขัด ความเครียดในระดับนี้ จะเพิ่มความสามารถในการทำงานให้สูงขึ้น นำความพอใจมาสู่มนุษย์

ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) รุนแรงกว่าชนิดแรก อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงจนถึงวัน เช่น ความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงาน ความเครียดชนิดนี้อาจมีผลต่อพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ คิดสารเสพติด ฯลฯ

ความเครียดระดับสูง (Severe stress) ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เดือนหรือปี ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการสูญเสียของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ซึมเศร้า หรืออาจถึงกับวิกลจริตได้

หากความเครียดคงอยู่ในระยะยาว อาจทำให้เกิดโรคทางกายตามมาได้ เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ฯลฯ

#### ปฏิกิริยาและการปรับตัวของบุคคลเมื่อเกิดความเครียด

ศุพัฒนา เดชาติวงศ์ และคณะ <sup>(18)</sup> ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่อเกิดความเครียดไว้ดังนี้

1. ทางด้านร่างกาย จะมีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ใจเต้น กระตุก ม่านตาขยาย ปัสสาวะบ่อย หายใจเร็วและลึก อาจมีอาการแน่นหน้าอก ชาแขนขา กล้ามเนื้อเกร็ง

2. ทางด้านจิตใจ มีความกระวนกระวายใจ หงุดหงิด ขาดสมาธิ หวาดกลัว กังวลว่าจะมีอันตรายร้ายแรงเกิดขึ้นกับตน บางทีมีความรู้สึกเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และความรู้สึกทางเพศลดลงได้

ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น และบุคคลนั้นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลก็อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นมาได้จากสถานที่ ซึ่งได้แก่

- สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากบ้านในทุก ๆ ด้าน ผู้ป่วยต้องมาอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นซึ่งเป็นคนแปลกหน้า โดยเฉพาะถ้าอยู่ในห้องรวม และมีผู้ป่วยใกล้เคียงเสียชีวิตหรือร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวด ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการสถานที่อบอุ่น ปลอดภัย เพื่อหายจากโรค เมื่อผิดหวังก็อาจเกิดความเครียดขึ้นได้

- การต้อนรับ การติดต่อห้องต่าง ๆ การรอคอยนาน ๆ การต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ที่สถานที่แห่งนั้นวางไว้ ซึ่งบางครั้งอาจสร้างความสับสน ไม่เข้าใจ ทำให้ปฏิบัติตามไม่ถูกต้อง
  - บุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่งโดยทั่วไปแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย จะมองผู้ป่วยเหมือนผู้รับคำสั่งและต้องปฏิบัติตาม ซึ่งบางครั้งไม่ได้อธิบายเหตุผลให้ชัดเจน เมื่อไม่เข้าใจ ผู้ป่วยก็ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ทั้งหมด
  - ความเป็นสัดส่วน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลบางครั้งเจ้าหน้าที่จะทำงานเกิดความเคยชิน จนลืมไปว่าเป็นความลับของผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดความเครียดกับตัวผู้ป่วยได้
- ความเครียดจากการเจ็บป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้า เช่น กลัวจะเป็น โรคร้ายแรง กลัวพิการ กลัวตาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยอย่างกระทันหัน และต้องจำกัดกิจกรรม เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ต้องนอนพักคนเดียว
- ขาดการรับรู้และติดต่อจากโลกภายนอก ขาดการติดต่อกับญาติมิตร เพื่อนฝูง ไม่ได้ อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ หรือถึงแม้จะมีในหอผู้ป่วย แต่ลักษณะพยาธิสภาพของโรคที่ตนเองเป็น อยู่ ไม่สามารถทำตามที่ต้องการได้
  - จากปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยที่ต้องจากบ้านมาอยู่โรงพยาบาลจะ เกิดความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดและเพื่อนฝูง กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ถ้าหากใน การที่ญาติจะมาดูแล การขาดงานเป็นเวลานาน

#### การแก้ไขความเครียด

1. เมื่อรู้ว่าเครียด ควรหยุดสงบอารมณ์ให้ได้ก่อน
2. ถ้าควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ต้องหาทางระบายออก เช่น ออกกำลังกาย หรือทำอะไรก็ได้ ให้เหนื่อย และควรเป็นในทางที่สร้างสรรค์ หรืออาจจะบายกับคนที่ไว้ใจได้
3. ออกจากสถานที่นั้นไปชั่วคราว เพื่อคิดทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ และหาทางแก้ไข
4. พักผ่อน หากความสนุกเพลิดเพลิน ให้ลืมความทุกข์ชั่วคราว แล้วค่อยกลับมาคิดใหม่
5. ถ้าแก้ไขไม่ได้ควรเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ หรืออาจต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านนี้มาช่วย เหลือ เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์

#### โรคจิต (Psychosis)

เป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญ และอาจเกิดได้หลายสาเหตุ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยจะแสดงลักษณะของความผิดปกติในความสามารถที่จะคิดการตอบสนองทางอารมณ์ ความจำ การสื่อสาร การเข้าใจสภาวะความเป็นจริงและพฤติกรรมอย่างมากจน ไม่สามารถจะตอบสนองความต้องการของชีวิตได้ มักจะแสดงลักษณะโดยพฤติกรรมถดถอยกว่า

วัย อารมณ์ซึ่งไม่สอดคล้อง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (impulse) ต่ำลง และมีความคิด ผิดปกติ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน

### ลักษณะสำคัญของโรคจิต <sup>(19)</sup> สรุปไว้ดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ (personality change) มีการแยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อมและเสียความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ หรือสนใจสิ่งแวดล้อมมากเกินไป มีความกระตือรือร้นที่จะสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ มากผิดปกติ มีการถอยหลังของพฤติกรรมไปสู่ระดับของการพัฒนาทางบุคลิกภาพที่ต่ำกว่า หรือไม่สามารถประกอบหน้าที่ที่เคยทำตามปกติได้ อาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ ประเภทที่คนทั่วไป ไม่ทำกัน เช่น พุด หัวเราะคนเดียว แต่งกายด้วยเสื้อผ้าแปลก ๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะหรือความนิยมของสังคม อาจขยับและเคลื่อนไหวเร็วกว่าปกติหรือเกียจคร้าน เชื่องช้า

ในรายที่เสียความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างมาก อาจทำให้การรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation) เสียไป

ลักษณะของอารมณ์มักจะเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ไม่นินตียินร้ายต่อสิ่งเร้า ขาดการควบคุมอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาจมีอารมณ์เศร้ามาก หรือเป็นสุขมาก

2. ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (Out of Reality) เพราะความ ไม่คิด ถูกรบกวน ผู้ป่วยมักจะไม่สนใจความเป็นจริงของสิ่งต่าง ๆ หรือรับรู้ในลักษณะที่ไปจากความเป็นจริงอาจมีหลงผิดและประสาทหลอน ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวทำให้การตัดสินใจต่าง ๆ เสียไป

3. ขาดความรู้จักตน (No insight) คือ ขาดความรู้ความเข้าใจตนเองตามความเป็นจริง เช่น ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ทำให้ไม่ยอมรับการรักษา

โรคจิตอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

โรคจิตที่มีสาเหตุจากอารมณ์และจิตใจ ซึ่งได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) และสภาวะระแวง (Paranoid states) ฯลฯ

โรคจิตที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ โรคจิตจากพิษของสุรา (Alcoholic psychosis) โรคหลงในวัยชรา (Senile dementia)

## แนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพ (Personality)

Alleport<sup>(20)</sup> ได้ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพ คือลักษณะส่วนรวมของแต่ละบุคคลที่เป็นเอกภาพอันประกอบไปด้วยลักษณะทางกายและทางจิตใจ ระบบทางกายและทางจิตนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกัน

Cattell<sup>(21)</sup> ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าบุคลิกภาพคือสิ่งที่ทำนายได้ว่าในสถานการณ์ที่กำหนดให้บุคลิกภาพของบุคคลอาจมีพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายในซึ่งสามารถทราบถึงแนวโน้มของพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้

Eysenck<sup>(22)</sup> ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าบุคลิกภาพคือการกระทำหรือพฤติกรรมทั้งหมดที่ได้รับมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นผลของปฏิกริยารวมระหว่างส่วนสำคัญ 4 ส่วนคือ ความคิด ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึก และองค์ประกอบทางด้านร่างกายโดยพิจารณาได้สองมิติคือ มิติแรกเป็นด้านการแสดงตัวและเก็บตัวซึ่งประกอบด้วยลักษณะย่อย ๆ ได้แก่ การให้ความร่วมมือ – ไม่ร่วมมือ, การเข้าสังคม – การแยกตัว, การเข้าใกล้- ถอยหนี, การกระตือรือร้น-เฉื่อยชา มิติที่สองเป็นลักษณะทางด้านอารมณ์ได้แก่ เป็นคนมีความเข้มแข็ง- อ่อนแอ มีจิตใจที่มั่นคง-ไม่มั่นคง ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล และอื่น ๆ

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม<sup>(23)</sup> ได้ให้ความหมายของคำว่าบุคลิกภาพ คือ แบบฉบับลักษณะนิสัยของบุคคลนั้นที่แสดงต่อคนอื่นทั้งลักษณะกิริยาท่าทาง การแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดอ่าน ค่านิยม เจตคติ ตลอดจนพฤติกรรมและปฏิกริยาตอบสนองทั้งทางกายและจิตใจ

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน<sup>(24)</sup> บุคลิกภาพ หมายถึง สภาพนิสัยจำเพาะ

จากคำจำกัดความดังกล่าวมาแล้ว จึงสามารถสรุปได้ว่า บุคลิกภาพ หมายถึงลักษณะนิสัยและพฤติกรรมโดยส่วนรวมของแต่ละบุคคล ทั้งลักษณะภายนอกและภายในที่สนองตอบและปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละคนมีบุคลิกภาพแตกต่างกันไปด้วยอิทธิพลของพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์

Eysenck<sup>(22)</sup> ได้ศึกษาบุคลิกภาพโดยพิจารณาเป็นมิติ ดังนี้

ก) มิติบุคลิกสัมพันธ์ ได้แก่ ลักษณะเปิดเผย และลักษณะเก็บตัว (extraversion-intraversion)

ข) มิติความไวของอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์มั่นคง และอารมณ์หวั่นไหว (stability-neuroticism)

จากการศึกษาพบลักษณะของประชากรใหญ่ๆ 3 แบบ ดังนี้

1. บุคลิกภาพแบบที่ชอบเก็บตัว – บุคลิกภาพแบบที่ชอบแสดงตัว ( Introversion Extraversion)
2. บุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ – บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism – Stability)
3. บุคลิกภาพแบบโรคจิต (Psychoticism)

สำหรับกลุ่มคนปกติแล้วใน 2 มิติแรก เป็นลักษณะพื้นฐานของบุคลิกภาพ จะเป็นตัวชี้ให้เข้าใจถึงพฤติกรรมได้ ลักษณะทั้ง 2 มิติ คือ บุคลิกภาพแบบที่ชอบเก็บตัว – บุคลิกภาพแบบที่ชอบแสดงตัว (Introversion – Extraversion) และบุคลิกภาพที่มีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism – Stability) ในการศึกษานี้จะได้ศึกษา 2 มิติเท่านั้น

1. บุคลิกภาพแบบที่ชอบเก็บตัว – บุคลิกภาพแบบที่ชอบแสดงตัว ( Introversion Extraversion) Eysenck <sup>(22)</sup> ได้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

**บุคลิกภาพแบบที่ชอบเก็บตัว** (Introversion) มีลักษณะเงียบเฉย ไม่ชอบสังคมกับคนอื่น มองปัญหาเข้าสู่ตนเอง ชอบอ่านและค้นคว้าคนเดียวมากกว่าการสังคมกับผู้อื่น สนุกกับคนยาก ดำเนินชีวิตประจำวันด้วยความเคร่งขรึม และชอบความมีระเบียบเรียบร้อยในชีวิต ควบคุมความรู้สึกพอใจ ไม่พอใจไว้มาก ไม่ใคร่แสดงกริยาก้าวร้าวออกตรง ๆ และพื้นอารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลงง่ายจนน่าเชื่อถือ บางครั้งมองเห็นแต่ในแง่ร้าย ยึดถือแบบมาตรฐานจรรยาบรรณของสังคมมาก

**บุคลิกภาพแบบที่ชอบแสดงตัว** (Extraversion) มีลักษณะน่าคบเป็นมิตร มีอัธยาศัยไมตรี ชอบงานสังคม มีเพื่อนมาก อยากพูดคุยกับคนอื่น ๆ ด้วย ไม่ชอบอ่านหนังสือหรือค้นคว้าด้วยตัวคนเดียว ชอบทำกิจกรรมที่ทำให้ตื่นเต้น ชอบเสี่ยง อดทนต่อสถานการณ์โดยทั่วไปค่อนข้างผลุนผลัน ชอบแสดงตกลงขบขันให้เกิดการหัวเราะขึ้น พร้อมทั้งจะได้ตอบเสมอ ชอบการเปลี่ยนแปลงใหม่ ไม่มีความกังวล มีความสุขใจ ชอบความสะดวกสบาย มักมองแต่ในแง่ดี และชอบสนุกเร้าใจ มีแนวโน้มที่จะแสดงความก้าวร้าวและความไม่พอใจออกมาง่าย ไม่สามารถเก็บความรู้สึกพอใจ – ไม่พอใจไว้ได้มาก และไม่ใช่ว่าจะดูน่าเชื่อถืออยู่เสมอ

2. บุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ – บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism – Stability) Eysenck <sup>(22)</sup> ได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้ คือ



**บุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism)** เป็นลักษณะของบุคคลที่มักจะเชื่อมโยงความวิตกกังวลเข้ากับสิ่งเร้าที่เป็นกลาง รู้สึกวิตกกังวลต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น แม้ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย

**บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability)** เป็นลักษณะการแสดงออกที่มีอารมณ์เยือกเย็นและมีสุขภาพจิตดี คือ มีสุขภาพของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่ดี รวมทั้งมีการปรับตัวอยู่ในสภาพแวดล้อมได้ดี

จากการศึกษาทฤษฎีบุคลิกภาพของ Eysenck<sup>(22)</sup> ทั้งหมดนี้สรุปได้ว่า รวบรวมลักษณะพฤติกรรมของบุคคลเริ่มตั้งแต่จุดเล็กสุดจนถึงสรุปเป็นแบบเฉพาะของบุคลิกภาพได้คือ จากการตอบสนองเชิงพฤติกรรม (Specific response) การกระทำอันเป็นนิสัย (Habitual response) และลักษณะของบุคลิกภาพ (Trait) ขึ้นเป็นแบบของบุคลิกภาพพื้นฐาน (Type) และพบว่า ลักษณะสำคัญของบุคลิกภาพจะเข้าใจได้จาก 2 มิติ คือ บุคลิกภาพแบบที่ชอบเก็บตัว – บุคลิกภาพแบบที่ชอบแสดงตัว (Introversion - Extraversion) และบุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ – บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism – Stability/Unstable – Normal) ทั้ง 2 มิติเป็นอิสระต่อกัน ก่อให้เกิดบุคลิกภาพพื้นฐานได้ 4 แบบ คือ

1. บุคลิกภาพแบบที่ชอบแสดงตัว–บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Extraversion – Stability)
2. บุคลิกภาพแบบที่ชอบเก็บตัว–บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Introversion Stability)
3. บุคลิกภาพแบบที่ชอบแสดงตัว–บุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Extraversion Neuroticism)
4. บุคลิกภาพแบบที่ชอบเก็บตัว – บุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Introversion Neuroticism)

**การพัฒนาบุคลิกภาพ** ในวัยเด็กและวัยรุ่นเป็นกระบวนการเจริญเติบโตทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และการปรับตัวต่อสังคม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ<sup>(25)</sup> ได้แก่

1. พันธุกรรม พันธุกรรมมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและรูปร่างลักษณะ ทั้งนี้เพราะพันธุกรรมถ่ายทอดยีนส์ จากบรรพบุรุษให้แก่ลูกหลาน พันธุกรรมเป็นตัวกำหนดรูปร่าง ผิวพรรณ สีผิว โครงสร้างของร่างกาย เซาว์ปัญญา โรคบางอย่าง นอกจากนี้ปัจจัยที่มาผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายได้แก่ พันธุกรรม ระดับฮอร์โมน อาหาร สภาพของร่างกายในขณะนั้น การเกิดอุบัติเหตุทำให้เกิดความพิการ ย่อมส่งผลถึงบุคลิกภาพด้วย

2. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เมื่อพ้นครรภ์มารดา นับแต่วันลืมตาโลกก็เริ่มสัมผัสกับสิ่งรอบ ๆ ตัวได้แก่

2.1 การเรียนรู้และประสบการณ์วัยเด็ก เด็กจะเรียนรู้และเลียนแบบผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่เลี้ยงดู ซึ่งอาจเป็นบิดามารดา ญาติ หรือพี่เลี้ยง ประสบการณ์ในวัยเด็ก โดยเฉพาะช่วงอายุ 0-5 ปีย่อมมีผลต่อบุคลิกภาพเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว

ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน มีความรักใคร่ผูกพันและมีความเห็นใจซึ่งกันและกัน ในปัจจุบันครอบครัวได้มีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งในด้านโครงสร้าง และหน้าที่ ครอบครัวเล็กลง บทบาทหน้าที่ของครอบครัวนอกจากการหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวแล้วยังมีหน้าที่ในการอบรมสมาชิกให้เป็นบุคคลที่ดีในสังคม จากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวต้องต่อสู้ดิ้นรน ใช้เวลานอกบ้านในการทำมาหากิน การพบปะของสมาชิกน้อยลง ทำให้ขาดการอบรมปลูกฝังลูก พ่อแม่ไม่ได้เป็นต้นแบบที่ดีแก่ลูกวัยรุ่นที่กำลังแสวงหาเอกลักษณ์เฉพาะตน<sup>(26)</sup>

2.2 วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี บุคลิกภาพคนไทยมีความเชื่อในศาสนาพุทธ ซึ่งสอนให้คนเอื้อเฟื้อ สมถะ มีเมตตา ขนบธรรมเนียมประเพณีทำให้มีนิสัยรักสงบ เป็นอยู่ง่าย นับถือบรรพบุรุษ เป็นต้น

2.3 สังคมและการศึกษา วิถีทางสังคมต้องมีการเรียนรู้เสมอ มีการพัฒนาตามยุคตามสมัย รวมทั้งการศึกษาที่ทำให้ความรู้สึคนึกคิดของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งย่อมมีผลต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพด้วยเช่นกัน

### ชนิดของบุคลิกภาพ (Personality Types)

ศรีธรรม ฐานะภูมิ<sup>(27)</sup> ได้แบ่งชนิดของบุคลิกภาพตามลักษณะที่แตกต่างกันของบุคคลในด้านพฤติกรรม ความสัมพันธ์กับผู้อื่นออกเป็น 13 ลักษณะ คือ

1. บุคลิกภาพมั่นคง (stable personality) ได้แก่ ผู้ที่มีวุฒิภาวะของพัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ มีนิสัยอารมณ์สุขุมเยือกเย็น มีความรับผิดชอบต่อตัวเองและผู้อื่น มีลักษณะเป็นทั้งผู้นำและผู้ตามในโอกาสอันควร มองโลกในแง่ดี สามารถปรับตัวได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ แม้ในเหตุการณ์ที่กดดันและฉุกเฉินก็สามารถแก้ไขได้ มีคุณธรรมประกอบอาชีพที่สุจริต สามารถดำเนินชีวิตในแต่ละวัยได้อย่างเหมาะสมกับบทบาทของตน

2. บุคลิกภาพพึ่งพาผู้อื่น (dependence personality) เป็นคนอ่อนแอ ช่วยตนเองไม่ได้ ชอบพึ่งพาผู้อื่นเสมอ ไม่สามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ชอบให้ผู้อื่นแนะนำ

และตัดสินใจให้ ไม่ชอบโต้แย้งและแสดงความรู้สึก ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขอมทำตามผู้อื่น แม้ตนจะไม่เห็นด้วย กลัวการถูกทอดทิ้ง ไม่ยอมรับการตำหนิหรือการวิจารณ์จากผู้อื่นจะรู้สึกน้อยใจและเสียใจมาก

3. บุคลิกภาพแบบชอบหลีกเลี่ยง (avoidant personality) ได้แก่ผู้ไม่มั่นใจในการเข้าสังคม กลัวการถูกตำหนิ ขี้อาย ประหม่าง่าย รู้สึกไม่สบายใจและกังวลเมื่อมีคนแวดล้อมจำนวนมาก ไม่มีเพื่อนสนิท มีความสัมพันธ์เฉพาะญาติสนิทหรือบุคคลในครอบครัว หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ชอบที่จะได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่น

4. บุคลิกภาพคือเงียบ (passive-aggressive personality) ได้แก่ผู้ที่ชอบต่อต้านอย่างเงียบๆ ชอบผลัดวันประกันพรุ่งในการทำงานจนงานเสร็จไม่ทันกำหนด รู้สึกไม่พอใจ หงุดหงิด และได้เถียงหากขอให้กระทำการที่ตนไม่พอใจจะทำ ชอบอ้างเหตุผลต่าง ๆ ที่ทำให้ตนผิดพลาด ไม่ค่อยรับผิดชอบ เป็นกลุ่มที่มีความก้าวร้าว (aggressive) อยู่ในตัว แต่ไม่กล้าแสดงออกโดยตรงเพราะเกรงผู้อื่นจะไม่ชอบ เพราะมีลักษณะของการชอบฟังพหูอื่นอยู่ด้วยจึงแสดงความก้าวร้าวแบบไม่รุนแรงหรือแบบเงียบ ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้อื่น

5. บุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality) ได้แก่บุคคลที่เจ้าระเบียบ เคร่งครัด ไม่ยืดหยุ่น เข้มงวดต่อกฎเกณฑ์ สนใจในรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ ระมัดระวังในเรื่องมโนธรรม ยึดหยุ่นน้อยในเรื่องจริยธรรม ความถูกต้อง ค่านิยม

6. บุคลิกภาพหลงตัวเอง (narcissistic personality) ได้แก่ คนที่มีลักษณะชื่นชมตนเองมาก แสดงพฤติกรรมว่าตนมีความสามารถและประสบความสำเร็จอย่างสูง ไม่ค่อยเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ชอบเอาเปรียบผู้อื่นเพื่อความสำเร็จของตน คิดว่าตนเองมีความสำคัญมาก รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถพิเศษในทุกด้าน ชอบอิจฉาริษยา ไม่ยินดีในความสำเร็จของผู้อื่น

7. บุคลิกภาพเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality) ได้แก่ คนเจ้าอารมณ์ เรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นเกือบตลอดเวลา ต้องการการยอมรับ และคำปลอบใจจากผู้อื่นเสมอ

8. บุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline personality) ได้แก่ผู้มีปัญหาเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของตนเอง มีภาพพจน์ของคนที่ไม่มั่นคง มีปัญหาในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงและอารมณ์รุนแรงควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกเบียดเบียนอยากฆ่าตัวตาย บางครั้งทำร้ายตัวเอง มีปัญหาในความเป็นตัวของตัวเอง มีความไม่แน่ใจในภาพพจน์ของตน บทบาททางเพศ อุดมการณ์ในชีวิต อาชีพการงาน ค่านิยม การเลือกคบคน

9. บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่นและก้าวร้าว (impulsive and aggressive personality) ได้แก่ผู้ที่ชอบทำสิ่งต่าง ๆ อย่างรวดเร็วและก้าวร้าว ไม่คิดก่อนทำ ไม่วางแผนล่วงหน้า

หน้าในการกระทำ อารมณ์ร้อน โกรธง่าย ควบคุมพฤติกรรมรุนแรงได้น้อย ชอบก่อเรื่องเพราะควบคุมตนเองไม่ได้ แต่มีได้คิดต่อต้านสังคม

10. บุคลิกภาพต่อต้านอารมณ์ (antisocial personality) ได้แก่ พวกชอบก่อเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่น ไม่สนใจความสนใจความรู้สึกของผู้อื่น ไม่สนใจกฎระเบียบต่าง ๆ ชอบฝ่าฝืนข้อตกลงของหมู่คณะ และกฎระเบียบของสังคม หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง ขาดความรับผิดชอบ เมื่อทำผิดจะโทษผู้อื่นและหาข้อแก้ตัวให้ตนเอง

11. บุคลิกภาพอารมณ์แปรปรวน (affective personality) ได้แก่ ผู้ที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางครั้งมีอารมณ์เศร้า บางครั้งมีอารมณ์สนุกสนานร่าเริง แต่มีอารมณ์เศร้าจะมองโลกในแง่ร้าย วิตกกังวลรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า

12. บุคลิกภาพพระแวง (paranoid personality) ได้แก่ ผู้ที่ชอบสงสัยระแวง ไม่ไว้ใจผู้อื่น คิดว่าผู้อื่นไม่ซื่อกับตนเองและมองโลกในแง่ร้าย ไม่ค่อยให้อภัยผู้อื่น ไม่คบใครสนิท เพราะเกรงว่าจะถูกกล่าวร้ายในภายหลัง มักมีความระแวงคู่ครองและผู้ใกล้ชิดกับตนว่าไม่ซื่อสัตย์ หากมีข้อขัดแย้งจะได้ตอบรุนแรงและอาฆาตพยาบาท

13. บุคลิกภาพแยกตัว (schizoid personality) ได้แก่ บุคคลที่ไม่ชอบสังคม เป็นคนเฉย ๆ ไม่แสดงอารมณ์ ไม่สามารถแสดงความรักความสนิทสนมผู้อื่น ชอบแยกตัวและทำสิ่งต่าง ๆ ตามลำพัง เมื่อได้รับการชื่นชมไม่แสดงอาการโต้ตอบ ไม่ค่อยมีเพื่อนสนิท ชอบฝันกลางวัน แม้ในครอบครัวก็ไม่สามารถแสดงความรู้สึกได้

### แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นความดันโลหิตสูงขึ้นมาเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ทราบสาเหตุของโรค องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูง ไว้ว่า ความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่มีความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้น จึงใช้ระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าเป็นค่าความดันปกติ (ตัวเลขตัวแรก = 140 คือค่า Systolic ตัวเลขที่ 2 = 90 คือค่า Diastolic) โดยทั่วไปใช้เครื่องวัดปรอทเป็นเครื่องวัดมาตรฐานในการวัด ในการวินิจฉัยว่า มีความดันโลหิตสูง จะต้องวัดความดันได้ระดับสูงอย่างน้อย 3 ครั้ง ในวาระที่ต่างกัน และเนื่องจากความดันโลหิตของคนปกติ และในคนไข้ความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่วัดในการวินิจฉัย จึงควรวัดความดันโลหิต 3 ครั้งห่างกัน

ครั้งละอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ผู้ที่เป็นโรคนี้จะมีอาการเริ่มเป็นซ้ำ ๆ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นทีละเล็กละน้อยเรื่อยมาเป็นเวลาหลายปีโดยไม่มีความผิดปกติมากมาย จึงเกิดเป็นโรคก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริงๆ โรคนี้พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากจะพบในช่วงอายุ 35-55 ปี และพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคไม่ดีมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า<sup>(28)</sup> การใช้คำว่า “Essential” เพราะในสมัยก่อนยังไม่ทราบโรคนี้ เพียงแต่เชื่อว่าเป็นอาการ (symptom) ของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และเชื่อว่าระดับโรคความดันโลหิตที่สูงขึ้นนี้ จำเป็น (essential) สำหรับการส่งเลือดไปเลี้ยงสมองและไต<sup>(1)</sup> โดยทั่วไปผู้ป่วยจะไม่มีอาการอะไรยกเว้นแต่สังเกตจริงๆ จะพบว่า ผู้ป่วยมักบ่นปวดศีรษะบ้าง และหน้ามักจะแดงด้วย จนกระทั่งเมื่อมีอาการมากขึ้นแล้ว จึงจะเริ่มมองเห็นอาการ ทั่วไป เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ ใจสั่น ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยหลังตื่นนอนตอนเช้า หรือบางครั้งมีเลือดกำเดาไหล จากหลอดเลือดถูกทำลาย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ยังแบ่งเป็นชนิดย่อยได้อีก 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิด บีโนน (Benign hypertension) เป็นโรคที่ค่อย ๆ เกิดและเป็นอยู่นาน กับโรคความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และเป็นอยู่ในระยะสั้น ซึ่งถ้าไม่รักษา จะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่เชื่อว่ามีสาเหตุจากการไหลเวียนของเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการร่วมกัน โดยแยกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ<sup>(29)</sup>

#### 1. ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยพบว่า

1.1 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน

1.2 ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีความคล้ายคลึงกัน

มากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

1.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดงคล้ายคลึงกัน

1.4 ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรมและพ่อแม่บุญธรรม จากการวิจัยแบบ cross

section ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

#### 2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 น้ำหนักตัว



- 2.2 จำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับ
- 2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ
- 2.4 การออกกำลังกาย
- 2.5 ความเครียด
- 2.6 จำนวนโปรตีนที่ร่างกายได้รับ
- 2.7 จำนวนแคลเซียมที่ร่างกายได้รับ
- 2.8 อิทธิพลอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่

### พยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ<sup>(30)</sup>

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ร้อยละ 92 – 94 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่ในศูนย์การแพทย์ที่มีการตรวจวิเคราะห์โรคอย่างพิเศษ พบว่าสามารถแยกความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุได้มากถึงร้อยละ 35 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ อาจเกิดความผิดปกติหลาย ๆ อย่างรวมกันที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น กลไกทางสรีรวิทยามีดังนี้

1. เก็บน้ำและโซเดียมไว้มากขึ้น ทำให้ปริมาณของน้ำในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น
2. หลอดเลือดหดตัวทำให้แรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น
3. การเพิ่ม Cardiac output เนื่องจากมีน้ำเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียน

นอกจากนี้ความผิดปกติที่อาจเกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม จิตใจ สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ และปัจจัยทางครอบครัว

### การแบ่งระดับความรุนแรงของโรค<sup>(31)</sup>

โดยอาศัยความดัน Diastolic ซึ่งมักจะช่วยบ่งบอกถึงความรุนแรง และใช้พยากรณ์การดำเนินโรคอย่างคร่าว ๆ ความดันยิ่งสูง สมรรถภาพของอวัยวะก็ยิ่งเสื่อมเร็วขึ้นและมากขึ้น

ระดับขึ้นความรุนแรง	ความดัน Diastolic (mmHg.)
รุนแรงน้อย (mild)	90 – 104
รุนแรงปานกลาง (moderate)	105 – 119
รุนแรงมาก (severe)	≥ 120
รุนแรงชนิดร้าย (malignant)	> 130 ร่วมกับ papilledema

## การรักษาความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

เป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูงคือการลดความดันโลหิตให้ลงมาสู่ปกติในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวที่มีความดันโลหิตสูงระดับความรุนแรงน้อย ความดันโลหิตที่ต้องการคือ 120/80 ถึง 130/80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง สูงทั้งคาซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ความดันโลหิตที่ต้องการคือ ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยที่มีความดันซิสโตลิกสูงอย่างเดียว ความดันโลหิตที่ต้องการคือความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท การรักษาความดันโลหิตสูงโดยใช้ยาเป็นวิธีหนึ่งที่แนะนำให้ใช้ แต่ความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มอาการ (Hypertension syndrome) คือมีความผิดปกติในส่วนของหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ และระบบเผาผลาญ การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงไม่ได้ค้ำนึ่ง แต่การรักษาเพื่อความดันโลหิตอย่างเดียวแต่ต้องคำนึงถึงการรักษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย การรักษาความดันโลหิตสูงจึงมีทั้งการรักษาด้วยยา กับการรักษาที่ไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

## การรักษาความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา

การรักษาความดันโลหิตสูง โดยไม่ใช้ยาหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลก และ Joint National Committee for the Detection, Evaluation and Treatment of Hypertension พิจารณาให้เป็นวิธีการรักษาที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำเสมอ ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อย และใช้วิธีนี้ร่วมกับวิธีการรักษาด้วยยาในการรักษา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับปานกลางและรุนแรง ซึ่งวิธีดังกล่าวมีประโยชน์คือทำให้ลดการใช้ยา ลดอาการข้างเคียงของยาและลดค่าใช้จ่าย การรักษาโดยการไม่ใช้ยาสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 10 ถึง 15 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกได้ 6 ถึง 10 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 20 – 25 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยควบคุมความดันโลหิตให้ปกติได้ด้วยการรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการปฏิบัติตนนอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตสูงแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการปฏิบัติตนประกอบด้วยลดน้ำหนัก (ในคนที่อ้วน) ลดอาหารเค็ม จำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ออกกำลังกาย เลิกสูบบุหรี่ และการจัดการกับความเครียด การปฏิบัติตนดังกล่าวจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดผลเต็มที่ จึงแนะนำให้ปฏิบัติตนในทุกด้าน รายละเอียดของการปฏิบัติตนมีดังนี้

**การลดน้ำหนัก** การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10 – 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน มีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลง เพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อย ลดน้ำหนักได้  $\geq 4.5$  กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในระดับปกติได้ การลดน้ำหนักเป้าหมายระยะสั้นคือลดน้ำหนักลง 1 – 1.5 ปอนด์ ต่อสัปดาห์ และในระยะยาวให้ลดน้ำหนักลงอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐาน

**การลดอาหารเค็ม** การลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก การจำกัดอาหารเค็มจะช่วยลด ความดันโลหิตได้ปริมาณโซเดียมที่รับประทานในวันหนึ่ง ๆ ให้ประมาณ 2,000 มิลลิกรัม หรือต่ำกว่า

**การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว** เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การมีโคเลสเตอรอลสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

**ลดการดื่มแอลกอฮอล์** การดื่มแอลกอฮอล์ เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต คนที่ดื่มสุรามาก จะทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกสูงขึ้น และถ้าดื่มเป็นประจำทำให้ขาดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ การดื่มสุรามากในคนที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคลมปัจจุบัน

**การเลิกสูบบุหรี่** เป็นผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากอยู่แล้ว การสูบบุหรี่ด้วยยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้หญิงวัยกลางคนที่เป็นความดันโลหิตสูงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตลดลง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้อยากันเบต้า (Beta-blocker) และสูบบุหรี่ บุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยาที่ใช้ลดความดันโลหิต ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

**การออกกำลังกาย** การออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีผลทำให้ลดความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยถึงปานกลาง ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถลดความดันโลหิตได้ในระยะยาว การออกกำลังกายประจำทำให้ช่วยลดความเครียดและสุขภาพจิตดีขึ้น

**การจัดการกับความเครียด** ความเครียดทำให้เพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้ ในชีวิตประจำวันบุคคลมีประสบการณ์พบกับความเครียด การเป็นความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดได้ ผู้ป่วยอาจใช้พฤติกรรมกรกิน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นทางออกในการจัดการกับความเครียด ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น การเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรักษาความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา จากการวิจัยทดลองการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงพบว่ายาที่มีประสิทธิภาพปลอดภัย และใช้ง่าย สามารถลดความดันโลหิตสูง และควบคุมความดันในหลอดเลือดแดงได้นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย ค.ศ.1973 เริ่มแนะนำให้ใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงแบบเป็นขั้นตอน (Stepped care approach) โดยขั้นแรกใช้ยาตัวเดียว ในกลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เมื่อไม่ได้ผลจึงเลื่อนขึ้นขั้นที่ 2 คือ ใช้ยาลดความดันโลหิตสูง (Antihypertensive agent) เช่น ยากันแอกรีเนอิจิกเพิ่มเข้าไป ถ้ายังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก็ใช้ยาในขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นพวกขยายหลอดเลือด (Vasodilator) และเมื่อยังไม่ได้ผล จึงใช้ยาขั้นที่ 4 คือ กัวเนทีดิน (Guanethidine) มินอกซิดีล (Menoxidil)

#### เหตุผลในการใช้ยาขับปัสสาวะก่อน เนื่องจาก

1. พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาขับปัสสาวะสามารถลดความดันโลหิตลงได้
2. การใช้ยาขับปัสสาวะร่วมกับการจำกัดอาหารโซเดียมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยและปานกลาง มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 60 – 70 ที่สามารถลดความดันไดแอสโตลิกได้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
3. การวินิจฉัยพบว่าการใช้ยาขับปัสสาวะร่วมกับยาลดความดันตัวอื่น จะเสริมฤทธิ์กันทำให้สามารถลดการใช้ยาลดความดัน จึงช่วยลดอาการข้างเคียงของยาได้ด้วย
4. การใช้ยาลดความดันโลหิตตัวอื่นจะทำให้มีการคั่งของน้ำ การใช้ยาขับปัสสาวะร่วมกับยาลดความดันจึงช่วยป้องกันการเพิ่มปริมาณน้ำในหลอดเลือด

ในปัจจุบันมียาลดความดันโลหิตชนิดใหม่ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 7 กลุ่ม ได้แก่

1. ยาขับปัสสาวะ
2. ยากันเบต้า (Beta – adrenergic receptor blockers)
3. ยากันแอลฟา (Alpha – adrenergic receptor blockers)
4. ยาที่ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง (Centrally acting adrenergic inhibiting compounds)
5. ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme inhibitor) หรือกััน ACE (ACE inhibitor)
6. ยาต้านแคลเซียม (Calcium antagonist)
7. ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilator)

เนื่องจากยาลดความดันโลหิตสูงในปัจจุบันไม่ทำให้มีการตั้งของน้ำ และการใช้ยาขับปัสสาวะกับยากันเบต้า ทำให้มีปัญหาเกิดความผิดปกติของการเผาผลาญไขมันและกลูโคส จึงมีการเสนอให้ใช้ยา ACE inhibitor ยาต้านแคลเซียม และยากันแอลฟา ในระยะเริ่มแรกของการรักษา นอกเหนือจากยาขับปัสสาวะและยากันเบต้า

หากถือเกณฑ์เอาผลของยาต่อระบบไหลเวียนเลือด อาจแบ่งกลุ่มยาเป็น 3 กลุ่ม<sup>(32)</sup> คือ

1. กลุ่มยาขับปัสสาวะ ซึ่งมีผลในการลด Intravascular volume (Volume Depleters)
2. กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ด้านที่ระดับต่าง ๆ ของ Sympathetic Nervous system (Adrenergic Inhibitors)
3. ยากลุ่มซึ่งออกฤทธิ์ต่างกันแต่มีผลในการขยายหลอดเลือดเช่นเดียวกัน (Vasodilators)

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยตรง ยังไม่พบ แต่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต บุคลิกภาพ และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพอจะ รวบรวมได้ดังนี้

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ<sup>(33)</sup> ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรัง ซึ่งในโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตอยู่ด้วย พบว่า ความวิตกกังวลใจและซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังจะสัมพันธ์กับอายุคือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 40 – 49 และ 49 ปีลงมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในผู้ใหญ่จะวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าชายและไม่พบความแตกต่างระหว่างสถานภาพการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจระดับการศึกษาในผู้ป่วยเหล่านี้

มานพ ศิริมหาราช และคณะ<sup>(34)</sup> ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย C.V.A. ที่มีการอัมพาต โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย - หญิง อายุ 40 – 47 ปี ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยใช้แบบทดสอบ Self Rating Depression Scale (SDS) พบว่า ผู้ป่วย C.V.A. มีอัตราซึมเศร้าร้อยละ 12.264 และไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศ อาการอัมพาตของร่างกาย (ซีกซ้าย - ขวา) หรือสถานภาพการสมรส



Starkstein S.E. และคณะ<sup>(35)</sup> ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ซึ่งเกิดตามหลักผู้ที่มีพยาธิสภาพในสมองซีกขวา พบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยที่ศึกษามีอารมณ์ซึมเศร้า หลังจากมีพยาธิสภาพ ส่วนที่เหลือจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางครึ่งแครง ราวครึ่งผิดปกติ และในผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า จะสัมพันธ์กับการมีประวัติของโรคทางจิตเวชในครอบครัวด้วย

พวงน้อย อรุณ<sup>(15)</sup> ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จากโรคของหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกชาย - หญิง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกประสาทวิทยาของ โรงพยาบาลประสาทพญาไท และโรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 70 คน โดยใช้แบบทดสอบ SCL - 90 พบปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 71.43 และอัตราจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ Eepression และ Phobia anseicty คือร้อยละ 58 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ และผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพเดิมเป็นคนหงุดหงิดง่าย มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 81.25

นันทิกา ทวีชาติ, กรมสุขภาพจิต, สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร <sup>(36)</sup> ได้ร่วมสำรวจความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี โดยมีประชากรตัวอย่างทั้งหมด 2,948 ราย ใช้แบบสอบถามที่ใช้ในการคัดกรองโรคและการวินิจฉัยทางโรคจิต (Screening and Diagnostic Test for Mental disorders) ผลการศึกษาผลดังนี้ การค้นหาความชุกของความผิดปกติทางโรคจิตต่าง ๆ พบว่า โรคจิตเภท พบร้อยละ 1.3 โรคประสาท, วิตกกังวลชนิดต่าง ๆ พบร้อยละ 10.9 การฆ่าตัวตายพบร้อยละ 7.1 โรคลมชัก พบร้อยละ 1.3 เป็นต้น การสำรวจความรู้ เจตคติ ทักษะ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตพบว่า ความรู้เจตคติส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีพอใช้ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพยังมีข้อบกพร่องที่สมควรดำเนินการอีกหลายอย่าง

บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ<sup>(37)</sup> ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป และกลุ่มนักธุรกิจในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ โดยศึกษาประชาชนทั่วไป 410 ราย และกลุ่มธุรกิจจำนวน 610 ราย โดยการสุ่มจากสมุดโทรศัพท์ทุกเขตในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และจากรายชื่อผู้ประกอบการและลูกจ้างของบริษัทการเงินที่มีปัญหาด้านการประกอบการจำนวน 58 แห่ง โดยการโทรศัพท์สอบถามตามแบบสอบถามที่กรมสุขภาพจิตสร้างขึ้น ผลสูงร้อยละ 39.5 และมีความคิด ฆ่าตัวตาย 4.6 ในกลุ่มธุรกิจประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 69.2 มีความเครียดสูง ร้อยละ 36.12 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 2.1

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวัลภา วงศ์สารศรี<sup>(38)</sup> ได้ร่วมกันศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติโดยกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยที่มาที่คลินิกเวชศาสตร์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 750 คน คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้แบบ GHQ 28 ฉบับภาษาไทย และ ผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ได้รับการตรวจโดยแพทย์ใช้ทุน 15 คน เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีปัญหาจิตเวชหรือไม่ ผลการศึกษาพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 57 โดยใช้แบบคัดกรองและร้อยละ 18 จากการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์

ศูนย์สุขภาพจิตเขต 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>(39)</sup> ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยระดับจังหวัดในเขตการสาธารณสุขที่ 5 โดยศึกษาแบบสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 5 จังหวัดได้แก่จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และมหาสารคาม จำนวน 2,548 คน จากการสำรวจพบว่า จังหวัดบุรีรัมย์ ประชาชนมีอาการของโรคประสาทเกิดขึ้นบ่อย ๆ มากที่สุดในเขต 5 คือร้อยละ 35.2 และยังพบความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาเพียงจังหวัดเดียวในเขต 5 คือ ร้อยละ 5.5 รวมทั้งคนในครอบครัว พุดถึงหรือพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 2.4

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ

เบญจพร ปรีชพันธุ์<sup>(40)</sup> ศึกษาบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของธนาคารไทยพาณิชย์ในประเทศไทย 6 แห่ง จำนวน 186 คน โดยใช้แบบสอบถาม และทดสอบแบบ MPI (The Maudsley Personality Inventory) พบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของธนาคารไทยพาณิชย์ในประเทศไทยส่วนใหญ่ 82.26% มีบุคลิกภาพชอบแสดงตัว และมีอารมณ์ที่มั่นคง มีเจ้าหน้าที่เพียงบางส่วน 13.98% มีบุคลิกภาพที่ชอบเก็บตัว และมีความมั่นคงทางอารมณ์ และจำนวนเล็กน้อย 3.76% มีบุคลิกภาพที่ชอบแสดงตัว และไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับหัวหน้างาน และระดับผู้ปฏิบัติการมีบุคลิกภาพไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลชายแตกต่างจากบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จิตภา พวงเพชร<sup>(41)</sup> ศึกษาบุคลิกภาพของผู้เสพยาบ้าที่มารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 165 คน โดยใช้แบบสอบถาม และแบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI (The Maudsley Personality Inventory) พบว่า บุคลิกภาพของผู้เสพยา

ยาบ้าส่วนใหญ่ มีบุคลิกภาพด้านพฤติกรรมเป็นแบบปานกลาง ร้อยละ 70.9 รองลงมาเป็นแบบเก็บตัว ร้อยละ 21.8 และน้อยที่สุด คือ แบบแสดงออก ร้อยละ 7.3 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของบุคลิกภาพมีแนวโน้มไปในทางเก็บตัว ส่วนบุคลิกภาพด้านอารมณ์ส่วนใหญ่เป็นแบบปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นแบบหวั่นไหวง่าย ร้อยละ 30.3 และน้อยที่สุด คือ แบบมั่นคง ร้อยละ 3.0 ค่าเฉลี่ยคะแนนของบุคลิกภาพด้านอารมณ์มีแนวโน้มไปในทางแบบหวั่นไหวง่าย

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์<sup>(42)</sup> ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย อายุ 40 – 70 ปี จำนวน 100 คน เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน ที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ 12 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน ผลวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ในความรุนแรง มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองมีความสามารถในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง มีความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความตั้งใจมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ส่วนความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนตามความหวังในประสิทธิผล อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง

สุทิน คำชาย<sup>(43)</sup> ได้ศึกษาผลของการสอนสุขภาพที่บ้าน ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแผนการสอน คู่มือ แผ่นพับความรู้ต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการสอนสุขภาพที่บ้าน ภายหลังจากการสอน สูงกว่าก่อนที่จะมีการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขภาพที่บ้านภายหลัง

การสอนสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .5

เรือเอกหญิงธิดาทิพย์ ชัยศรี<sup>(44)</sup> ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการตรวจรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ดากสิน และศิริราช จำนวน 160 ราย เครื่องมือการวิจัย ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี และควรส่งเสริมให้ดีขึ้น ส่วนการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพและระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ร้อยละ 16.829 ( $P < .05$ )

อรสา พันธุ์ภักดี<sup>(30)</sup> ได้ทำการศึกษา กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ วัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการให้ความหมายของความดันโลหิตสูง และกระบวนการดูแลตนเองเมื่อรับรู้ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 29 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของตนเองเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) ความดันโลหิตสูงเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับ “ เลือด ” และ “ ประสาท ” 2) ความดันโลหิตสูงกับการเป็นอัมพาต 3) ความดันโลหิตสูงจากโรคที่รักษาหาย สูโรคที่รักษาไม่หาย 4) ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุ การให้ความหมายต่อความดันโลหิตสูงดังกล่าวมีผลต่อการดูแลตนเอง

ส่วนการจัดการดูแลตนเองเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง เป็นกระบวนการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1) เมื่อได้รู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองในรูปแบบปฏิบัติตนตามแผนการรักษา, ระยะที่ 2) เมื่อรับรู้ความดันโลหิตสูงรักษาหายได้ ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองในรูปแบบการใช้วิธีบำบัดทางเลือก, ระยะที่ 3) เมื่อรับรู้ว่ามีชีวิตเสี่ยงต่ออันตราย ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองในรูปแบบปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด, ระยะที่ 4) เมื่อรับรู้ว่ามีโรคประจำตัว ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองในรูปแบบการปฏิบัติตนตนอย่างยืดหยุ่น การจัดการดูแลตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงแบบการจัดการดูแล ตนเองจาก

ระดับพื้นฐานสู่ระดับที่สูงขึ้นตามการเรียนรู้จากประสบการณ์ความเจ็บป่วย และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

Power & Jolowice<sup>(45)</sup> รายงานว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดเป็นตัวทำนายการควบคุมความดันโลหิตและการปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง โดยพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตและปรับตัวได้ดี มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ พยายามเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Descriptive Study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย (Target Population)** คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

**ประชากรที่ศึกษา (Study Population)** คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมานานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ไม่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ แทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น และไม่เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ภายใน 6 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล

**กลุ่มตัวอย่าง (Sample)** คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายจนครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง คือ

$$\text{โดยใช้สูตร Yamanae}^{(46)} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนในระดับนัยสำคัญ 0.05

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไปรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปี 2542 จำนวน 860 คน ปี พ.ศ.2543 จำนวน 1,309 คน และปี พ.ศ. 2544 จำนวน 1,940 คน (จำนวนเฉลี่ยของผู้มารับบริการ 3 ปี = 1,369 คน)

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1,369}{(1 + (1,369) 0.05)^2}$$

ขนาดตัวอย่าง = 309 ราย

และเพื่อเพิ่มความเชื่อถือของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดอีก 20 % เป็น 368 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามซึ่งมี 4 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต

แบบสอบถามสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต SCL-90 (Symptom Checklist) ซึ่ง ละเอียด ชูประยูร<sup>(47)</sup> ได้แปลมาจาก Leonard R Derogatis & Ronald S Lipman เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง มีจำนวน 90 ข้อ ประกอบด้วยกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงลักษณะปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกาย (Somatization) เป็นความเจ็บป่วยทางร่างกายอันเนื่องมาจากปัญหาด้านจิตใจ ความไม่สบายใจ ความทุกข์หรือความยุ่งยากในใจ โดยไม่มีพยาธิสภาพ ซึ่งมีอาการในระบบไหลเวียน ระบบทางเดินอาหาร ระบบหายใจ และระบบอื่น ๆ โดยจะมีอาการ เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ ปวดหลัง เจ็บปวดและตึงเครียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58

2. การย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการกระทำและการมีความคิดซ้ำ ๆ ที่รบกวนจิตใจและไม่ต้องการให้เกิดขึ้นแต่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,9,10,28,38,45,46,51,55,65

3. ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกบกพร่องหรือมีความรู้สึกที่ตนเองมีปมด้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นๆ ทำให้รู้สึก อึดอัด และยากลำบากในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6,21,34,36,37, 41,61,69,73

4. ซึมเศร้า (Depression) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกเศร้า เช่น หดความสนใจ ในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีแรงจูงใจ สูญเสียพลังกำลัง แยกตัว ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง คิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79

5. วิตกกังวล (Anxiety) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น ภาวะวุ่นวาย นิ่งไม่ติดที่ กลัว ประหม่า ตึงเครียด และมีอาการทางกายที่เกิดขึ้น เช่น อาการสั่น หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86

6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกโกรธแค้น ชุนเคือง ไม่เป็นมิตร ขัดแย้ง ก้าวร้าว ทำลาย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11,24,63,67,74,81

7. ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว เฉพาะที่มีต่อบุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ อย่างไม่เห็นเหตุผลการเกิดความจริง ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านี้ เช่น กลัวฝูงชน ที่โล่งแจ้ง ที่สาธารณะ เป็นต้น จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 13,25,47,50,70,75,82

8. ความรู้สึกหวาดระแวง (Paranoid Ideation) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึง ความไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความระแวงสงสัย การโทษบุคคลอื่น ความหลงผิดคิดมักใหญ่ ใฝ่สูง คิดว่าตนเองสำคัญเหนือผู้อื่น ทำให้ผู้สูญเสียการควบคุมตนเอง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8,18,43,68,76,83

9. พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism) เป็นพฤติกรรมที่แสดงหรือบ่งชี้ถึง ความผิดปกติทางจิต โดยปรากฏอาการที่ยังไม่แสดงออกชัดเจนจนถึงอาการที่แสดงออกอย่างชัดเจน เช่น อาการแยกตัวเอง หนีจากสังคม หูแว่ว คิดว่าตนถูกความคิดจากภายนอกมาควบคุม จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน Likert Scale แบ่งเป็น 5 ระดับ ที่แสดงว่าปัญหานี้รบกวนผู้ตอบแบบสอบถามปริมาณมากเพียงใดในรอบ 1 เดือน โดยให้ความหมายดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยมีความทุกข์หรือปัญหาเกี่ยวกับอาการในข้อคำถามเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	มีความทุกข์หรือปัญหาเกี่ยวกับอาการในข้อคำถามอยู่บ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ และเป็นจำนวนน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	มีความทุกข์หรือปัญหาเกี่ยวกับอาการในข้อคำถามค่อนข้างสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนพอประมาณ ไม่รุนแรงมากนัก
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	มีความทุกข์หรือปัญหาเกี่ยวกับอาการในข้อคำถามนั้นสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนพอประมาณจนถึงมาก
มากที่สุด	หมายถึง	มีความทุกข์หรือปัญหาเกี่ยวกับอาการในข้อคำถามนั้นอย่างมากทั้งความถี่และความรุนแรง

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่มี	ให้คะแนนเท่ากับ	0	คะแนน
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	1	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	2	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	3	คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	4	คะแนน

โดยลักษณะภาวะสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน จะมีคะแนนรวมจากต่ำสุดถึงสูงสุดตามลำดับ ดังนี้

ความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกาย	มีจำนวน 12 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 48)	คะแนน
การย่ำคิดย่ำทำ	มีจำนวน 10 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 40)	คะแนน
ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น	มีจำนวน 9 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 36)	คะแนน
ซึมเศร้า	มีจำนวน 13 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 52)	คะแนน
วิตกกังวล	มีจำนวน 10 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 40)	คะแนน
ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	มีจำนวน 6 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 24)	คะแนน
ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล	มีจำนวน 7 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 28)	คะแนน
ความรู้สึกหวาดระแวง	มีจำนวน 6 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 24)	คะแนน
พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต	มีจำนวน 10 ข้อ	คะแนนเท่ากับ (0 – 40)	คะแนน

#### เกณฑ์การแปลผล

นำคะแนนเฉลี่ยของลักษณะภาวะสุขภาพจิตในแต่ละด้าน เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของบุคคลทั่วไป หากด้านใดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ถือว่ามีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ ในด้านนั้น

(โดยคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน ได้จากการนำคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามในด้านนั้น) ซึ่งเกณฑ์ปกติที่คณะผู้วิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระยาได้ศึกษาและจัดทำไว้มีดังนี้<sup>(47)</sup>

ปัญหาสุขภาพจิต	เกณฑ์ปกติ
1. ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย	0.10 – 1.30
2. การย่ำคิดย้ำทำ	0.61 – 1.81
3. ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น	0.08 – 1.79
4. ซึมเศร้า	0.42 – 1.43
5. วิตกกังวล	0.14 – 1.91
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	0.14 – 1.39
7. ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล	0.18 – 1.21
8. ความรู้สึกหวาดระแวง	0.28 – 1.71
9. พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต	0.03 – 1.28

### การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบทดสอบ SCL-90 นี้ ได้รับการหาเกณฑ์มาตรฐาน หาความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) แล้ว โดยผู้วิจัยหลายท่าน และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงตรง โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9287

**ส่วนที่ 3** แบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI (The Maudsley Personality Inventory)<sup>(40)</sup> โดย H.J. Eysenck ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ เป็น Self-rating scale โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับลักษณะนิสัยของตนเอง โดยตอบ “ใช่” “?”(ไม่แน่ใจ) และ “ไม่ใช่” แบ่งเป็น Extraversion - Introversion Scale ประกอบด้วย ข้อคำถาม 24 ข้อ และ Neuroticism-Stability Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ บุคลิกภาพแต่ละแบบมีลักษณะดังต่อไปนี้



Extraversion - เปิดเผย หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ชอบเข้าสังคม ทำอะไรไม่ใคร่ระมัดระวัง ชอบกิจกรรมที่ให้ความตื่นเต้น สนุกสนาน ร่าเริง ไม่จำเจ มองโลกในแง่ดี และเป็นคนที่แสดงอารมณ์และความรู้สึกอย่างเปิดเผย

Introversion - เก็บตัว หมายถึง ลักษณะบุคลิกภาพที่ตรงข้ามกับเปิดเผย คือ ชอบเก็บตัว ทำอะไรเต็มไปด้วยความระมัดระวังและมักมีแผนการล่วงหน้า อาจเป็นคนเอาจริงจัง เจ้าระเบียบ ไม่ใคร่แสดงอารมณ์ความรู้สึก ไม่ชอบกิจกรรมที่ตื่นเต้นโลดโผน และอาจมองโลกในแง่ร้าย

Neuroticism - หวั่นไหว หมายถึง ลักษณะบุคลิกภาพที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย คิดมาก มีความโน้มเอียงที่จะเป็นโรคประสาทได้ง่ายเมื่อมีปัญหาและเตือนอารมณ์ และมีการบ่นถึงอาการทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวล

Stability - มั่นคง หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งแสดงถึงการมีสุขภาพจิตดี และตรงข้ามกับ Neuroticism

### เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 scale คือ scale-E และ scale-N ตามคู่มือที่กำหนดไว้แต่ละ scale แต่ถ้าตอบตรงกับ scale ใด scale หนึ่งในแต่ละข้อในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จะได้คะแนนข้อละ 2,0 คะแนน แต่ถ้าตอบ “?” จะได้คะแนน 1 คะแนน และหากผู้ตอบตอบในช่อง “?” มากกว่า 10 ข้อ ถือว่าคำตอบในฉบับนั้น ไม่สามารถนำมาประเมินได้ ให้ทำการทดสอบซ้ำโดยผู้ทดสอบอ่านให้ผู้รับการทดสอบฟังแล้วให้ตอบที่ละข้อจนจบ นำคะแนนดังกล่าวมาเทียบกับคะแนนเฉลี่ยเพื่อดูว่ามีบุคลิกภาพเป็นแบบใด

สำหรับการประเมินบุคลิกภาพจะเป็นไปตามแบบเครื่องมือของการทดสอบ MPI คือ นำไปเทียบกับคะแนนมาตรฐานของกลุ่มมาตรฐานซึ่งมี 4 แบบ ดังนี้

1. บุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัว (Introversion) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-E ต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน
2. บุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัว (Extraversion) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-E มากกว่า หรือเท่ากับกลุ่มมาตรฐาน
3. บุคลิกภาพแบบไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-N มากกว่า หรือ เท่ากับกลุ่มมาตรฐาน
4. บุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน scale-N ต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน

## การหาคุณภาพของเครื่องมือ

### ความตรง (Validity)

Bening ได้หาค่าความตรง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าใน Scale วัดด้านการแสดงตัว-เก็บตัว มีค่าความตรงเท่ากับ 0.64-0.78

### ความเที่ยง (Reliability)

ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์<sup>(48)</sup> หาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest กับกลุ่มนักเรียนนายเรืออากาศ จำนวน 59 นาย ได้ค่าความเที่ยงของ Scale-E เท่ากับ 0.91 Scale-N เท่ากับ 0.90

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่า Scale-E เท่ากับ .08348 Scale-N เท่ากับ 0.8838

**ส่วนที่ 4** แบบบันทึกระดับความดันโลหิต และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการคัดลอกจากในประวัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 4 ข้อ โดยจะสอบถามถึง ระดับความดันโลหิต, การควบคุมความดันโลหิต, การรับประทานยา และยาที่ได้รับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานเข้าพบกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อขออนุญาตขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล
3. เข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือโดยผู้วิจัยขอใช้เวลาช่วงที่ผู้ป่วยรอแพทย์ตรวจในการเก็บข้อมูลที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์
4. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จแล้วเก็บแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
6. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้องพร้อมทั้งทำการลงรหัสและบันทึกข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/pc+

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะประชากร
2. ใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson Product Moment Correlation Coefficiency) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับภาวะสุขภาพจิต
4. ใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- 1.2 บุคลิกภาพของผู้ป่วย
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

#### ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

- 2.1 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย
- 2.2 ปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน

#### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

- 3.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย
- 3.2 ความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย
- 3.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย
- 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพด้านอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิต
- 3.5 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

### 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (368 คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	191	51.9
ชาย	177	48.1
<b>อายุ (ปี)</b>		
น้อยกว่า 40	16	4.3
41-50	54	14.7
51-60	96	26.1
61-70	134	36.4
มากกว่า 70	68	18.5
[ค่าเฉลี่ย 60.79] [ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.02]		
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	367	99.7
อิสลาม	1	0.3
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	13	3.5
คู่	309	84.0
ม่าย	43	11.7
หย่า/แยกกันอยู่	3	0.8



ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (368 คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	39	11.5
ประถมศึกษา	253	68.8
มัธยมศึกษา	45	12.4
อนุปริญญา	7	1.8
ปริญญาตรี	24	5.6
<b>อาชีพ</b>		
งานบ้าน	75	20.4
เกษตรกร	201	54.6
รับจ้าง	36	9.8
ค้าขาย	27	7.3
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	26	7.9
<b>ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน</b>		
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้	68	18.5
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	249	67.6
พอใช้และเหลือเก็บ	51	13.8

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงร้อยละ 51.9 เพศชาย ร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยสูงอายุ และวัยผู้ใหญ่ คือ อายุ 61-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.4 รองลงมาคือ 51-60 ปี ร้อยละ 26.1 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 18.5 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 14.7 และอายุน้อยกว่า 40 ปี มีเพียงร้อยละ 4.3 โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 60.79 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 11.02 ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธถึง ร้อยละ 99.7 มีเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้นที่นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคู่ร้อยละ 84.0 ว่างร้อยละ 11.7 โสดร้อยละ 3.5 และหย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 0.8

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 12.4 ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 11.5 อนุปริญญา ร้อยละ 1.8 และปริญญาตรี ร้อยละ 5.6 อาชีพส่วนใหญ่ผู้ป่วยประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.6 รองลงมาคือ งานบ้าน ร้อยละ 20.4 รับจ้าง ร้อยละ 9.8 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 7.9 และค้าขายน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 7.3 ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนของผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 67.7 พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ อีกร้อยละ 18.5 ไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้ มีเพียงร้อยละ 13.8 เท่านั้นที่พอ ใช้ และเหลือเก็บ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1.2 บุคลิกภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพ	จำนวน (368 คน)	ร้อยละ
Scale E		
- แบบเก็บตัว (Introversion)	214	58.2
- แบบแสดงตัว (Extraversion)	154	41.8
[ค่าเฉลี่ย 32.39] [ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.58]		
Scale N		
- แบบอารมณ์มั่นคง (Stability)	165	44.8
- แบบอารมณ์อ่อนไหว (Neuroticism)	203	55.2
[ค่าเฉลี่ย 28.59] [ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.8269]		

E-scale(Extraversion-Introversion Scale)มีค่าเฉลี่ย=32.39,ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=8.58

N-Scale(Neuroticism-Stability Scale) มีค่าเฉลี่ย=28.59,ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=10.82

เมื่อนำคะแนนไปเปรียบเทียบกับคะแนนค่าเฉลี่ยแล้วจะพบว่า สามารถแบ่งบุคลิกภาพของผู้ป่วยออกได้เป็น 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. บุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัว (Introversion) คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน E Scale น้อยกว่า 32.39
2. บุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัว (Extraversion) คือผู้ป่วยที่ได้คะแนน E scale มากกว่าหรือเท่ากับ 32.39
3. บุคลิกภาพแบบมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน N Scale น้อยกว่า 28.59
4. บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน N Scale มากกว่าหรือเท่ากับ 28.59

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีบุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัว (Introversion) ร้อยละ 58.2 และบุคลิกภาพแบบ อ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) ร้อยละ 55.2

### 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และการควบคุมความดันโลหิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (368 คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>		
1 - 3 1/2 ปี	246	66.8
≥ 3 1/2 - 6 1/2 ปี	67	18.2
≥ 6 1/2 - 9 1/2 ปี	16	4.3
9 1/2 ปีขึ้นไป	39	10.6
<b>ระดับความดันโลหิต*</b>		
Diastolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	253	68.8
Diastolic 90-104 มิลลิเมตรปรอท	91	24.7
Diastolic 105-119 มิลลิเมตรปรอท	17	4.6
Diastolic 120-129 มิลลิเมตรปรอท	3	0.8
Diastolic > 130 มิลลิเมตรปรอท	4	1.1
<b>การควบคุมความดันโลหิต**</b>		
- ควบคุมความดันโลหิตได้ดี / คงที่	253	68.8
- ควบคุมความดันโลหิตไม่ดี / ไม่คงที่	115	31.2

\* ระดับความดันโลหิตหลังได้รับการรักษาด้วยมาแล้วมากกว่า 1 ปี (ระดับความดันโลหิตวันที่เก็บข้อมูล) โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค<sup>(31)</sup>

\*\* แบ่งตามระดับความดันโลหิต โดยการควบคุมความดันโลหิตได้ดี / คงที่ หมายถึง การที่ Diastolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และอยู่ในระดับคงที่มากกว่า 6 ครั้งขึ้นไปของการมารับบริการภายใน 1 ปี

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.8 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน 1-3 ½ ปี ร้อยละ 18.2 เป็นมา  $\geq 3 \frac{1}{2} - 6 \frac{1}{2}$  ปี ร้อยละ 10.6 เป็นมากกว่า 9 ½ ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มา  $\geq 6 \frac{1}{2} - 9 \frac{1}{2}$  ปี มีเพียงร้อยละ 4.3 ระดับความดันโลหิตพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (Diastolic) ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 68.8 รองลงมาอยู่ระหว่าง 90-104 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 24.7 ระดับ 105-119 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 4.6 ระดับมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ร้อยละ 1.1 และน้อยที่สุดคือ ระดับความดันโลหิตตัวล่างอยู่ที่ 120-129 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 0.8 นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี / คงที่ ร้อยละ 68.8 และมีเพียงร้อยละ 31.3 ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี / ไม่คงที่

#### ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามการรับประทานยาและยาที่ได้รับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (368 คน)	ร้อยละ
<b>การรับประทานยา*</b>		
- รับประทานยาสม่ำเสมอ/มารับการรักษาสม่ำเสมอ	319	86.7
- รับประทานยาสม่ำเสมอ/มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ พยายามรับประทานเอง	49	13.3
<b>ยาที่ได้รับ</b>		
- ยาลดความดันโลหิตอย่างเดียว	149	40.5
- ยาลดความดันโลหิตร่วมกับกลุ่มยาอื่น เช่น ยาบำรุง	219	59.5
<b>ยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ**</b>		
- ยากลุ่ม Volume Depleters	241	65.5
- ยากลุ่ม Adrenergic Inhibitors	27	7.3
- ยากลุ่ม Vasodilators	100	27.2

\* ดูจากประวัติการมาตามนัดร่วมกับการสัมภาษณ์ ถ้าผู้ป่วยมารับยาตามนัดจำนวน 6 ครั้งขึ้นไป ของจำนวนการมารับบริการภายใน 1 ปี และรับประทานยาสม่ำเสมอ ถือว่ารับประทานยาสม่ำเสมอ

\*\* แบ่งกลุ่มยาตามผลของยาต่อระบบไหลเวียนโลหิต<sup>(32)</sup>



จากตารางที่ 4 การรับประทานยาของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอ / มารับการรักษาสม่ำเสมอถึงร้อยละ 86.7 มีเพียงร้อยละ 13.3 เท่านั้นที่รับประทานยาสม่ำเสมอ / มารับการรักษาสม่ำเสมอ ซึ่งยาที่รับประทานเอง

ยาที่ผู้ป่วยได้รับคือ ยาลดความดันโลหิตซึ่งผู้ป่วยที่ได้ยาลดความดันโลหิตอย่างเดียว ร้อยละ 40.5 และได้รับยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาอื่น ร้อยละ 59.5 โดยยาลดความดันโลหิตที่ได้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มยา Volume depleters ร้อยละ 65.5 ยากลุ่ม Vasodilators ร้อยละ 27.2 และยากลุ่ม Adrenergic inhibitors ร้อยละ 7.3 ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจได้ยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 กลุ่ม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

### 2.1 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยตามภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (368 คน)	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพจิตปกติ	304	82.6
มีปัญหาสุขภาพจิต	64	17.4

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 และผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 17.4

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2.2 ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยทั้ง 9 ด้าน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้าน

ปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน (368 คน)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	304	82.6
มี ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย	43	11.7
มี การย่ำคิดย่ำทำ	12	3.3
มี ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น	11	3.0
มี ซึมเศร้า	22	6.0
มี วิตกกังวล	5	1.4
มี ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	5	1.4
มี ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล	30	8.2
มี ความรู้สึกหวาดระแวง	13	3.5
มี พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต	5	2.7

จากตารางที่ 6 ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า มีปัญหาความรู้สึกผิดปกติของร่างกายมากที่สุดคือ ร้อยละ 11.7 รองลงมาคือความกลัวโดยไม่มีเหตุผลร้อยละ 8.2 มีซึมเศร้า ร้อยละ 6.0 มีความรู้สึกหวาดระแวง ร้อยละ 3.5 มีการย่ำคิดย่ำทำ ร้อยละ 3.3 มีพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต ร้อยละ 2.7 มีความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่นร้อยละ 3.0 และน้อยที่สุดคือ มีความรู้สึกไม่เป็นมิตรและความวิตกกังวลเท่ากันคือร้อยละ 1.4

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตั้งแต่ 1 ด้าน ถึง 9 ด้าน

ปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน (368 คน)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	304	82.6
มีปัญหาสุขภาพจิต 1 ด้าน	37	10.1
มีปัญหาสุขภาพจิต 2 ด้าน	9	2.4
มีปัญหาสุขภาพจิต 3 ด้าน	6	1.6
มีปัญหาสุขภาพจิต 4 ด้าน	1	0.3
มีปัญหาสุขภาพจิต 5 ด้าน	1	0.3
มีปัญหาสุขภาพจิต 6 ด้าน	5	1.4
มีปัญหาสุขภาพจิต 7 ด้าน	1	0.3
มีปัญหาสุขภาพจิต 8 ด้าน	4	1.1

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต 1 ด้าน ร้อยละ 10.1 รองลงมาคือมีปัญหาสุขภาพจิต 2 ด้าน ร้อยละ 2.4 มีปัญหาสุขภาพจิต 3 ด้าน ร้อยละ 1.6 มีปัญหาสุขภาพจิต 6 ด้าน ร้อยละ 1.4 มีปัญหาสุขภาพจิต 8 ด้าน ร้อยละ 1.1 และน้อยที่สุดคือมีปัญหาสุขภาพจิต 4 ด้าน 5 ด้าน และ 7 ด้าน คือร้อยละ 0.3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

#### 3.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต				$\chi^2$	df	p-value
	ภาวะสุขภาพจิตปกติ		มีปัญหาสุขภาพจิต				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>							
หญิง	163	53.6	28	51.9	2.062	1	.097
ชาย	141	46.4	36	48.1			
<b>อายุ (ปี)</b>							
น้อยกว่า 40 ปี	16	5.3	0	0	3.428	2	.171
40-60 ปี	123	40.5	27	42.2			
60 ปีขึ้นไป	165	54.3	37	57.8			
<b>สถานภาพสมรส</b>							
โสด	13	4.3	0	0	4.111	2	.128
คู่	256	84.2	53	82.8			
ม่าย/แยกกันอยู่	35	11.5	11	17.2			
<b>ระดับการศึกษา</b>							
ไม่ได้ศึกษา	36	11.8	3	4.7	4.094	3	.251
ประถมศึกษา	203	66.8	50	68.8			
มัธยมศึกษา	39	12.8	6	9.4			
ปริญญาตรี	26	8.6	5	7.8			



ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล  
กับภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต				$\chi^2$	df	p-value
	ภาวะสุขภาพจิตปกติ		มีปัญหาสุขภาพจิต				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อาชีพ</b>							
งานบ้าน	65	21.4	10	15.6	7.729	4	.102
เกษตรกร	158	52.0	43	67.2			
รับจ้าง	29	9.5	7	10.9			
ค้าขาย	26	8.6	1	1.6			
รับราชการหรือ	26	8.6	3	4.7			
รัฐวิสาหกิจ							
<b>ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน</b>							
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้	49	16.1	19	29.7	7.617	2	.022*
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	201	68.8	40	62.5			
พอใช้และเหลือเก็บ	46	15.1	5	7.8			

\* p < .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับภาวะสุขภาพจิต

อาชีพ	ภาวะสุขภาพจิต				$\chi^2$	df	p-value
	ภาวะสุขภาพจิตปกติ		มีปัญหาสุขภาพจิต				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เกษตรกร	158	52.0	43	67.2	4.934	1	.018*
ไม่ใช่เกษตรกร	146	48.0	21	32.8			

\* p < .05

จากตารางที่ 8 - 9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square) พบว่ารายได้และอาชีพเกษตรกรมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

### 3.2 ความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับภาวะสุขภาพจิต

บุคลิกภาพ	ภาวะสุขภาพจิต				$\chi^2$	df	p-value
	ภาวะสุขภาพจิตปกติ		มีปัญหาสุขภาพจิต				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>E – Scale</b>							
- แบบเก็บตัว	128	42.1	26	40.6	.148	1	.471
- แบบแสดงออก	176	57.9	38	59.4			
<b>N – Scale</b>							
- แบบมั่นคงทางอารมณ์	49	49.0	16	25.0	12.32	1	0.00**
- แบบอ่อนไหวทางอารมณ์	155	51.0	48	75.0	6		

\*\* p < .01

จากตารางที่ 10 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับภาวะสุขภาพจิต ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) พบว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ และแบบมั่นคงทางอารมณ์ (N-Scale) มีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวและแบบแสดงออก (E Scale) อย่างชัดเจน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ และแบบมั่นคงทางอารมณ์ (N-Scale) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว และแบบแสดงออก (E Scale) พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

### 3.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค ความดันโลหิตสูง	ภาวะสุขภาพจิต				$\chi^2$	df	p-value
	ภาวะสุขภาพจิตปกติ		มีปัญหาสุขภาพจิต				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ระยะเวลาการเป็นโรค</b>							
<b>ความดันโลหิตสูง</b>							
1 - 3 ½ ปี	208	68.4	38	59.4	7.282	3	.063
≥ 3 ½ - 6 ½ ปี	57	18.8	10	15.6			
≥ 6 ½ - 9 ½ ปี	10	3.3	6	9.4			
9 ½ ปี ขึ้นไป	29	9.5	10	15.6			
<b>ระดับความดันโลหิต</b>							
- ความดันโลหิตปกติ (Diastolic ≤ 90 มิลลิเมตรปรอท)	200	65.8	53	82.8		1	.004**
- ความดันโลหิตสูง (Diastolic > 90 มิลลิเมตรปรอท)	104	34.2	11	17.2			
<b>การควบคุมความดันโลหิต</b>							
- ควบคุมความดันโลหิตได้ดี / คงที่	172	56.6	36	56.3	.002	1	.534
- ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี / ไม่คงที่	132	43.3	28	43.8			

ตารางที่ 11 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง	ภาวะสุขภาพจิต				$\chi^2$	df	p-value
	ภาวะสุขภาพจิตปกติ		มีปัญหาสุขภาพจิต				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>การรับประทานยา</b>							
- รับประทานยาสม่ำเสมอ	261	85.9	58	90.6	1.042	1	.210
- รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	43	14.1	6	9.4			
<b>ยาที่ได้รับ</b>							
- กลุ่มยาลดความดันโลหิต	118	38.8	31	48.4	2.031	1	.100
- กลุ่มยาลดความดันโลหิต และมียาอื่นร่วมด้วย เช่น ยาบำรุง	186	61.2	33	15.1			

\*\* p < .01

จากตารางที่ 11 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะสุขภาพจิต ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) พบว่า ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะเวลาของการเป็นความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยา และยาที่ได้รับ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต



ตารางที่ 12 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
บุคลิกภาพและปัญหาสุขภาพจิต

ตัวแปร	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกาย	.00	3.75	.73	.51
อาการย้ำคิดย้ำทำ	.00	2.90	.78	.49
ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น	.00	2.33	.49	.41
ซึมเศร้า	.00	2.85	.55	.42
วิตกกังวล	.00	2.70	.61	.43
ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	.00	3.50	.38	.34
ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล	.00	3.43	.54	.51
ความรู้สึกหวาดระแวง	.00	4.33	.49	.54
พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิตกกังวล	.00	2.10	.36	.32
บุคลิกภาพแบบเก็บตัว	33.00	46.00	38.31	3.38
บุคลิกภาพแสดงตัว	4.00	32.00	24.17	6.60
บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์	29.00	48.00	36.61	4.67
บุคลิกภาพมั่นคงทางอารมณ์	.00	28.00	18.27	7.91

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม และบุคลิกภาพด้านอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับภาวะสุขภาพจิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficiency)

ตารางที่ 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) ปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้าน

ปัญหาสุขภาพจิต (n=368)	บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม(E Scale)			
	แบบเก็บตัว		แบบแสดงตัว	
	r	p-value	r	p-value
ความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกาย	.108	.181	.029	.670
อาการย้ำคิดย้ำทำ	.264**	.001	-.013	.855
ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น	.257**	.001	.002	.981
ซึมเศร้า	.140	.082	-.009	.896
วิตกกังวล	.297**	.000	-.019	.777
ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	.029**	.009	.013	.851
ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล	.149	.065	-.016	.815
ความรู้สึกหวาดระแวง	.329**	.000	.047	.493
พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต	.199*	.014	.017	.803

\*Correlation is significant at the .05 level ( 2-tailed)

\*\*Correlation is significant at the .01 level ( 2-tailed)

ตารางที่ 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) ปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้าน

ปัญหาสุขภาพจิต (n=368)	บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)			
	แบบอ่อนไหวทางอารมณ์		แบบมั่นคงทางอารมณ์	
	r	p-value	r	p-value
ความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกาย	.206**	.008	.298**	.000
อาการย้ำคิดย้ำทำ	.390**	.000	.343**	.000
ความรู้สึกบงการหรือถูกควบคุมโดยผู้อื่น	.392**	.000	.247**	.000
ซีมีเศร้า	.393**	.000	.287**	.000
วิตกกังวล	.284**	.000	.329**	.000
ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	.298**	.000	.132**	.061
ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล	.225**	.004	.223**	.001
ความรู้ สึกหวาดระแวง	.382**	.000	.213**	.002
พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิตกกังวล	.441**	.000	.274**	.000

\*Correlation is significant at the .05 level ( 2-tailed)

\*\*Correlation is significant at the .01 level ( 2-tailed)

จากตารางที่ 13-14 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) และบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) กับปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficiency) พบว่าบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน ( $P < .01$  และ  $r = .206, .390, .392, .393, .284, .298, .225, .382$  และ  $.441$  ตามลำดับ) บุคลิกภาพแบบมั่นคงทางอารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 8 ด้าน ( $P < .01$  และ  $r = .298, .343, .247, .287, .329, .223, .213$  และ  $.274$  ตามลำดับ) ส่วนความรู้สึกไม่เป็นมิตร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

บุคลิกภาพแบบเก็บตัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิต 6 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกหวาดระแวง และพฤติกรรมบ่งชี้ อาการวิกลจริต ( $P < .01$  และ  $r = .264, .257, .297, .209, .329$  และ  $.199$  ตามลำดับ) ส่วนความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกาย ซึมเศร้า ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลิกภาพแบบแสดงตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3.5 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน

โดยกำหนดสัญลักษณ์แทนตัวแปรต่างๆ ดังนี้

SEX 1	แทน	เพศหญิง
AGE	แทน	อายุ
STAA1	แทน	สถานภาพสมรสโสด
STAH 2	แทน	สถานภาพสมรสคู่
EDUC 1	แทน	ไม่ได้ศึกษา
EDUC 2	แทน	การศึกษาระดับประถมศึกษา
EDUC 3	แทน	การศึกษาระดับมัธยมศึกษา
OCCUP 1	แทน	อาชีพงานบ้าน
OCCUP 2	แทน	อาชีพเกษตรกร
OCCUP 3	แทน	อาชีพรับจ้าง
OCCUP 4	แทน	อาชีพค้าขาย
INCO 1	แทน	รายได้ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้
INCO 2	แทน	รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ
E	แทน	บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)
N	แทน	บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)
TIM	แทน	ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง
DIA3	แทน	ระดับความดันโลหิต
AXX	แทน	การควบคุมความดันโลหิต
DGX	แทน	การรับประทานยา



**ตารางที่ 15** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization)

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.329	.108	.024	7.384	.000**
ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	.367	.135	.021	3.564	.000**
บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)	.400	.160	-.014	-3.448	.001**
อาชีพค้าขาย	.424	.179	-.279	-2.953	.003**
Constant			.453	4.570	.000**

\*\* P<.01

จากตารางที่ 15 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นต่อน (Stepwise multiple regression analysis ) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ( Somatization ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.01 คือ บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดความรู้สึกผิดปกติในร่างกาย (Somatization) ร้อยละ 10.8 เมื่อเพิ่มตัวแปรระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 13.5 ตัวแปร บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) เพิ่มการพยากรณ์ได้ ร้อยละ 16.0 และเมื่อเพิ่มตัวแปรอาชีพค้าขาย สามารถพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 17.9 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 4 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ( Somatization ) ได้

**ตารางที่ 16** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านการย้ำคิดย้ำทำ ( Obsessive – Compulsive )

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.471	.222	.030	10.175	.000**
บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)	.512	.262	-.014	-3.778	.000**
ระดับการศึกษา ประถมศึกษา	.522	.272	-.108	-2.137	.033*
รายได้ ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้	.530	.281	.122	2.118	.035*
Constant			.441	5.129	.000**

\*P<.05

\*\*P<.01

จากตารางที่ 16 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 คือ บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive–Compulsive) ร้อยละ 22.2 เมื่อเพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 26.2 เพิ่มตัวแปรด้านระดับการศึกษาประถมศึกษาสามารถเพิ่มการพยากรณ์ได้ร้อยละ 27.2 และเมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้ สามารถเพิ่มการพยากรณ์เป็น ร้อยละ 28.1 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 4 จึงเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) ได้

**ตารางที่ 17** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้สึกรบ  
 กพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity)

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.399	.159	.313	8.178	.000**
บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)	.432	.186	.021	-3.290	.000**
รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	.447	.200	-.011	-2.498	.001**
Constant			.313	3.914	.000**

\*\* P< .01

จากตารางที่ 17 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นต้น (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้สึกรบพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 คือ บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดความรู้สึกรบพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity) ร้อยละ 15.9 เพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) สามารถพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 18.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรด้านรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ สามารถเพิ่มเป็นร้อยละ 20.0 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความรู้สึกรบพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity) ได้

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านซึมเศร้า  
(Depression)

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.475	.225	.027	11.358	.000**
บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)	.524	.275	-.017	-5.425	.000**
การควบคุมความดันโลหิต	.524	.294	.133	3.317	.001**
สถานภาพสมรส โสด	.551	.304	.224	-2.229	.026*
Constant			.233	3.080	.002**

\*P<.05

\*\*P<.01

จากตารางที่ 18 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านซึมเศร้า (Depression) คือ บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) ร้อยละ 22.5 เมื่อเพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) สามารถเพิ่มการพยากรณ์ได้ร้อยละ 27.5 เมื่อเพิ่มตัวแปรการควบคุมความดันโลหิตสามารถพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 29.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรสถานภาพสมรสโสดสามารถพยากรณ์เพิ่มเป็น ร้อยละ 30.4 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 4 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดซึมเศร้า (Depression) ได้

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านวิตกกังวล (Anxiety)

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.469	.220	.024	9.544	.000**
รายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้	.498	.258	.159	3.209	.001**
บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)	.521	.271	-.012	-3.738	.000**
การควบคุมความดันโลหิต	.536	.287	.113	2.776	.006**
ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	.544	.296	-.010	-2.104	.036*
Constant			.196	2.150	.032*

\*P < .05

\*\*P < .01

จากตารางที่ 19 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านวิตกกังวล (Anxiety) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 คือ บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดวิตกกังวล (Anxiety) ร้อยละ 22.0 เมื่อเพิ่มตัวแปรด้านรายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้ สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 24.8 ตัวแปรบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) เพิ่มการพยากรณ์ได้ร้อยละ 27.1 ตัวแปรด้านการควบคุมความดันโลหิต เพิ่มการพยากรณ์ได้ร้อยละ 28.7 และเมื่อเพิ่มตัวแปรด้านระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 29.6 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 5 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดวิตกกังวล (Anxiety) ได้



ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)

ลำดับตัวแปร	R	R2	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.328	.107	.014	6.149	.000**
บุคลิกด้านพฤติกรรม (E Scale)	.354	.125	-.007	-2.313	.021*
อายุ	.367	.135	-.003	-2.013	.045*
Constant			.391	3.545	.000**

\*P < .05

\*\*P < .01

จากตารางที่ 20 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 คือ บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) ร้อยละ 10.7 เมื่อเพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) สามารถเพิ่มการพยากรณ์ได้ร้อยละ 12.5 และเมื่อเพิ่มตัวแปรด้านอายุสามารถพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 13.5 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) ได้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความกลัว โดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety)

ลำดับตัวแปร	R	R2	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.327	.107	.023	7.210	.000**
บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)	.384	.148	-.016	-3.956	.000**
รายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้	.399	.159	.141	2.209	.028*
Constant			.365	3.818	.000**

\*P < .05

\*\*P < .01

จากตารางที่ 21 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety) ร้อยละ 10.7 เมื่อเพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) สามารถเพิ่มการพยากรณ์ได้ร้อยละ 14.8 และเมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้ สามารถพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 15.9 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความรู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety) ได้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้สึกลัวหวาดระแวง (Paranoid Ideation)

ลำดับตัวแปร	R	R2	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.343	.117	.018	7.214	.000**
ระดับการศึกษาประถมศึกษา	.378	.143	-.187	-3.157	.002**
รายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้	.398	.158	.175	2.547	.011*
Constant			.057	.755	.451

\*P < .05

\*\*P < .01

จากตารางที่ 22 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านความรู้สึกลัวหวาดระแวง (Paranoid Ideation) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 คือ บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดความรู้สึกลัวหวาดระแวง (Paranoid Ideation) ร้อยละ 11.7 เมื่อเพิ่มตัวแปรระดับการศึกษาประถมศึกษาสามารถเพิ่มการพยากรณ์ได้ร้อยละ 14.3 และเมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้ สามารถพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 15.8 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความรู้สึกลัวหวาดระแวง (Paranoid Ideation) ได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 23** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านพฤติกรรมบ่งชี้  
อาการวิกลจริต (Psychoticism)

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	Sig
บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)	.441	.194	.018	9.350	.000**
บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)	.484	.234	-.010	-4.046	.000**
รายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้	.507	.257	.131	3.450	.001**
อาชีพเกษตรกร	.515	.265	.072	2.002	.046*
Constant			.122	2.093	.037*

\*P < .05

\*\*P < .01

จากตารางที่ 23 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตวน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้านพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 คือ บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism) ร้อยละ 19.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.4 ตัวแปรรายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้ พยากรณ์เพิ่มได้ร้อยละ 25.7 และเมื่อเพิ่มตัวแปรอาชีพเกษตรกรสามารถพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 26.5 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 4 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism) ได้

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อต้องการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยศึกษาในผู้ป่วยทั้งหมด 368 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน โดยผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง 3 ส่วน ส่วนที่ 4 ผู้วิจัยทำการคัดลอกจากประวัติผู้ป่วย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะประชากร และใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficiency) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับภาวะสุขภาพจิตและใช้สถิติถดถอย พหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต

### สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 368 คน คิดเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.9 เพศชาย ร้อยละ 48.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.9 รองลงมาอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 40.8 และอายุน้อยที่สุดคือ น้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 4.3 พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 60.43 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบจะทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.7 มีเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้นที่นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่ร้อยละ 84.0 ม่าย หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 12.5 และโสดเพียงร้อยละ 3.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 12.2 และมีการศึกษาระดับอนุปริญญาจนถึงปริญญาตรี เพียงร้อยละ 8.4 ส่วนอีกร้อยละ 10.6 ไม่ได้ได้รับการศึกษาเลย อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.6 รองลงมาคืองานบ้าน ร้อยละ 20.4 และอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 7.9 ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวผู้ป่วยในแต่ละเดือน ส่วนใหญ่พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 67.7 ไม่พอต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้ร้อยละ 18.5 และส่วนน้อยคือ ร้อยละ 13.8 ที่พอใช้และเหลือเก็บ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน 1-3 ½ ปี ร้อยละ 66.8



รองลงมาคือ  $\geq 3 - 6\frac{1}{2}$  ปี ร้อยละ 18.2 และน้อยที่สุดคือ  $\geq 6\frac{1}{2} - 9\frac{1}{2}$  ปี ร้อยละ 4.3 ซึ่งระยะของการเป็นโรคมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.79 ปี

บุคลิกภาพของผู้ป่วยในด้านพฤติกรรม (Scale E) ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion) ร้อยละ 58.2 และบุคลิกภาพแบบแสดงออก (Extraversion) ร้อยละ 41.8 ส่วนบุคลิกภาพในด้านอารมณ์ (Scale N) ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) ร้อยละ 55.2 และมีบุคลิกภาพแบบมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) ร้อยละ 44.8

นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) อยู่ที่ 90-104 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 24.7 และต่ำสุดคือระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) อยู่ที่ 120-129 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 0.8 การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ ควบคุมความดันโลหิตได้ดี/คงที่ ร้อยละ 68.8 ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี/ไม่คงที่ มีเพียงร้อยละ 31.2 การรับประทานยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอ / มารับ การรักษาสม่ำเสมอ / ถึงร้อยละ 86.7 และส่วนน้อยคือร้อยละ 13.3 ที่รับประทานยาสม่ำเสมอ มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งยาที่รับประทานเอง นอกจากนี้ยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่ม Volume depleters ถึงร้อยละ 65.5 รองลงมาเป็นยาในกลุ่ม Vasodilators ร้อยละ 27.2 และน้อยที่สุดคือยาในกลุ่ม Adrenergic ร้อยละ 27.3 ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจได้ยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 กลุ่มขึ้นไป โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาความดันโลหิตอย่างเดียว ร้อยละ 40.5 และร้อยละ 59.5 ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตและยาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ยาบำรุง (ยาที่ไม่ใช่ยาลดความดันโลหิต)

สำหรับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ นั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 82.6 มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 17.4 โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ ความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกาย (Somatization) ร้อยละ 11.7 รองลงมาคือ ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety) ร้อยละ 8.2 ส่วนความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) และความวิตกกังวล (Anxiety) พบน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 1.4 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 1 ด้านขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดคือ 1 ด้าน ร้อยละ 10.1 และน้อยที่สุดที่มีปัญหาสุขภาพจิต 4, 5, 7 ด้าน คือ ร้อยละ 0.3

สำหรับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า ความเพียงพอของรายได้และอาชีพเกษตรกร มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ และระดับความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนปัจจัยนอกเหนือจากนี้คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยาและยาที่ได้รับพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์

และเมื่อนำบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) และบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) กับปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน มาวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficiency) พบว่า บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย่ำคิดย่ำทำ ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล ความรู้สึกหวาดระแวง และพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$  ในทุกด้าน ( $r = .206, .390, .392, .393, .284, .298, .225, .382$  และ  $.441$  ตามลำดับ)

นอกจากนี้เมื่อนำปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต โดยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้านทั้ง 9 ด้าน พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน มีดังนี้ คือบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม และอาชีพค้าขายมีผลต่อการเกิดความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization) บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) ระดับการศึกษาประถมศึกษา และรายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้ มีผลต่อการเกิดการย่ำคิดย่ำทำ (Obsessive -Compulsive) บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) และบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) และรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ มีผลต่อการเกิดความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity) บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) การควบคุมความดันโลหิต และสถานภาพสมรสโสดมีผลต่อการเกิดซึมเศร้า (Depression) บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) รายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือ เป็นหนี้ บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) การควบคุมระดับความดันโลหิตและระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการเกิดวิตกกังวล (Anxiety) บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) และอายุ มีผลต่อการเกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) และรายได้ ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือ เป็นหนี้ มีผลต่อการเกิดความกลัวโดยไม่มี เหตุผล (Phobia Anxiety) บุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)

ระดับการศึกษาประถมศึกษา และรายได้ไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้ มีผลต่อการเกิดความรู้สึกลี้ภัยระแวง (Paranoid Ideation) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) รายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้ และอาชีพเกษตรกร มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism) ได้ กล่าวโดยสรุปคือ ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ และแบบมั่นคงทางอารมณ์ (N Scale) สามารถร่วมพยากรณ์ในการเกิดปัญหา สุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน

## อภิปรายผล

**สุขภาพจิตของผู้ป่วย** โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 368 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 ส่วนผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ซึ่งจากการค้นคว้าในประเทศไทย โดยพวงน้อย อรุณ<sup>(15)</sup> ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ชาย-หญิง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกประสาทวิทยาของโรงพยาบาลประสาทพญาไท และโรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 70 คน โดยใช้แบบทดสอบ SCL-90 พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 71.43 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ในการศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น สงศรี จัยสิน และคณะ<sup>(49)</sup> ได้ทำการสำรวจ สุขภาพจิตของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปในจังหวัดชลบุรี พบประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 28.65 อัมพร โอตระกูล และคณะ<sup>(50)</sup> ศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 48.7 วารี นานา<sup>(51)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต ของหญิงหลังคลอดระยะต้น ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-28 พบว่า หญิงหลังคลอดระยะต้น มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 20.8 ซึ่งหากพิจารณาโดยรวมแล้ว ถึงแม้กลุ่มประชากรจะต่างกัน และใช้เครื่องมือในการศึกษาหาปัญหาหรือภาวะสุขภาพจิตต่างกัน แต่ก็พบว่าจำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ทำการศึกษามีจำนวนร้อยละของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าในการศึกษาอื่น ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุคือผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคนี้มาไม่ต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาหรือไม่ใช้ยา ไม่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ แทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง และไม่เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ภายใน 6 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะเวลาของ

การเป็นโรคนาน 1-3 ปี ร้อยละ 66.8 การรับประทานยาของผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอ/มารับการรักษาสม่ำเสมอ ร้อยละ 86.7 และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี/คงที่ ร้อยละ 68.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยทางการอื่นขณะเก็บข้อมูล และผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีระยะเวลาการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมานานาน 1-3 ปี รวมถึงการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ในเกณฑ์ดี จึงมีส่วนที่ทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษา สมสุข สิงห์ปัญจนี<sup>(52)</sup> ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนานขึ้น และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีคือ มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น จะทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย จากที่กล่าวมาข้างต้น อาจเป็นสิ่งที่ทำให้พบปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่พบร้อยละ 17.4 ต่ำกว่าในการศึกษาอื่น

แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและอยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า สภาพแวดล้อมสังคมต่างจังหวัด เช่น ที่อยู่อาศัยไม่แออัด และผู้สูงอายุในสังคมต่างจังหวัดได้รับการยอมรับ ครอบครัวจะเป็นศูนย์กลางการช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะมีความแน่นแฟ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ ซึ่งจะทดแทนความรู้สึกสูญเสีย ช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลำเนาวิ เรืองยศ<sup>(53)</sup> ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเป็นข้อที่น่าศึกษาต่อไป

**ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบน** พบปัญหาความรู้สึกลึบผิดปกติด้านร่างกาย (Somatization) ร้อยละ 11.7 รองลงมาคือ ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety) ร้อยละ 8.2 และพบความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) และความวิตกกังวล (Anxiety) น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 1.4 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางคนมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 1 ด้านขึ้นไป แต่ส่วนใหญ่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จะพบปัญหาด้านเดียว คือร้อยละ 10.1 ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกาย (Somatization) นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวี ท้าวคำลือ<sup>(54)</sup> ที่ศึกษาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์ และผจญจิต ผาภูมิ<sup>(55)</sup> ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ขับซีรอมอเตอร์ไซด์รับจ้าง พบว่า มีความรู้สึกผิดปกติด้านร่างกายมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังหรือผู้ที่ต้องมียาที่ต้องเผชิญกับความเครียดบนท้องถนนต่างก็มีความเครียดเรื้อรังเหมือนกัน จึงมีพฤติกรรมเผชิญความเครียด (Coping Behavior) แบบปฏิกิริยาโดยอ้อมแบบเก็บกด แล้วใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense Mechanism) ทำให้



เกิดการแสดงออกทางกาย และมีอาการทางกาย (Somatization) แสดงออกมา ปัญหาที่พบบรองลงมาคือ ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์กล่าวว่า อาการ Phobia เป็นผลจากการใช้กลไกทางจิต เช่น การย้ายที่ (Displacement) การทดแทน (Substitution) เพื่อหลีกเลี่ยงความกลัวนั้น ซึ่งลักษณะของความกลัวจะแตกต่างกันตามอายุ ในแต่ละวัยจะแตกต่างกัน เช่น ทารกกลัวเสียงดัง หนุ่มสาวกลัวการเข้าสังคม วัยสูงอายุอาจกลัวตาย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า สาเหตุที่พบว่าผู้ป่วยมีความกลัว โดยไม่สมเหตุผลดังกล่าว อาจมาจากการกลัวตาย กลัวการสูญเสียต่าง ๆ กลัวไม่มีคนดูแลเมื่อตนเองเจ็บป่วย ซึ่ง พวงน้อย อรุณ<sup>(15)</sup> ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ Depression และ Phobia Anxiety พบเท่า ๆ กัน แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรัง จะพบปัญหาความกลัวโดยไม่มีเหตุผลเป็นส่วนมาก นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตที่พบน้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) และความวิตกกังวล (Anxiety) พบเพียงร้อยละ 1.4 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาแล้วมากกว่า 1 ปีไม่มีโรคแทรกซ้อนและไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ภายใน 6 เดือนก่อนการวิจัย ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่พบความวิตกกังวล (Anxiety) ได้

**ปัจจัยส่วนบุคคล** จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงร้อยละ 51.9 และเพศชายร้อยละ 48.1 และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.9 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 40.8 และน้อยที่สุดคือ อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 4.3 ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้รายงานไว้ในประเทศสหรัฐอเมริกา (อ้างถึงในสุทิน คำชาย)<sup>(43)</sup> ว่าอุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูง จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น คือช่วงอายุ 20-30 ปี อุบัติการณ์ร้อยละ 1-2 อายุ 60-70 ปี อุบัติการณ์ร้อยละ 4-8 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในช่วง 50 ปีแรกของชีวิตและหลังจากอายุ 50 ปี จะพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสถานะ สุขภาพอนามัยประชากรไทย พ.ศ. 2534 พบว่า ภาวะความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น หรือน้ำหนักตัวมากขึ้น โดยอายุ 15 ปี ขึ้นไปพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 5.41 จากการคัดกรองพบว่า ประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค จะพบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป และเสี่ยงสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า (อ้างถึงใน ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย)<sup>(56)</sup>

สำหรับสถานภาพสมรสนั้น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคู่ ร้อยละ 84.0 ม่าย/หย่า/แยก ร้อยละ 12.5 และโสด ร้อยละ 3.5 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่จะมีครอบครัวแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี<sup>(44)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมส่ง

เสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และมีสถานภาพสมรสคู่

การศึกษาของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 และไม่ได้รับการศึกษาเลย ร้อยละ 10.6 นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.6 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 20.4 ซึ่งจากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย คือ มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาและบางคนก็ไม่ได้รับการศึกษาเลย และผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีถึงร้อยละ 54.9 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสมัยก่อนมักได้รับการศึกษาน้อย และอาชีพส่วนใหญ่ของประชากรจังหวัดบุรีรัมย์ คือ อาชีพเกษตรกร ซึ่งจากการศึกษาของอัมพร โอตระกุล<sup>(50)</sup> พบว่า หากพิจารณาสุขภาพจิตประกอบด้านอาชีพ พบว่า อาชีพที่มีความเครียดสูงคือ อาชีพรับจ้าง แม่บ้าน และเกษตรกรรวม เนื่องจากมักเป็นอาชีพที่ทำรายได้ค่อนข้างต่ำ และไม่แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อนำเอาอาชีพเกษตรกร ซึ่งเป็นอาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างไปหาความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต พบว่า อาชีพเกษตรกรมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวในแต่ละเดือนของผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 67.7 ไม่พอใช้ต้องเป็นหนี้ ร้อยละ 18.5 และพอใช้และเหลือเก็บเพียงร้อยละ 13.8 แสดงให้เห็นถึงสถานภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่ามีสภาพการเงินหรือรายได้ที่จะใช้จ่ายในครอบครัว ค่อนข้างจำกัด หากเกิดภาวะฉุกเฉินคงต้องกู้หนี้ยืมสิน ซึ่งเมื่อนำความเพียงพอของรายได้ไปหาความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตพบว่า รายได้ไม่พอใช้ ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้มีผลต่อการเกิดการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive) วิตกกังวล (Anxiety) ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety) ความรู้สึกหวาดระแวง (Paranoid Ideation) และพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism) ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hollingshead และคณะ<sup>(57)</sup> ในปี ค.ศ. 1958 พบความสัมพันธ์แปรกลับ ระหว่าง ระดับฐานะทางสังคม และอัตราการเกิดเจ็บป่วยทางจิต หมายความว่า การเจ็บป่วยทางจิตพบมากในคนที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ และการศึกษาของอัมพร โอตระกุล และคณะ<sup>(50)</sup> พบว่ารายได้สูงขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้นด้วย ซึ่งเข้าใจว่า ผู้ที่มีรายได้ดี คงอำนวยความสะดวกทางด้านสาธารณูปโภคให้ดีขึ้น ตลอดจนสามารถส่งเสริมสนับสนุนการแก้ตนเอง อันเป็นพื้นฐานความต้องการของมนุษย์



**บุคลิกภาพของผู้ป่วยนั้น** จากการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพในด้านพฤติกรรม (E Scale) พบว่าส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion) ร้อยละ 58.2 และบุคลิกภาพแบบแสดงออก (Extraversion) ร้อยละ 41.8 ส่วนบุคลิกภาพในด้านอารมณ์ (N Scale) ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) ร้อยละ 55.2 และมีบุคลิกภาพแบบมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) ร้อยละ 44.8 และเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตพบว่า บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ และบุคลิกภาพแบบมั่นคงทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน ซึ่งคล้องกับทฤษฎีที่ Eysenck<sup>(22)</sup> ได้ให้คำอธิบายไว้ว่า บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) เป็นลักษณะของบุคคลที่มักจะเชื่อมโยงความวิตกกังวลเข้ากับสิ่งเร้าที่เป็นกลาง รู้สึกกังวลต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น แม้ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งภาวะดังกล่าวที่กล่าวมาข้างต้น อาจก่อให้เกิดความเครียด และนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ** ที่เกี่ยวกับกับระดับความดันโลหิต การรับประทานยา และยาที่ได้รับ รวมถึงระยะเวลาของการเป็นโรค ในการศึกษารั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตคือ ระดับความดันโลหิต มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 68.8 และมีความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 31.2 ซึ่งอย่างไรก็ตามในการศึกษารั้งนี้ระดับความดันโลหิตได้จากระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายเพียงครั้งเดียวที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในวันที่เก็บข้อมูล จึงอาจเป็นเกณฑ์ที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้มีจำนวนผู้มีระดับความดันโลหิตปกติคือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จำนวนมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Power & Jalowice<sup>(45)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตและปรับตัวได้ดี มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ และพยายามเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา Davon & Powers<sup>(58)</sup> ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพ และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่า ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ มีปัญหาการปรับตัวในด้านครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ และมีความยุ่งยากใจมากกว่าผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ อย่างไรก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตปกติ อาจเกิดความเครียดจากการพยายามควบคุมความดันโลหิตให้ปกติได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความผิดปกติทางด้านร่างกาย (Somatization)

ของผู้ป่วยมีมากที่สุดร้อยละ 11.7 ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่สามารถรักษาความดันโลหิตได้ปกติ ก็เป็นกลุ่มที่อาจพบปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพจิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์การเกิดความรู้สึกผิดปกติกของร่างกาย (Somatization) ร่วมกับบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) และอาชีพค้าขาย

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมีการศึกษาน้อย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพ ดังนั้นควรมีการจัดกลุ่มให้ความรู้และประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย รวมถึงกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคนี้ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตในแต่ละวัยโดยเฉพาะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้ และสำหรับผู้ป่วยที่พบว่าปัญหาสุขภาพจิตควรได้รับการดูแลรักษาด้านจิตใจตามขั้นตอนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้และอาชีพเกษตรกรรมกับบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์และระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับ .01 ตามลำดับ จึงควรที่จะทำการศึกษาในเชิงลึกต่อไป
2. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์เท่านั้น จึงควรที่จะมีการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยใน เป็นต้น และศึกษาปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่นโรคเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคทางกาย

## รายการอ้างอิง

1. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พัฒนา-ศึกษา, 2532.
2. Luckmann J., Sorensen K.C. A Psychophiologic Approach. Philadelphia : W.B. Saunders Comparny, 1984.
3. จริยาวัตร คมพยัคฆ์. ผลของการใช้วิถีทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
4. สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขที่น่าสนใจ ปีงบประมาณ 2536. กรุงเทพมหานคร, 2536.
5. ชัชวาล ศิลปกิจ. Common Psychophysiologic Disorders. เอกสารคำสอน, [ออนไลน์] 2545. [10 ส.ค. 2545] : เข้าถึงได้จาก : URL : <http://www.Mahidol.ac.th>.
6. รายงานสถิติจำนวนผู้มารับบริการของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พ.ศ. 2541-2544. เอกสาร, 2544.
7. ฝน แสงสิงห์แก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2522.
8. สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. สุขภาพจิตศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มิตรสยาม, 2521.
9. สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว. เครื่องชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปอง, 2527.
10. สุพัตรา วงศ์จิระสวัสดิ์. สุขภาพจิตของพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา, 2529.
12. บุญวดี เพชรรัตน์. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. โครงการผลิตตำราหลักคณะ-พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา : เทมการพิมพ์, 2539.
13. Kreigh HZ, Pergo JE. Psychiatric Concepts in Neusing, 2<sup>nd</sup> ed, Virginia : Reston, 1983.

14. สมประสงค์ โอวาทกา,ฉวีวรรณ สัตยธรรม. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณาธิการ. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : ยุทธินทร์การพิมพ์, 2540 : 41-57.
15. พวงน้อย อรุณ. **ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
16. Jahoda M. The Psychological meaning of various criteria of positive mental health. In **Social Psychological and mental health**. Edited by H. Wechsler et al. New York : Holt , Rinehart and Winston, Inc. 1970.
17. Irving L, Janis. **Psychological Stress**. New York : John Willey & Son, 1952.
18. สุพัฒนา เดชาติวงศ์ และคณะ. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520.
19. สุวัฒนา อารีพรรค. **ความผิดปกติทางจิต**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ - มหาวิทยาลัย, 2524.
20. Alleport, Gordon W. **A Psychological Interpretation**. New York, 1967.
21. Cattell, Raymond B. **Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire**. Illinois, 1957.
22. Eysenck, Han J. **The Structure of Human Personality**. London, 1970.
23. อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรสมพันธ์, 2524.
24. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์, 2525.
25. กัญญา สุวรรณแสง. **การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น, 2533.
26. จรรยา สุวรรณทัต. **ประมวลบทความวิชาการฉบับพิเศษ พ.ศ. 2525-2535**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ - ประสานมิตร, 2535.
27. ศรีธรรม ธนะภูมิ. **พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ**. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์, 2535.
28. พิกุล บุญช่วง. **การศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาในโรคผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

29. สมจิตร หนูเจริญกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
30. อรสา พันธุ์ภักดี. กระบวนการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
31. คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสาขาโรคความดันโลหิตสูง. มาตรฐานการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กระทรวงสาธารณสุข, 2531.
32. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา, 2530.
33. กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. สุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
34. มานพ ศิริมหาราช, นเรศ สุริยกาญจน์ และอุษา จารุสวัสดิ์. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ซี.วี.เอ. ที่มีอาการอัมพาต. วารสารโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่, 2528 พ.ค.-ส.ค. ; 5:16.
35. Starkstein SE, and Robinson RG. Affective disorders and cerebral vascular disease. British Journal of Psychiatry 1989, 154 :170-182.
36. นันทิกา ทวิชาชาติ, กรมสุขภาพจิต. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การสำรวจการระบาดของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
37. บัณฑิต ศรีไพศาล, อัจฉรา จรัสสิงห์. เนตรชนก บัวเล็ก. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. วารสารกรมสุขภาพจิต 2542 ; 44 (4) : 285-297.
38. ตะวันชัย จริประมุขพิทักษ์, วัลภา วงศ์สารศรี. ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2543.
39. ศูนย์สุขภาพจิตเขต 5 กรมสุขภาพจิต. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยระดับจังหวัดในเขตการสาธารณสุขที่ 5 พ.ศ.2542. กระทรวงสาธารณสุข, 2542.



40. เบญจพร ปรีพันธ์. การศึกษาบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของธนาคาร-  
**ไทยพาณิชย์ในประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ ภาควิชาบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์-  
มหาวิทยาลัย, 2528.
41. จิดาภา พวงเพ็ชร. บุคลิกภาพของผู้เสพยาบ้าที่มารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัด  
**รักษายาเสพติดภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่.** การค้นคว้าแบบอิสระ  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
42. พร้อมจิต จงสูวิวัฒน์. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกัน  
**ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาล-**  
**สงขลานครินทร์.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล,  
2539.
43. สุทิน คำชาย. ผลการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
44. ธิดาทิพย์ ชัยศรี. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
**ชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
45. Powers MJ, Jalowice A. Profile of well-controlled, well-adjusted hypertensive  
patient. *Nursing Research.* 1987,35:106-110.
46. ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์  
เจริญผล, 2535.
47. ละเอียด ชูประยูร. การศึกษาแบบทดสอบ SCL-90 ในคนไข้โรคประสาท. **วารสารจิตวิทยา**  
**คลินิก** 2521, 9(8), 9 – 16
48. ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์. **ความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพกับการเกิดอากาศยานอุบัติเหตุ.**  
กรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
49. ส่งศรี จัยสิน, จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, เรไร ทิระทัศน์, สุภาภรณ์ ทองตรง, ฉันทนา  
ชูบุญราษฎร์. **การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชน จังหวัดชลบุรี. :**  
โรงพิมพ์ศูนย์ชลบุรี, 2528.
50. อัมพร โอตระกุล. เจรณินต์ แต่งสุวรรณ, เขาวรัตน์ ประปักษ์ขาม. ปัญหาสุขภาพจิตใน  
เขตเมือง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2525;27:121-35.
51. วารี นานา. **ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของหญิง หลังคลอดระยะต้น.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.



52. สมสุข สิงห์ปัญจนที. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.**วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
53. ลำเนาวี เรืองยศ. **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2538.
54. ทวี ท้าวคำลือ. **ปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
55. ผจจจิต ผาภูมิ. **สุขภาพจิตของผู้ขับซีมอเตอร์ไซด์รับจ้างกรุงเทพ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
56. นายศรี สุพรศิลป์ชัย. **ความดันโลหิตสูงกับผลกระทบต่อผู้บริหารและนักธุรกิจไทย.** **วารสารจุฬาลงกรณ์,** 2539 ม.ค.-มี.ค.;8:73-88.
57. Hollingshead AB, Redlich FE. **Social and Mental Illness.** New York : John Wiley & Sans, 1958.
58. Devon HA, Power MJ. Health beliefs, adjustment to illness and control of hypertension. **Research in Nursing and Health.** 1984;7:10-6.



**ภาคผนวก**

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย**  
**เรื่อง สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก**  
**โรงพยาบาลบุรีรัมย์**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2546

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้เข้าร่วมศึกษาประมาณ 368 คน

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน, วิธีการ และการปฏิบัติในการวิจัยเพื่อศึกษาสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านตอบ ซึ่งท่านจะเป็นผู้ประเมินและตอบเองทั้งหมด ในกรณีที่ท่านไม่สามารถทำแบบสอบถามเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ และกรอกแบบสอบถามจากคำตอบของท่าน แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 90 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามบุคลิกภาพประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 48 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะการตอบแบบสอบถามทั้งส่วนที่ 1, 2 และ 3 จะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

3. ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ โดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงด้านวิชาการ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้บริการทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ต่อไป

4. คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของท่าน

การเข้าร่วมการศึกษานี้ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่กระทบการบริการสาธารณสุขที่ท่านได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อนางจินตนา กมลพันธ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ หรือ โทร. 01-6690459 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ

5. คำยินยอมของท่าน

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยและประโยชน์หรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย เรื่องสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับใดๆทั้งสิ้น และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

ลงนาม ..... ผู้ทำวิจัย

(นางจินตนา กมลพันธ์)

## สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

แบบสอบถามเลขที่.....

สัมภาษณ์วันที่ .....

รหัส .....

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม)

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ  หญิง  ชาย
2. อายุของท่านขณะนี้ ..... ปี (เมื่อผ่านวันเกิดครั้งล่าสุด)
3. ท่านนับถือศาสนาใด  
 พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส  
 โสด  คู่  
 หม้าย  หย่า / แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้ศึกษา  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  อนุปริญญา  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ  
 งานบ้าน  เกษตรกร  
 รับจ้าง  ค้าขาย  
 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ  อื่น ๆ ระบุ.....
7. ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน  
 ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้  
 พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ  
 พอใช้และเหลือเก็บ
8. ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน ..... ปี .....เดือน

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต

**คำชี้แจง** แบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องคำตอบที่ท่านพิจารณาเห็นว่าท่านมีความทุกข์หรือปัญหา เนื่องจากถูกรบกวนจากอาการเหล่านั้น มากน้อยเพียงใด ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีเกณฑ์ให้เลือกตอบดังนี้

ไม่มี	หมายถึง	ท่านไม่มีความทุกข์หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการนี้เลย
เล็กน้อย	หมายถึง	มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอยู่บ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ และเป็นจำนวนเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นค่อนข้างสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนพอประมาณ ไม่รุนแรงนัก
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นค่อนข้างสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนพอประมาณ ไปจนถึงมาก
มาก	หมายถึง	มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอย่างมากทั้งความถี่และความรุนแรง

ท่านถูกรบกวนโดยสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. มีอาการปวดศีรษะ					
2. ประหม่าง่ายหรือประสาทอ่อน					
3. มีความคิดซ้ำซาก					
4. เป็นลมหรือวิงเวียน					
5. ขาดความสนใจทางเพศ					
6. วิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่น					
7. มีความคิดว่าผู้หนึ่งผู้ใดสามารถควบคุมความคิดของท่าน					
8. รู้สึกว่าคนอื่นควรได้รับการตำหนิที่ทำให้ท่านต้องลำบาก					
9. ความยุ่งยากเกิดขึ้นจากความซัดจาดำของท่าน					
10. วิตกกังวลเกี่ยวกับความสะอาดของตนเอง					
11. มีความรู้สึกโกรธและหงุดหงิดง่าย					
12. เจ็บที่หน้าอกหรือหัวใจ					
13. รู้สึกกลัวที่โล่งหรือถนน					
14. รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงหรือเซื่องช้า					
15. คิดอยากฆ่าตัวตาย					

ท่านถูกรบกวนโดยสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
16. ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน					
17. มีอาการตัวสั่น					
18. รู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น					
19. เบื่ออาหาร					
20. ร้องไห้					
21. รู้สึกขायหรืออึดอัดเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้าม					
22. รู้สึกว่าถูกกั๊กขังหรือถูกควบคุม					
23. มีอารมณ์พุ่งพล่านที่ระงับไม่ได้					
24. กลัวโดยไม่มีเหตุผล					
25. รู้สึกกลัวเมื่อออกนอกสถานที่คนเดียว					
26. ตำหนิตัวเองในเรื่องต่าง ๆ					
27. ปวดบั้นเอว					
28. รู้สึกลำบากในการที่ต้องทำงานให้สำเร็จ					
29. รู้สึกเหงา					
30. รู้สึกเศร้า					
31. วิดกกังวลในสิ่งต่างๆ มากเกิน					
32. รู้สึกไม่สนใจในสิ่งต่างๆ					
33. รู้สึกกลัว					
34. รู้สึกสะเทือนใจง่าย					
35. คิดว่าคนอื่นล่วงรู้ความคิดในใจของท่าน					
36. รู้สึกว่าผู้อื่นไม่เข้าใจหรือเห็นอกเห็นใจท่าน					
37. รู้สึกว่าผู้อื่นไม่เป็นมิตรหรือไม่ชอบท่าน					
38. ท่านต้องการทำงานซ้ำๆ เพื่อให้แน่ใจว่าถูกต้อง					
39. หัวใจเต้นแรงและเร็ว					
40. คลื่นไส้หรือปั่นป่วนในท้อง					
41. รู้สึกดีน้อยกว่าผู้อื่น					
42. ปวดกล้ามเนื้อ					
43. รู้สึกถูกจ้องมองหรือถูกผู้อื่นกล่าวถึง					
44. มีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ					
45. มักตรวจตราสิ่งที่ทำไปแล้วซ้ำแล้วซ้ำอีก					
46. มีความลำบากในการตัดสินใจ					



ท่านถูกรบกวนโดยสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
47. รู้สึกกลัวการเดินทางโดยรถประจำทางหรือรถไฟ					
48. รู้สึกหายใจไม่สะดวก					
49. รู้สึกสับสนหรือสับสน					
50. มักจะหลีกเลี่ยงบางสิ่งบางอย่างหรือสถานที่บางแห่ง					
51. จิตใจว่างเปล่า					
52. รู้สึกชาหรือชู่ซ่าตามตัว					
53. มีก้อนอะไรมาจุกอยู่ในคอหอย					
54. รู้สึกสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต					
55. รู้สึกไม่มีสมาธิ					
56. รู้สึกว่าบางส่วนของร่างกายไม่มีแรง					
57. รู้สึกตึงเครียด					
58. รู้สึกหนักตามแขนขา					
59. คิดถึงเรื่องความตาย					
60. รับประทานอาหารมากเกินไป					
61. รู้สึกไม่สบายใจที่มีคนเฝ้ามองหรือพูดเกี่ยวกับตัวท่าน					
62. มีความคิดที่ไม่ใช่เป็นความคิดของตัวเอง					
63. รู้สึกอยากทำร้ายผู้อื่น					
64. ตื่นแต่เช้ามีด					
65. ทำอะไรซ้ำซาก เช่น การล้างมือ การนับ					
66. นอนหลับไม่สนิท					
67. รู้สึกอย่างทำลายข้าวของ					
68. รู้สึกว่าผู้อื่นไม่เห็นด้วยกับความคิดท่านและไม่ให้ความร่วมมือ					
69. รู้สึกว่าผู้อื่นสนใจในตัวท่าน					
70. รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องอยู่กับคนหมู่มาก					
71. รู้สึกว่าการกระทำทุกอย่างต้องใช้ความพยายาม					
72. รู้สึกตื่นเต้นตกใจเป็นบางครั้ง					
73. รู้สึกอึดอัดที่ต้องกินหรือดื่มในที่สาธารณะ					
74. มักมีเรื่องโต้แย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ					
75. รู้สึกกระวนกระวายเมื่อถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว					
76. ผู้อื่นมักไม่เชื่อถือในความสำเร็จของท่าน					

ท่านถูกรบกวนโดยสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
77. รู้สึกว่าพ่อแม่จะมีเพื่อนมาก					
78. รู้สึกนั่งไม่ติดกับที่					
79. รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า					
80. รู้สึกว่าสิ่งที่คุ้นเคยมาก่อนดูแปลกไป					
81. รู้สึกอยากตะโกนหรือขว้างปาข้าวของ					
82. รู้สึกกลัวว่าจะเป็นลมในที่สาธารณะ					
83. รู้สึกว่าถูกผู้อื่นเอาเปรียบ					
84. ความคิดเรื่องเพศรบกวนท่านมาก					
85. มีความคิดว่าควรได้รับโทษจากความผิดที่ก่อขึ้น					
86. รู้สึกว่ามีบางสิ่งผลักดันให้ทำอะไรบางอย่าง					
87. คิดว่ามีความผิดปกติร้ายแรงบางอย่างเกิดขึ้นกับร่างกายของท่าน					
88. ไม่เคยรู้สึกสนิทสนมกับผู้อื่น					
89. มีความรู้สึกผิด					
90. คิดว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับจิตใจของท่าน					

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบุคลิกภาพ

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความเป็นไป ความรู้สึกและการกระทำของท่าน แต่ละคำตอบจะมีช่องว่างข้างท้ายให้ท่านตอบว่า “ใช่” “ไม่แน่ใจ” หรือ “ไม่ใช่”

ให้ท่านลองอ่านและตัดสินใจที่ละข้อ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามที่ท่านเคยปฏิบัติหรือรู้สึกอยู่เสมอมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างข้างท้ายคำถามของแต่ละข้อ ถ้าท่านเห็นว่า ตัดสินใจไม่ได้จริง ก็ให้ทำเครื่องหมายในช่องว่างที่มี “?” แต่ให้ทำเช่นนี้ได้เมื่อไม่แน่ใจจริง ๆ เท่านั้น

โปรดทำอย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องใช้เวลาคิดแต่ละข้อนานเกินไป ขอให้ท่าน ตอบทันทีเมื่อท่านอ่านจบ ประโยค คือให้ตอบตามความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องคิดต่อไปอีก คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก และไม่ใช่วัดเชาวน์ปัญญาหรือความสามารถ แต่เป็นการดูวิธีการปฏิบัติตามปกติวิสัยทั่ว ๆ ไป เท่านั้น

เมื่อท่านเข้าใจคำแนะนำแล้วโปรดลงมือทำได้ ให้ทำอย่างรวดเร็วและ โปรดตอบทุกข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
1	ท่านรู้สึกเป็นสุขที่สุดที่ได้ร่วมในการทำงานที่ต้องใช้ความรวดเร็ว			
2	บางครั้งท่านรู้สึกเป็นสุข บางครั้งเศร้าโดยไม่มีเหตุผล			
3	ท่านมักใจลอยในเวลาที่ท่านต้องการมีสมาธิ			
4	ในการคบเพื่อนใหม่ท่านมักเป็นฝ่ายทำความรู้จักกับเขาก่อน			
5	ท่านมักจะทำอะไรด้วยความรวดเร็วและเชื่อมั่นในการกระทำของท่าน			
6	บ่อยทีเดียวที่ท่านคิดถึงเรื่องอื่นซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ท่านกำลังพูดถึง			
7	บางครั้งท่านมีความกระตือรือร้นอย่างมากบางครั้งก็เฉื่อยชา			
8	ท่านมีความเห็นว่าตัวท่านเป็นคนกระฉับกระเฉง กระปรี้กระเปร่า			
9	ท่านรู้สึกไม่มีความสุขเลยถ้าไม่พบปะติดต่อกับคนอื่นหรือเข้าสังคมบ่อย			
10	ท่านมักอารมณ์เสียเสมอ			
11	ท่านมักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงโดยไม่มีเหตุผลบ่อย ๆ			
12	ท่านเป็นคนชอบลงมือมากกว่าเพียงแต่คิดว่าจะทำ			
13	ท่านมักคิดฝันในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้เสมอ			
14	เมื่อไปงานสังคมท่านมักไม่ใคร่แสดงตัว			
15	ท่านมักคิดถึงอดีต			
16	ท่านรู้สึกลำบากที่จะปล่อยให้สนุกสนานเต็มที่แม้จะอยู่ท่ามกลางงานรื่นเริง			
17	ท่านเคยรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่มีเหตุผล			
18	ท่านเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดีมากเกินไป			

ข้อ ที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
19	บอຍที่เดียวที่ทานมักตัดสินใจเข้าไป			
20	ทานเป็นคนชอบทำความรู้จักกับคนอื่น			
21	ทานมักนอนไม่หลับบ่อย ๆ เมื่อมีความวิตกกังวล			
22	ทานเป็นคนพิถีพิถันในการคบเพื่อน			
23	ทานเคยรู้สึกไม่สบายใจเมื่อทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ไม่ถูกต้อง			
24	เวลาที่ทานจะทำงานอะไรก็ตามทานมักคิดว่าเป็นเรื่องคอขาดบาดตายเสมอ			
25	ทานเป็นคนใจน้อย			
26	ทานชอบงานสังคม			
27	ทานมีความเห็นว่าทานเป็นคนมีอารมณ์ตึงเครียด			
28	ทานมักชอบเป็นผู้นำของกลุ่ม			
29	ทานเคยรู้สึกหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยวบ่อย ๆ			
30	ทานรู้สึกกระดากอายเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้าม			
31	ทานชอบฝึกกลางวัน			
32	ทานมักมีค่าแก้ตัวทันทีเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์			
33	ทานมักใช้เวลามากในการนึกถึงความหลังที่น่าชื่นชม			
34	ทานมีความเห็นว่าตัวทานเป็นคนทำอะไรตามสบาย			
35	ทานรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและเบื่อหน่ายโดยไม่มีเหตุผลบ่อย ๆ			
36	เมื่ออยู่ในกลุ่มที่มีการปะทะสังสรรค์ทานมักเป็นฝ่ายเจ็บแค้น			
37	หลังจากเหตุการณ์ร้ายแรงผ่านพ้นไปแล้วทานมักคิดได้ว่าทานควรจะได้ทำ อย่างใดอย่างหนึ่งลงไปในช่วงเวลานั้นแต่ไม่ได้ทำอย่างที่คิด			
38	ทานมักสนุกสนานได้เต็มที่ในงานรื่นเริง			
39	ทานมักคิดมากจนนอนไม่หลับ			
40	ทานมักชอบทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจอย่างเต็มที่			
41	ทานเคยรู้สึกรำคาญตัวเองที่เกิดความคิดไร้สาระขึ้นบ่อย ๆ			
42	ทานมักเป็นคนใจน้อยไม่ว่าเรื่องอะไร			
43	ทานมักทำงานอย่างไม่ใคร่เอาจริงเอาจังนัก			
44	คนอื่น ๆ มีความเห็นว่าเป็นคนกระฉับกระเฉงร่าเริง			
45	ทานมักมีอารมณ์ขุ่นมัวบ่อย ๆ			
46	ทานมีความเห็นว่าทานเป็นคนช่างพูด			
47	ทานเคยรู้สึกกระวนกระวายจนนั่งไม่ติด			
48	ทานมักชอบเล่นไม่ชื้อกับคนอื่น			

**ส่วนที่ 4** แบบบันทึกระดับความดันโลหิต และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ  
ซึ่งผู้วิจัยจะทำการคัดลอกจากใบประวัติของผู้ป่วย

**แบบบันทึกระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของผู้ป่วย  
ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์**

เลขที่.....

รหัส.....

1. ระดับความดันโลหิต ..... mm/hg
2. การควบคุมความดันโลหิต
  - ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี / คงที่
  - ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี / ไม่คงที่
  - ไม่ระบุ
3. การรับประทานยา
  - รับประทานยาสม่ำเสมอ / มารับการรักษาสม่ำเสมอ
  - รับประทานยาสม่ำเสมอ / มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ซ้ำๆ  
รับประทานเอง
  - รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ / มารับการรักษาสม่ำเสมอ
  - รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ / มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ
  - ไม่ระบุ
4. ยาที่ได้รับ
  1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางจินตนา กมลพันธ์ เกิดวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2507 ที่อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ปีการศึกษา 2527 เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรต่อเนื่อง) จากมหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2537 หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2539 ย้ายไปปฏิบัติงานที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2544

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย