

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

(The Anxieties of the Families of Psychiatric Patients.)



โดย

นางบุญวดี เพชรรัตน์ หัวหน้าโครงการ
นางพิไลรัตน์ ทองอุไร ผู้รวมโครงการ

30101

เลขที่	RC 551 1172 2652
เลขที่พิมพ์	14656
วัน เดือน ปี	27.9.53

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พิมพ์ที่
สงขลา

ชื่อเรื่อง

การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต

(The Anxieties of the Families of Psychiatric Patients.)

คณะผู้วิจัย	นางบุญยวดี	เพชรรัตน์	หัวหน้าโครงการวิจัย
	นางพิไลรัตน์	ทองอุไร	ผู้ร่วมวิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต เน้นการศึกษาเฉพาะปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิตในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย กับคานสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาความวิตกกังวลของญาติโดยรวม และเฉพาะปัญหาความวิตกกังวลคานอาการและการดูแลผู้ป่วย คานสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย และญาติในกลุ่มตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติของผู้ป่วยทางจิตซึ่งรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลประสาทสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2529 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2530 ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มการณ (Accidental Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 32 ข้อ เป็นปัญหาความวิตกกังวลของญาติในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ และคานสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติจำนวน 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7347 และ 0.7978 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจดังกล่าวทั้งหมดเท่ากับ 0.8873 มีค่าอำนาจจำแนกรายของแบบสำรวจ ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ป่วยทางจิตโดยวิธีสัมภาษณ์ กรณีที่ญาติผู้ป่วยทางจิตไม่สามารถอ่านหนังสือได้ และให้ญาติตอบแบบสำรวจด้วยตัวเอง ในกรณีที่ญาติผู้ป่วยทางจิตสามารถอ่านหนังสือได้ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ประมวลข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือกลโปรแกรม SPSS สูตรทางสถิติใช้ในการเปรียบเทียบความ

แตกต่างของปัญหาความวิตกกังวลของญาติโคแอก Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis และ Wilcoxon

ผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ญาติผู้ป่วยร้อยละ 52.1 เป็นเพศชาย และร้อยละ 47.9 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 36-55 ปี จบดีศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ลงมา สถานภาพสมรส คือ สมรสและอยู่ด้วยกัน สถานภาพภายในครอบครัวคือ เป็นสมาชิกซึ่งหารายได้ให้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา อาชีพเกษตรกรกรรม และมีระดับฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตโดยรวม และเฉพาะปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย กับคานสังคมและเศรษฐกิจของญาติ และญาติในกลุ่มตัวแปรต่าง ๆ พบว่า

1. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกัน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
2. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในคานอาการและการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในคานสังคมและเศรษฐกิจของญาติ และญาติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา และอาชีพที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในคานสังคมและเศรษฐกิจของญาติและญาติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ

สารบัญเนื้อเรื่อง

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญเนื้อเรื่อง	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
ข้อตกลงเบื้องต้น	4
คำจำกัดความสำหรับการวิจัยครั้งนี้	4
สมมติฐานของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
2 วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ความหมายของความวิตกกังวล	7
สาเหตุของความวิตกกังวล	8
ชนิดของความวิตกกังวล	9
ระดับและกลไกของความวิตกกังวล	10
ผลของความวิตกกังวลต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม	11
การประเมินความวิตกกังวล	15
ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของบุคคลในสถานต่าง ๆ	17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23

๑๕
บท

หน้า

3	วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย	28
	การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง	28
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	28
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
	การวิเคราะห์ข้อมูล	30
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	32
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและขอเสนอแนะ	74
	สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
	อภิปรายผล	77
	ขอเสนอแนะ	86
	บรรณานุกรม	88
	ภาคผนวก	92

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามเพศ	34
1.2	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามช่วงอายุ	34
1.3	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามศาสนา	35
1.4	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามระดับการศึกษา	35
1.5	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามสถานภาพสมรส	36
1.6	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามสถานภาพภายในครอบครัว	36
1.7	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	37
1.8	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามอาชีพ	38
1.9	จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ	39
2.1.1	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ จำแนกตามเพศ	40
2.1.2	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ	40
2.1.3	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ จำแนกตามศาสนา	41
2.1.4	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ จำแนกตามระดับการศึกษา	41
2.1.5	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ จำแนกตามสถานภาพสมรส	42
2.1.6	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ จำแนกตามสถานภาพภายในครอบครัว	43
2.1.7	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	44
2.1.8	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ จำแนกตามอาชีพ	45
2.1.9	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ จำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ	46

ตารางที่ 1

2.2.1	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามเพศ	47
2.2.2	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามช่วงอายุ	48
2.2.3	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามศาสนา	49
2.2.4	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามระดับการศึกษา	50
2.2.5	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามสถานภาพสมรส	51
2.2.6	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามสถานภาพใน ครอบครัว	52
2.2.7	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	53
2.2.8	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามอาชีพ	54
2.2.9	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามระดับฐานะ ทางเศรษฐกิจ	55
2.3.1	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามเพศ	56
2.3.2	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามช่วงอายุ	57

2.3.3	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามศาสนา	58
2.3.4	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามระดับการศึกษา	59
2.3.5	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามสถานภาพสมรส	60
2.3.6	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามสภาพภายในครอบครัว	61
2.3.7	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	62
2.3.8	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามอาชีพ	63
2.3.9	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ จำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ	64
2.4.1	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้าน สังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามเพศ	65
2.4.2	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ	66
2.4.3	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามการนับถือศาสนา	67
2.4.4	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา	68
2.4.5	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส	69

2.4.6	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามสถานภาพภายใน ครอบครัว	70
2.4.7	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	71
2.4.8	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้าน สังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามอาชีพ	72
2.4.9	เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามระดับฐานะทาง เศรษฐกิจ	73

ไบแทรก

โปรดเกล้าฯ ในรายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติ
 ต่อผู้ป่วยทางจิต กิ่งน

หน้า	8	บรรทัดที่	15	แก้ tranma เป็น trauma
หน้า	10	บรรทัดที่	2	แก้ อารมสู่ชสบาย เป็น อารมสู่สบาย
หน้า	11	บรรทัดที่	4	แก้ Tntrojection เป็น Introjection
หน้า	26	บรรทัดที่	5	แก้..ส่วนแม่เป็น..... เป็น..ส่วนใหญ่เป็น....
หน้า	76	บรรทัดที่	22	แก้..สมรสแตกแยกกัน...เป็น..สมรสแตกแยกกัน
หน้า	77	บรรทัดที่	4	แก้..ตั้งถาวรอย่างมีนัยสำคัญ...เป็น...ตั้งถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ...
หน้า	73	บรรทัดที่	10,13	แก้..การดูแลรักษา... เป็น...การดูแลผู้ป่วย..
หน้า	79	บรรทัดที่	3	แก้ เกษียณจากการ..... เป็น...เกษียณจากการงาน
หน้า	80	บรรทัดที่	26,27	แก้..มีนัยสำคัญทางมัธยมศึกษาที่ 1-6 ...เป็น... มีนัย สำคัญทางสถิติระดับ 0.01 โดยญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ปีที่ 6 ลงมา และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6....
หน้า	82	บรรทัดที่	17	แก้...ระดับค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลสูงกว่า..เป็น....ระดับ ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลด้านสังคมและเศรษฐกิจสูงกว่า....
หน้า	84	บรรทัดที่	27	แก้...หังคานอาการ...เป็น...ในคานอาการ...
หน้า	85	บรรทัดที่	17	แก้...พบว่ามีผู้ป่วย.....เป็น...พบว่ามีญาติผู้ป่วย
หน้า	86	บรรทัดที่	20	แก้...ของญาติผู้ป่วย เป็น.....ของญาติผู้ป่วยด้วย



เลขที่ 014056
 วันที่ เดือน ปี - 8 ส.ค. 2532

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์อย่างยิ่ง บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถเอาชนะสิ่งแวดลอมใด ๆ โดยสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ใหญ่หลวง หรือสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตัวเองให้เหมาะสมกับสภาวะการณต่าง ๆ ได้ ซึ่งบุคคลจะมีสุขภาพจิตดีหรือเสื่อมลงเพียงใดนั้น นอกจากจะขึ้นกับปัจจัยทางสุขภาพทางร่างกาย บุคลิกภาพ สติปัญญาและการเรียนรู้ที่ผ่านมาแล้ว ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมซึ่งได้แก่ครอบครัว บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นคน (ศูนย์สุขภาพจิต, มปค.) ก็นับว่าเป็นสิ่งกระตุกสำคัญ โดยบางครั้งบุคคลไม่สามารถเข้าไปจัดการสิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ ทำให้ต้องปรับตัวยอมรับสภาวะการณต่าง ๆ ถ้าบุคคลนั้น ๆ มีสุขภาพจิตดีก็จะยอมรับได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งในจิตใจ ตรงข้ามหากบุคคลมีสุขภาพจิตเสื่อมด้อย จะจำยอมรับสภาวะการณนั้น ๆ ด้วยความวิตกกังวลเกิดความเครียดตลอดเวลา ซึ่งยอมจะเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตอย่างแน่นอน

ในชีวิตประจำวันของบุคคลทุกคนในปัจจุบัน ต้องเผชิญกับภาวะเครียด วิตกกังวลจากสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพร่างกายและอื่น ๆ อยู่แล้ว ไม่น่าแปลกใจเลย แต่ยังมีบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งนอกจากจะต้องเผชิญกับความเครียดทั้งกลาแล้ว เขาเหล่านั้นยังต้องพบกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ใกล้ชิดซึ่งอาจจะเป็นผู้คนคนที่รัก หรือบุคคลที่ตนคุ้นเคยชอบ ความเครียดของจิตใจจึงอาจเพิ่มมากขึ้นจนทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนไปได้ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ แพทย์หญิงสุจิตรา จรัสศิลป์ (2525) โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่กล่าวว่า "ญาติผู้ป่วย เป็นบุคคลกลุ่มหนึ่ง ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในแต่ละวัน และการแก้ไขซึ่งเขาปฏิบัติกับผู้ป่วย"

สุรีย์ โกลากุล และคณะ (2525) ได้ศึกษาทัศนคติของพ่อแม่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยศึกษาจากแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 120 คน พบว่าทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อผู้ป่วยค่อนข้างดี เวลาเจ็บป่วยพ่อแม่จะมีความวิตกกังวลและหาไปรักษาที่คลินิก ด้านการศึกษาของผู้ป่วย พ่อแม่ยอมรับว่าผู้ป่วยผิดปกติ ไม่สามารถเรียนได้สูง มีพ่อแม่ส่วนน้อยที่ยังหวังให้ผู้ป่วยเรียนในระดับสูงขึ้นไป

จึงเห็นได้ว่า ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเวชจะต้องเผชิญกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลตลอดเวลา ต้องเผชิญกับอาการหรือความเจ็บป่วยที่อาจถูกคามผู้ป่วย ซึ่งทำให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ กังวล สงสาร กระทบกระวายเป็นหรือต้องละอายุต่อสังคมที่เพ่งมองในเงาราย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยต่อผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ และเป็นแนวทางในการให้บริการประชาชนกลุ่มนี้ในงานจิตเวชชุมชนต่อไปอีกด้วย

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างประชากร คือ ญาติของผู้ป่วยโรคจิตที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2529 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2530 โดยเก็บข้อมูลเมื่อผู้วิจัยสามารถพบญาติได้เท่านั้น

2. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

2.1.1 เพศ ตัวแปรย่อยคือ

- เพศชาย

- เพศหญิง

2.1.2 ช่วงอายุ ตัวแปรย่อยคือ

- 19-25 ปี

- 26-35 ปี

- 36-55 ปี

- 56 ปีขึ้นไป

2.1.3 ศาสนา ตัวแปรย่อยคือ

- พุทธ

- อิสลาม

2.1.4. ระดับการศึกษา ตัวแปรย่อย คือ

- คำกว่าชั้นประถมศึกษา 6
- มัธยมศึกษาปีที่ 1-6
- อุดมศึกษาขึ้นไป

2.1.5 สถานภาพสมรส ตัวแปรย่อยคือ

- โสด
- สมรสและอยู่ด้วยกัน
- สมรสแต่แยกกันอยู่

2.1.6 สถานภาพภายในครอบครัว ตัวแปรย่อย คือ

- หัวหน้าครอบครัว
- สมาชิกซึ่งหารายได้ให้ครอบครัว
- สมาชิกซึ่งยังหารายได้ไม่ได้

2.1.7 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ตัวแปรย่อยคือ

- บิดามารดา
- สามีภรรยา
- บุตร
- พี่ร่อนอง
- ลูกศิษย์

2.1.8 อาชีพ ตัวแปรย่อยคือ

- ค้าขาย
- รับราชการ
- เกษตรกรรม
- รับจ้าง
- แขนงาน
- นักมวย
- ไม่มีอาชีพ

2.1.9 ระเบียบฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว คู่เพรชยคือ

- ดีมาก
- ปานกลาง
- ยากจน

2.2 คู่เพรชตาม โฉนด ปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

ขอตกลง เบื้องต้น

ขอมูลที่ไดจากการตอบแบบสำรวจถือว่าเป็นคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยความจริงใจ และ เชื่อถือได้

ถ้าจำกัความ

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ให้คำจำกัดความเฉพาะสำหรับงานวิจัยนี้เท่านั้น โฉนด

1. ผู้ป่วยทางจิต หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ประสาทสงขลา ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2529-28 กุมภาพันธ์ 2530

2. ญาติผู้ป่วยทางจิต หมายถึงบิดามารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติสนิท อื่น ๆ ของผู้ป่วยทางจิต ซึ่งมีส่วนดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน และเฝ้าไข้ที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2529 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2530

3. ปัญหาความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกของญาติที่ติดต่อผู้ป่วยทางจิตในคานอาการ และการดูแลผู้ป่วย และคานสังคมและเศรษฐกิจทั้งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยโดยตรงและที่เป็นผลกระทบ ต่อญาติ โดยวัดระดับความรู้สึกตามปัญหาญาติผู้ป่วยทางจิตรับรู้จากแบบสำรวจปัญหา ความวิตกกังวล ของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. ระเบียบฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง ระเบียบฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวตาม ปัญหาญาติผู้ป่วยทางจิตรับรู้

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตแตกต่างกัน
2. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพและระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน
3. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกัน
4. ญาติผู้ป่วยทางจิตในกลุ่มตัวแปรเดียวกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลรักษา กับด้านสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการให้บริการ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมแก่ญาติผู้ป่วยทางจิตซึ่งต้องอยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตโดยตรง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนางานสุขภาพจิตของผู้เกี่ยวข้องสำหรับประชาชนกลุ่มนี้ เช่น การให้คำปรึกษาเฉพาะหน้า การจัดระบบสาธารณสุขในชุมชนในครอบครัวกลุ่มงานสุขภาพจิต การเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สังคมในโลกปัจจุบันก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการสาขาต่าง ๆ มนุษย์สามารถทนควาเอาชนะโรคร้ายไข้เจ็บ มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถในการเอาชนะธรรมชาติในหลาย ๆ ด้าน ส่งผลให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้ผลเมืองเพิ่มขึ้น การแก่งแย่งทำมาหากินตลอดจนการแข่งขันในการดำรงชีวิตเพื่อให้ตนมีวิถีชีวิตที่ยิ่ง ๆ ขึ้นเริ่มเป็นเงาตามตัว ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นชุมชนเมืองหรือชนบท เพราะทุกคนต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดและต้องการผลักดันให้ชีวิตของตนสูงขึ้น ความตึงเครียดดังกล่าว ส่งผลให้ประชาชนป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทเพิ่มขึ้น จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชของกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2526 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งสิ้น 856,262 คน ต่อประชากร 49,229,561 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.74 ซึ่งยังไม่มียุผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาที่หมอบานหรือทางไสยศาสตร์อีกจำนวนมาก การเจ็บป่วยดังกล่าวมีไขก่ผลเสียทางคานร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อบุคคลแวดล้อมตัวผู้ป่วยอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ญาติผู้ใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์ หรือต้องรับผิดชอบในตัวผู้ป่วย ผลกระทบอันแรกที่เกิดขึ้นได้ก็คือ ความวิตกกังวล ซึ่งก่อนที่จะกล่าวถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติที่ดูแลผู้ป่วย จะขอกล่าวถึงความหมาย สาเหตุ ตลอดจนชนิดของความวิตกกังวล กลไกในการเกิดความวิตกกังวล รวมทั้งผลของความวิตกกังวลต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นเบื้องต้น

I. ความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

Jersild, Arther T. (1963) กล่าวถึงความกลัวและความวิตกกังวลว่าเป็นสภาพจิตใจที่ไม่พึงปรารถนา เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นอันตราย หรือสิ่งที่ไม่คาดหมายซึ่งอาจจะรู้หรือไม่รู้ก็ได้ว่าสิ่งเหล่านั้นคืออะไร และถ้าเกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลในอัตราที่ค่อนข้างสูง จะทำให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกายเช่นเดียวกับกลไกของระบบประสาททำให้ต่อมอะดรีนอล (Adrenal gland) ทำงานมากขึ้น ยังผลให้หัวใจเต้นจังหวะเร็วขึ้น ระบบ

การย่อยอาหารทำงานช้าลง เหงื่อออกตามฝ่ามือ และมีการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ อีก

English, Horance B. และ English, Ava Champney (1968) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังต่อไปนี้คือ

1. ความวิตกกังวล เป็นภาวะของความไม่สบายใจ ซึ่งสืบเนื่องมาจากความต้องการหรือแรงขับที่ไม่อาจไปให้ถึงเป้าหมายที่ตนต้องการได้
2. ความวิตกกังวล หมายถึงความกลัวอันยาวนานและสับสนว่า อาจมีสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้นในอนาคต
3. ความวิตกกังวล หมายถึงความกลัวอันต่อเนื่อง ซึ่งสังเกตเห็นได้แต่อยู่ในระดับต่ำ
4. ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม ซึ่งเป็นการคุกคามที่นากลัวซึ่งบุคคลนั้นไม่อาจบอกได้ว่าสิ่งที่เขารู้สึกว่าถูกคามนั้นคืออะไร

ส่วน Matheney, Ruth V. และคนอื่น ๆ (1972) กล่าวว่า ความวิตกกังวลมีลักษณะคล้ายความเจ็บปวด ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนภัยของร่างกาย เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นความรู้สึกอึดอัด หว่นหวาดหรือเคลือบแคลง (Vague) ไม่แน่ใจ นากลัว (Bread) และจะมีอาการทางร่างกายรวมด้วย เช่น กล้ามเนื้อตึงเครียด คลื่นไส้ เหงื่อออกมากขึ้น สิ้นทองเค้น และมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของชีพจรและหายใจ

Benjamin B. Wolman (1975) กล่าวถึงความหมายของ "ความวิตกกังวล" ที่ Freud ให้ความไว้ว่า "เป็นปฏิกิริยาของอีโก (Ego) ที่สัมผัสสิ่งคุกคามภายในตัวบุคคลซึ่งอาจจะมาจากอิด (Id) หรือซูเปอร์อีโก (Superego) ก็ได้" และเจริญ สมวงษ์ศิริ (2523) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเป็นสภาวะของจิตใจที่มีลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1. ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
2. มีความรู้สึกว่ามีสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นโดยบอกสาเหตุไม่ได้
3. อาจมีความรู้สึกกลัวรวมด้วย

สรุปแล้ว ความวิตกกังวลเป็นภาวะของความไม่สบายใจ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของอีโกที่มีต่อสิ่งที่เป็นอันตราย หรือสิ่งที่มาคุกคามโดยที่อาจจะรู้หรือไม่รู้ว่าสิ่งที่ถูกคามนั้นคืออะไร มีลักษณะอึดอัด หว่นหวาด เคลือบแคลง ไม่แน่ใจ และนากลัว ซึ่งเป็นคล้ายสัญญาณเตือนภัยของร่างกาย

ความวิตกกังวลมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม

ทางด้านร่างกาย เป็นผลเนื่องมาจากการกระทบกระเทือนต่อระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นส่วนใหญ่ เช่น อากาศหอบ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว อึดอัด แน่นหน้าอก เหงื่อออก วิงเวียนศีรษะ เป็นลมและสิ้น ส่า ทนาว ๆ รอน ๆ ปากแห้ง กระหายน้ำ ฯลฯ

ทางด้านพฤติกรรม เป็น มีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด หวาดกลัว เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจการงาน หลงลืม เป็นต้น

สาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล

ตามความเชื่อกันเดิมของ Freud (1923) ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากแรงกระตุ้นทางเพศถูกขัดขวาง ต่อมาในปี ค.ศ. 1926 Freud ได้เสนอทฤษฎีใหม่ว่า ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการที่ทารกไม่มีความสามารถที่จะควบคุมความตื่นเต้นต่าง ๆ ของคนที่เกิดจากสิ่งเรต่าง ๆ ที่มากระทบ สิ่งเรอย่างอย่างที่มีผลให้เกิดความตื่นเต้น อาจะกลายเป็นความกระทบกระเทือนจิตใจ เป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดและเป็นต้นเหตุของความวิตกกังวล Freud เชื่อว่า สาเหตุของความวิตกกังวลเกิดจากความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก

O. Rank (1929) กล่าวว่า "ความกระทบกระเทือนจากการคลอด (Birth trauma) เป็นต้นฉบับของความวิตกกังวลทั้งหมด"

H.S. Sullivan (1892-1949) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นผลจากการที่ความต้องการทางชีววิทยาของบุคคล ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างน่าพึงพอใจในทางที่สังคมยอมรับ ส่วน K. Horney กล่าวว่าแต่ละบุคคลมีความต้องการพื้นฐาน 2 ประการคือ ความปลอดภัยและความพึงพอใจ การสนองต่อความต้องการ ความพึงพอใจเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และได้รับการยอมรับ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขั้นต้น (Basic anxiety) ซึ่งอาจกลายเป็นโรคประสาทได้ในภายหลัง นอกจากนั้น B.F. Skinner กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการวางเงื่อนไขของสิ่งเร เป็นการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่เป็นกลาง (Neutral stimulus) ซึ่งวางคู่กับตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ (Aversive stimulus) เป็นกลุ่มของอารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะเท่านั้น

(Wolman, 1975)

ชนิดของความวิตกกังวล

Freud แบ่งความวิตกกังวลของบุคคลออกเป็น 3 ชนิดด้วยกันคือ

1. ความวิตกกังวลตามความเป็นจริง (Reality anxiety) เกิดจากการที่
อวัยวะได้รับการคุกคามจากสิ่งแวดล้อมภายนอกจริง ๆ
2. ความวิตกกังวลจากศีลธรรมของตน (Moral anxiety) เกิดจากการที่
บุปเปอโรโกมาขัดแย้งกับอวัยวะ มีความรู้สึกละอายและคำตอຍ
3. ความวิตกกังวลแบบโรคประสาท (Neurotic anxiety) เกิดจากการที่
แรงกดดันของอภิปยายามเอาชนะการควบคุมของอวัยวะ

แต่จะแบ่งชนิดของความวิตกกังวลตามสาเหตุก็แบ่งได้ ดังนี้คือ

1. ความวิตกกังวลเนื่องจากสถานการณ์ต่าง ๆ (Situational anxiety) เป็นความกังวลเฉพาะในสภาวะการณ์นั้น ๆ เช่นต้องหาที่อยู่ใหม่เนื่องจากไฟ
ไหม้ เป็นมารดาครั้งแรก กลายเป็นคนตกงาน เป็นต้น
2. ความวิตกกังวลที่หาสาเหตุไม่ได้ (Free floating anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่บุคคลนึกคิดเอาเอง หาสาเหตุที่แท้จริงไม่ได้แน่นอน
3. ความวิตกกังวลที่พบรวมหรือเป็นผลจากโรคอื่น เช่น โรคทางกายที่
รักษาไม่หาย หรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ใจหาย โรคทางจิต อาจพบในโรคซึมเศร้า หรือผู้ตก
กาเซ่มาก ๆ

ระดับและกลไกของความวิตกกังวล

Spielberger (1966) อ้างถึงโดย John Stoudenmire (1972)

กล่าวถึงทฤษฎี ความวิตกกังวลว่าแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ระดับความวิตกกังวล (State anxiety) ซึ่งมีลักษณะเป็นปรนัย เป็นระยะ
ที่มีความกลัว เลือย และมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีระดับมากน้อยแตกต่างกันตามสิ่งกระตุ้นซึ่งจะเป็น
ภายใน หรือภายนอกก็แล้วแต่ Holly, S. Wilson และ Carol Ren Kneisl (1979)
กล่าวถึงระดับของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

ระดับความวิตกกังวล

อารมณ์สุขสบาย (Euphoria)	วิตกกังวล ระดับอ่อน (Mild anxiety)	วิตกกังวล ระดับปานกลาง (Moderate anxiety)	วิตกกังวล ระดับรุนแรง (Severe Anxiety)	วิตกกังวล ระดับแรงสุดขีด (Panio)
0	+	++	+++	++++

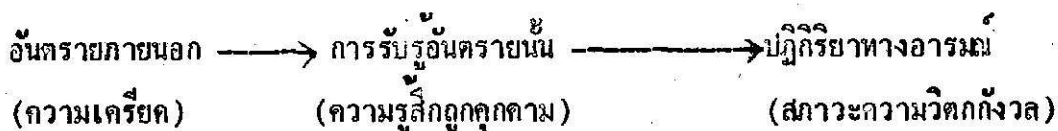
ระดับอารมณ์สุขสบาย เป็นระดับที่อารมณ์ปราศจากความทุกข์ ความวิตกกังวล อารมณ์ตลอดเวลา อาการวิตกกังวลไม่ปรากฏออกมาให้เห็น พบได้ในผู้ที่สุขภาพดี สิ้น หรือ โศกเศร้าเสียดใจ กระฉับกระเฉงว่องไว การรับรู้และความจำดี สมารถ มีความสามารถในการ สังเกต และอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนและสิ่งแวดล้อมได้ เช่น เวลาใกล้สอบจะมีความ ตื่นตัวมากเป็นพิเศษ

ความวิตกกังวลระดับกลาง เป็นระดับที่บุคคลมีความตื่นตัวมากขึ้น การรับรู้แทบลง สมารถมากขึ้นแต่มุ่งจุดเดียว ว่องไว กระฉับกระเฉงมากขึ้น ผลงานที่เกิดขึ้นมีมากกว่า ความวิตกกังวลระดับอ่อน จึงต้องมีกิจกรรมเพื่อขจัดพลังงานส่วนนี้ บุคคลจึงไม่สามารถหยุดนิ่ง แต่ยังคงรับรู้และเข้าใจสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้ดี

ความวิตกกังวลระดับรุนแรง การรับรู้ลดลงไปมาก ความสนใจจะมุ่งจุดเล็ก ๆ ซึ่ง เป็นข้อปลีกย่อย ผลงานมีมาก จึงทำให้กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ ลุกลุกกรนมาก ขึ้น ความสามารถในการรับรู้ความสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมลดลง หรือหมดไป

ความวิตกกังวลระดับรุนแรงสุดขีด เป็นภาวะที่ถึงขั้นสุดขีดการรับรู้เสีย การสื่อสาร เสีย ไม่สามารถควบคุมตัวเอง อาจกลัวมากจนเกิดอาการว้าวรุนแรง ถึงถึงมหาศาล หรือ อาจหมดแรงหรือหมดสติไปเลย

2. สภาพภาวะความวิตกกังวล (Trait anxiety) เป็นวิธีการที่บุคคลแสดงให้เห็นถึง ความวิตกกังวลภายใต้สภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยมีกลไกการเกิดความ วิตกกังวลตามลำดับดังต่อไปนี้



ผลของความวิตกกังวลต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมหลายประการ โดยเฉพาะต่อบุคคล ซึ่งกระทบต่อทุกระบบของตัวบุคคลนั้นได้แก่ผลต่อจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา รวมทั้งเกิดพฤติกรรมการแสดงออกทั้งหลาย (Behaviors manifestation)

1. ผลต่อจิตใจ บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับอ่อน (Mild anxiety) มีผลทำให้บุคคลมีจิตใจที่ตึงตัวขึ้น ทาทางกระฉับกระเฉงดี ว่องไว มี การรับรู้ดีขึ้น การจดจำมากขึ้น สมาธิดี เพราะประสาทสัมผัสทั้ง 5 เตรียมตัวเพื่อรับรู้ บุคคลที่มีระดับความวิตกกังวลปานกลาง จะตึงตัวและกระฉับกระเฉงว่องไวมากขึ้น จนดูเกือบจะสนลนลนลูกลุกรน การรับรู้ถูกจำกัดให้แคบลงอยู่ในขอบเขตของสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ สิ่งกระตุ้นอื่นนอกเหนือจากนี้ถูกขจัดออกไป ถ้ามีความวิตกกังวลระดับรุนแรง บุคคลจะอยู่ไม่นิ่ง ทาทางกระสับกระส่าย ลูกลุกรน พุดมากและเร็วขึ้น หรืออาจพูดไม่ออกเลย เสียงสั่นรัว การรับรู้แคบลงมาก แต่ด้วยความวิตกกังวลรุนแรงมากที่สุด สภาพจิตใจของบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะตกใจ ตึงกลัวสุดขีด (Panic) ทำให้บุคคลมีพลังงานเกิดขึ้นมากที่สุด ประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ การรับรู้จะน้อยมาก ในภาวะนี้ต้องระวังบุคคลอาจแสดงความก้าวร้าวอย่างรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่นได้

2. ผลต่ออารมณ์ ความวิตกกังวลทำให้บุคคลมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็วไวต่อสิ่งกระตุ้น อารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ได้แก่ อารมณ์โกรธ ทุณเฎียง หงุดหงิด โมโหง่าย ใช้กลไกป้องกันตัว (Defensive behavior) มากเกินไป และไม่เหมาะสม เช่น กลวางโทษผู้อื่น (Projection) อางเหตุผลเขาข้างตัว (Rationalization) ปฏิเสธ (Denial) ลงโทษตัวเอง (Introjection) เป็นต้น เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็วทำให้ขาดสติในการพิจารณาไตร่ตรองสภาวะที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ทำให้การตัดสินใจผิดพลาด และถ้ามีบุคคลหรือสภาพการณ์บางอย่างเข้ามาจู่โจมอย่างกระทันหันจะก่อให้เกิดอันตราย หรือผลเสียต่อบุคคลที่มีความวิตกกังวลนี้ได้

3. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

3.1 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงตามชีวเคมี เมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะวิกฤตกังวล

Epinephrine, Nor-epinephrine และ Adreno cortical hormone จะถูกขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น ฮีร์โมนเหล่านี้มีหน้าที่ 3 อย่าง คือ

- 1) Mineralocorticoids ควบคุมความสมดุลของ Electrolyte เช่น โซเดียม โพแทสเซียม และแคลเซียม
- 2) Glucocorticoids มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวก โปรตีน ไขมัน และน้ำตาล
- 3) Androgens มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและสร้างเสริมลักษณะเพศชาย จะเห็นว่าเมื่อมีภาวะวิกฤตกังวลเกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของพวก Electrolyte ในร่างกายมีการขับสารพวกน้ำตาลออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงนั้นขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยทั่วไปความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง จะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย แต่อาจถึงขั้นรุนแรงและระดับที่หนักสุดขีดแล้วจะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีดังนี้

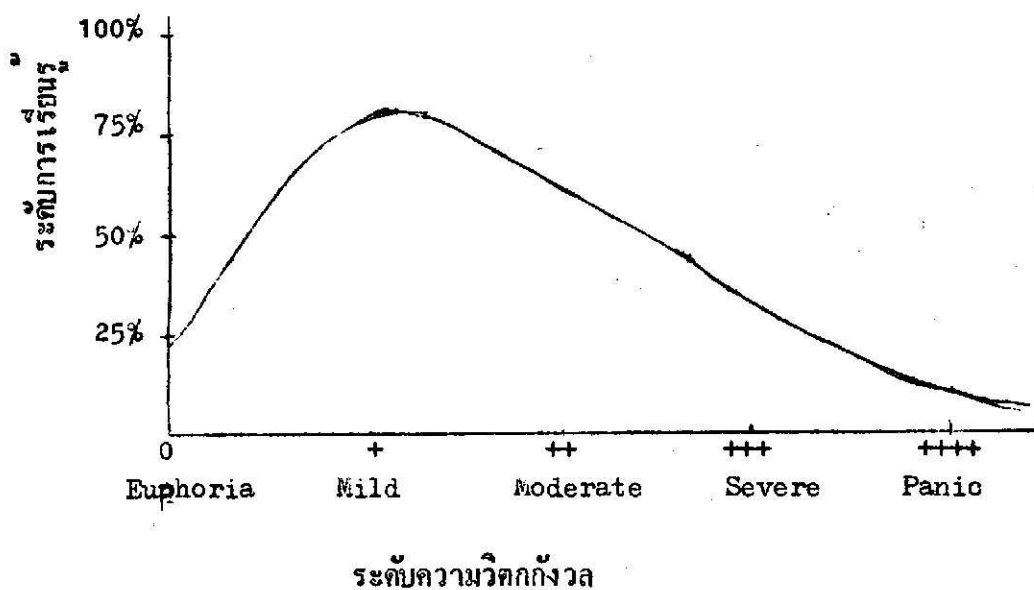
- 1) หัวใจจะเต้นเร็วและถื่น
- 2) การหายใจจะลึกและเร็วขึ้น
- 3) จะมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย
- 4) ประจำเดือนจะมีการเปลี่ยนแปลง ประจำเดือนอาจขาดหายไป
- 5) ปัสสาวะบ่อย
- 6) ปากแห้ง
- 7) ความอยากอาหารลดลง
- 8) เหงื่อออกตัวเย็น ผิวนิ่งซีดเย็น
- 9) ฆานตาชยายใหญ่ขึ้น
- 10) น้ำตาลถูกขับออกจากตับมากขึ้น ทำให้มีพลังงานส่วนเกินเพิ่มมากขึ้น
- 11) มือเย็นตามเหงื่อออกตามฝ่ามือ
- 12) กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพะะกล้ามเนื้อคอ
- 13) ตัวสั่น ใจสั่น

4. ผลต่อการเรียนรู้และการปรับตัว

ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว เขาจะสามารถใช้ทักษะนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เขาจะสามารถที่จะสังเกตพบความวิตกกังวลที่หาความสัมพันธ์ของสองอย่าง ตรวจสอบความคิดเห็นกับคนอื่น ๆ ทดสอบดูและสามารถใช้ประสบการณ์เก่า ๆ ได้

ความวิตกกังวลในระดับรุนแรงถึงรุนแรงสุดขีด ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ก็ตาม เขาจะไม่มีโอกาสได้ใช้ทักษะของเขาเลยในช่วงที่อยู่ในภาวะต้นกล้าสุดขีด พฤติกรรมของเขาจะเป็นไปในรูปของการจัดการภาวะวิตกกังวล ซึ่งโดยมากเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติที่ไม่ต้องฝึกก่อน

ถ้าหากจะเขียนเป็นรูปเส้นโค้งแสดงความสัมพันธ์ของภาวะ Anxiety และการเรียนรู้จะได้อดังนี้



5. ผลของพฤติกรรมการแสดงออก

เมื่อเกิดความวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออกโดยมากจะเป็นพฤติกรรมแบบอัตโนมัติที่เห็นโดยง่าย ๆ คือ หงุดหงิดโมโหง่าย และโกรธ กล่าวกันว่าความโกรธนั้นเป็นอนุพันธ์ของความวิตกกังวล เป็นพฤติกรรมที่พบโดยง่ายรองจากหงุดหงิดโมโหง่าย การเบนจูงใจไม่ตกสนใจตนเองมากก็เป็นการแสดงออกของภาวะวิตกกังวลเหมือนกัน เมื่อใดก็ตามที่ภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลนั้นจะต้องมีการปรับและเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือขจัดภาวะวิตกกังวลเสีย พฤติกรรมการแสดงออกนั้นเราอาจจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ

Acting-Out Behavior พฤติกรรมที่เป็นการบ่งแสดงความรู้สึกภายในออกภายนอกอย่างเปิดเผย (Overt behavior) พฤติกรรมตอบโต้ภาวะวิตกกังวลแบบเปิดเผย ได้แก่ ความหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาชวนทะเลาะ ทานทางกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง

Covert behavior (Covert behavior) ได้แก่ความรู้สึกขุ่นเคือง รู้สึกไม่เป็นมิตร หักเก็บซ่อนไว้มือและแสดงออกในรูปแบบอื่น เช่น พยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมแบบโรจฉิบ โรคประสาททั้งหลาย

Somatizing การลดภาวะวิตกกังวลโดยการเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่พวกผู้ป่วยจิตสรีรเวช (Psychosomatic disorders) หลากหลาย ผู้ป่วย Conversion reaction เป็นต้น

Freezing To The Spot ได้แก่การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออกได้แก่การถอนตัวห่างเหิน (Withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไวภายในและกลายเป็นอาการเศร้า (Depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ (Regression)

Using The Anxiety in The Service of Learning มีพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และทำความเข้าใจในวิธีการที่ตนเองใช้เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวล หาสาเหตุว่าอะไรทำให้ตนเองรู้สึกไม่สบาย เรียนรู้จากประสบการณ์ เช่น เมื่อไม่ได้อ่านหนังสือและเขาสอนทำให้เรารู้สึกว่าท้อแท้ไม่ตั้งใจ รู้สึกอึดอัดไม่สบายภายหลังสอบ ในครั้งต่อมาบุคคลนั้นก็พยายามที่จะประสพการณ์อย่างนั้นอีก หาทางป้องกันโดยอ่านหนังสือและเตรียมตัวให้พร้อมก่อนสอบ

การประเมินความวิตกกังวล

Spielberger และคณะ (1966) ได้สร้างแบบสำรวจระดับของสภาวะความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory = STAI) ขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 และปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 1970 แบบสำรวจนี้เป็นเครื่องมือที่สามารถบอกได้ทั้งระดับความวิตกกังวล และสภาวะความวิตกกังวลซึ่งความวิตกกังวลนี้เปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นกับกาลเวลาและสิ่งแวดล้อม มีคำถามทั้งหมด 40 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามที่ใช้วัดระดับความวิตกกังวล 20 ข้อ และวัดสภาวะความวิตกกังวลอีก 20 ข้อ ผู้ถามจะเป็นผู้ให้คะแนนว่าเขารู้สึกอย่างไรในปัจจุบันนี้ ในแง่ของระดับความมากน้อยของความวิตกกังวลและโดยทั่วไปแล้วเขา รู้สึกอย่างไรในแง่ของสภาวะความวิตกกังวล (Spielberger, 1975)

การประเมินความวิตกกังวลที่ Spielberger ได้ทำไว้กับผู้ป่วยและบุคคลต่าง ๆ
 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับและสภาวะความวิตกกังวลของกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่ม	ระดับความวิตกกังวล			สภาวะของความวิตกกังวล	
	N	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ผู้ป่วยโรคจิต	461	47	12	48	13
Depressed reaction	28	53	13	54	13
Anxiety reaction	60	48	11	49	12
จิตเภท	161	46	12	46	13
สมองถูกทำลาย	31	45	11	47	13
บุคลิกภาพแปรปรวน	22	40	13	41	14
ผู้ป่วยทั่วไป	161	42	13	42	14
ผู้ที่มีปัญหาทางจิต	34	45	14	42	16
ผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ	110	41	13	43	14
นักโทษ	212	45	10	46	11

ที่มา : Spielberger, 1975, หน้า 72

Stephen M. Auerbach (1973) ได้ทำการศึกษาผลงานของ Spielberg (1966, 1972) กล่าวว่า A-State จะมีระดับสูงในสถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าคุณถูกคุกคามและจะมีระดับต่ำเมื่อสถานการณ์บรรเทาหรือไม่มีอันตราย ส่วนสภาวะของความวิตกกังวล A-trait จะคงที่ไม่ผันแปรตามสถานการณ์ดังที่เรียก Spielberg แบ่งคะแนน A-State ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มระดับต่ำ - คะแนน 33 ลงไป

กลุ่มระดับปานกลาง - คะแนน 34-41

กลุ่มระดับสูง - คะแนน 42 ขึ้นไป

Spielberger (1971) ได้สรุปข้อคิดเห็นในเรื่องนี้ว่า

1. ในสภาพการณ์ที่ถูกคุกคาม บุคคลจะเกิดความวิตกกังวล โดยแสดงให้เห็นความวิตกกังวลที่สูงขึ้น

2. ความมากน้อยของระดับความวิตกกังวลจะเป็นสัดส่วนกับความรุนแรงของสิ่งที่ถูกคุกคาม และขึ้นอยู่กับการศึกษาและความหวาดกลัวของบุคคลต่อสภาวะการคุกคามนั้น ๆ

3. บุคคลที่มีสภาวะของความวิตกกังวลสูง จะรับรู้ต่อสภาวะการคุกคามต่อการเคารพตนเอง เป็น ความละมุนละม่อมกว่าผู้ที่มีสภาวะของความวิตกกังวลต่ำ และจะตอบสนองต่อสถานการณ์เหล่านั้นโดยการที่ระดับความวิตกกังวลสูง

4. การที่ระดับความวิตกกังวลสูง เกิดขึ้นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผลต่อพฤติกรรมหรือเกิดก่อนการใช้กลไกทางจิต ทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง

มีนักวิจัยหลายคนได้นำแบบสำรวจความวิตกกังวลของ Spielberg ไปใช้ในการประเมินความวิตกกังวล เช่น Charles S. Newmark (1972) ซึ่งทำการศึกษาเรื่องการคงที่ของระดับและสภาวะของความวิตกกังวล (Stability of State and Trait Anxiety) ส่วน P. Weinstien, T. Smith และ M. Packer (1971) ใช้แบบสำรวจนี้ในการวิจัยเชิงสำรวจเรื่อง "วิธีประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของบุคลากรทันตกรรม" (Effectiveness of Dental Personnel : An Exploratory Study)

Thomas A. Mote, Jr., Luiz F.S. Natalicio และ Fernando Riva

(1971) ได้กล่าวไว้ในบทสรุปของงานวิจัยเรื่อง "การเปรียบเทียบการใช้แบบสำรวจ (STAI)

นี้เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์มากในการประเมินระดับและสภาวะของความวิตกกังวล

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ไปเสีย รวมทั้งมีการสำรวจความวิตกกังวลแบบสำรวจอื่น ๆ เช่น MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) และ POMS (Profile of Mood States) เป็นต้น

II. ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของบุคคลในคานตาต่าง ๆ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล Karen Horney (1885-1952) เชื่อว่าความวิตกกังวลขั้นพื้นฐานของเด็ก คือ การที่เด็กขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ เช่น เด็กถูกบังคับมาก พ่อแม่เอาแต่ใจตัวเอง ไม่เสนอกันเสมอไป และเฉยเมยไม่ยินดีรับกับเด็ก ทำให้เด็กขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง

Harry Stack Sullivan (1894-1949) เชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีส่วนในการสร้างบุคลิกภาพทั้งอย่างปกติ และผิดปกติ เขาเชื่อว่าบุคลิกภาพเกิดจากแรงกระทำ 2 แรง คือ แรงจากตัวเองและแรงจากสังคม ความวิตกกังวลของทารกเกิดจากความสัมพันธ์ผิดปกติระหว่างเด็กกับแม่

เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคลิกภาพมีความสำคัญในสิ่งแวดล้อมของเขา การพัฒนาความรู้สึกทางบวกขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อคนสำคัญในชีวิตของตนโดยเฉพาะในปีแรก ๆ ของชีวิต ซึ่งได้แก่แม่หรือพ่อ การโศกเศร้าเป็นสิ่งสำคัญมาก การฝึกนิสัยบางอย่างจะสัมพันธ์กับจิตใจส่วนที่ความรู้สึกผิดในการแสดงออกทางเพศ ความสัมพันธ์กับครอบครัวมีอิทธิพลต่อการจัดการกับปัญหาของบุคคลในยามเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ถ้ามีอะไรที่ผิดไปจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจหรือการปรับตัวของบุคคลซึ่งนำไปสู่ปัจจัยในเบื้องต้น (Predisposing factors) จะทำให้เกิดความตึงเครียดภายในจิตใจในระยะที่คนผู้นั้นอยู่ในช่วงที่มีความอ่อนไหวทางปกติ ทำให้เขาต้องไขว่คว้าหาทางป้องกันตัวเองที่ผิด ๆ

สำหรับบทบาทของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวต่อผู้ป่วยมีความสำคัญมากเพราะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เรื่องพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้รู้สึกดีสุขใจ ฉะนั้นความวิตกกังวลหวงใจมาจนน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความใกล้ชิดหรือความสัมพันธ์ที่ผูกพันมากกว่า จากการศึกษานี้ของ Simon และ Freeman (อ้างถึงใน ซากุล สีนไชย, 2530) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับพ่อแม่จะกลับมาโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับคุณสมรสหรือภรรยาจะทนต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนของผู้ป่วยที่เป็น

คู่สมรสของคนน้อยกว่าพ่อแม่ อาจเนื่องจากคู่สมรสจะภาคภูมิใจที่บุตรหลานของตนมี
พ่อแม่

นอกจากนี้ ไมตรี ลิ้มปรีชา (2530) ได้กล่าวถึงหัวข้อของผู้ปกครองในช่วงโรงเรียนเปิดเทอม ที่ต้องพบกับค่าใช้จ่ายที่สูง สำหรับลาเทอม ค่าเงินย่ำรุ่ง เป็นต้น และในราย
บุตรหลานสอบเข้าไม่ได้ หรือต้องการให้ได้เรียนในสถาบันที่มีชื่อเสียง ก็จะต้องเสียเงินเป็น
จำนวนมาก เพราะอยากเห็นบุตรหลานของตนเป็นคนที่มีอนาคต ยอมรับทอนสุขภาพจิตของ
พ่อแม่ผู้ปกครองอย่างมาก ดังกล่าวของผู้ปกครองหลาย ๆ ท่านว่า ช่วงเปิดเทอมแต่ละครั้ง
จะทำให้เป็นโรคประสาท เนื่องจากมีความวิตกกังวลต่ออนาคตของบุตรหลาน

เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวนั้น สุชาดา สันตราครุฑ (2524) ได้
ศึกษา "ทัศนคติของญาติของผู้ป่วยโรคจิต" พบว่าญาติส่วนใหญ่ จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ญาติ
จะส่งสารยอมรับผู้ป่วย ให้ความสนใจ เอาใจใส่ ส่วน ตำโรจน์ คำรัตน์ และคณะ (2525)
ได้สรุปจากศึกษา "ทัศนคติวัยรุ่นหญิง-ชาย ที่มีการเลี้ยงดูของบิดามารดา" ว่าความสัมพันธ์
ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อความเป็นอยู่อย่างปกติสุข ถ้ามีความขัดแย้งกัน มีความไม่
สัมพันธ์กันในเรื่องใดก็ตาม ก็จะมีการกระทบกระเทือนต่อการปรับตัวของสมาชิก ถ้าครอบครัว
มีพื้นฐานที่ดีในเรื่องการเลี้ยงดู การให้ความรัก ความเอาใจใส่ เมื่อเกิดมีปัญหา ก็จะปรับตัวได้
แต่ถ้าเมื่อใดมีปัญหาในครอบครัว แม่แทนที่ลูกที่ภาวะสุขภาพจิตดีก็จะกระทบกระเทือน

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเบื้องต้นของผู้ป่วยซึ่งใดแก่ สามารถรักษา
หรือผู้เกี่ยวพันทางสายเลือดของผู้ป่วยจิตเภท โดย Seymour และ Dawson (1986) ซึ่ง
ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทพบว่า คุณภาพชีวิตของครอบครัวรวมทั้งผู้ป่วยลดลง คุณภาพ
ชีวิตใดแก่ความต้องการพื้นฐานต่าง ๆ ตามที่ Maslow กล่าวไว้ รวมทั้งอารมณ์และความ
สนใจและความอดทนของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยลดลง

2. เพศ จากการศึกษาของ Geer (1965) และ Janosevitz กับ
Lanyon (1965) ซึ่งให้เห็นว่า เพศหญิงมีความนิยมเลี้ยงที่จะกลัวมากกว่าเพศชาย

ส่วน Hodges และ Felling (1970) ได้ทำการวิจัยในเรื่องความ
วิตกกังวลที่สัมพันธ์กับเพศ เขาพบว่ามีความแตกต่างกันเฉพาะในด้านอันตรายที่เกิดทางกาย
และความเจ็บปวด แต่ไม่แตกต่างกันในสถานการณ์อื่น ๆ เช่น การพูด สังคม ความล้มเหลว
ทางการเรียน และการมีนัดกับเพื่อนต่างเพศ รวมทั้งความเครียดจากสภาพการณ์ต่าง ๆ ใน

มหาวิทยาลัย ส่วน Burgess (1981) กล่าวว่า มีเหตุที่ทางชีวเคมีในการศึกษาพันธุกรรม และคอมโรทพบว่า เพศหญิงมีการเกิดความซึมเศร้าสูงกว่าผู้ชาย แต่ตามองทางสังคม Burgess ก็อ้างถึง Myrna Weissman ซึ่งเสนอแนวคิดถึงสาเหตุที่ผู้หญิงมีความซึมเศร้าว่าเนื่องจาก

1. สถานะทางสังคม การแบ่งแยกของสังคม ทำให้ผู้หญิงไม่ค่อยมีโอกาสเป็นนายหรืออำนาจเหนือกว่า

2. เจ็บใจและความคาดหวังทางสังคม ทำให้ผู้หญิงรู้สึกหมดหนทาง

กวี สุวรรณกิจและอังฉรา จันไกรผล (2520) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักศึกษาชายมีอัตราการมีสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นกว่านักศึกษาหญิง คือ นักศึกษาชายมีสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นถึงร้อยละ 26.92 ส่วนนักศึกษาหญิงร้อยละ 10.26 แต่สำหรับกรณีที่เป็ปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย นักศึกษาหญิงจะมีอัตราสูงกว่าชาย คือ หญิงร้อยละ 50.00 ส่วนชายร้อยละ 30.77 ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ

สมัญญา เสียงใส (2521) ศึกษาความวิตกกังวลและวิฤตความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนหญิงมีความวิตกกังวลทางสังคมมากกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความวิตกกังวลส่วนตัวและการเรียนกับอาชีพไม่แตกต่างกัน

อัมพร โอตระกูล, เจตน์สันต์ เตงสุวรรณ และเขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม (2525) ทำการวิจัย "ปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง" พบว่า เพศชายมีอารมณ์ปกติมากกว่าเพศหญิงทุกประเภทสำรวจ ผลนั้นสอดคล้องกับคำราส่วนใหญ่ที่กล่าวว่าโรคจิตแปรปรวนทางอารมณ์ (Affective disorders) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ส่วนฉวีวรรณ สิริพันธ์ และประวิณ สันเสริมสกุล (2525) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคประสาทชนิดกังวลและซึมเศร้าในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยโรคประสาทชนิดกังวล เพศชายจะมีความวิตกกังวลในเรื่องเศรษฐกิจมากกว่าเพศหญิง คือ ชายร้อยละ 40.17 และหญิงร้อยละ 23.08 แต่ปัญหาที่กังวล เพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย

เพียงใจ สีนุภากร และคณะ (2527) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักศึกษาชายและนักศึกษาหญิง มีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาเพศหญิงสูงกว่านักศึกษาเพศชาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 46.756 และ 45.418 ตามลำดับ

สรุปแล้ว เรื่องสุขภาพจิตรวมทั้งความวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรเกี่ยวกับเพศ ตามทฤษฎีจิตวิทยาวิวัฒนาการ พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย

3. อายุ ในบางช่วงอายุที่บุคคลจะมีอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าบุคคลอื่น โดยเฉพาะในช่วงวัยต้นของชีวิตและวัยต่อระยะต่าง ๆ เมื่อประสบกับภาวะต่าง ๆ จะเกิดความวิตกกังวลหรืออาการทางจิตใต้อย หรือง่ายกว่าช่วงวัยอื่น ช่วงวิกฤติที่เกิดขึ้นตามขั้นตอนพัฒนาการใดแกวี่ย เริ่มตนชีวิต วัยรุ่น วัยกลางคนและวัยชรา

ในช่วงวัยต้นของชีวิต เด็กอายุ 2-3 ปี ึ่งตกอยู่ในช่วงวัยของระยะทวารหนักหรือ ีบถ่าย (Anal stage) ตามทฤษฎีพัฒนาการของ فروยด์ (Freud's Theory of personal development) เด็กจะสนใจสัยตอรัณ ถ้าพ่อแม่เข้มงวดกวดขันเรื่องการขับถ่าย มากจนเกินไป และกลายเป็นคนที่มีอารมณ์เครียด หรือวิตกกังวลตลอดเวลาเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ นอกจากนี้ในช่วงวัยนี้เด็กอาจมีความวิตกกังวล ถ้าโดนองใหม่ กลัวถูกแย่งความรัก หรือของ เล่น

ช่วงวัยรุ่น อายุ 12-18 ปี เป็นช่วงเด็กแสดงบทบาทตามเพศของตน มีความต้องการ อีสร่จากพ่อแม่ และผู้อื่น เตรียมและเลือกที่จะประกอบอาชีพในอนาคต จะมีการพัฒนาทักษะ ทางสติปัญญา และรับรู้แนวความคิดการแข่งขันทางสังคมและวาดอนาคตในเรื่องชีวิตคู่ครอง ความ เครียด หรือความวิตกกังวลในวัยนี้ได้แก่ การแสดงบทบาททางเพศกับความต้องการมีอีสร่จาก พ่อแม่ หรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ฉะนั้นวัยนี้จึงควรระวังในเรื่องความลับสนทนาทางเพศ และควร เปิดโอกาสให้เด็กมีความเป็นตัวของตัวเองพอสมควร

วัยผู้ใหญ่ อายุ 19-40 ปี เป็นช่วงเลือกคู่ครอง เริ่มรับรู้การดำเนินชีวิตคู่ การประ ครอบอาชีพ ความรับผิดชอบครอบครัวและสังคม ความวิตกกังวลของวัยนี้ ได้แก่การจากงาน เพื่อหางานทำและหาคู่ครอง ความเครียดจากการสวมบทบาทของพ่อแม่ พัฒนาการในช่วงวัย นี้คือ ความเป็นส่วนตัว (Intimacy) และพัฒนาการที่ไม่พึงประสงค์ คือ การแยกตัวจาก สังคม

เพียงใจ สีนุภากร และคณะ (2527) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักศึกษาชายและนักศึกษาหญิง มีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาเพศหญิงสูงกว่านักศึกษาเพศชาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 46.756 และ 45.418 ตามลำดับ

สรุปแล้ว เรื่องสุขภาพจิตรวมทั้งความวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบตามตัวแปรเกี่ยวกับเพศ ตามทฤษฎีจิตวิทยาวิวัฒนาการ พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย

3. อายุ ในบางช่วงอายุที่บุคคลจะมีอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าบุคคลอื่น โดยเฉพาะในช่วงวัยต้นของชีวิตและวัยต่อระยะต่าง ๆ เมื่อประสบกับภาวะต่าง ๆ จะเกิดความวิตกกังวลหรืออาการทางจิตใตบอย หรือง่ายกว่าช่วงวัยอื่น ช่วงวิกฤติที่เกิดขึ้นตามขั้นตอนพัฒนาการใดแกวี่ย เริ่มตนชีวิต วัยรุ่น วัยกลางคนและวัยชรา

ในช่วงวัยต้นของชีวิต เด็กอายุ 2-3 ปี ึ่งตกอยู่ในช่วงวัยของระยะทวารหนักหรือ ีบถ่าย (Anal stage) ตามทฤษฎีพัฒนาการของ فروยด์ (Freud's Theory of personal development) เด็กจะสนใจสัยตอรัณ ถ้าพ่อแม่เข้มงวดกวดขันเรื่องการขับถ่าย มากจนเกินไป และกลายเป็นคนที่มีอารมณ์เครียด หรือวิตกกังวลตลอดเวลาเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ นอกจากนี้ในช่วงวัยนี้เด็กอาจมีความวิตกกังวล ถ้าโดนองใหม่ กลัวถูกแย่งความรัก หรือของ เล่น

ช่วงวัยรุ่น อายุ 12-18 ปี เป็นช่วงเด็กแสดงบทบาทตามเพศของตน มีความต้องการ อีสรระจากพ่อแม่ และผู้อื่น เตรียมและเลือกที่จะประกอบอาชีพในอนาคต จะมีการพัฒนาทักษะ ทางสติปัญญา และรับรู้แนวความคิดการแข่งขันทางสังคมและวาดอนาคตในเรื่องชีวิตคู่ครอง ความ เครียด หรือความวิตกกังวลในวัยนี้ได้แก่ การแสดงบทบาททางเพศกับความต้องการมีอีสรระจาก พ่อแม่ หรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ฉะนั้นวัยนี้จึงควรระวังในเรื่องความลับสนทนาทางเพศ และควร เปิดโอกาสให้เด็กมีความเป็นตัวของตัวเองพอสมควร

วัยผู้ใหญ่ อายุ 19-40 ปี เป็นช่วงเลือกคู่ครอง เริ่มรับรู้การดำเนินชีวิตคู่ การประ กอบอาชีพ ความรับผิดชอบครอบครัวและสังคม ความวิตกกังวลของวัยนี้ ได้แก่การจากงาน เพื่อหางานทำและหาคู่ครอง ความเครียดจากการสวมบทบาทของพ่อแม่ พัฒนาการในช่วงวัย นี้คือ ความเป็นส่วนตัว (Intimacy) และพัฒนาการที่ไม่พึงประสงค์ คือ การแยกตัวจาก สังคม

วัยกลางคน อายุ 40-65 ปี เป็นช่วงดำรงฐานะทางเศรษฐกิจ และชีวิตความเป็นอยู่รวมทั้งความรับผิดชอบต่องาน และชุมชน การปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การสั่งสอนและเผ่าคุณความเจริญก้าวหน้าของบุตรหลาน ความเครียดหรือความวิตกกังวลของวัยนี้ได้แก่การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ บุตรแยกครอบครัว การขยายงานหรืออาชีพ ความรับผิดชอบต่องาน ข้อควรระวังสำหรับพัฒนาการของวัยนี้คือ สภาพความเสื่อมทางกายและจิตใจ ความเฉื่อยชา เมื่อยล้า

วัยสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นช่วงการปรับตัวต่อการเสื่อมถอยของร่างกาย การเกษียณจากงานและรายได้ลดลง ปรับตัวต่อการจากไปของบุตรธิดา และเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน การหางานอดิเรกและกิจกรรมทำหรือการ เขากลุ่มผู้สูงอายุจะช่วยเหลือมาก ความเครียดหรือความวิตกกังวลของวัยนี้ คือ สถานะสภาพทางสังคมและความสามารถลดลง สูญเสียความพึงพอใจในหลาย ๆ ด้าน ความตายที่จะมาเยือน

4. ทางสังคมเศรษฐกิจและชนชั้น ความวิตกกังวลในตัวบุคคลนอกจากเกิดจากบุคลิกดั้งเดิมซึ่งมีผลมาจากการ เลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิตแล้ว ยังได้รับผลจากความไม่สามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมทางสังคมอีกด้วย ดังที่ Toffler (อ้างถึงใน ชากุล สันไชย, 2530) ได้ให้คำจำกัดความของการปรับตัวว่า "เมื่อมนุษย์เปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือเมื่อมนุษย์ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งของ สถานะหรือบุคคล เมื่อนั้นจะมีการปรับตัวเพื่อคงอยู่ต่อไปยังมีสิ่งละเอียดอ่อนอื่นอีกคือ มนุษย์ไม่อาจยึดหยุ่นได้มากนัก ทั้งในการปรับตัวแต่ละครั้งก่อให้เกิดการอ่อนเพลีย อึดโรย เมื่อยล้าในทุก ๆ นาที ดังนั้น มนุษย์มีความสามารถจำกัดในการปรับตัวทางด้านสรีรวิทยา

นอกจากนี้ การแสดงออกของพฤติกรรมในสังคมของบุคคลอาจมีสาเหตุจากความวิตกกังวล หรือก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ ตามรูปแบบการแสดงออกของพฤติกรรมในสังคม ซึ่งละเอียด ชูประยูร (2523) ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และยกรูปแบบการแสดงออกของพฤติกรรมในสังคมไว้ดังนี้

1) เป้าหมายของบุคคลสำหรับการแสดงออกทางพฤติกรรมว่าคาดหวังจะได้อะไรจากสถานการณ์นี้ ปัญหาที่จะเกิดขึ้นคือ ความคาดหวังที่เกินความเป็นจริง จะทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

2) รูปแบบของพฤติกรรมคือการรับรู้ เข้าใจเหตุการณ์ และคนอื่น ๆ หมายความว่าความวิตกกังวลจะเกิดเมื่อบุคคลไม่รับรู้ต่อเหตุการณ์ หรือรับรู้เหตุการณ์ผิด ๆ

3) วิธีการหรือแผนการเลือกแสดงพฤติกรรมออกไป หมายความว่าเมื่อสถานการณ์เหตุการณ์ไม่เหมาะสม อาจจะอ่อนไปหรือแข็งไปก็ได้

จากการศึกษาทัศนคติ ของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชของนักวิชาการหลายท่าน พบว่าทัศนคติของผู้ป่วยมีทัศนคติต่อผู้ป่วยทั้งขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่ออาการทุเลาหรือหาย โดยมิขอเสนอจากงานวิจัยต่าง ๆ กันไป จากการศึกษารอง Bentinck (1962) แสดงให้เห็นว่าทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเวชในชนชั้นเดียวกันจะคล้ายคลึงกัน มากกว่าทัศนคติของพวกวิชาชีพทางจิตเวช นอกจากนี้ Freeman (1961) Hollingshead และ Redlich (1958) พบว่า ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตเวชแตกต่างกันไปตามชนชั้นทางสังคมและระดับการศึกษา โดย Freeman พบว่า ระดับการศึกษาของญาติกับแนวโน้มในการดำเนินการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กัน

ส่วน Hollingshead และ Redlich พบว่า ญาติที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมสูง จะมีประสิทธิภาพในการรับรู้ที่ถ้อยแถลงและสำนึกผิดมากกว่าญาติที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมที่ต่ำกว่า ส่วนญาติที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมที่ต่ำกว่าจะมีประสิทธิภาพในแง่ของความกลัวและความขุ่นเคืองมากกว่า

จากการวิจัยเรื่อง "ทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยทางจิต" ของ Vannicelli, Washburn และ Scheff (1978) พบว่า ตลอดเวลาครอบครัวผู้ป่วยและทัศนคติส่วนตัวที่มีต่อผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงแม้ผู้ป่วยถูกจัดให้รับการรักษา ทั้งขอ แพ... ของผู้ป่วย หรือญาติใกล้ชิด นอกจากนี้ยังพบว่าผลที่เกิดขึ้นภายหลังกับทัศนคติของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กันเลย (Out come) โดยเฉพาะผลที่เกิดขึ้นภายหลังกับการะที่ครอบครัวถูกรบกวนจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทางจิตแต่พบว่าสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจและศาสนามีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัว จากผลสรุปของการวิจัยนี้กล่าวว่า ทัศนคติของผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับฐานะทางสังคม วัฒนธรรม มากกว่าสถานการณ์ชั่วคราวที่ใคร่บ่งชี้ตรงกับผู้วิจัยรายอื่น ๆ เช่น Barrett, Kurianky และ Gurland (1972) Bentinck (1967) , Cohen และ Struening (1962) ที่ชี้ให้เห็นว่า ชนชั้นทางสังคม ฐานะทางจรรยาบรรณและกลุ่มวัย เกี่ยวพันมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการพัฒนาทัศนคติที่มีต่อผู้เจ็บป่วยทางจิตมากกว่าประสิทธิภาพวันต่อวันกับผู้ป่วยทางจิต นอกจากนี้ผู้วิจัย

ยังให้ขอ เสนอแนะว่านักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวชและสมาชิกที่มีจิตเวชอื่น ๆ ควรจะรวมมือ
กันในการช่วยแก้ปัญหาให้กับครอบครัวผู้ป่วยในการพัฒนาโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยใหม่
ประสิทธิภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิชัย สุชาติานนท์ (2511) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ผู้ป่วยจิตเวชและอิทธิพล
ของสภาพแวดล้อมทางบ้าน" พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยทารกและ
ในวัยเด็กเป็นส่วนมาก เนื่องจากไม่ได้รับการวางพื้นฐานที่มั่นคงต่อการพัฒนาบุคลิกภาพเด็กขาด
ความรัก ความเข้าใจ ถูกทอดทิ้ง หรือได้รับการคุมครองมากเกินไปจนขาดความเป็นตัวของ
ตัวเองหรือได้รับการตามใจมากเกินไป เมื่อย่างเข้าวัยรุ่นเด็กต้องพึ่งพาตัวเองมากขึ้น ต้อง
มีความรับผิดชอบมากขึ้น เมื่อเด็กไม่พร้อมยอมแก้ปัญหาในการปรับตัว และจากสาเหตุข้างบน
นี้จะยังเป็นสาเหตุส่งเสริมเด็กเกิดความรู้สึกกังวลและมีอาการทางจิตมากขึ้น นอกจากนี้ฐานะ
ทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวส่วนใหญ่พบว่าขาดการศึกษา ทำให้ความสามารถในการ
อบรมเลี้ยงดูน้อย ทำให้เด็กไม่เข้าใจปัญหา และความสามารถในการแก้ปัญหาที่น้อย

สมประสงค์ โอวาทกา (2514) ได้ศึกษาเรื่อง "ความกึกก้องของญาติ
ผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยจิตเวช" โดยศึกษากับญาติผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระยา
ซึ่งสรุปผลได้ว่าญาติที่มีความรู้ระดับมัธยมศึกษา มีความเชื่อและความรู้ต่อผู้ป่วยจิตเวชดีกว่าญาติ
ที่มีความรู้ระดับประถมศึกษา ญาติผู้ป่วยเชื่อว่า โรคจิตสามารถรักษาหายได้ แต่หายแล้วอาจ
เป็นซ้ำใหม่ได้อีก แต่ยังไม่ให้ความยกย่องนับถือผู้ป่วยเหมือนเดิม ส่วนสาเหตุที่พ่อแม่ไม่
ผู้ป่วยเป็นโรคจิตส่วนมากเกิดจากสภาพแวดล้อมตลอดจนการเลี้ยงดู และโรงพยาบาลโรคจิต
ในสายตาของญาติส่วนมากมีความเห็นว่าเป็นสถานที่สำหรับคนวิกลจริต

สาโรจน์ กำรัตน์ และพิมพ์ทอง เจริญเมือง (2516) ได้ทำการวิจัย
"ทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเวช" โดยส่งแบบสอบถามไปยังญาติผู้ป่วยในขอบเขต 15 จังหวัด
ภาคอีสาน พบว่า ญาติมีความรู้สึกส่งสารผู้ป่วยร้อยละ 96.65 เมื่อนำไปรักษาแล้วเป็นหวง
กลัวผู้ป่วยหนี ร้อยละ 35.35 อายากดูแลใกล้ชิด ร้อยละ 33.54 โลงใจที่ไม่ต้องดูแล ร้อยละ
15.85 กลัวผู้ป่วยถูกผู้อื่นทำร้าย ร้อยละ 11.59 เมื่อโรงพยาบาลแจ้งให้มารับผู้ป่วยกลับ
ญาติอยากรับกลับบ้าน

สุชาติ ตันตราธรณ์ (2519) ได้ศึกษา "ความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยจิตเวช" โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาความเชื่อของญาติเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดเป็นโรคจิต และต้องการทราบความคิดเห็นและพฤติกรรมของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชและต่อการรักษาทางจิตเวช โดยศึกษาจากญาติผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยาและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สรุปผลวิจัยได้ดังนี้

1. ในเรื่องความเชื่อ ความรู้สึกและพฤติกรรมของญาติต่อผู้ป่วยและต่อการรักษาทางจิตเวช

ร้อยละ 50.22 ของญาติมีความเชื่อว่าโรคจิตก็คือโรคชนิดหนึ่งที่เกิดกับจิตใจเช่นเดียวกับโรคอื่นทางกายที่ใคร ๆ ก็อาจเป็นได้ ญาติส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 62.40 มีความรู้สึกสงสารผู้ป่วย และร้อยละ 77.38 มีความเห็นว่า ผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าจิตแพทย์ก็คือ ญาตินั่นเอง และยอมรับวิธีการรักษาของแพทย์โดยเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือซึ่งมีจำนวน ร้อยละ 57.14

เมื่ออยู่บ้านญาติส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 58.41 ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างดีและเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ญาติร้อยละ 73.32 จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามปกติคือ พูดคุยได้ตามทุกข้อสงสัย ความเป็นอยู่ เป็นต้น มีญาติส่วนน้อย ร้อยละ 7.52 ที่ไม่สนใจผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านญาติ ร้อยละ 17.33 มีความกลัวผู้ป่วย ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะกลับมีอาการเช่นนี้อีกหรือไม่ แต่ก็มีญาติจำนวนมากพอควรคือ ร้อยละ 35.65 ที่คอยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. เกี่ยวกับความเชื่อในสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคจิต

ญาติร้อยละ 72.27 เชื่อว่าปัญหาในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในสังคม เป็นสาเหตุโดยทั่ว ๆ ไปของการป่วยเป็นโรคจิต และจำนวนร้อยละ 69.92 ของญาติตอบว่า ผู้ป่วยของตนป่วยเป็นโรคจิตมีสาเหตุเนื่องมาจากปัญหาในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

มาลี ล้วนแก้ว (2522) ได้ทำการศึกษา เรื่อง "ความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก" โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาลักษณะของญาติผู้ป่วยที่มีอาการหนักกับระดับของความเครียด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ตัวอย่างประชากรคือ ญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนักซึ่งรับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรมและแผนกกุมารเวช โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา จำนวน

150 คน โดยใช้เครื่องมือซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และนำไปหาความตรงตามเนื้อหา หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยหาความเที่ยง 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาการอยละ มีดัชนีเลขคณิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างของมีดัชนีเลขคณิตโดยทดสอบค่าที (t-test) วิเคราะห์ความแปรปรวน และเปรียบเทียบมีดัชนีเลขคณิตของความเครียดในตัวอย่างแต่ละกลุ่มด้วยวิธีเอส (S-Method) ผลการวิจัยพบว่า

- 1) ผู้ที่ป่วยหนักการศึกษาสูง มีค่าเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่าผู้ที่หนักการศึกษาต่ำ แต่ค่าเฉลี่ยของความเครียดทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธ สมมติฐานข้อที่ 1 ทว่า "ผู้ที่ป่วยหนักการศึกษาสูง จะมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ที่หนักการศึกษาต่ำ"
- 2) อายุของผู้ที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เพียงสองคู่ คือกลุ่มอายุ 15-25 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี และกลุ่มอายุ 15-25 ปี กับกลุ่มอายุเกินกว่า 61 ปี จึงรับสมมติฐานข้อที่ 2 ทกว่า "ผู้ที่ป่วยหนักอายุแตกต่างกันจะมีระดับความเครียดต่างกัน"
- 3) ความสัมพันธ์ของผู้ที่หนักต่อผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของความเครียดที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 คือกลุ่มที่เป็นบิดามารดา กับกลุ่มผู้อุปการะ กลุ่มที่เป็นสามีภรรยา กับบุตร กลุ่มที่เป็นสามีภรรยา กับผู้อุปการะ กลุ่มที่เป็นบุตร กับผู้อุปการะ จึงรับสมมติฐานข้อที่ 3 ทกว่า "ความสัมพันธ์ของผู้ที่หนักต่อผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน ระดับความเครียดจะแตกต่างกัน"
- 4) กลุ่มที่เป็นสามีภรรยา มีค่าเฉลี่ยของความเครียดสูงที่สุด จึงปฏิเสธ สมมติฐานข้อที่ 4 ทกว่า "ผู้ป่วยหนักที่เป็นผู้อุปการะจะทำให้ญาติมีระดับความเครียดสูงกว่าระดับความเครียดของผู้ที่หนักความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะอื่น ๆ"
- 5) ผู้ที่เป็นโสด มีค่าเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้ว จึงรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ทกว่า "ผู้ที่ที่เป็นโสดจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้ว ค่าเฉลี่ยของความเครียดของตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05"

สุรีย์ โกลากุล และอาชยะ (2525) ได้ศึกษา "ทัศนคติของพ่อแม่ของคนไข้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์" โดยศึกษาจากผู้ป่วยออกจำนวน 120 คน ชาย 65 คน หญิง 55 คน อายุระหว่าง 1-18 ปี พบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวสมบูรณ์ พ่อแม่อายุระหว่าง 31-40 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น อาชีพกรรมกร และรับจ้าง รายได้อยู่ระหว่าง 1,001-3,000 บาท ส่วนแม่เป็นแม่บ้าน

ทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อผู้ป่วยคนต่างก็ ส่วนใหญ่พร้อมที่จะมีบุตร แม่เป็นผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยด้วยความรัก เวลาเจ็บป่วยพ่อแม่มีความวิตกกังวลและหาไปรักษาที่คลินิก ตามการศึกษาพ่อแม่ยอมรับว่าผู้ป่วยผิดปกติ ไม่สามารถเรียนสูงได้ จึงคิดว่าแล้วแต่ความสามารถของบุตร มีส่วนน้อยที่หวังให้บุตรเรียนในวันรุ่งขึ้นไป

Vannicelli, M, Washburn, Stephen L. และ Scheff, Betty Jane (1978) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "ทัศนคติของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยทางจิต (Family Attitude Toward Mental Illness)" โดยศึกษาทัศนคติของครอบครัวผู้ป่วยในจุดที่เป็นภาวะวิกฤติเพื่อที่จะค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติเหล่านี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุระหว่าง 16-72 ปี ซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับกลางถึงสูง และรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแมคลีน (McLean Hospital) ในสหรัฐ จำนวน 93 ราย อีก 59 ราย สุ่มจากผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน (Day Center setting) และ 34 ราย ที่มารับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันโดยไม่ใดสุ่ม ผู้ตีพิมพ์จำนวน 93 ราย ได้แก่ผู้สมรส 40 ราย พ่อแม่ 44 ราย และอีก 9 ราย เป็นเด็กโก, พี่น้อง หรือบุคคลที่มีปัญหา ผลของการวิจัยพบว่าในบรรดาครอบครัวของผู้ป่วยและทัศนคติส่วนตัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากในระยะเวลาที่ผ่านมา และไม่ได้รับผลจากการรักษาตามที่แผนกจัดให้ หรือจากความรับผิดชอบของพ่อแม่ผู้ป่วย หรือบุคคลสำคัญคนอื่น ๆ

ทัศนคติของญาติไม่ได้เปลี่ยนแปลงจากการที่ผู้ป่วยทำดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในขณะที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพทางจิต หรือมีประสบการณ์ความตึงเครียดจากภายนอก

ทัศนคติของครอบครัวกับผลที่เกิดจากความยุ่งยากเนื่องจากการป่วยของผู้ป่วยไม่มี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทดสอบตัวแปรพื้นฐานมีเพียงสถานะทางสังคม และศาสนาเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของญาติผู้ป่วย แสดงว่าทัศนคติต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตสัมพันธ์กับพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม มากกว่าสถานการณ์ชั่วคราวที่เกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งสัมพันธ์กับการวิจัยของผู้วิจัยท่านอื่น ๆ ที่ชี้ให้เห็นว่าพื้นฐานชนชั้นทางสังคม จริยธรรมและกลุมความไว้มือถือพลต่อการพัฒนาทัศนคติมากกว่าประสบการณ์ในแต่ละวันที่ผู้ป่วยทางจิตได้รับ

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดกลุ่มตัวอย่าง
2. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. รวบรวมข้อมูล
4. วิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ เป็นญาติผู้ป่วยทางจิตที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2529-28 กุมภาพันธ์ 2530

กลุ่มตัวอย่าง ในการรวบรวมกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่กำหนดโดยวิธีเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างแบบอุบัติเหตุ (Accidental sampling) จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสำรวจเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยดำเนินการสร้างแบบสำรวจตามลำดับขั้นดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคานต่าง ๆ
2. สร้างแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิตจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอคิดเห็นจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลใกล้เคียงกับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยทางจิต แต่ละขอคำถามผู้ตอบสามารถตอบได้อย่างอิสระ นำแบบสอบถามไปสอบถามญาติของผู้ป่วยทางจิต ณ โรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน

3. นำข้อคิดเห็นและปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิตจากการตอบแบบสอบถามปลายเปิด ที่มีความถี่สูงมาสร้างแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ชนิดมาตราส่วนประเมินค่า จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 ข้อ และด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 20 ข้อ

4. นำแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตดังกล่าวไปหาความเที่ยงเชิงประจักษ์ และความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ โดยผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 ท่าน พิจารณา และผู้วิจัยได้ปรับปรุง แก้ไขข้อความตามคำแนะนำ

5. นำแบบสำรวจดังกล่าวไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ จำนวน 60 คน ตอบแบบสำรวจดังกล่าว แล้วทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

5.1 หากค่าอำนาจจำแนกของแบบสำรวจโดยวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (t) ซึ่งใช้เกณฑ์ร้อยละ 25 ของคะแนนกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ และตัดเลือกข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนก (t) ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป ได้ทั้งหมด 32 ข้อ แบ่งเป็นข้อความด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ป่วยจำนวน 15 ข้อ ด้านสังคมและเศรษฐกิจของญาติและผู้ป่วยจำนวน 17 ข้อ

5.2 หากค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจแต่ละด้านและทั้งหมด โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (α) ดังนี้
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย
ได้ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.7347

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจ ปัญหาความวิตกกังวลในด้านสังคมและเศรษฐกิจของญาติและผู้ป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.7978

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.8873

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยใช้แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตสร้างขึ้น โดยวิธีสัมภาษณ์ กรณีญาติผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ และให้ญาติตอบแบบสำรวจด้วยตัวเอง กรณีญาติผู้ป่วยสามารถอ่านหนังสือได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โดยมีลำดับการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. คัดเลือกแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตทั้งหมด 150 ชุด หักเหลือแบบสำรวจที่สมบูรณ์จำนวน 140 ชุด
2. ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หากหาอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบสำรวจ โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทนความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยจิตเวช

\bar{X}_H, \bar{X}_L แทนค่าเฉลี่ยรายชื่อของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำตามลำดับ

n_H, n_L แทนจำนวนญาติผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำตามลำดับ

2. หากหาความเชื่อมั่นของแบบสำรวจ โดยใช้สูตร

$$r = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ r แทนค่าความเชื่อมั่น

n แทนจำนวนชื่อของแบบสำรวจ

S_i^2 แทนความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 แทนความแปรปรวนของคะแนนรวม

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สูตร

Mann-Whitney U-test ดังนี้

กรณีกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($9-20$) มาใช้สูตร ดังนี้

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

กรณีกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ ใช้สูตรดังนี้

$$Z = \frac{U - \frac{n_1 n_2}{12}}{\sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}}$$

4. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มขึ้นไปโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนตามวิธีของ Kruskal-Wallis โดยใช้สูตร ดังนี้

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{j=1}^k E \frac{R_j^2}{n_j} - 3(n+1)$$

5. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนไพบูลย์หาความวิตกกังวล 2 ด้านของกลุ่มตัวอย่างเดียวกันตามวิธีของ Wilcoxon โดยใช้สูตรดังนี้

$$Z = \frac{T - \frac{N(N+1)}{4}}{\sqrt{\frac{N(N+1)(2N+1)}{24}}}$$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเพิ่มความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ดังต่อไปนี้

n แทน จำนวนภาคหน่วยทางจิตในกลุ่มตัวอย่าง

\bar{X} แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

S.D แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

U แทน Value of U

Z แทน Value of Z

H แทน Value of H

df แทน Degree of freedom

* แทน Significant ที่ระดับ 0.05 จากตาราง ดังนี้

ค่า H เปิดตาราง $\chi^2, \chi^2 = 5.991$, df = 2

$\chi^2 = 7.815$, df = 3

$\chi^2 = 9.488$, df = 4

$\chi^2 = 11.070$, df = 5

$\chi^2 = 12.592$, df = 6

ค่า Z เปิดตารางพื้นที่ใต้โค้งปกติ $Z = \pm 1.96$

** แทน Significant ที่ระดับ 0.01 จากตารางดังนี้

ค่า H เปิดตาราง $\chi^2, \chi^2 = 9.210$, df = 2

$\chi^2 = 11.345$, df = 3

$\chi^2 = 13.277$, df = 4

$\chi^2 = 15.086$, df = 5

$\chi^2 = 16.812$, df = 6

ค่า Z เปิดตารางพื้นที่ใต้โค้งปกติ $Z = \pm 2.58$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยทางจิต

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

2.1 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยรวม

2.2 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านการและการดูแลผู้ป่วยระหว่างตัวแปรอยู่ในกลุ่มตัวแปรเดียวกัน

2.3 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติระหว่างตัวแปรอยู่ในตัวแปรเดียวกัน

2.4 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตระหว่างด้านการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจของตัวแปรย่อยเดียวกัน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยทางจิต

ตารางที่ 1.1 จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	73	52.1
หญิง	67	47.9
รวม	140	100.00

จากตารางที่ 1.1 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยที่ตอบแบบสำรวจเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.1 และเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 47.9

ตารางที่ 1.2 จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
13-18 ปี	0	0.0
19-25 ปี	18	12.9
26-35 ปี	48	34.3
36-55 ปี	51	36.4
56 ปีขึ้นไป	23	16.4
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 1.2 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตมีช่วงอายุ 36-55 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมาคือช่วงอายุ 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.3 และมีช่วงอายุ 19-25 ปี น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.9

ตารางที่ 1.3 จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามศาสนา

ศาสนา	จำนวน	ร้อยละ
พุทธ	101	72.1
อิสลาม	39	27.9
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 1.3 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 72.1 และนับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 27.9

ตารางที่ 1.4 จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ลงมา	83	59.3
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	26	18.6
อุดมศึกษาขึ้นไป	31	22.1
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 1.4 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ลงมา คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคือระดับการศึกษาก่อนมัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 22.1 และมีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.6

ตารางที่ 1.5 จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	30	21.4
สมรสและอยู่ด้วยกัน	100	71.4
สมรสแต่แยกกันอยู่	10	7.2
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 1.5 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ สมรส และอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 21.4 และสมรส แต่แยกกันอยู่น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.2

ตารางที่ 1.6 จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามสถานภาพภายในครอบครัว

สถานภาพภายในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
หัวหน้าครอบครัว	57	40.7
สมาชิกซึ่งหารายได้ให้ครอบครัว	68	48.6
สมาชิกซึ่งยังหารายได้ไม่ได้	15	10.7
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 1.6 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มีสถานภาพภายในครอบครัว คือ เป็นสมาชิกซึ่งหารายได้ให้ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมาเป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40.7 และเป็นสมาชิกซึ่งยังหารายได้ไม่ได้คิดเป็นร้อยละ 10.7

ตารางที่ 1.7 จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
บิดามารดา	46	32.9
สามีภรรยา	36	25.7
บุตร	23	16.4
พี่หรือน้อง	11	7.9
ญาติสนิท	24	17.1
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 1.7 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 32.9 รองลงมาที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นสามีภรรยา คิดเป็นร้อยละ 25.7 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นพี่หรือน้อง น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.9

ตารางที่ 1.8 จำนวนญาติผู้ช่วยทางจิต จำนวนแยกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
กษัตริย์	25	17.9
รับราชการ	27	19.3
เกษตรกรกรรม	57	40.7
รับจ้าง	22	15.7
เสมียน	2	1.4
นักมวย	1	0.7
ไม่มีอาชีพ	6	4.3
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 1.8 แสดงว่า ญาติผู้ช่วยทางจิตส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม
คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาคืออาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 19.3 และมีอาชีพ
นักมวย น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.7

ตารางที่ 1.9 จำนวนญาติผู้ป่วยทางจิต จำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	4	2.9
ปานกลาง	95	67.9
ยากจน	41	29.2
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 1.9 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมา มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจยากจน คิดเป็นร้อยละ 29.2 และมีระดับฐานะทางเศรษฐกิจ ดีมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

2.1 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

ตารางที่ 2.1.1 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อจำแนกตามเพศ

เพศ	n	\bar{X}	S.D.	U	Z
ชาย	73	2.8356	.6458	2141.0	-1.4584
หญิง	67	2.9851	.5901		

จากตารางที่ 2.1.1 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตระหว่างญาติเพศชายและเพศหญิง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติเพศหญิงมีปัญหาคความวิตกกังวลมากกว่าญาติเพศชาย โดยปัญหาความวิตกกังวลของญาติเพศหญิงมีค่าเฉลี่ย 2.9851 และญาติเพศชายมีค่าเฉลี่ย 2.8356

ตารางที่ 2.1.2 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	n	\bar{X}	S.D.	H
19-25 ปี	18	2.8889	.4714	
26-35 ปี	48	2.7917	.6510	4.6716
36-55 ปี	51	2.9216	.6275	
56 ปีขึ้นไป	23	3.1304	.6255	

$$df = 4-1 = 3$$

จากตารางที่ 2.1.2 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ตามช่วงอายุ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตที่ช่วงอายุ 56 ปีขึ้นไป มีปัญหาความวิตกกังวลเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ ญาติผู้ป่วยทางจิตที่ช่วงอายุ 36-55 ปี และญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีปัญหาความวิตกกังวลน้อยที่สุดจะมีช่วงอายุ 26-35 ปี นั่นคือค่าเฉลี่ย 3.1304, 2.9216 และ 2.7917 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.1.3 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตเมื่อจำแนกศาสนา

ศาสนา	n	\bar{X}	S.D.	U	Z
พุทธ	101	2.8713	.6271	1761.5	-1.1101
อิสลาม	39	3.0000	.6070		

จากตารางที่ 2.1.3 แสดงว่าเมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ตามการนับถือศาสนาแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตนับถือศาสนาอิสลามมีปัญหาควิตกกังวลมากกว่าญาติผู้ป่วยทางจิตที่นับถือศาสนาพุทธนั่นคือ มีค่าเฉลี่ยเป็น 3,0000 และ 2.8713 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.1.4 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	\bar{X}	S.D.	H
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 6	83	3.0482	.6029	16.9016 **
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	26	2.9231	.5602	
อุดมศึกษาขึ้นไป	31	2.5161	.5699	

$$df = 3-1 = 2$$

จากตารางที่ 2.1.4 แสดงว่าเมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ตามระดับการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 6 มีปัญหาความวิตกกังวลมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไปมีปัญหาควิตกกังวลน้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.0482 2.9231 และ 2.5161 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.1.5 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตเมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	\bar{X}	S.D.	H
โสด	30	2.7333	.5208	
สมรสและอยู่ด้วยกัน	100	2.9700	.6428	3.4720
สมรสแต่แยกกันอยู่	10	2.8000	.6325	

$$df = 3-1 = 2$$

จากตารางที่ 2.1.5 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ตามสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีสถานภาพคือ สมรสและอยู่ด้วยกัน จะมีความวิตกกังวลมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีสถานภาพสมรสแต่แยกกันอยู่ และญาติผู้ป่วยทางจิตที่เป็นโสดจะมีความวิตกกังวลน้อยที่สุด นั่นคือ ค่าเฉลี่ยเป็น 2.9700, 2.8000 และ 2.7333 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.1.6 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต เมื่อจำแนกตามสถานภาพภายในครอบครัว

สถานภาพภายในครอบครัว	n	\bar{X}	S.D.	H
หัวหน้าครอบครัว	57	2.8246	.6846	4.4597
สมาชิกซึ่งหารายได้ให้ครอบครัว	68	3.0147	.5597	
สมาชิกซึ่งยังหารายได้ไม่ได้	15	2.7333	.5936	

$$df = 3 - 1 = 2$$

จากตารางที่ 2.1.6 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ตามสถานภาพภายในครอบครัว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตซึ่งเป็นสมาชิกซึ่งหารายได้ให้ครอบครัว มีปัญหาความวิตกกังวลมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ หัวหน้าครอบครัวและสมาชิกซึ่งยังหารายได้ไม่ได้ มีปัญหาความวิตกกังวลน้อยที่สุด นั่นคือค่าเฉลี่ยเป็น 3.0147, 2.8246 และ 2.7333 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.1.7 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตเนืองจําแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	n	\bar{X}	S.D.	H
บิดามารดา	46	3.0370	.5298	
สามีภรรยา	24	2.9167	.7173	7.7742
บุตร	11	2.6364	.5045	
พี่หรือน้อง	36	2.8611	.5929	
ญาติสนิท	23	2.7391	.6192	

$$df = 5-1 = 4$$

จากตารางที่ 2.1.7 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตตามความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตซึ่งสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดาจะมีปัญหาความวิตกกังวลเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ สามีภรรยาและบุตรมีปัญหาความวิตกกังวลน้อยที่สุด นั่นคือ ค่าเฉลี่ยเป็น 3.0370, 2.9167 และ 2.6364 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.1.8 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต เมื่อจำแนกอาชีพ

อาชีพ	n	\bar{X}	S.D.	H
ชาย	25	2.7200	.6137	
รับราชการ	27	2.7407	.5944	
เกษตรกร	57	3.0351	.6258	7.2787
รับจ้าง	22	3.0000	.6172	
แม่บ้าน	2	3.0000	0.0	
นักบวช	1	3.0000	0.0	
ไม่มีอาชีพ	6	2.8333	.7528	

$$df = 7-1 = 6$$

จากตารางที่ 2.1.8 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ตามอาชีพแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีอาชีพเกษตรกรมีปัญหาความวิตกกังวลเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีอาชีพรับจ้าง แม่บ้านและนักบวช และญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีอาชีพชายมีปัญหาความวิตกกังวลน้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.0351, 3.0000 (3 อาชีพ) และ 2.7200 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.1.9 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อจำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	n	\bar{X}	S.D.	H
ดีมาก	4	2.7500	.9574	
ปานกลาง	95	2.8737	.6050	1.4763
ยากจน	41	3.0000	.6325	

$$df = 3 - 1 = 2$$

จากตารางที่ 2.1.9 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับยากจน มีปัญหาความวิตกกังวลมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ ฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลาง และญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับดีมาก มีปัญหาความวิตกกังวลน้อยที่สุด นั่นคือ มีค่าเฉลี่ยเป็น 3.0000, 2.8737 และ 2.7500 ตามลำดับ

2.2 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการ
ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 2.2.1 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการ
ดูแลผู้ป่วย จำแนกตามเพศ

เพศ	n	\bar{X}	S.D.	U	Z
ชาย	73	3.0822	.6181	2163.5	-1.3543
หญิง	67	3.2239	.5985		

จากตารางที่ 2.2.1 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย
ทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยตามเพศแล้ว พบว่า ญาติเพศชายและเพศหญิงมี
ปัญหาความวิตกกังวลในด้านนี้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า
ญาติเพศหญิงมีปัญหาความวิตกกังวลในด้านนี้มากกว่าญาติเพศชาย นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.2239
และ 3.0822 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.2.2 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิตในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	n	\bar{X}	S.D.	H
19 - 25 ปี	16	3.1111	.4714	
26 - 35 ปี	48	3.0417	.6174	3.3828
36 - 55 ปี	51	3.1961	.6639	
56 ปีขึ้นไป	23	3.3043	.5588	

$$df = 4 - 1 = 3$$

จากตารางที่ 2.2.2 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิตในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย ตามช่วงอายุแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีช่วงอายุ 56 ปีขึ้นไป มีปัญหาความวิตกกังวลในสถานนี้จากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีช่วงอายุ 36 - 55 ปี และญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีช่วงอายุ 26 - 35 ปี มีปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตน้อยที่สุดนั่นคือ มีค่าเฉลี่ยเป็น 3.3043, 3.1961 และ 3.0417 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.2.3 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามศาสนา

ศาสนา	n	\bar{X}	S.D.	U	Z
พุทธ	101	3.1188	.6370	1804.5	-.8830
อิสลาม	39	3.2308	.5361		

จากตารางที่ 2.2.3 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วยตามการนับถือศาสนาแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามมีปัญหาคความวิตกกังวลในสถานมากกว่าญาติผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.2308 และ 3.1188 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.2.4 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	\bar{X}	S.D.	H
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 6	83	3.2410	.6361	
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	26	3.0769	.5602	5.3356
อุดมศึกษาขึ้นไป	31	2.9677	.5467	

$$df = 3-1 = 2$$

จากตารางที่ 2.2.4 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วย ตามระดับการศึกษานั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 6 มีปัญหาความวิตกกังวลในสถานมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และญาติผู้ป่วยซึ่งมีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไปมีปัญหาคความวิตกกังวลในสถานน้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ย 3.2410, 3.0719 และ 2.9677 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.2.5 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	\bar{X}	S.D.	H
โสด	30	3.1000	.5477	
สมรสและอยู่ด้วยกัน	100	3.1700	.6365	.4914
สมรสแต่แยกกันอยู่	10	3.1000	.5676	

$$df = 3 - 1 = 2$$

จากตารางที่ 2.2.5 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย ตามสถานภาพสมรสพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันจะมีปัญหาความวิตกกังวลในคานนี้มากเป็นอันดับที่ 1 ส่วนญาติผู้ป่วยที่เป็นโสดและที่สมรสแต่แยกกันอยู่ มีปัญหาความวิตกกังวลในคานนี้มากเป็นอันดับรองลงมา นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.1700 และ 3.1000 (2) ตามลำดับ

ตารางที่ 2.2.6 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย จำนวนตามสถานภาพภายในครอบครัว

สถานภาพภายในครอบครัว	n	\bar{X}	S.D.	H
หัวหน้าครอบครัว	57	3.0702	.6508	
สมาชิกซึ่งหารายได้ให้ครอบครัว	68	3.2059	.5614	1.4613
สมาชิกซึ่งยังหารายได้ไม่ได้	15	3.2000	.6761	

$$df = 3-1 = 2$$

จากตารางที่ 2.2.6 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ตามสถานภาพภายในครอบครัวแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกที่หารายได้ให้ครอบครัวมีปัญหาคความวิตกกังวลในคานนี้มากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยซึ่งยังหารายได้ไม่ได้ และญาติผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีปัญหาคความวิตกกังวลในคานนี้น้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ย 3.2059, 3.2000 และ 3.072 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.2.7 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในสถานอาการ และการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	n	\bar{X}	S.D.	H
บิดามารดา	46	3.3043	.5526	
สามีภรรยา	24	3.2083	.7211	9.1842
บุตร พี่หรือน้อง	11	2.7273	.4671	
ญาติสนิท	36	3.1111	.5225	
	23	3.0435	.7057	

$$df = 5 - 1 = 4$$

จากตารางที่ 2.2.7 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วยตามความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วยทางจิตแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย จะมีปัญหาความวิตกกังวลในสถานอาการและการดูแลมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ สามีภรรยา และญาติผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยจะมีปัญหาความวิตกกังวลในสถานอาการและการดูแลน้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.3043, 3.2083 และ 2.7273 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.2.3 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตาม อาชีพ

อาชีพ	n	\bar{X}	S.D.	H
ชาย	25	3.1200	.6000	
รับราชการ	27	3.1111	.5774	
เกษตรกร	57	3.2456	.6623	3.1127
รับจ้าง	22	3.0455	.4857	
เขม่าน	2	3.0000	0.0000	
นักบวช	1	3.0000	0.0000	
ไม่มีอาชีพ	6	3.0000	.8944	

$$7 - 1 = 6$$

จากตารางที่ 2.2.3 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติและผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยตามอาชีพ แล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกร มีปัญหาความวิตกกังวลในค่านี้น่าจะเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพชาย และญาติผู้ป่วยที่มีปัญหาความวิตกกังวลในค่านี้น้อยที่สุดคือ ญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพ เขม่าน นักบวช และไม่มีอาชีพ นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.2456, 3.1200 และ 3.0000 (3)* ตามลำดับ

(3)* : 3 อาชีพ

ตารางที่ 2.2.9 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคานอาการและ
การดูแลผู้ป่วยจำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ	n	\bar{X}	S.D.	H
ดีมาก	4	3.0000	.8165	
ปานกลาง	95	3.1368	.6121	.4544
ยากจน	41	3.1951	.6008	

$$df = 3 - 1 = 2$$

จากตารางที่ 2.2.9 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย ตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจยากจน จะมีปัญหาความวิตกกังวลในคานนั้นมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ ญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจดีมาก มีปัญหาความวิตกกังวลในคานน้อยที่สุด นั่นคือ มีค่าเฉลี่ยเป็น 3.1951, 3.1368 และ 3.0000 ตามลำดับ

2.3 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในตํานสังคมและเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยและญาติ

ตารางที่ 2.3.1 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในสังคมและเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยและญาติจำแนกตามเพศ

เพศ	n	\bar{X}	S.D.	U	Z
ชาย	73	2.7123	.6557	2320.0	-.5921
หญิง	67	2.7761	.5985		

จากตารางที่ 2.3.1 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วย
ทางจิตในตํานสังคมและเศรษฐกิจตามเพศพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ
เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยเพศหญิง มีปัญหาความวิตกกังวลในตํานนี้มากกว่า
ญาติผู้ป่วยเพศชาย นั่นคือ มีค่าเฉลี่ยเป็น 2.7761 และ 2.7123 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3.2 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในค่านั่งงอมและ
เศรษฐกิจ จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	n	\bar{x}	S.D.	H
19-25 ปี	18	2.8333	.5145	
26-35 ปี	48	2.6458	.6992	3.5261
36-55 ปี	51	2.7255	.6026	
56 ปีขึ้นไป	23	2.9130	.5964	

$$df = 4 - 1 = 3$$

จากตารางที่ 2.3.2 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในค่านั่งงอมและเศรษฐกิจ ตามช่วงอายุแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 56 ปีขึ้นไป มีปัญหาความวิตกกังวลในค่านั่งงอมมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 19-25 ปี และญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 26-35 ปี มีปัญหาความวิตกกังวลในค่านั่งงอมน้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.9130, 2.8333 และ 2.6458 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3.3 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ จำแนกตามศาสนา

ศาสนา	n	\bar{X}	S.D.	U	Z
พุทธ	101	2.7228	.6343	1859.0	-1.5809
อิสลาม	39	2.7949	.6147		

จากตารางที่ 2.3.3 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจตามการนับถือศาสนาของญาติแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีปัญหาความวิตกกังวลในตํานานมากกว่าญาติผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธนั่นคือ มีค่าเฉลี่ยเป็น 2.7949 และ 2.7228 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3.4 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในคานสังคมและ
เศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	\bar{X}	S.D.	H
ต่ำกว่าชั้นประถมปีที่ 6	83	2.8675	.6002	
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	26	2.7308	.6038	11.4038 **
อุดมศึกษาขึ้นไป	31	2.4194	.6204	

$$df = 3 - 1 = 2$$

จากตารางที่ 2.3.4 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในคานสังคมและเศรษฐกิจ ตามระดับการศึกษาของญาติแล้วพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมปีที่ 6 มีปัญหาความวิตกกังวลในคานนี้มากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในชั้นอุดมศึกษาขึ้นไป มีปัญหาความวิตกกังวลในคานนี้น้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.8675, 2.7308 และ 2.4194 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3.5 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในสถานสังคมและ
เศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ จำนวนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	\bar{X}	SD	H
โสด	30	2.5667	.5683	
สมรสและอยู่ด้วยกัน	100	2.2000	.6513	3.3438
สมรสแต่แยกกันอยู่	10	2.7000	.4830	

$$df = 3-1 = 2$$

จากตารางที่ 2.3.5 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติ
ต่อผู้ป่วยทางจิต ในสถานสังคมและเศรษฐกิจ ความสถานภาพสมรสของญาติแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสและ
อยู่ด้วยกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลในค่านี้น้อยกว่าเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพ
สมรสแต่แยกกันอยู่ และญาติผู้ป่วยที่เป็นโสดจะมีปัญหาความวิตกกังวลในค่านี้น้อยที่สุด เมื่อมีค่าเฉลี่ย
เป็น 2.2000, 2.7000 และ 2.5667 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3.6 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคานส์กมและ
เศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติจำแนกตามสถานภาพในครอบครัว

สถานภาพภายในครอบครัว	n	\bar{X}	S.D.	H
หัวหน้าครอบครัว	57	2.7018	.6537	
สมาชิกซึ่งหารายได้ให้ ครอบครัว	68	2.7941	.6123	.8537
สมาชิกซึ่งยังหารายได้ ไม่ได้	15	2.6667	.6172	

$$df = 3 - 1 = 2$$

จากตารางที่ 2.3.6 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคานส์กมและเศรษฐกิจตามสถานภาพในครอบครัวของญาติแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกซึ่งหารายได้ให้ครอบครัวจะมีปัญหาความวิตกกังวลในคานส์กมเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือหัวหน้าครอบครัว และญาติผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกซึ่งยังหารายได้ไม่ได้จะมีปัญหาความวิตกกังวลในคานส์กมน้อยที่สุด นั่นคือค่าเฉลี่ยเป็น 2.7941, 2.7018 และ 2.6667 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3.7 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในสถานสังคมและ
เศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	n	\bar{X}	S.D.	H
บิดามารดา	46	2.8696	.6186	
สามีภรรยา	24	2.7917	.7211	4.9502
บุตร	11	2.6364	.5045	
พี่น้องน้อง	36	2.5833	.6036	
ญาติ	23	2.7391	.6192	

$$df = 5 - 1 = 4$$

จากตารางที่ 2.3.7 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในสถานสังคมและเศรษฐกิจ ตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นบิดามารดา จะมีปัญหาความวิตกกังวลในค่านี้น่ามากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ สามีภรรยาและญาติผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นบุตร จะมีปัญหาความวิตกกังวลน้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.8696, 2.7917 และ 2.6364 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3.8 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิตในคานสังคัมและ
เศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ เมื่อจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	\bar{X}	S.D.	H
ชาย	25	2.5200	.5099	
รับราชการ	27	2.5556	.6405	
เกษตรกร	57	2.9123	.6059	14.8535 *
รับจ้าง	22	2.8636	.6396	
แม่บ้าน	2	2.0000	0.0	
นักบวช	1	2.0000	0.0	
ไม่มีอาชีพ	6	2.8333	.7528	

$$df = 7 - 1 = 6$$

จากตารางที่ 2.3.8 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติของผู้ป่วยทางจิตในคานสังคัมและเศรษฐกิจ ตามอาชีพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรมีปัญหาความวิตกกังวลในคานนี้มากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง และญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพแม่บ้าน และนักบวช จะมีปัญหาความวิตกกังวลในคานนี้น้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.9123 2.8636 และ 2.0000 (2) ตามลำดับ

(2)* : 2 อาชีพคือ อาชีพแม่บ้านและนักบวช

ตารางที่ 2.3.9 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคาน้ำสังคัมและ
เศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ จำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ	n	\bar{X}	S.D.	H
ดีมาก	4	2.7500	.9574	
ปานกลาง	95	2.6737	.6264	3.8891
ยากจน	41	2.9024	.5833	

$$df = 3 - 1 = 2$$

จากตารางที่ 2.3.9 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตในคาน้ำสังคัมและเศรษฐกิจ ตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจของญาติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจยากจน จะมีปัญหาความวิตกกังวลในคาน้ำมากเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจดีมาก และญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง มีปัญหาความวิตกกังวลในคาน้ำน้อยที่สุด นั่นคือมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.9024, 2.7500 และ 2.6737 ตามลำดับ

2.4 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวล
 ตามอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจในกลุ่มตัวแปรย่อยเดียวกัน

ตารางที่ 2.4.1 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตระหว่างความวิตกกังวล
 ตามอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามเพศ

เพศ	ค่า Mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล		Z
	ตามอาการและการดูแล ผู้ป่วย	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ชาย	19.24	14.75	-4.8578**
หญิง	21.89	10.80	-4.7851**

จากตารางที่ 2.4.1 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วย
 ทางจิตที่เป็นเพศชายและเพศหญิง ระหว่างความวิตกกังวลตามอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้าน
 สังคมและเศรษฐกิจ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2.4.2 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	ค่า Mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล		Z
	ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
19 - 25 ปี	3.50	0.0	-2.2014 *
26 - 35 ปี	16.91	7.67	-3.7084 **
36 - 55 ปี	15.43	17.50	-4.4222 **
56 ปีขึ้นไป	6.50	0.0	-3.0594 **

จากตารางที่ 2.4.2 แสดงว่า ในด้านอายุพบว่า ญาติผู้ป่วยทุกช่วงอายุมีปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 26-35 ปี 36-55 ปี และ 56 ปีขึ้นไป มีความวิตกกังวลใน 2 ด้านนี้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 19-25 ปี มีความวิตกกังวลใน 2 ด้านต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2.4.3 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวล
 ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจเมื่อจำแนกตามการ
 นับถือศาสนา

ศาสนา	ค่า mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล		Z
	ด้านอาการและการดูแล ผู้ป่วย	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
พุทธ	30.15	16.93	-5.5427 **
อิสลาม	11.00	0.0	-4.0145 **

จากตารางที่ 2.4.3 แสดงว่า ในด้านการนับถือศาสนา พบว่าญาติผู้ป่วยทางจิตที่นับถือ
 ศาสนาพุทธ และอิสลาม มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการ
 และการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2.4.4 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ค่า Mean rank ของปัญหาความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย		Z
	ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ชั้นประถมศึกษา 6			
ลงมา	24.19	13.50	-5.794**
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	6.91	2.00	-2.9025**
อุดมศึกษาขึ้นไป	10.47	11.00	-3.5093 **

จากตารางที่ 2.4.4 แสดงว่า ในด้านระดับการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีการศึกษาทุกระดับการศึกษา มีปัญหาความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2.4.5 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตระหว่างสถานอาการ และการดูแลผู้ป่วย กับสถานสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ค่า mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล		Z
	สถานอาการและการดูแลผู้ป่วย	สถานสังคมและเศรษฐกิจ	
โสด	9	0.0	-3.6214 **
สมรสและอยู่ด้วยกัน	29.98	18.14	-5.4734 **
สมรสแต่แยกกันอยู่	2.50	0.0	-1.9657 **

จากตารางที่ 2.4.5 แสดงว่า ในสถานภาพสมรสพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เป็นโสด สมรสและอยู่ด้วยกัน มีปัญหาความวิตกกังวลในสถานอาการและการดูแลผู้ป่วยกับสถานสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนญาติผู้ป่วยที่สมรสแต่แยกกันอยู่ มีความวิตกกังวลใน 2 สถานะ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 2.4.6 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามสถานภาพภายในครอบครัว

สถานภาพภายใน ครอบครัว	ค่า mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล ด้านอาการและการดูแล ผู้ป่วย	ค่า mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	Z
หัวหน้าครอบครัว	14.41	17.00	-4.2355 **
สมาชิกซึ่งหารายได้			
ให้ครอบครัว	22.29	10.33	-4.6776 **
สมาชิกซึ่งยังหา รายได้ไม่ได้	5.00	0.00	-2.6656 **

จากตารางที่ 2.4.6 แสดงว่า ในด้านสถานภาพภายในครอบครัวพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพภายในครอบครัวทุกลักษณะคือ เป็นหัวหน้าครอบครัว สมาชิกซึ่งหารายได้และสมาชิกซึ่งหารายได้ไม่ได้ มีปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2.4.7 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตระหว่างคานอาการ และการดูแลผู้ป่วยคานสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามคานสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ค่า Mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล		Z
	คานอาการและการดูแลรักษา	คานสังคมและเศรษฐกิจ	
บิดามารดา	14.00	1.00	-4.4319 **
สามีภรรยา	8.27	6.25	-2.6978 **
บุตร	2.00	2.00	-0.5345
พี่น้อง	11.50	1.00	-3.9798 **
ญาติสนิท	6.85	4.75	-2.3140 *

จากตารางที่ 2.4.7 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตระหว่างความวิตกกังวลคานอาการและการดูแลผู้ป่วยกับคานสังคมและเศรษฐกิจในคานความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยที่เป็น บิดามารดา สามีภรรยา พี่น้องของผู้ป่วย จะมีความวิตกกังวลในคานอาการและคานดูแลรักษากับคานสังคมและเศรษฐกิจต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ญาติสนิทของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลใน 2 คานนี้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และบุตรมีความวิตกกังวลใน 2 คานนี้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2.4.3

เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวล
ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตาม
อาชีพ

อาชีพ	ค่า Mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล		Z
	ด้านอาการและการดูแล ผู้ป่วย	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
คาชวย	8.30	0.0	-3.4076 **
รับราชการ	9.47	10.00	-3.2381 **
เกษตรกร	16.67	11.50	-3.9585 **
รับจ้าง	5.25	2.25	-1.8904
แฉนวน	1.50	0.0	-1.3416
นักบวช	-	-	-
ไมม่อาชีพ	1.50	0.0	-1.3416

* ข้อมูลไม่เพียงพอ

จากตารางที่ 2.4.3 แสดงว่า ในคานอาชีพของญาติผู้ป่วยทางจิตพบว่า ญาติผู้ป่วย
ที่ม่อาชีพคาชวย รับราชการ และเกษตรกร มีปัญหาความวิตกกังวลในคานอาการและการ
ดูแลผู้ป่วย กับคานสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ส่วนญาติ
ผู้ป่วยที่ม่อาชีพรับจ้าง แฉนวน และไมม่อาชีพ มีความวิตกกังวลใน 2 คานนี้ไมแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2.4.9 เปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ระหว่างความวิตกกังวลตามอาการและการดูแลผู้ป่วย กับตามสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อจำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับฐานะทาง เศรษฐกิจของ ครอบครัว	ค่า Mean rank ของปัญหาความวิตกกังวล		Z
	ตามอาการและการดูแล ผู้ป่วย	ตามสังคมและเศรษฐกิจ	
ดีมาก	1.50	0.0	-1.3416
ปานกลาง	28.38	21.33	-5.9153 **
ยากจน	11.66	5.88	-3.0426 **

จากตารางที่ 2.4.9 แสดงว่า ในด้านระดับฐานะทางเศรษฐกิจพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และยากจนมีปัญหาความวิตกกังวลในตามอาการและการดูแลผู้ป่วยกับตามสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจดีมาก มีความวิตกกังวลใน 2 ด้านนี้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยเรื่องการศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิตมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติที่มีผู้ป่วยทางจิต เน้นการศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย และด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติจำแนกตามเพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจของญาติผู้ป่วยทางจิต

สมมติฐานการวิจัย ได้แก่

1. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตแตกต่างกัน
2. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน
3. ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติแตกต่างกัน
4. ญาติผู้ป่วยทางจิตในกลุ่มตัวแปรย่อยเดียวกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติแตกต่างกัน

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยทางจิต

1. ญาติผู้ป่วยทางจิตร้อยละ 52.1 เป็นเพศชายและร้อยละ 47.9 เป็นเพศหญิง
2. ญาติผู้ป่วยทางจิต ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 36-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.4 ของลงมาในช่วงอายุ 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.3 และในช่วงอายุ 19-25 ปี จำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.9
3. ญาติผู้ป่วยทางจิต ร้อยละ 72.1 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 27.9 นับถือศาสนาอิสลาม
4. ญาติผู้ป่วยทางจิตมีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ลงมา มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาในระดับการศึกษาถึงมัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13.6

5. ญาติผู้ป่วยทางจิต ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ สมรสและอยู่ด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 21.4 และสมรสแต่แยกกันอยู่มีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.2

6. ญาติผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มีสถานภาพภายในครอบครัวคือ เป็นสมาชิกซึ่งหารายได้ ในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาเป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40.7 และเป็นสมาชิกซึ่งยังไม่มีรายได้จำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.7

7. ญาติผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 32.9 รองลงมาเป็นสามีภรรยา คิดเป็นร้อยละ 25.7 และเป็นพี่หรือน้องมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.9

8. ญาติผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมา อาชีพรับราชการคิดเป็นร้อยละ 19.3 และอาชีพอื่นคือ นักมวย จำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 0.7

9. ญาติผู้ป่วยทางจิตมีระดับฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงนามีระดับฐานะทางเศรษฐกิจยากจนคิดเป็นร้อยละ 29.2 และมีระดับฐานะทางเศรษฐกิจดีมาก มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

1. เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพและระดับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ยกเว้นระดับการศึกษา ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้าน อาการและการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามตัวแปรต่อไปนี้ คือ เพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

3. เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้าน สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ จำแนกตามตัวแปรต่อไปนี้คือ เพศ ช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ยกเว้นระดับการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

4. เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย และญาติในกลุ่มครัวเรือนวัยใดเท เก่ ช่วงอายุ สถานะ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า

4.1 เมื่อเปรียบเทียบตามเพศ พบว่า ญาติผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วย ระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.2 เมื่อเปรียบเทียบตามช่วงอายุ พบว่า ญาติผู้ป่วยในช่วงอายุ 26-35 ปี 36-55 ปี และช่วงอายุ 56 ปีขึ้นไป มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 19-25 ปี จะมีความแตกต่างกันในสองด้านนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.3 เมื่อเปรียบเทียบตามการนับถือศาสนา พบว่า ญาติผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ และอิสลาม ต่างมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.4 เมื่อเปรียบเทียบตามระดับการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วยซึ่งมีการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ลงมา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และชั้นอุดมศึกษาขึ้นไป ต่างมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.5 เมื่อเปรียบเทียบตามสถานภาพสมรส พบว่า ญาติผู้ป่วยซึ่งมีสถานภาพสมรสโสด สมรสและอยู่ด้วยกัน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วย ระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส สมรสแต่แยกกันอยู่ จะมีปัญหาความวิตกกังวลในสองด้านดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.6 เมื่อเปรียบเทียบตามสถานภาพภายในครอบครัว พบว่า ญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว สมาชิกซึ่งหารายได้ในครอบครัว และสมาชิกซึ่งยังไม่มีรายได ต่างมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.7 เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วย ซึ่งเป็นบิดามารดา พี่น้อง มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยระหว่างคานอาการ และการดูแลผู้ป่วย กับคานสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ญาติสนิทมีปัญหาความวิตกกังวลระหว่างสองคานนี้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนบุตรมีปัญหาความวิตกกังวลระหว่างสองคานนี้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

4.8 เมื่อเปรียบเทียบตามอาชีพ พบว่า ญาติผู้ป่วยซึ่งมีอาชีพค้าขาย รับราชการ และเกษตรกร มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยระหว่างคานอาการและการดูแลผู้ป่วย กับคานสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนญาติผู้ป่วย ซึ่งมีอาชีพรับจ้าง แขนาน นักบวช และไม่มีอาชีพ มีปัญหาความวิตกกังวลระหว่างสองคานนี้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

4.9 เมื่อเปรียบเทียบตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ญาติผู้ป่วยซึ่งมีระดับฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และยากจน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยระหว่างคานอาการและการดูแลผู้ป่วย กับคานสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจ ดีมาก มีปัญหาความวิตกกังวลระหว่างสองคานนี้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

อภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต เมื่อ

1. จำแนกตามเพศ พบว่า ญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นเพศชาย และเพศหญิง มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) เช่นเดียวกับปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยในคานสังคมและเศรษฐกิจ และปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยโดยรวมสอดคล้องกับการวิจัยของ Hodges และ Felling (1970) ซึ่งศึกษาความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับเพศ พบว่า ความแตกต่างของความวิตกกังวลระหว่างเพศชาย และเพศหญิง จะมีเฉพาะในคานอันตรายที่เกิดขึ้นทางร่างกายและความเจ็บปวดเท่านั้น ส่วนในสถานการณ์ทางสังคมอื่น ๆ จะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของผลการวิจัยแล้ว ยังพบว่าค่าเฉลี่ยของปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยเพศหญิง มีมากกว่าเพศชาย ทั้งในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย

ตามสังคัมและเตระชุกฺก และปัญหาความวิตกกังวลของผู้อยู่ป่วยโดยรวม (ตารางที่ 2.1.1, 2.2.1, 2.3.1) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Monosevitz และ Lanyon (1965) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความกดดันทางอารมณ์ของเพศชาย และเพศหญิง พบว่า เพศหญิงที่มีความโน้มเอียงที่จะกลัวมากกว่าเพศชาย ส่วน Burgess (1961) ได้ศึกษาเกี่ยวกับขนลุกกรรมและตอมไรทอ โดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีทางชีวเคมี พบว่า เพศหญิงจะมีความตื่นตัวได้สูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้ สมัญญา เสียงใส (2521) อังพร โฉมตระกูล และคณะ (2525) ฉวีวรรณ ศิริพันธ์ และประวีณ สีนเตระชุกฺก (2525) และเพียงใจ สีนธนาคร และคณะ (2527) ยังได้ศึกษาวิจัยสรุปได้ว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลทางด้านสังคัม มีความวิตกกังวลทางอารมณ์ มากกว่าเพศชาย

และเมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของชาติในสถานอาการและการดูแลรักษา กับตามสังคัมและเตระชุกฺกแล้วพบว่า เพศชายที่มีความวิตกกังวลในทั้งสองด้านนี้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับเพศหญิง โดยพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างก็มีปัญหาความวิตกกังวลในสถานอาการและการดูแลรักษามากกว่าตามสังคัมและเตระชุกฺก (ตารางที่ 2.4.1)

ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องที่ยังหาสาเหตุที่แท้จริงไม่ได้ และไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าผู้ป่วยจะหายหรือไม่หาย ดังที่ ทิธา สุทธิรัตน์ (2520) ได้กล่าวถึงสภาพจิตใจของคนว่ประกอบด้วยอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมที่แสดงออก การทำงานของสมอง และตอมไรทอ แต่มีบางส่วนซึ่งไม่เข้าใจถึงพฤติกรรมของคนใด และการเจ็บป่วยทางจิตยังบอกไม่ได้ว่าเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว จากแนวคิดดังกล่าวอาจทำให้ญาติไม่สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งต่างจากปัญหาทางสังคัมและเตระชุกฺกที่ญาติสามารถจัดการได้โดยตรง

2. จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ญาติผู้ป่วยในทุกช่วงอายุนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ในด้านสังคัมและเตระชุกฺก รวมทั้งในด้านปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม ซึ่งอาจนำผลการศึกษา เรื่อง "ความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก" ของ มาลี สวณแก้ว (2522) ที่พบว่า ความเครียดของญาติผู้ป่วยมีความแตกต่างกันเฉพาะบางช่วงอายุเท่านั้น มาอภิปรายให้เห็นว่าความเครียดของญาติผู้ป่วยช่วงอายุส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากเฉลี่ยของ

ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในช่วงอายุต่าง ๆ พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 56 ปีขึ้นไป มีความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยมากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ ทั้งในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ หรือปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม จินตนา ศรีมูล (2530) ใคางถึง Havinghurst และ Erikson เกี่ยวกับงานตามขั้นตอนพัฒนาการ (Developmental tasks) ซึ่งพอสรุปได้ว่า บุคคลในช่วงวัยนี้หน้าที่ในการดูแลด้านฐานะเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ในครอบครัว รวมทั้งการสั่งสอนและเฝ้าดูความเจริญก้าวหน้าของบุตรหลานอีกทั้งความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน มีการปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย บางคนอาจถึงวัยของการเกษียณจากการและมีรายได้ลดลง จึงเห็นได้ว่า บุคคลในวัยนี้มีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากพัฒนาการ (Maturational crisis) ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว เมื่อญาติของตนป่วยด้วยอาการทางจิต จึงยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

และเมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติในด้านการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 26-35 ปี มีปัญหาความวิตกกังวลทั้งสองด้านนี้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 36-55 ปี และ 56 ปีขึ้นไป ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 19-25 ปี มีปัญหาความวิตกกังวลในสองด้านนี้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2.4.2) โดยพบว่า ญาติผู้ป่วยในทุกช่วงอายุมีปัญหาความวิตกกังวลในด้านการดูแลรักษามากกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจ ยกเว้นช่วงอายุ 36-55 ปี ซึ่งมีปัญหาความวิตกกังวลในสังคมและเศรษฐกิจมากกว่าด้านอาการและการดูแลรักษา (ตารางที่ 2.4.2) อาจจะเป็นเพราะช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่กำลังดำรงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าวัยอื่น ๆ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวล้มเจ็บลง จึงทำให้เกิดความยุ่งยากทั้งในกายสังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น

3. จำแนกตามศาสนา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยในด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งในด้านปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามมีปัญหาความวิตกกังวลมากกว่าญาติที่นับถือศาสนาพุทธ โดยมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลในด้านการดูแลและการดูแลผู้ป่วยในด้านสังคมและเศรษฐกิจ และในด้านปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม (ตารางที่ 2.1.3, 2.2.3, 2.3.3) มากกว่า

Vannicelli, M., Washburn, Stephen L และ Scheff, Betty Jane (1973) ใค้ทำการวิจัยเรื่อง "ทัศนคติของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยทางจิต" และ

ใญ่ทดสอบตัวแปรพื้นฐานพบว่า สดานทางสังคมและศาสนาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของญาติผู้ป่วย จากผลของกฎวิจัยนี้ อาจนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า ศาสนาอิสลามมีทัศนคติทางศาสนาที่เคร่งครัด เมื่อมีญาติป่วยทางจิต จึงเพิ่มความเครียดและความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วยมากขึ้น

ส่วนศาสนาพุทธ วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2531) ได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับความเครียดของคนไทยที่มีต่อศาสนาพุทธ พอสรุปได้ว่า ความเครียดของคนไทยที่มีต่อศาสนาพุทธไม่ได้เกิดจากศาสนา เพราะศาสนาพุทธมิได้มีข้อบังคับให้ผู้นับถือต้องเคร่งครัดในข้อปฏิบัติมากนักเกินไป แต่ผู้ที่มีความเครียดจนป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทนั้น มีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลมากกว่าการนับถือศาสนาพุทธ

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ (ตารางที่ 2.4.3) โดยมีค่าอันดับของค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของญาติที่มีต่อศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจ (ตารางที่ 2.4.3)

ทั้งนี้เนื่องจาก ความเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องที่ยังหาสาเหตุที่แท้จริงไม่ได้

4. จำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (๐.๐5) ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ส่วนด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ สำหรับปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยโดยรวมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Freeman (1961), Hollingshead และ Redlich (1953) พบว่า ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตแตกต่างกันไปตามชั้นชั้นทางสังคมและระดับการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมประสงค์ โอวาทกา (2514) ที่ได้ศึกษาเรื่อง "ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยจิตเวช" สรุปได้ว่าญาติที่มีความรู้ระดับมัธยมศึกษา มีความเชื่อและความรู้ต่อผู้ป่วยจิตเวชดีกว่าญาติผู้ป่วยที่มีระดับประถมศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตระหว่างในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางมัธยมศึกษาที่ 1-6 มีระดับค่าเฉลี่ยของปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยมากกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจส่วนผู้ที่ระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษาขึ้นไปมีระดับค่าเฉลี่ยของปัญหาความวิตกกังวลในด้านสังคมและเศรษฐกิจมากกว่าด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย (ตารางที่ 2.4.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hollingshead และ Redlich (1953)

พบว่าญาติที่อยู่ในชั้นชั้นทางสังคมสูงจะมีประสบการณ์ในความรู้สึกอันอายมากกว่าชุมชนในทางสังคมที่ต่ำกว่า เพราะกระทบกระเทือนต่อสถานภาพทางสังคม ในขณะที่เดียวกันก็มีความรู้สึกสำนึกผิดมากกว่า เช่นเดียวกัน

ส่วนญาติผู้ป่วยชั้นทางสังคมที่ต่ำกว่า มีความวิตกกังวลเรื่องอาการและการดูแล โดยมีความกลัวและความซุนเคืองมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในชั้นชั้นทางสังคมที่สูงกว่า

5. จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งในด้านปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม ทั้งนี้ เรื่องของการเจ็บป่วยยังไม่มีใครหรือทฤษฎีอะไรที่สามารถจะอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งหมด และไม่สามารถประเมินได้อย่างแน่นอนว่าหายหรือไม่หาย (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2531) แต่เมื่อพิจารณาโดยรายละเอียดแล้ว พบว่าญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมีค่าเฉลี่ยของปัญหาความวิตกกังวลสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพอื่น ๆ (ตารางที่ 2.1.5, 2.2.5, 2.3.5) ทั้งในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งด้านปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม อาจเนื่องจากการมีครอบครัว ทำให้วิตกกังวลกับการสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเรียนรู้ การจัดระเบียบในครอบครัว รวมทั้งความรับผิดชอบอื่น ๆ ภายในครอบครัว (Tharp, 1965 อ้างในอุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์, 2524) จึงอาจทำให้ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันเมื่อมีบุคคลภายในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพอื่น ๆ

อย่างไรก็ตามเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งสองด้านในญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส สมรสและอยู่ด้วยกัน ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแต่แยกกันอยู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยระดับค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งในสถานภาพโสด สมรสและอยู่ด้วยกัน หรือสมรสแต่แยกกันอยู่ ซึ่งก็เช่นเดียวกันกับเหตุผลข้างต้นที่สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตไม่สามารถอธิบายได้อย่างแน่ชัดว่าเกิดจากอะไร ฉะนั้นไม่ว่าญาติผู้ป่วยในสถานภาพสมรสใด ย่อมมีความวิตกกังวลในเรื่องอาการและการดูแลผู้ป่วยมากกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจซึ่งเป็นเรื่องที่ใกล้ชิดจากผู้ป่วย ดังเช่น Matheney, Ruth V. และคณะ (1972) ได้ให้ข้อคิดเห็นและสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณเตือนภัย เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอึดอัดทวนวิตกเคลือบแคลง โหม่งใจ และน่ากลัว

6. จำแนกตามสภาวะภาพภายในครอบครัว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี
 สำคัญทางสถิติ (0.05) ในค่านอาการและการดูแลผู้ป่วย ค่านั่งงอมและเฝ้าซุกกิจ รวมทั้งปัญหา
 ความวิตกกังวลโดยรวม อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าสมาชิกที่หารายได้ให้ครอบครัวมีค่าเฉลี่ยของ
 ปัญหาความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพภายในครอบครัวอื่น ทั้งสองด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก
 ผู้ป่วยโรคจิตเป็นโรคเรื้อรังต้องอยู่รับการรักษากรณีจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนานถึงปัญหา
 สำคัญของโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ทางในหอผู้ป่วยมากทำให้ยอมรับสูงกว่ายอด
 จำหน่าย (สมบุรณ์ อินทรกำเนตและคณะ, 2522) นอกจากนี้ จารุวรรณ ศ.สกุล (2524)
 ได้วิจัยเรื่อง "ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล" โดยศึกษาถึงความ
 เข้าใจและการยอมรับของญาติของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ที่ถูกต้องใน
 การช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งอำนาจและไม่มีผลต่อการยอมรับผู้ป่วย และต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ใน
 โรงพยาบาลต่อไป จึงทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาอยู่ในโรงพยาบาลซ้ำอีก ด้วยเหตุผลนี้อาจเป็นเหตุ
 ให้ญาติผู้ป่วยซึ่งมีสถานภาพหารายได้ให้แก่อครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงกว่าญาติที่มีสถานภาพอื่น ๆ

เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติในค่านอาการและการดูแลผู้ป่วย
 กับค่านั่งงอมและเฝ้าซุกกิจ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุก
 สถานภาพภายในครอบครัว โดยมีระดับค่าเฉลี่ยของปัญหาความวิตกกังวลค่านอาการและการดูแล
 ผู้ป่วย สูงกว่าค่านั่งงอมและเฝ้าซุกกิจ ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว จะมี
 ระดับค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลสูงกว่าค่านอาการและการดูแลผู้ป่วย (ตารางที่ 2.4.6) ทั้งนี้
 ผู้มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัวจะต้องรับผิดชอบความเป็นอยู่ ชื่อเสียงของสมาชิกในครอบครัว
 และการเจ็บป่วยทางจิต ยังไม่เป็นที่ยอมรับถึงการรักษารักษาของ แพทย์ ทวานสินี (2512)
 ซึ่งศึกษาเรื่อง "ปัญหาสังคมบางประการที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่บ้านไม่ได้" เนื่องจากทำความผิดพลาด
 ให้แก่เพื่อนบ้าน เพราะเป็นนัยกับสังคม ทำความเดือดร้อน คนใจใหญ่คนในครอบครัว

7. จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย
 สำคัญทางสถิติ (0.05) ในค่านอาการและการดูแลผู้ป่วย ค่านั่งงอมและเฝ้าซุกกิจ รวมทั้งปัญหา
 ความวิตกกังวลโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาโรจน์ คำรัตน์ และคณะ (2525)
 เรื่อง "ทัศนคติวัยรุ่นหญิง-ชายที่มีต่อการเลี้ยงดูของบิดามารดา" สรุปลีควา ความสัมพันธ์
 ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อความเป็นอยู่อย่างปกติสุข ถ้ามีความขัดแย้งใดเกิดขึ้น จะ
 เกิดการกระทบกระเทือนต่อการปรับตัวของสมาชิก ถ้าครอบครัวใดมีพื้นฐานในการเลี้ยงดูที่
 ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เมื่อเกิดปัญหาที่สามารถปรับตัวได้ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อมีปัญา

ภายในครอบครัว ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
 แบบบุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีก็จะกระทบกระเทือนไปด้วย เพื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า
 ญาติผู้ป่วยที่เป็นบิดามารดาที่เฉลียวของปัญหาความวิตกกังวลสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์
 กับผู้ป่วยในลักษณะอื่นในทุก ๆ ด้าน (ตารางที่ 2.1.7, 2.2.7 และ 2.3.7) ไมตรี ลิ้มปรีชา
 (2530) ได้กล่าวถึงความรับผิดชอบของบิดามารดาที่มีต่อบุตรและความต้องการอยากใหญ่ทรหลาน
 ของตนเป็นคนที่มีอนาคต ความคาดหวังเหล่านี้จะเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตของบิดามารดาอย่าง
 มาก นอกจากนั้นละเอียดย ชูประยูร (2523) กล่าวว่า ความคาดหวังที่เกินกว่าความเป็นจริง
 จะทำให้เกิดความวิตกกังวล ดังนั้นเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคจิต ซึ่งสังคมไม่ยอมรับ ยิ่งถูกความต่อ
 การคาดหวังของบิดามารดา ทำให้มีความวิตกกังวลสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยใน
 ลักษณะอื่น ๆ

เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตระหว่างด้านอาการและ
 การดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 0.01 ในกลุ่มญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะบิดามารดา สามารถรักษาหรือนอง และมี
 ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มญาติผู้ป่วยที่เป็นญาติสนิท

อย่างไรก็ตาม พบว่าระดับค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยดังกล่าวในด้าน
 อาการและการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังที่ละเอียดย ชูประยูร (2523) กล่าว
 ว่า ปัญหาความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือคาดการณ์ไม่ถูกต้องหรือเหมาะสม ซึ่งอาจ
 สันนิษฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุได้หรือการดูแลรักษาที่ไม่อาจบอก
 ผลได้ชัดเจน

8. จำแนกตามอาชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 (0.05) ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ส่วนในด้านสังคมและเศรษฐกิจมีความแตกต่างกัน
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับความวิตกกังวลของญาติโดยรวมพบว่า ไม่มีความ
 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

ความวิตกกังวลของญาติในด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีความแตกต่างกันนั้น อาจ
 เนื่องมาจากลักษณะอาชีพเป็นตัวกำหนดชนชั้นทางสังคม และชนชั้นทางสังคมเป็นก้าวแปรอันหนึ่ง
 ของความวิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาของ Bentick (1962) แสดงให้เห็นว่าทัศนคติของ
 ญาติผู้ป่วยจิตเภทในชนชั้นเดียวจะคล้ายคลึงกัน เช่นเดียวกับ Freeman (1961) Hollingshead
 และ Redlich (1950) ซึ่งพบว่าทัศนคติของญาติผู้ป่วยต่อผู้ป่วยทางจิตเวช

จะแตกต่างกันตามชนชั้นทางสังคม

ส่วนความวิตกกังวลของญาติในคานอาการและการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากเป็นปัญหาใกล้ตัวที่ที่เคยกล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตามญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นเกษตรกร ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลสูงกว่าอาชีพอื่น (ตารางที่ 2.2.8) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคคลในอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ จึงทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาการและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงเช่นเดียวกับปัญหาความวิตกกังวลของญาติโดยรวม ซึ่งพบว่าญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ

เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติระหว่างคานอาการและการดูแลผู้ป่วย กับคานสังคมและเศรษฐกิจพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เฉพาะในกลุ่มญาติที่มีอาชีพทนาย รับราชการและเกษตรกรรมเท่านั้น ส่วนอาชีพอื่น ๆ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

ญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพทนายและเกษตรกรรมมีระดับค่าเฉลี่ยในเรื่องความวิตกกังวลในคานอาการและการดูแลผู้ป่วยมากกว่าคานสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีระดับค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลในคานสังคมและเศรษฐกิจมากกว่าคานอาการและการดูแลผู้ป่วย (ตารางที่ 2.4.8) อาจเนื่องมาจากอาชีพรับราชการในประเทศไทย เป็นอาชีพที่ได้รับการยอมรับทางสังคมมากกว่าอาชีพเกษตรกรรม หรือทนาย เมื่อมีญาติป่วยทางจิต ซึ่งสังคมยังไม่ให้การยอมรับเท่าที่ควร ทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคมมากกว่า เช่น Mollingshead และ Redlich (1958) พบว่าญาติที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกอับอายและสำนึกผิดมากกว่าญาติที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมที่ต่ำกว่า ส่วนญาติที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมที่ต่ำกว่า จะมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยในแง่ความกลัวและขุ่นเคืองมากกว่า

ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพวินโคนก อาชีพเดมยาน นักบวช และไม่ประกอบอาชีพ มีจำนวนน้อยมาก คือ 2, 1 และ 6 ตามลำดับ ไม่เหมาะสมในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแตกต่าง แต่ข้อมูลดังกล่าวอาจชี้ให้เห็นว่าสภาวะสังคม เศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับยากจนถึงปานกลาง การประกอบอาชีพต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นต่อครอบครัวแทนการเป็นแบบานหรือไม่ประกอบอาชีพ ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ทั้งคานอาการและการดูแลผู้ป่วย กับคานสังคมและเศรษฐกิจ อาจ

เนื่องจากญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่รับจ้างกรีดยาง ซึ่งมีระดับการศึกษาที่ไม่ค่อยสูงนัก จึงไม่อาจจะแยกแยะไควมามีความวิตกกังวลหรือไม่วิตกกังวลตามใดตามหนึ่งโดยเฉพาะ

2.9. จำแนกตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ทั้งด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม อาจจะเป็นเพราะว่าเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นในครอบครัวจะเกี่ยวโยงให้เกิดปัญหาอื่นตามมา ครอบครัวใดที่มีคนสุขภาพจิตไม่ปกติ นอกจากจะสูญเสียกำลังและงานอันนำมาซึ่งรายได้และความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัวแล้ว ยังเป็นภาระที่ครอบครัวจะต้องดูแล รายได้ที่มีอาการรุนแรงของภรรยาให้เกิดความไม่ปกติสุขในครอบครัว (สุภัทร พูลเกษ, 2522) ฉะนั้น ไม่วาญาติผู้ป่วยมีฐานะทางเศรษฐกิจระดับใด เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดปัญหาทางสุขภาพของทำให้เกิดความไม่ปกติสุขในครอบครัว ไม่แตกต่างกันดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้ว พบว่าค่าเฉลี่ยของปัญหาความวิตกกังวลของญาติซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวในระดับยากจนสูงกว่าญาติที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับอื่น ๆ ในทุก ๆ ด้าน (ตารางที่ 2.1.9, 2.2.9 และ 2.3.9) ทั้งนี้เพราะญาติผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีปัญหาวิตกกังวลเรื่องการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ จนเจือครอบครัวอยู่แล้ว เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยทางจิต ต้องมาดูแลทำให้ขาดรายได้ ดังเช่น วาสนา ศรีมณี และคณะ (2517) ศึกษาข้อสังเกตด้านสังคมและจิตวิทยาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่หารายได้ต่ำ เมื่อมีญาติป่วย ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจทางบ้านต่ำลงไปมาก จึงทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จึงเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความวิตกกังวลของญาติระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยกับด้านสังคมและเศรษฐกิจในทุก ๆ ระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแล้วพบว่า ต่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวในระดับดีมาก จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ในสองด้านดังกล่าว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนญาติผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับดีมากมีน้อย (4 ราย) จึงอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาเปรียบเทียบ ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลางและยากจน มีปัญหาความวิตกกังวลทั้งสองด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติโดยมีระดับค่าเฉลี่ยของปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจ (ตารางที่ 2.4.9) อาจเนื่องมาจากเหตุผลทำนองเดียวกับกับ Hollingshead และ Redlich (1958) ที่ศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยที่มีชนชั้นทางสังคมในระดับค่ามีความรู้สึกต่อผู้ป่วยในแง่ของความกลัวและความซบเซามากกว่า

สรุป จะเห็นว่าญาติผู้ป่วยทางจิต มีปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจในเกือบทุก ๆ ตัวแปร อาจเป็นไปไดว่าโรคทางจิตเวชเป็นโรคที่หาสาเหตุชัดเจนไม่ได้ และไม่สามารถประเมินได้ว่า จะหายหรือไม่เมื่อใด รวมทั้งอาการและการดูแลเป็นปัญหาใกล้ตัวมากกว่าปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ผู้ป่วยทางจิตเวชมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเข้าใจยาก และละเอียดอ่อน ฉะนั้นผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องเข้าใจอาการ ความต้องการและปัญหาอันเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (สุทิน พรพิพัฒน์กุลและคณะ, 2522) ซึ่งต่างจากผู้ป่วยสายตายส่วนใหญ่มุ่งสาเหตุชัดเจน สามารถเห็นผลของการรักษาได้และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยก็ไม่ซับซ้อนเท่ากับผู้ป่วยทางจิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

- 1.1 ในการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยทางจิต ให้เพิ่มความรู้ในเรื่องอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากขึ้น
- 1.2 การให้บริการความรู้หรือการช่วยเหลือแก่ญาติผู้ป่วยทางจิตควรคำนึงถึงพื้นฐานทางสังคมต่าง ๆ ของผู้ป่วยด้วย
- 1.3 การพัฒนางานด้านสุขภาพจิตสำหรับประชาชนกลุ่มนี้ ควรหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษาเฉพาะหน้า การจัดระบบสาธารณสุขในชุมชนให้ครอบคลุมถึงงานสุขภาพจิตด้วย รวมทั้งการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ทางด้านสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับท้องถิ่น (การสอดแทรกความรู้ทางด้านสุขภาพในหนังตลก, วิทยุ, เพลงฉ่อย ฯลฯ)

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 ควรศึกษาในเรื่องนี้โดยศึกษาให้ครอบคลุมตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต เช่น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย ครรภ์ผู้ป่วยเจ็บป่วย บุคลิกภาพของญาติผู้ป่วย

2.2 ควรปรับปรุงแบบสอบถามโดยแยกปัญหาความต่าง ๆ เช่น ปัญหาความวิตกกังวลด้านอาการ ปัญหาความวิตกกังวลด้านการดูแลผู้ป่วย ปัญหาความวิตกกังวลด้านสังคม เป็นต้น เพื่อจะได้ทราบข้อมูลในรายละเอียดของแต่ละเรื่อง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2526). รายงานประจำปี พ.ศ. 2526. กรุงเทพฯ : ราชบัณฑิต.
- จารุวรรณ ศ.สกุล. (2524). พยาบาลกับปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาที่โรงพยาบาล. วารสารพยาบาล, 30(4)
- จินตนา ศรีมูล. (2530). วัยกลางคน. เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- เจริญ สมวงษ์ศิริ. (2523). การใช้ยารักษาความวิตกกังวล. กรุงเทพฯ : สาริกาการพิมพ์
- พิชญ์ สุชาติานนท์. (2511). ผู้ป่วยจิตเวชและอิทธิพลของสภาพแวดล้อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์
ครุศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เพียงใจ สันธนากร และคณะ. (2525). ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาามมหาวิทยาลัยสงขลา
นครินทร์. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
สงขลา
- มาลี ล้วนแก้ว. (2522). ความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก. วิทยานิพนธ์มหา
บัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ไมตรี ลิ้มชาติ. (24 พฤษภาคม 2530). หัวข้อผู้ป่วยครอง. เคลวินิสต์ หน้า 5.
- ละเอียต ชูประยูร. (2523). การฝึกทักษะการແငးงออกทางสังคม. วารสารจิตวิทยาคลินิก,
11(1), 49.
- วีธีร์ อนนาค. (2526). การศึกษาทัศนคติของบิดามารดาที่มีต่อคนไข้. การประชุมวิชาการ
สุขภาพจิตครั้งที่ 36 วันที่ 13-21 มกราคม 2526 ณ. โรงพยาบาลสงฆ์, กรุงเทพฯ.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2531). เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตัวเอง. กรุงเทพฯ
: บริษัทเบียร์บุคพิมพ์ลิขีเซอร์.
- วาสนา ศรีมณี และคณะ. (2527). ข้อสังเกตด้านสังคมและจิตวิทยา. วารสารจิตวิทยาคลินิก,
5(1), 16-17.

ศูนย์สุขภาพจิต. (มปช.) สุขภาพจิต. กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
(เอกสารเผยแพร่).

สมัญญา เสียงใส. (2521). ความวิตกกังวลและวิธีลดความวิตกกังวลของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปี 2521.
ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพฯ.

สาโรจน์ คำรัตน์ และคณะ. (2525). บิคมารดาในชีวิตจริงและชีวิตฝันของบุตร.
วารสารจิตวิทยาคลินิก, 13 (1), 16-17.

สาโรจน์ คำรัตน์ และพิมพ์ทอง เจริญเมือง. (มกราคม 2516). ทักษะจิตของญาติคือ
ผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 13(9).

สุจิรา จรัสศิลป์. (2525). ปัญหาสุขภาพจิตของผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย. การประชุมวิชาการ
สุขภาพจิตครั้งที่ 35 พ.ศ. 2525 กรมการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพฯ.

สุชาดา ต้นตราภรณ์. (2519). ความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยจิตเวช.
วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุภัทร พูลเกษ และคณะ. (2522). โครงการสำรวจจำนวนผู้ป่วยทางจิตและทัศนคติต่อ
ผู้ป่วยของประชาชน แขวงคลองสามเวรคลองสาม พ.ศ. 2521. การประชุม
วิชาการสุขภาพจิตครั้งที่ 32 วันที่ 12-17 กุมภาพันธ์ 2522 กรมการแพทย์ ณ
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.

สุพิน พรพิพัฒน์กุล และคณะ. (2522). ทักษะจิตของผู้ปฏิบัติงานต่อคนไข้ในโรงพยาบาล
ส่วนสราญรมย์. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตครั้งที่ 32 วันที่ 12-17 กุมภาพันธ์
2522 กรมการแพทย์ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา, นครราชสีมา.

สุรีย์ โกลากุล และคณะ (2525). ทักษะจิตของพ่อแม่ต่อคนไข้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 31 พ.ศ. 2525
กรมการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์, กรุงเทพฯ.

สุวณีย์ ตันติพัฒน์นันท์. (2526). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์.

สมบูรณ์ อินทรกำเนต และคณะ. (2522). การช่วยเหลือคนไข้เรื้อรังในโรงพยาบาล
ส่วนสราญรมย์. การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 32 วันที่ 12-17 กุมภาพันธ์
2522 กรมการแพทย์ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา, นครราชสีมา.

- สมประสงค์ โอวาทกา. (2514). ความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยจิตเวช.
วิทยานพนธ์ครุศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อัมพร โอตระกูล, เจตน์สันต์ แต่งสุวรรณ และเยาวรัตน์ ประไพษ์งาม. (กรกฎาคม -
กันยายน 2525). ปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,
ประเทศไทย, 17(3), 121-133.
- อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์. (2524). จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.
- Auerbach, Stephen M. (1973). Trait-state anxiety and adjustment to
surgery. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 40 (2),
264-271.
- Ben tinck, C. (1976). Opinions about mental illness held by patients
and relatives. Family Process. 6, 193-207.
- Cohen, J. and Struening, E. (1961). Opinions about mental illness :
Hospital differences in attitude for eight occupational groups.
Psychological Reports. 17, 25-26.
- Erikson, Erik H. (1963). Childhood and Society. New York : W.W. Norton
& company, Inc.
- Geer, J. (1965). The development of scale to measure fear. Behavior
Research and Therapy, 3, 45-53.
- Hodges, William F. and Felling, James P. (1970). Types of stressful
situations and their relation to trait anxiety and sex.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. 34 (3), 333-337.
- Hollingshead, H. and Redlich, F. (1958). Social Change and Mental
Illness. New York : John Wiley.
- Hurlock, Elizabeth B. (1959). Developmental Psychology. New York :
McGraw-Hill.
- Manosevity, M and Lanyon, R.I. (1965). Fear survey schedule : A
normative study. Psychological Reports. 17, 699-703.

- Mote, Thomas A. JR., Luiz F.S. Natalicio, and Fernando, Rivas.
(June, 1971). Comparability of the Spanish and English
editions of the Spielberger State Trait Anxiety Inventory.
Journal of Cross- Cultural Psychology. 2 (2), 206.
- Newmark, Charles S. (1972). Stability of state and trait anxiety.
Psychological Reports. 30, 196-198.
- Seymour, Rosalee J. and Dawson, Norma J. (1986). The schizophrenia
at home. Journal of Psychosocial Nursing. 26(1), 28-30.
- Spielberger, Charles D. (1975). State-trait Anxiety Inventory
Hoffmann La Roche Inc.
- Stoudemire, John. (1972). Effects of muscle relaxation training on
state and trait anxiety in introverts and extroverts. Journal of
Personality and Social Psychology. 24(2), 273.
- Wilson, Holly S. and Kneisl, Carol Ren. (1979). Psychiatric Nursing.
California : Addison-Wesley Publishing Co.
- Wolman, Benjamin B. (1975). Dictionary of Behavioral Science. London
: The Macmillan Press Ltd.
-

ภาคผนวก

1. ค่าอำนาจจำแนกของแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต
2. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต
3. แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

1. ค่าอำนาจจำแนกของเขยส์สำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต

อันดับที่	ค่าอำนาจจำแนก	อันดับที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	2.2826	17	3.1517
2	1.8432	18	2.4155
3	2.0663	19	1.9038
4	3.4399	20	2.4733
5	4.9036	21	3.4957
6	3.1966	22	1.9751
7	4.8193	23	2.1171
8	3.9995	24	2.2443
9	2.0140	25	1.8039
10	2.6681	26	2.3845
11	5.3763	27	3.6175
12	4.3452	28	3.2443
13	2.9561	29	3.0434
14	3.4645	30	3.5114
15	2.2192	31	3.1215
16	3.0059	32	2.4949

2. ค่าความเชื่อมั่น (∞) ของแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตทั้งหมด (32 ข้อ) $\infty = 0.3072$

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านการและการดูแลผู้ป่วย (15 ข้อ)

$$\infty = 0.7347$$

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านการสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ (17 ข้อ)

$$\infty = 0.7978$$

3. แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต

คำชี้แจง แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต สร้างขึ้นเพื่อสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติเกี่ยวกับอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยทางจิต การให้การดูแลรักษา ตลอดจน ปัญหาความตั้งใจหรือความวิตกกังวลใจของญาติอันเกิดจากการมีผู้ป่วยทางจิตอยู่ในความดูแล ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนี้ไปใช้ประโยชน์ในการหาแนวทางช่วยเหลือญาติผู้ป่วย ตลอดจนผู้ป่วยทางจิตเอง ทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจิต และการดูแลรักษาต่อไป การตอบแบบสำรวจที่ตรงตามความเป็นจริง จะมีประโยชน์ต่อการศึกษาอย่างยิ่ง ข้อมูลที่ใดที่ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยส่วนรวมต่อไป

การตอบสำรวจถามไม่มี ผิด หรือถูก คำตอบทุกข้อขึ้นกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเท่านั้น

แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต

แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ 13-18 ปี

19-25 ปี

26-35 ปี

36-55 ปี

56 ปีขึ้นไป

3. ศาสนา

พุทธ

อิสลาม

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

ชั้นประถมศึกษา 6 ขงมา

มัธยมศึกษาปีที่ 1-6

วิทยาลัยอาชีวศึกษา

อุดมศึกษา (มหาวิทยาลัย)

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่น ๆ โปรดระบุ

5. สถานภาพสมรส

โสด

สมรส ระบุสถานภาพ

อยู่ด้วยกัน

แยกกันอยู่

หย่า

หม้าย

6. สถานภาพภายในครอบครัว

 หัวหน้าครอบครัว สมาชิกซึ่งหารายได้ในครอบครัว สมาชิกซึ่งยังหารายได้ไม่ได้ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น

 บิดา มารดา พี่น้อง บุตร พี่หรือน้อง ญาติสนิท อื่น ๆ โปรดระบุ.....

8. อาชีพ

 ราชการ รับราชการ เกษตรกร รับจ้าง อื่น ๆ โปรดระบุ.....

9. ตجمความรู้สึกของท่าน ทานคิดว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

 อยู่ในระดับใด ดีมาก ปานกลาง ยากจน

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติ ต่อผู้ป่วยทางจิต
เมื่อท่านมีความรู้สึกต่อข้อความต่อไปนี้ จากน้อยเพียงใด

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	กลัวผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น					
2	ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะมีอาการเมื่อใด					
3	อีกอดีตใจที่ใคร ๆ มองผู้ป่วยเป็นตัวตลก					
4	เห็นใจผู้ป่วยที่ต้องตกอยู่ในสภาพเช่นนี้					
5	หวังใยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย					
6	ผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับเขาเปรียบคนในบ้าน					
7	วิตกกังวลกับอนาคตของผู้ป่วย เช่น การ เรียน การทำงาน					
8	หวังหวังดีที่คงจะหายเป็นรัฐะทุกอย่างใหญ่ ป่วย					
9	มีการระดมใจเงินเงินขึ้นขึ้น เพื่อการดูแลรักษา ผู้ป่วย					
10	ลำบากใจที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมี อาการ					
11	ไม่มีเวลาที่จะให้การดูแลใหญ่ผู้ป่วยได้รับยา ตามแพทย์สั่ง					
12	กังวลใจกลัวผู้ป่วยจะหนีหรือทำร้ายผู้อื่นขณะ เดินทางมารับการรักษา					
13	มีปัญหาเรื่องเงินที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษา ที่โรงพยาบาลเสมอ					
14	เพื่อนฝูงมองท่านและผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ที่เดินทางมาขอพบแพทย์					
15	ท่านต้องคอยเอาใจ สนองหน้าใจผู้ป่วยตลอดเวลา					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
16	ส่งสารตัวเองที่ตองคอยดูแลผู้ป่วย					
17	อยากจะควาหรือลงโทษเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามที่แนะนำ					
18	อยากจะมัดหรือกักขังผู้ป่วยเพราะไม่มีเวลาดูแล					
19	เกรงว่าแพทย์หรือพยาบาลจะซักหรือวิจารณ์เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย					
20	อยากให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้รักษาที่โรงพยาบาลโดยตลอด					
21	เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทานต้องหยุดกิจการงานประจำทั้งวัน					
22	ละอายไม่อยากให้ใครทราบว่ามีญาติป่วยเป็นโรคทางจิต					
23	เกรงว่าจะไม่มีใครแต่งงานกับเครือญาติถ้าทราบว่ามีผู้ป่วยในครอบครัว					
24	อยากหนีไปไหน ๆ จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย					
25	เป็นเวรกรรมของท่านที่ต้องมาพบกับเหตุการณ์เช่นนี้					
26	เบื้องหมายผู้ป่วยที่สร้างความยุ่งยากต่าง ๆ ให้กับครอบครัว					
27	เป็นการสูญเสียของครอบครัวที่มีญาติป่วยเป็นโรคทางจิต					
28	ชาวบ้านรังเกียจครอบครัวที่มีญาติป่วยเป็นโรคทางจิต					
29	ใคร ๆ ก็พูดถึงเหตุการณ์ภายในบ้านของท่าน					

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
30	ไม่ขาดพบปะกับเพื่อนบ้านเพราะเกรงจะ ถูกลามเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย					
31	เสียกำลังใจสำคัญของบ้านในการหารายได้ เขาครอบครัว					
32	สังคมแปรปรวนในเรื่องการอบรมเลี้ยงดู หรือความเป็นอยู่ในครอบครัว					