ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

นางสาวหทัยชนก หมากผิน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Stress and Coping among Adolescent Offsprings of Patients with Schizophrenia

Miss Hathaichanok Makphin

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท
โดย	นางสาวหทัยชนก หมากผิน
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อดิศร ภัทราดูลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์ณัทธร ทิพยรัตน์เสถียร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์นายแพทย์ฐานันดร์ ปิยะศิริศิลป์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หทัยชนก หมากผิน : ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท. (STRESS AND COPING AMONG ADOLESCENT OFFSPRINGS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA) อ.ที่ปรึกษา : ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ, 132 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท, วิธีการจัดการกับปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) และแบบสอบถามวิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหา A-Cope (The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independence t-test, One-way ANOVA และ Multiple linear Regression Analysis ตามความเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่า ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.9) และส่วนใหญ่ใช้การดูโทรทัศน์เป็นวิธีจัดการกับปัญหาบ่อยที่สุด (ร้อยละ 82.3) ใช้วิธีการไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา และการสูบบุหรี่เป็นวิธีจัดการกับปัญหาน้อยที่สุด (อย่างละร้อยละ 94.1) ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวทางกายของแม่ ระดับการศึกษาของพ่อ อาชีพของพ่อ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ส่วนปัจจัยด้านวิธีจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียด ได้แก่ การมีอารมณ์ขัน การพูดแต่สิ่งดีๆ กับผู้อื่น การใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ การเรียนให้มากขึ้นและทำงานให้หนักขึ้น และการร้องไห้ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีบิดามารดาป่วยเป็นโรคทางจิต

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือนิสิต.....หทัยชนก หมากผิน.....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2550	

497 47977 30: MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORDS: STRESS / COPING / ADOLESCENT OFFSPRINGS OF PATIENTS WITH SCHIZOPRENIA

HATHAICHANOK MAKPHIN : STRESS AND COPING AMONG ADOLESCENT OFFSPRINGS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. THESIS ADVISOR: PROF. UMAPORN TRANGKASOMBAT,M.D., 132 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to explore the level of stress and its associated factors and ways of coping in adolescent offsprings of patients with schizophrenia, who came to the out-patient clinic of the King Chulalongkorn Memorial Hospital and Sritanya Hospital. Sixty-eight subjects were recruited. The instruments consisted 3 self – administered questionnaires: a demographic questionnaires, the Suanprung Stress Test-20 and the Modified Adolescent Coping Orientation for Problem Experience Checklist (Thai Version).

The results showed that, 55.9% of the subjects had moderate level of stress and the most common way of coping was watching television, 82.3%. Smoking and consulting with psychiatrist or psychologist were the least common, 94.1% each. Factors found to be associated with the level of stress included gender, number of family members, subject's education, mother's physical disease, father's education and activity with friends. Ways of coping found to be significantly related to the level of stress included good humor, talking about the good things to other, using medication from psychiatrist, studying hard and crying. The result of this study can be used for the promotion of mental health in offsprings of patients with mental disorders.

Department Psychiatry Student's signature Hathaichanok Makphin

Field of study Mental Health Advisor's signature

Academic year 2007

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ช่วยเหลือ และให้ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจทานแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ณัทธร ทิพยรัตน์เสถียร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์นายแพทย์ฐานันดร์ ปิยะศิริศิลป์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่หน่วยจิตเวชผู้ใหญ่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เจ้าหน้าที่หน่วยจิตเวชเด็กทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ คำแนนะนำ และกำลังใจเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่ให้ความมือเป็นอย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูล

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ เนื่องจากพระคุณของคุณพ่อคุณแม่ และบุคคลในครอบครัวที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด ขอขอบคุณเพื่อนๆ สาขาสุขภาพจิต สำหรับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่มีให้เสมอ ตลอดจนเพื่อนๆ ทุกคน สำหรับกำลังใจ และมิตรภาพที่ดีเสมอมา

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิประสาทความรู้และอบรมสั่งสอนผู้วิจัยด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้เสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....จ
กิตติกรรมประกาศ.....ฉ
สารบัญ .....ช
สารบัญตาราง.....ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3
คำถามของการวิจัย 3
ขอบเขตของการวิจัย 3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....5
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 5
ความรู้เกี่ยวกับลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....12
ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น.....17
ความรู้เกี่ยวกับความเครียด.....23
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหา.....33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 45
รูปแบบการวิจัย.....45
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....51
การวิเคราะห์ข้อมูล 52

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....53
ลักษณะทั่วไปของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....55
การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด.....81
การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ.....102
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....103
สรุปผลการวิจัย.....103
อภิปรายผล.....105
ข้อจำกัดในการวิจัย..... 109
ข้อเสนอแนะ.....110
รายการอ้างอิง.....112
ภาคผนวก.....118
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์.....119
แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย.....121
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....132

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท 55

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนครอบครัวของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท 57

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนสังคมของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วย . โรคจิตเภท 60

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท 62

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้สึกหรืออาการทีแสดงว่ามีความเครียด.....63

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้สึกหรืออาการทีแสดงความเครียด 64

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนเฉลียของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้สึกหรืออาการทีแสดงความเครียด 70

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีทีใช้แก้ปัญหา.....72

ตารางที่ 9 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ Independence t-test.....81

ตารางที่ 10 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนครอบครัว โดยใช้ One-Way ANOVA.....83

ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์ contrast แบบ linear เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยทีเกียวข้องกับความเครียด 84

ตารางที่ 12 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนครอบครัว โดยใช้ Independent t- test 85

ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนครอบครัว โดยใช้ One-Way ANOVA.....86

หน้า

ตารางที่ 14 แสดงการวิเคราะห์ contrast แบบ linear เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด 88
ตารางที่ 15 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนสังคม โดยใช้ Independence t-test 89
ตารางที่ 16 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนสังคมโดยใช้ One-Way ANOVA 90
ตารางที่ 17 แสดงการวิเคราะห์ contrast แบบ linear เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด 91
ตารางที่ 18 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ Independence t-test.....92
ตารางที่ 19 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ One-Way ANOVA.....92
ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา โดยใช้ One-Way ANOVA 93
ตารางที่ 21 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด 101
ตารางที่ 22 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด 101
ตารางที่ 23 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด 101
ตารางที่ 24 ตัวแปรที่สามารถอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดใน Model สุดท้าย...102

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิต (psychosis) ที่พบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 80 ของโรคจิตทั้งหมด เริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุยังน้อยหรือไม่เกิน 30 ปี มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและรุนแรงมากที่สุด จนบางคนเรียกว่า “เป็นมะเร็งของโรคจิตเวช” (Cancer of psychiatry) มีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้หลายครั้ง มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ [1] การเจ็บป่วยทางจิตจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้าได้ บางครั้งอาจจะมีอาการสงบแต่ก็อาจแสดงพฤติกรรมผิดปกติที่รุนแรงซึ่งทำให้คนในครอบครัวได้รับความเดือดร้อนหรือรู้สึกลำบากใจในการแก้ปัญหา เช่น ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา สิ่งต่างๆ เหล่านี้ก็จะเป็นตัวรบกวนบุคคลในครอบครัวได้มากที่สุด [2]

ลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบโดยตรง จากการปฏิบัติหน้าที่อันไม่สมบูรณ์ของพ่อหรือแม่ที่มีอาการป่วยดังกล่าว อีกทั้งยังต้องเผชิญกับภาวะที่ไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของพ่อแม่ โดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในทุกๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพและสังคม และเป็นช่วงต่อของพัฒนาการจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ ทำให้ต้องมีการปรับตัวอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ซึ่งจากการศึกษาของ Hatfield [3] พบว่าการไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะรู้สึกกังวล กลุ้มใจ และกลัวการวางแผนเกี่ยวกับอนาคต ความรู้สึกกลัวและเป็นอันตรายจะสิงอยู่ในใจเสมอว่าสิ่งที่น่ากลัวจะเกิดขึ้นเวลาใดเวลาหนึ่ง และ Francell [2] พบว่าการไม่สามารถคาดเดาการเจ็บป่วยทางจิตได้ จะทำให้บุคคลภายในครอบครัวรู้สึกหมดหวังและท้อแท้ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หรือให้การช่วยเหลือได้

รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐานะ ที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ และยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลอาการเจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Kane [4] พบว่าสิ่งที่ทำให้ครอบครัวรู้สึกคับข้องใจ กังวลใจ คือ การสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาแต่เมื่อได้รับการรักษาแล้วกลับไม่ค่อยมีอะไรดีขึ้น

นอกจากนี้ลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภท ยังต้องเผชิญกับท่าทีของบุคคลภายนอกที่มีทีท่าแสดงความรังเกียจ หรือหวาดกลัวพ่อแม่ของตน หรือคาดหมายว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้น อาจมีโอกาสป่วยเป็นโรคเช่นเดียวกับพ่อหรือแม่ด้วยเช่นกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของคนที่เป็นลูกอย่างมาก

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าเด็กวัยรุ่นเหล่านี้จะมีภาวะความเครียดเป็นอย่างไร และมีกลวิธีอย่างไรที่จะปรับตัว จัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่มารบกวน และสามารถอยู่ภายในสังคมได้อย่างปกติสุข ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีอายุระหว่าง 13 – 18 ปี และปัจจุบันนี้ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรง ซึ่งสามารถนำผลจากการศึกษาวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการดูแล ส่งเสริมและพัฒนาทักษะวิธีจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ตลอดจนแนวทางในการป้องกันความเครียดให้แก่ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท และเพื่อช่วยส่งเสริมการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ประสบความสำเร็จในอนาคตและเป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาวิธีจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกียวข้องกับระดับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำถามการวิจัย

1. ระดับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างไร
2. ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีวิธีจัดการกับปัญหาอย่างไร
3. มีปัจจัยใดบ้างที่เกียวข้องกับระดับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ขอบเขตของการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ในการศึกษาครังนี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทีมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา
2. ในการศึกษาครังนีลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทรายดังกล่าว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

- ความเครียด หมายถึง ภาวะการเปลียนแปลงของบุคคลเมือตกอยู่ภายใต้สถานการณ์แวดล้อมที่รับรู้ว่ามาคุกคามต่อความผาสุกของบุคคล โดยที่การเปลียนแปลงจะแสดงออกมาในลักษณะของการตืนตัวของร่างกาย ความรู้สึกทุกข์ใจไม่สบายใจ และพฤติกรรมที่เปลียนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด

สำหรับงานวิจัยนี วัดความโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) โดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล [5] ข้อคำถามมีทังหมด 20 ข้อ

- การจัดการกับปัญหา หมายถึง วิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหา วิธีที่วัยรุ่นใช้เมือประสบกับความเครียดโดยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหา (coping strategies) เพื่อจัดการให้ความเครียดนันหมดลงหรือลดอันตรายลง แก้ไขสิงที่มาคุกคามให้เป็นไปในทางที่ดีขึนหรือทำให้ตัวเองสบายใจขึนและสามารถรักษาความมันคงของตัวเองไว้ได้หรือปรับตัวได้

โดยแบ่งวิธีจัดการกับปัญหา ออกเป็น 12 วิธี ดังนี

1. วิธีระบายความรู้สึก
2. วิธีแสวงหาความช่วยเหลืออื่นๆ
3. วิธีพัฒนาตนเองและมองโลกในแง่ดี
4. วิธีหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม
5. วิธีแก้ปัญหาของครอบครัว
6. วิธีหลีกเลี่ยงปัญหา
7. วิธีหาแหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ ศาสนา
8. วิธีอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนสนิท
9. วิธีหาแหล่งช่วยเหลือจากผู้เชียวชาญ
10. วิธีหันไปทำกิจกรรมต่างๆ ให้มากขึน
11. วิธีใช้อารมณ์ขัน
12. วิธีใช้เทคนิคผ่อนคลาย

สำหรับงานวิจัยนี วัดวิธีการจัดการกับปัญหา โดยใช้แบบสอบถามวิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหา โดย ตรีนุช ธงไชย [6] ซึ่งได้แปลมาจาก A-Cope (The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience) ของ McCubbin, Patterson และ Harris (1981) [7] ข้อคำถามมีทังหมด 46 ข้อ

- ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง เด็กวัยรุ่นที่มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่ง หรือทังสองคน ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงระดับความเครียด, วิธีการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา
2. เพื่อทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกียวข้องกับระดับความเครียดและวิธีการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา
3. เพื่อเป็นแนวทางการสอนหรือส่งเสริมทักษะการจัดการกับปัญหา ตลอดจนแนวทางในการป้องกันความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยต่อไป

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกียวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกียวข้องกับการวิจัยนี ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียด แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

1. ความรู้เกียวกับโรคจิตเภท
2. ความรู้เกียวกับลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ความรู้เกียวกับวัยรุ่น
4. ความรู้เกียวกับความเครียด
5. ความรู้เกียวกับการจัดการกับปัญหา
6. งานวิจัยที่เกียวข้อง

1. ความรู้เกียวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึงของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบได้ในประชากรทุกกลุ่ม และมีอัตราการป่วยชำสูง ได้มีผู้ทำการศึกษาเกียวกับโรคจิตเภทไว้มากพอสรุปได้ดังนี

โรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทัวไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทือ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) [8] เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนืองจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทัวไปร้อยละ 1 - 1.5 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริมมีอาการป่วยในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทังผู้ชายและผู้หญิง

ระบาดวิทยา [9, 10]

การศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทเป็นเรืองยาก และไม่อาจได้ตัวเลขทีแท้จริง เนืองจากมีความแตกต่างของหลักเกณฑ์ แต่พอทีจะสรุปได้ดังต่อไปนี

1. **อุบัติการณ์ของโรค** (incidence) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกได้รายงานเกียวกับองค์ประกอบทีวัดผลโรคทางจิตทีรุนแรง พบว่ามี อุบัติการณ์ ในช่วงระหว่างร้อยละ 0.016 – 0.042 ต่อปีในโรคจิตเภท ขณะทีความชุกอยู่ในช่วงระหว่าง 0.06 – 1.7 โดยจะพบว่ามีอัตราตำในประเทศทีกำลังพัฒนา เมือพิจารณาถึงอุบัติการณ์จำเพาะอายุและเพศ จะพบว่า เพศชายจะเริมป่วยเร็ว

กว่า ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสียงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล [11]

2. **อายุและเพศ** โรคจิตเภทพบได้ทั้งชายและหญิง จากการศึกษาในระยะแรกเกียวกับค่าเฉลียของอายุที่เริมป่วยทั้งในเพศชายและเพศหญิงอยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 45 ปี จากการศึกษาของ Epidemiologic Catchment Area Program พบว่าโรคจิตเภทยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ในผู้สูงอายุ เนืองจากการแสดงอาการของโรคจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่ในเพศชายจะพบว่าอายุที่เริมมีอาการอยู่ในระหว่าง 15 – 25 ปี ส่วนเพศหญิงจะพบสูงในระหว่างอายุ 25 –35 ปี โดยความแตกต่างนียังไม่เป็นที่แน่ชัด โดยอาจจะมีปัจจัยในเรืองฮอร์โมน หรือ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ทีทำให้เพศชายพบอาการป่วยได้เร็ว มีการดำเนินโรคทีเรือรัง และพิการมากกว่าเพศหญิง

3. **การเจ็บป่วยทางกาย** ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการตายสูงจากอุบัติเหตุและสาเหตุจากธรรมชาติของโรคมากกว่าประชากรโดยทัวไป จากหลายการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีความเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญ และจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ของอาการทีไม่สามารถวินิจฉัยได้

4. **การฆ่าตัวตาย** พบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในผู้ป่วยจิตเภทเนืองจากมีความผิดปกติของโรคทางอารมณ์มากกว่าโรคทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ50 พยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครัง ในช่วงเวลาทีป่วย และร้อยละ 10 – 15 ของผู้ป่วยจิตเภทจะตายด้วยการฆ่าตัวตายในช่วงระยะเวลา 20 ปีต่อมา ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายและหญิงมักจะฆ่าตัวตายสำเร็จได้เท่ากัน นอกจากนียังพบว่าปัจจัยเสียงทีทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ อาการซึมเศร้า อายุน้อย และผู้ป่วยเหล่านันเคยมีระดับการงานก่อนป่วยทีมักอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับวิทยาลัย ซึงผู้ป่วยทีมีปัจจัยเหล่านีมักจะตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนและได้เลือกทางออกโดยวิธีการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของสุดสบาย จุลกทัพพะ และคณะ [12] ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 พบว่าในจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 154 คน เป็นผู้ป่วยทีมีประวัติและพยายามฆ่าตัวตาย 49 คน (ร้อยละ 31.8) และพบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน (ร้อยละ 0.6) ดังนันในการรักษาผู้ป่วยจึงควรเน้นในการรักษาอาการซึมเศร้า โดยการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิต และการหากลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยไปในทิศทางทีเหมาะสม

5. **การใช้ยาและสารเสพติด**

5.1 **การสูบบุหรี่** พบว่าจะมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท หลายการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดที่สูง เนื่องจากพบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มอัตราการเผาผลาญของยาเหล่านี้ ในทางกลับกันพบว่าการสูบบุหรี่ก็ลดการเกิดอาการพาร์คินสันซึ่งเกิดจากการใช้ยาต้านโรคจิต ที่อาจจะเป็นไปได้เพราะสารนิโคตินไปมีผลต่อระบบโดปามีน จากการศึกษาพบว่าสารนิโคตินเพิ่มอาการทางจิตเชิงบวก ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากสานิโคตินไปลดการรับรู้จากสิ่งกระตุ้นภายนอก

5.2 **การใช้สารอื่น ๆ** พบว่า ร้อยละ 30 – 50 ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีเกณฑ์การวินิจฉัยว่ามีการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 15 – 25 มีการใช้กัญชา และใช้โคเคน ร้อยละ 5 – 10 จากรายงานพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ ภายหลังจากการใช้สารเสพติดจะทำให้รู้สึกมีความสุข ช่วยลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดมักจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี

6. **ความหนาแน่นของประชากร** ตามความชุกของโรคจิตเภทจะสัมพันธ์กับความหนาแน่นในเมืองมากกว่า 1 ล้านคน โดยเฉพาะอัตราการเกิดโรคจิตเภทในเด็กที่พ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือเป็นทั้งคู่ จะพบได้สูงในเมืองหรือชุมชน และภาวะตึงเครียดทางสังคมในถิ่นที่อยู่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทในประชากรกลุ่มเสี่ยง

7. **วัฒนธรรม และเศรษฐกิจทางสังคม** ในประเทศอุตสาหกรรมมักพบผู้ป่วยในกลุ่มผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าเพราะอาการป่วยทำให้เศรษฐานะต่ำลง หรือทำให้ไม่สามารถมีเศรษฐานะในระดับที่สูงขึ้นได้ หรือในอีกแง่หนึ่งคือ ความเครียดของผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำอาจทำให้เกิโรคจิตเภท การอพยพย้ายถิ่น (immigration) หรือการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่เป็นไปอย่างรวดเร็วเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดโรคจิตเภทได้มากขึ้น นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคยังขึ้นอยู่กับสภาพสังคมหรือวัฒนธรรมที่จะเป็นตัวตัดสินว่าพฤติกรรมนั้นผิดแปลกไปจากสังคมหรือไม่

สาเหตุของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่สำคัญได้แก่

1. **ปัจจัยด้านชีววิทยา** (Biological factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาพบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภทสมาชิกในครอบครัวนั้นมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป [13]

มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าร้อยละ 20 – 50 ของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง และบางรายงานมีความเชื่อว่าอาการบ่งชี้ทางลบ มีความสัมพันธ์กับการขยายตัวของ Ventricles และมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า [14]

1.2 สารเคมีในสมอง (Biochemical factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อนำประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)

2. **ปัจจัยทางด้านจิตใจ** (Psychological factors) เป็นปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคมนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ [8, 14]

3. **ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม** (Sociocultural factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท มีการศึกษาพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคทางจิตเภท นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน [8]

อาการและการแสดง

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ [14, 15] คือ อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms/Type I Syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัดคือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือ หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และอาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms/Type II syndrome) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดียวนานๆ โดยไม่มีปฏิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยเมย (Blunt or Flattening) ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ [8, 14]

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD 10 [16]

แบ่งอาการต่าง ๆ ออกเป็นกลุ่มเพื่อการวินิจฉัย ดังนี

1. ความคิดก้องสะท้อน (Thought echo) ความคิดถูกสอดแทรกถูกดึงออกจากตน หรือถูกส่งกระจาย

2. ความคิดหลงผิดว่าถูกควบคุมโดยอิทธิพลภายนอก มีแนวคิดการกระทำ หรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะและมีการรับรู้ที่ผิดปกติ

3. หูแว่วเป็นเสียงแสดงความคิดเห็นเกียวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกียวกับผู้ป่วยหรือได้ยินเสียงจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย

4. ความคิดหลงผิดฝังแน่นซึงไม่เข้ากับวัฒนธรรมความเชือของคนทัวไป หรือไม่มีความเป็นไปได้ เช่น ความคิดหลงผิดเกียวกับศาสนา การเมือง อำนาจ และความสามารถเหนือมนุษย์

5. ประสาทหลอน มีความคิดหลงผิด อาการนีมีทุกวันอยู่หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน

6. ความคิดไม่ต่อเนือง พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูดทีผู้ป่วยคิดขึนเอง

7. มีพฤติกรรมทรงท่าเป็นเวลานาน เช่น งุ่นง่านผิดปกติ วางท่าแปลกๆ คงท่าตามทีถูกจัดต่อต้านการเคลือนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลือนไหวตอบสนองต่อสิงแวดล้อมแต่อย่างใด

8. อาการแง่ลบ เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมยหรือไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสือมลง ซึงไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

9. มีพฤติกรรมทีเปลียนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ไม่สนใจสิงแวดล้อม ไม่มีจุดมุ่งหมายเกียจคร้าน คิดหมกมุ่นอยู่แต่เรืองของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม การวินิจฉัยต้องอาศัยอาการอย่างน้อย 1 อาการทีชัดเจน (ถ้าอาการไม่ชัดเจนนัก ต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่า) ตามข้อต่างๆ ดังกล่าวจาก 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการ จากข้อ 5 ถึงข้อ 8 และมีอาการอยู่เกือบตลอดเวลานาน 1 เดือนหรือมากกว่า ถ้าน้อยกว่า1 เดือน (ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่) ควรให้การวินิจฉัยเบืองต้นเป็น Acute schizophrenia – like psychotic disorder เมือมีอาการคงอยู่นานกว่านีจึงเปลียนเป็นโรคจิต

โรคจิตเภทแบ่งตามระยะเวลาทีป่วยได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute schizophrenia): เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยต่อเนืองตังแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี

2. ระยะเรือรัง (Chronic schizophrenia): เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยอย่างต่อเนืองตังแต่ 2 ปีขึนไป

การดำเนินโรค [17]

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. **ระยะเริ่มมีอาการ** (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่ลงเรื่อยๆ

2. **ระยะอาการกำเริบ** (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. **ระยะอาการหลงเหลือ** (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

การรักษา [18]

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย การรักษาจึงมักใช้วิธีการหลายอย่างรวมกันไป ซึ่งอาจประกอบด้วย การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การใช้ยารักษาโรคจิต การรักษาทางจิตสังคม เช่น พฤติกรรมบำบัด การฝึกพฤติกรรมทางสังคม ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด จิตบำบัดประคับประคอง และการรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยที่แต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน

การรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล [19]

พิจารณาเฉพาะราย กรณีมีข้อบ่งชี้ เช่น เพื่อเป้าหมายในการวินิจฉัยโรคในบางรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย เพื่อควบคุมอาการที่ยังรุนแรงระหว่างให้ยา เพื่อความปลอดภัยกรณีผู้ป่วยมีความคิดหรือพฤติกรรมที่บ่งถึงการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างมาก เช่น ไม่ดูแลตนเอง ไม่กินอาหาร เป็นต้น

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต [20, 8]

ยาต้านโรคจิตมีชื่อเรียกหลายอย่างได้แก่ neuroleptic drugs,major transquilizers รักษาที่อาการของโรคและไม่สามารถรักษาโรคจิตเภทได้

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT)

มีประโยชน์ในบางกลุ่มของผู้ป่วย มักใช้เมื่อมีข้อบ่งชีชัดเจน โดยทั่วไปข้อบ่งชีในโรคจิตเภท ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเสียงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือรุนแรง จนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่มีอาการ catatonia รุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์รุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อฤทธิยาได้ หรือที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น

พฤติกรรมบำบัด

เช่น Token economy, social skill training ทั้งนี้เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อเพิ่มทักษะในการเข้าสังคม การฝึกทักษะต่างๆ การพูดคุยสื่อสารกับผู้อื่น เป็นต้น

จิตบำบัด

มีขีดจำกัดและไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค ส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่สร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย บางครั้งเป็นการให้คำแนะนำ ให้ความมั่นใจ ให้ความรู้ความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่โลกของความเป็นจริงช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่องเสริมสร้าง ego ที่อ่อนแอให้เข้มแข็งขึ้น ให้รู้จักใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง

ครอบครัวบำบัด

มีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย แพทย์ต้องให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตังแต่ต้น ญาติผู้ป่วยนอกจากให้ประวัติและข้อมูลเกียวกับผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนพยาธิสภาพของครอบครัวในขณะเดียวกันผู้รักษาก็ทำให้ญาติเข้าใจ ให้คำแนะนำเกียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึงคำแนะนำส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วย ให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม สร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาหรือความสัมพันธ์อันผิดปกติ ช่วยให้ได้ระบายความรู้สึกต่อกันโดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึน และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

กลุ่มบำบัด

มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นการเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิงแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง

การฟื้นฟูจิตใจ

ได้แก่ Milieu therapy ซึ่งเป็นการรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ การงาน และสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพ

2. ความรู้เกียวกับลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภท

เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหา และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมากมาย เช่นนี้ ย่อมจะต้องส่งผลกระทบถึงสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะครอบครัว และลูกของตัวผู้ป่วยเองก็จะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งจากตัวผู้ป่วยโดยตรงและจากครอบครัวด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีดังนี้

1. ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น หากผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ต้องหยุดพักรักษาตัว จะทำให้ขาดรายได้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดแรงกดดันและความตึงเครียดภายในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลทางลบต่อลูก [23]
2. มีการเปลี่ยนสถานภาพ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป จนบางครั้งลูกอาจจะต้องมีหน้ารับผิดชอบดูแลพ่อแม่ที่ป่วย, ดูแลน้อง หรืออาจจะต้องดูแลครอบครัว ซึ่งไม่เหมาะสมกับอายุและวุฒิภาวะที่ควรจะเป็น [24]
3. ลูกถูกแยกจากจากพ่อแม่บ่อยครั้ง เมื่อต้องไปเข้ารับการรักษา หรือไม่ก็อาจถูกทอดทิ้งละเลย ไม่ได้รับการดูแลจากพ่อแม่อย่างเหมาะสมตามที่ควรจะเป็น จนทำให้รู้สึกไม่แน่ใจในความสัมพันธ์ของตัวเขาเองกับพ่อแม่ที่ป่วย [24]
4. พ่อแม่ที่ป่วยทางจิตที่ประสบกับความกลัว อาจจะถ่ายทอดความกลัวนั้นไปยังลูกของเขา ซึ่งความกลัวนั้นอาจจะทำให้ลูกแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือพ่อแม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับลูก [24]
5. เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากอาการของผู้ป่วย

- ทุกข์ใจ หวาดกลัว วิตกกังวล และอับอายในพฤติกรรมหรืออาการป่วยของพ่อแม่ เช่น อาการ delusion, ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย, ไร้ความสามารถที่จะจัดการ physical need ได้ [24]

- ลูกที่มีแม่เป็น schizophrenia อาจจะได้รับความผูกพันทางอารมณ์ในรูปแบบที่เต็มไปด้วยความกังวล (anxious attachment patterns) [25, 26, 27]

6. อาจถูกตีหรือทำร้ายร่างกายโดยพ่อแม่ที่ป่วย [28]

7. สัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี เด็กอาจพบเห็นการโต้เถียงหรือการใช้ความรุนแรงระหว่างผู้ปกครอง หรือพบปัญหาพ่อแม่แยกทางหรือหย่าร้างกัน [28, 29]
8. ในครอบครัวที่ต้องมีการดูแลพ่อแม่ที่มีอาการป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานนั้น อาจจะทำให้ลูกเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจ และเกิดความเครียดตามมา ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความสุขในชีวิต มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง เนื่องจากจะต้องแบ่งเวลามาดูแลพ่อแม่ที่ป่วย ทำให้ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพได้ [30]
9. การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมถูกจำกัดจากผลของความคิดและพฤติกรรมที่มาจากอาการป่วยทางจิตของพ่อ/แม่ โดนรังเกียจหรือถูกผู้อื่นกลั่นแกล้ง ล้อเลียน [28]

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่ต่อลูกวัยรุ่นตอนต้น [31]

1. เด็กจะใช้ชีวิตอยู่กับความกลัวและความอาย รู้สึกถูกประจาน ดูถูก เสียดสี จากบุคคลรอบข้าง
2. เด็กใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บปวดและความโกรธ เนื่องจากเด็กเคยได้รับประสบการณ์การตัดสินใจหรือการปฏิบัติที่อยุติธรรม หรือถูกละเมิดสิทธิส่วนบุคคลจากพ่อแม่ที่ไม่ปกติ
3. รู้สึกกดดัน หรือรู้สึกว่าต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเด็กวัยเดียวกัน แต่ไม่สามารถที่จะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนๆ ได้ เนื่องจากความอึดอัดใจหรืออับอายเกียวกับอาการป่วยของผู้เป็นพ่อแม่
4. เด็กจะรู้สึกสับสนในความสัมพันธ์ของตนกับพ่อแม่ที่ป่วย เด็กจะมีความวิตกกังวล และจะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ทำให้เด็กมีความเป็นผู้ใหญ่มากกว่าอายุจนบางครังยากทีขะมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กๆ วัยเดียวกันได้
5. มีการตอบสนองไวต่อการเปลียนแปลงไปของฮอร์โมนและร่างกาย ทำให้อาจรู้สึกว่ามีความไวต่อความรู้สึกเนืองจากฮอร์โมนและร่างกายเปลียนแปลง จึงอาจทำให้มีความกระตือรือร้น และมีพละกำลังทีลดลง หรือแสดงออกทางการกินทีผิดปกติไป
6. มีภาพลักษณ์ในด้านร่างกายไม่สมบูรณ์และมีการดูแลสุขภาพต่ำ ออกกำลังกายน้อย นอนน้อย มีภาวะทางโภชนาการต่ำ
7. เมือไม่เป็นทียอมรับและไม่สามารถทำในสิงทีต้องการได้ ก็จะทำให้เด็กมีความนับถือในตนเองต่ำ
8. เด็กมีอุปสรรคเนืองจากความยากจน และขาดโอกาส

9. เด็กมีความรู้สึกว่าตนเองแตกต่าง โดดเดียว ไม่ได้รับการยอมรับ ถูกทอดทิง รู้สึกว่ามีระยะห่างระหว่างตนเองกับพ่อแม่ที่ป่วย จึงแสดงออกโดยการหนีห่างออกมา หรือไปใช้สารเสพย์ติด
10. เด็กมีชีวิตอยู่กับอารมณ์ที่รุนแรง ต้องควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง มีความรู้สึกที่เปราะบางเกียวกับเรื่องของพ่อแม่ จึงมีความรู้สึกอึดอัดยากลำบากเมืออยู่ที่โรงเรียน อาจมีความรู้สึกยุ่งยากกับความสัมพันธ์และการทำให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม เด็กอาจจะชอบพูดถึงเรื่องของตนที่บ้าน แต่ในทางตรงกันข้ามก็สามารถประพฤติตัวได้ดีที่โรงเรียน สามารถที่จะเก็บความรู้สึกได้
11. ไม่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่ต่อลูกวัยรุ่นตอนปลาย [31]

1. เด็กส่วนน้อยมีความรู้สึกอยากเป็นอิสระ
2. เด็กมีความรู้สึกขัดแย้ง ไม่สามารถรู้สึกว่าการเอาใจตัวเองกับการเอาใจใส่ผู้อื่นเหมือนกัน เด็กมีบทบาทในการดูแลผู้อื่น และมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวที่ตัวเองอาศัยอยู่
3. เด็กมีทางเลือกน้อยเนื่องจากความยากจน โรคภัยไข้เจ็บ ที่อยู่อาศัย ความเป็นส่วนตัว ความเป็นอยู่ เด็กจะเลือกตัวเลือกได้อย่างรวดเร็วนันขึนอยู่กับความมันใจในตัวเอง สติปัญญา ความไว้วางใจ
4. เด็กมีภาระหน้าทีที่ต้องรับผิดชอบมากมาย มีอุปสรรคต่อการการบางสิงบางอย่างให้สำเร็จ เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ความล้มเหลวมาก่อน
5. เด็กมีขีดจำกัดในเรื่องของความผูกพันทางอารมณ์และความไว้วางไว้ทีมีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ ทำให้เด็กไม่สามารถทีจะสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันได้ เนื่องจากรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวเด็กกับพ่อแม่ (อารมณ์โกรธรุนแรง, ความหวาดระแวงที่เกินขอบเขต) ทำให้เด็กยากทีจะสร้างความสัมพันธ์ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ทีดี
6. เนื่องจากพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมทีถูกเปิดเผยทำให้เกิดความรู้สึกกลัวจากโรคในขณะทีฮอร์โมนเพิมขึนอย่างฉับพลัน

ข้อมูลพืนฐานของผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่ต่อลูกวัยรุ่นตอนต้น [31]

1. ความรู้สึกอับอาย ทำให้เกิดความทุกข์ใจในเด็กทีมีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคทางจิต โดยเด็กเหล่านีจะมีแสดงออกทีแตกต่างกันระหว่างโรงเรียนกับทีบ้าน เด็กมักจะเก็บความลับเกียวกับอาการป่วยทางจิตของพ่อแม่ไว้ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกโดดเดียวและไม่สามารถ

ที่จะบอกเรื่องนี้กับผู้อื่นได้ เด็กจะหลบเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจากโลกในจินตนาการและความเข้าใจผิดของตัวเด็กเอง และเด็กก็จะเก็บสิ่งเหล่านี้ไปตลอดชีวิต

2. ความเจ็บปวดและความรู้สึกโกรธจะซึมซับเข้าไปในตัวเด็ก สำหรับเด็กที่มีพ่อแม่มีอาการป่วยทางจิต จากการพูดคุยกันอย่างเป็นส่วนตัวกับเด็กวัยรุ่นที่มีเจ็บปวดกับภาพความผิดหวังและการโดนหักหลัง เด็กบอกว่าต้องการใครบางคนอยู่กับเขาเมื่อเขามีปัญหา แต่เขาไม่สามารถที่จะทำแบบนั้นได้ เนื่องจากไม่อาจเชื่อใจได้ว่าคนนั้นจะอยู่กับเขาตรงนี้ ซึ่งความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นเมื่อพ่อแม่ไม่ได้ใส่ใจในความต้องการของลูก ไม่ว่าจะเป็นความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ หรือบางทีพบว่าพ่อแม่ที่ป่วยอาจมีการลงโทษเด็กหรือทารุณเด็กอย่างไม่สมเหตุสมผลอีกด้วย
3. การเข้ากลุ่มกับเด็กวัยเดียวกันมีความสำคัญสำหรับเด็กในวัยนี้ เด็กบางคนสามารถปกป้องตัวเองได้ดีเมื่อเข้าไปอยู่ในกลุ่มของเด็กวัยเดียวกันที่หัวเราะเยาะ ดูถูก หรือตราหน้าบุคคลที่เป็นโรคทางจิต สามารถเห็นได้ชัดจากพฤติกรรมของเด็ก เช่น การหัวเราะเยาะใส่พ่อแม่ หรือออกหางจากพ่อแม่เท่าที่ทำได้ ตลอดจนห่างเหินจากพ่อแม่ไปเหมือนกับเป็นการปกป้องตัวเอง ในทางตรงกันข้ามอาจเกิดขึ้นได้เมื่อเด็กยอมรับโรคทางด้านพฤติกรรม เช่นเดียวกับการยอมรับถึงการที่จะอยู่รอดได้ ตัวอย่างเช่น เด็กอาจจะหลบหลีกโอกาสทางสังคมและพันธะที่มีความเครียดสูง ถ้าเด็กไม่ได้ใช้โอกาสในการพัฒนาและปฏิบัติตามขั้นตอนที่ออกแบบไว้
4. แม้ว่าเด็กในวัยนี้จะทำอะไรด้วยตัวเองได้และมีความกลัวน้อยลงถ้าพ่อแม่ของเด็กให้การสนับสนุน แต่ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่เชื่อถือไม่ได้ ความสามารถที่จะทำอะไรด้วยตนเองจะมีความลังเล จะทำให้เด็กไม่สามารถเจริญเติบโตได้สมวัย หรืออาจจะคิดว่าตัวเองยังเป็นเด็กอยู่ กับพ่อแม่ที่บังคับเด็กมากเกินไปหรือสร้างความยุ่งยากมากเกินไปในชีวิตของเด็กจะทำให้เด็กเกิดความขัดแย้งในการทำอะไรด้วยตนเอง ในขณะที่พ่อแม่ที่ไม่สร้างความยุ่งยากกับเด็ก ก็สามารถที่จะบังคับเด็กให้เข้าสู่สถานการณ์ที่เด็กยังไม่พัฒนาความสามารถทางด้านอารมณ์หรือทางด้านจิตใจได้ ยกตัวอย่างเช่น เด็กบางคนไม่ให้อิสระตนเองต่อการมีส่วนร่วมกับกลุ่มเด็กวัยเดียวกันในสถานการณ์ที่เหมาะสมกับวัย เนื่องจากพ่อแม่บังคับอย่างเข้มงวด ทางตรงกันข้ามเด็กบางคนจะตั้งขอบเขตของตัวเองในการไปโรงเรียน และห้ามออกจากบ้านตอนเย็น โดยที่พ่อแม่ไม่รู้ว่าลูกของตนเองทำแบบนั้น
5. เป็นธรรมดาที่กระบวนการรับรู้ของเด็กที่มีพ่อแม่เป็นโรคทางจิต จะมีความรู้สึกอับอายที่ครอบครัวเป็นแบบนี้ คือ เด็กจะพัฒนาความขัดแย้งในการดำรงชีวิตในสังคมหรือหลบ

ซ่อนตัวไว้ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลในการยากที่จะยอมรับตนเองและมีแนวโน้มที่เด็กจะพัฒนาความรู้สึกที่ไม่ยอมรับนับถือครอบครัวและตนเอง

6. การที่มีพ่อแม่เป็นโรคทางจิต มีผลกระทบต่อมุมมองของเด็กและสุขภาพทางร่างกายของเด็กด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจทำให้เด็กตัดสินใจเรื่องต่างๆ ผิดพลาดได้
7. เด็กจะมองคุณค่าของตัวเองต่ำและขาดความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้จะแสดงออกมาเพราะพ่อแม่ที่ป่วยนั้นจะมีความเข้าใจและรู้สึกถึงความต้องการของเด็กน้อย เมื่อเด็กเติบโตขึ้นในสิ่งแวดล้อมที่ความต้องการของเด็กไม่ได้รับความเอาใจใส่ จึงง่ายมากที่เด็กจะสรุปไปเองว่าความต้องการของตนนั้นไม่มีความสำคัญและมีคุณค่าน้อยกว่าอย่างอื่น
8. พ่อแม่ที่ไม่มีเงินทำให้เด็กไม่มีโอกาสในการพัฒนาการทางด้านร่างกายและทางด้านศิลปะและไม่สามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษต่างๆ ได้ เช่น การเล่นกีฬา การเรียนดนตรี เป็นต้น ไม่ใช่ว่าจะเป็นเรื่องเงินเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ครอบครัวเหล่านี้ยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษอื่นๆ ในสังคมได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กไม่มีโอกาสในการทำสิ่งต่างๆ
9. การยอมรับในวัยเดียวกันมีความสำคัญมากในเด็กวัยนี้ ทำให้เด็กมีพัฒนาการในด้านความสัมพันธ์มากกว่าความสัมพันธ์พื้นฐานกับวัยเดียวกัน การที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคทางจิตนั้นทำให้เด็กรู้สึกแตกต่างออกไป รู้สึกโดดเดี่ยวและแตกแยก และไม่รู้จะทำอย่างไร ทำให้เด็กมีความเสี่ยงที่จะเป็นทาสของยาเสพย์ติดและเป็นอันธพาลได้
10. ถ้าเด็กเห็นการใช้ความรุนแรงทุกๆ วันในวัยเด็ก สิ่งเหล่านี้ก็จะซึมซับผ่านเด็ก ทำให้เด็กมีพัฒนาการเป็นแบบนั้น เด็กจะมีความรู้สึกผิด หรือรู้สึกล้มเหลวเมื่อไม่สามารถที่จะทำให้พ่อแม่มีความสุขได้ ผลคือทำให้เด็กมีพฤติกรรมหวาดระแวงมากเกินไปเหมือนเดินอยู่บนเปลือกไข่ และจะติดตัวไปจนกระทั่งโตขึ้น และไม่ใช่เพียงแค่นั้นเมื่อเด็กโตขึ้นก็จะไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิตและไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นได้
11. เด็กควรจะต้องทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ถ้าเด็กไม่ทำต่อเนื่องเด็กจะไม่สามารถมีพฤติกรรมตอบสนองต่อผู้อื่น ถ้าพ่อแม่เด็กไม่สามารถที่จะเข้าร่วมกลุ่มหรือมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสาธารณชน โอกาสในการพัฒนาเกี่ยวกับสังคมของเด็กจะน้อย เมื่อออกไปข้างนอกยกเว้นที่โรงเรียน คนอื่นๆ จะมองว่าพ่อแม่ของเด็กไม่ดี ทำไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เด็กเกิดความอับอาย และไม่มีความมั่นใจได้

ข้อมูลพื้นฐานของผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่ต่อลูกวัยรุ่นตอนปลาย[31]

1. เด็กไม่สามารถที่จะเติบโตได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างพ่อแม่และเด็กตั้งแต่เล็ก และยากที่จะพัฒนาความสัมพันธ์นั้นได้ การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว บางครั้งอาจจะยากที่จะผ่านไปได้ด้วยเหตุผลหลากหลาย ความ

เจ็บป่วยทางจิตมานานหลายปีเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ความสัมพันธ์อันยำแย่ของพ่อแม่ ยังเพิ่มความเข้มข้นในการพยายามพัฒนาความสัมพันธ์กับเด็กเมื่อเติบโตขึ้นได้ยาก

2. เด็กไม่สามารถเห็นพ่อแม่ในด้านดี แต่จะเห็นในด้านที่ไม่ดี ในบางสถานการณ์พ่อแม่ไม่สามารถที่จะแสดงบทบาทความเป็นพ่อแม่ได้ เด็กมักจะแสดงบทบาทของพ่อแม่เพื่อตัวของพ่อแม่และเด็กเอง ดังนันเด็กจึงไม่สามารถที่จะมีประสบการณ์หรือความสัมพันธ์กับบุคคลอืน เนืองจากพ่อแม่ป่วยเด็กมักจะคิดถึงการดูแลผู้อืนมากกว่าคำนึงถึงตัวเอง
3. เด็กมักคิดถึงคนอืนโดยไม่คิดถึงตัวเองทำให้ขาดโอกาสที่จะเรียนรู้และพัฒนาตัวเองให้ได้งานที่ดี และการที่พ่อแม่ไม่มีเงินเด็กจึงไม่สามารถที่จะเข้าเรียนมหาวิทยาลัยได้ เมื่อไม่มีผู้ใหญ่ให้การสนับสนุนก็ส่งผลให้เด็กไม่มีความมันใจในการเข้าเรียนมหาวิทยาลัย การที่พ่อแม่ป่วยทำให้เด็กไม่มีเวลาและพลังงานในการคิดถึงเรืองอืนๆ ในอนาคต
4. เด็กมีขีดจำกัดในเรืองการงานเนืองจากไม่มีเวลา ประสบการณ์และความมันใจ
5. เมื่อเด็กโตขึนจึงเป็นการยากที่จะทำอะไรเนืองจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ทำให้ไม่สามารถเชือใจใครได้และทำสิงต่างๆ ด้วยตัวเอง พ่อแม่ที่ไม่มีเงินจะไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการของเด็ก ตลอดจนสิงแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมรอบๆ ตัวเด็ก ทำให้ยากต่อการพัฒนา
6. สภาพแวดล้อมและพันธุกรรมทำให้เด็กเกิดความกดดัน มีความเสียงต่อการพัฒนาความกดดัน ถ้าผู้อืนเห็นสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความกดดันคนเหล่านันอาจจะตกใจเมื่อเด็กไม่เกิดความกดดัน

3. **ความรู้เกียวกับวัยรุ่น**

3.1 **ความหมายของวัยรุ่น**

คำว่า วัยรุ่น ตรงกับคำว่า Adolescence ในภาษาอังกฤษ มีรากศัพท์เดิมมาจากภาษาละตินว่า Adolescere ซึงมีความหมายว่า เจริญเติบโตหรือเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (Maturity) [32]

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจโดยมีการเปลียนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลียนสภาวะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึงพาครอบครัวมาเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ หารายได้ด้วยตนเอง

Hurlock [33] ได้อธิบายไว้ว่า การที่เด็กบรรลุถึงวุฒิภาวะขั้นนี้ไม่ใช่จะเจริญแต่ทางร่างกายด้านเดียวเท่านั้น ทางจิตใจก็เจริญงอกงามไปด้วย นั่นคือ จะต้องมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้านไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม

สุชา จันทน์เอม [34] ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่นคือ วัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่เป็นสะพานไปสู่วัยผู้ใหญ่ ไม่มีเส้นขีดที่แน่นอนว่าเริ่มเมื่อใดและสิ้นสุดเมื่อใด แต่เรากำหนดเอาความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและรูปร่างเป็นสำคัญ

ดวงใจ กสานติกุล [35] ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า หมายถึง ช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ซึ่งขบวนการนี้จะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบดูแลตนเองได้ การสิ้นสุดขบวนการนี้ไม่ปรากฏชัดเจนเหมือนช่วงเริ่มเป็นวัยรุ่น

ดังนั้นพอสรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุอยู่ระหว่าง 13 - 19 ปี และมีการเปลี่ยนแปลงจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้านไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม

3.2 พัฒนาการในช่วงวัยรุ่น

ผู้ที่กำลังอยู่ในวัยรุ่นนับว่าเป็นช่วงวิกฤต (Critical Period) ช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะต้นๆ ของวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเกิดขึ้นรวดเร็ว เกิดความสับสนในบทบาทตนเอง จึงพยายามแสวงหาความเป็นตัวของตัวเอง ช่วงนี้จึงเต็มไปด้วยความวิตกกังวล เป็นระยะวิกฤตของการปรับตัวซึ่งนักจิตวิทยาหลายท่านได้แบ่งระยะของวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ คือ

1. วัยเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น (Puberty) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 11 - 13 ปี และเด็กชายจะมีอายุระหว่าง 13 - 15 ปี เป็นวัยที่ร่างกายของเด็กมีพัฒนาการเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพัฒนาการทางด้านเพศจะมีรวดเร็วมาก ในเพศหญิงจะเห็นได้ชัด เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก สำหรับเด็กชายเห็นไม่ชัดเจนเท่าเด็กหญิง คงมีแต่สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การมีขนาดอวัยวะเพศ มีเสียงแตกห้าวขึ้น ถึงแม้ช่วงเวลานี้ร่างกายของวัยรุ่นกำลังมีการเปลี่ยนแปลงมาก แต่ทางด้านความคิดอ่านและความรู้สึกแล้ววัยรุ่นช่วงนี้ยังรู้สึกว่าตนเองเป็นเด็กอยู่ เป็นเพียงช่วงของการเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยรุ่นอย่างเต็มตัวต่อไป

2. วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 13 - 15 ปี เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 15 - 17 ปี การเจริญเติบโตทางร่างกายของวัยรุ่นในระยะนี้ก็ยังคงดำเนินต่อไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป จะสิ้นสุดลงเมื่อถึงวุฒิภาวะ และการพัฒนาทางสติปัญญาก็จะพัฒนาตามการ

พัฒนาทางร่างกายไปเรื่อยๆ ซึ่งการพัฒนาทางสติปัญญานี้จะแตกต่างกันไปตามตัวบุคคล และสภาพแวดล้อม

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 17 - 20 ปี เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 18 - 21 ปี เป็นวัยที่ทั้งทางร่างกายและจิตใจของวัยรุ่นมีการพัฒนาจนถึงขั้นสูงสุด การพัฒนาทางกายจะเริ่มคงที่ ในขณะที่การพัฒนาทางสติปัญญาจะดำเนินต่อไป โดยเฉพาะทางด้านความคิดและปรัชญาชีวิต วัยนี้เด็กจะสร้างความเป็นตัวของตัวเอง พยายามแก้ปัญหาชีวิตของตนเอง และไม่ค่อยชอบที่จะให้ผู้ใหญ่ไปยุ่งเกี่ยวด้วยมากนัก ดังนั้นวัยนี้ผู้ใหญ่จึงควรทำหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษามากกว่าการเป็นผู้คอยชี้แนะทางเดินให้เด็ก

วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย ในระยะวัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางกายที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย จะพบอัตราการเพิ่มส่วนสูงและน้ำหนักอย่างรวดเร็ว โครงสร้างของร่างกายขยายใหญ่ สัดส่วนเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะ 2 - 3 ปีแรกของการเปลี่ยนวัย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะนำมาซึ่งความวิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ วัยรุ่นจะพุ่งความสนใจมาที่ตนเอง และพิจารณารูปร่างของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศ โดยเพศหญิงจะเปลี่ยนแปลงรวดเร็วกว่าเพศชาย 1 -2 ปี โดยจะเพิ่มทั้งขนาดและหน้าที่ซึ่งเป็นลักษณะบอกเพศ ซึ่งจะดำเนินไปอย่างรวดเร็วจนสู่วุฒิภาวะในเวลา 2 ปี มีการเปลี่ยนแปลง 2 ขั้นคือ การเปลี่ยนแปลงทางเพศขั้นต้น (Primary Sex Changes) เป็นการเปลี่ยนแปลงของต่อมเพศทำให้มีการพัฒนาเซลล์สืบพันธ์ ซึ่งเป็นการเกิดวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ โดยเพศชายจะมีการผลิตอสุจิ และการฝันเปียก เพศหญิงจะมีประจำเดือน ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางเพศขั้นทุติยภูมิ (Secondary Sex Changes) เกิดจากการมีฮอร์โมนกระตุ้น ให้เกิดลักษณะทางกาย ซึ่งเป็นลักษณะบอกเพศ เช่น เพศชายมีรูปร่างสมเป็นชาย ไหล่กว้าง กล้ามเนื้อเป็นมัด เสียงแตกห้าวมีหนวดเครา เพศหญิงจะมีทรวงอก สะโพกผาย เอวคอด เสียงเล็กแหลม

2. พัฒนาการทางอารมณ์ วัยรุ่นจะมีอารมณ์รุนแรง ชอบแสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผย บางครั้งจะเกิดความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายใน และการที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม วัยนี้มีความสับสนทางอารมณ์มากที่สุด อยากเป็นอิสระ แต่ขาดความเชี่ยวชาญในการปรับตัว อารมณ์พื้นฐานของวัยรุ่นประกอบด้วย อารมณ์รัก โดยวัยรุ่นจะมีความรักตนเอง จึงสนใจปรุงแต่งบุคลิกภาพของตนให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น วัยรุ่นจะรักและผูกพันกับเพื่อนมาก ทั้งเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศ นอกจากนี้วัยรุ่นจะมีอารมณ์โกรธซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่วัยรุ่นต้องการอิสระ เมื่อถูกขัดขวางจะ

เกิดการต่อต้าน หรืออาจเกิดจากการขัดขวางความพึงพอใจหรือความต้องการ ส่วนอารมณ์กลัวในวัยรุ่นมักมีสาเหตุมาจากสถานการณ์ทางสังคม เช่น กลัวสอบตก กลัวการปรับตัวเข้ากับเพื่อน ผู้ใหญ่ และสังคมทั่วไป วัยรุ่นยังเกิดความอิจฉาริษยา โดยจะอิจฉาเพื่อนที่เด่นกว่า ในขณะที่ความวิตกกังวลนั้นจะมีสาเหตุมาจากการสร้างเรื่องที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง วิตกกังวลโดยไม่มีสาเหตุ ดังนั้นวัยรุ่นที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ดี จะมีลักษณะการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เหมาะสมกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น จากความหุนหันรุนแรงเปลี่ยนแปลงง่าย มาเป็นการใช้เหตุผล ควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้ การปรับตัวเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่ดี

3. พัฒนาการด้านสังคม วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน จึงเป็นภาวะที่สำคัญต่อพัฒนาการทางบุคลิกภาพ โดยวัยรุ่นจะสร้างมโนภาพแห่งตน ทำให้วัยรุ่นมีนิสัยชอบความเป็นอิสระ ต้องการเป็นตัวของตัวเอง เมื่อวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและความคาดหวังที่ขัดแย้ง และความต้องการทางสังคมที่มากขึ้น วัยรุ่นต้องการเพื่อน เพื่อช่วยเหลือในเรื่องการปรับตัว และเปรียบเทียบในเรื่องต่างๆ ของตนเอง ในขณะที่ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ก็เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะภายนอกและบทบาททางเพศ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจทำให้เกิดความขัดแย้งกับครอบครัวได้

4. พัฒนาการทางความคิดและสติปัญญา วัยรุ่นสามารถที่จะจินตนาการถึงเงื่อนไขต่างๆ ของปัญหา ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และจะพัฒนาสมมติฐานเกี่ยวกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นภายใต้ความเป็นไปได้ทั้งหมดอย่างมีเหตุมีผล สามารถใช้การคิดล้วนๆ โดยไม่ต้องอาศัยการกระทำ สามารถตั้งสมมติฐาน และพิจารณาถึงเหตุผลต่างๆ จากสมมติฐานนั้น สามารถเข้าใจทฤษฎีทั่วๆ ไป และสามารถรวบรวมเอาทฤษฎีเหล่านั้นมาแก้ปัญหาความแตกต่างของความคิดในวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ คือวัยรุ่นยังมีการยึดตนเองเป็นศูนย์กลางอยู่ มีการคิดเป็นแบบนักอุดมคติ ยังไม่อาจยอมรับความจริงที่ว่าคนไม่อาจจะทำอะไรได้โดยอาศัยพื้นฐานของตรรกศาสตร์อย่างเดียวเท่านั้น

3.3 สังคมที่วัยรุ่นเกี่ยวข้อง

เมื่อย่างเข้าสู่วัยรุ่น เด็กจะเริ่มมีบทบาทในสังคมมากขึ้น ด้วยอยู่ในวัยที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนด้านอารมณ์ ทำให้วัยรุ่นต้องมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อมสังคมนั้นๆ วัยรุ่นจึงมักก่อปัญหาต่างๆ ขึ้นแก่ผู้ใหญ่และตัวเด็กเอง เกิดการวางตัวลำบาก และเป็นช่องทางทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เสมอ สภาพสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของวัยรุ่น มีดังนี [34]

1. บ้าน เด็กที่เกิดมาจะเจริญเติบโตภายในบ้านหลายปี แล้วจึงเข้าโรงเรียนและยังคงอยู่ในบ้านต่อไป เมื่อย่างเข้าสู่วัยรุ่น วัยรุ่นจะพยายามปลีกตนออกจากสังคมภายในบ้าน และหันไปสมาคมกับเพื่อนที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ในระยะนี้ความคิดเห็นของวัยรุ่นจะคล้อยตามเพื่อนฝูงมากกว่าที่จะเห็นตามบิดามารดา หรือญาติพี่น้องภายในครอบครัว วัยรุ่นจะมีความสนิทสนมกับบิดามารดาน้อยลงกว่าวัยที่ผ่านมา บางครั้งทำให้คิดไปว่าตนเองกับบิดามารดาไม่สามารถจะทำความเข้าใจกัน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้วัยรุ่นไม่กล้าปรึกษาเรื่องส่วนตัวกับบิดามารดา หรือบางครั้งรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระที่บิดามารดาต้องเลี้ยงดู ก่อให้เกิดปัญหากับสมาชิกในครอบครัว

2. โรงเรียน เกือบครึ่งหนึ่งของชีวิตที่ต้องอยู่ภายในโรงเรียน มีความเกี่ยวข้องกับการเรียนการศึกษาอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจุบันสภาพสังคมทำให้วัยรุ่นทุกคนอยากเรียนอยากศึกษา แต่บางคนไม่ได้ศึกษาต่อก็เป็นเพราะความจำเป็นบางประการ หรือความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ หรือความสามารถของตนเอง การที่วัยรุ่นต้องอยู่กับโรงเรียนมาก ย่อมมีช่องทางที่จะสร้างปัญหาต่างๆ ภายในโรงเรียนได้มาก เช่นเดียวกับภายในครอบครัว มีปัญหาสำคัญของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน คือ ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษา ปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวที่เข้ากับครูหรือเพื่อนฝูงไม่ได้

3. เพื่อน ในวัยรุ่นนี้รู้สึกว่าการคบเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมาก ฉะนั้นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนจึงมีความสำคัญมาก การคบเพื่อนเป็นความต้องการประการหนึ่งของวัยรุ่น และต้องการคบเพื่อนต่างเพศด้วย การเลือกคบเพื่อนของวัยรุ่นโดยมากมักเลือกผู้ที่มีรสนิยมตรงกัน มีทัศนคติคล้ายคลึงกันและขนาดร่างกายเท่าๆ กัน

3.4 ปัญหาของวัยรุ่น

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปแล้วว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเครียดหลายอย่างเมื่อเทียบกับวัยเด็ก ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมถือได้ว่า เป็นปัญหาใหญ่สำหรับวัยนี้ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มวัยรุ่น มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อัมพร โอตระกูล และคณะ (อ้างถึงในอังคณา ปรีชาเมตตา) [36] ศึกษาปัญหาส่วนตัวของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2526 - 2527 จำนวน 520 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีปัญหามากและปัญหาในระดับปานกลาง ได้แก่ ปัญหาลักษณะส่วนตัว ปัญหาทางด้านการเงิน การงานและอนาคต และปัญหาด้านโรงเรียน และพบว่านักเรียนหญิงมีปัญหาส่วนตัวมากกว่านักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะด้านสุขภาพ การเรียน เรื่องบ้านและครอบครัว ส่วนความสัมพันธ์ของภูมิหลังครอบครัวกับปัญหาของนักเรียนพบว่า ตัวแปรด้านสถานภาพสมรสบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างบิดา

มารดา อุปนิสัยของบิดามารดา ผู้อบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กและระดับการศึกษาของบิดา มีความสัมพันธ์กับปัญหาเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุมาพร ตรังคสมบัติ [37] กล่าวถึงปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่พบบ่อยๆ คือ การปรับตัวที่ผิดปกติเมื่อเผชิญความเครียด โรคประสาทวิตกกังวล โรคซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย โรคจิต ความผิดปกติในการกิน เอกลักษณ์สับสน บุคลิกภาพผิดปกติ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเกเร พฤติกรรมผิดเพศ เช่น เป็นกะเทย ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา และปัญหาการเข้ากับเพื่อนฝูง ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพจิตที่ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค อาจสรุปได้ว่ามีสาเหตุดังนี้

1. ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการแห่งวัย ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย การพัฒนาเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ พัฒนาการทางด้านสติปัญญา และพัฒนาการทางด้านสังคม

2. การปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจ การเงิน การทำตามเพื่อน ความเป็นตัวของตัวเอง และปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม

งานวิจัยต่างประเทศพบว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างวัยรุ่นกับบิดามารดา เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้สูง และมีโอกาสจะเกิดขึ้นได้มากที่สุดในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และค่อยๆ คงที่ในวัยรุ่นตอนกลาง และจะเริ่มลดลงในวัยรุ่นตอนปลาย ที่เป็นเช่นนี้เพราะช่วงวัยรุ่นตอนต้นเด็กเริ่มเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น คิดเองทำเอง เริ่มมีจุดยืนของตนเอง ส่วนวัยรุ่นตอนปลายนั้น ความขัดแย้งน้อยลง เพราะเริ่มออกจากบ้านไปเรียนต่อในระดับอุดมศึกษา การห่างบ้านทำให้การที่จะกระทบกระทั่งกันทุกวันลดลง ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ [37] กล่าวถึงความขัดแย้งระหว่างบิดามารดากับลูกวัยรุ่น ว่ามีจุดน่าสนใจอยู่ 2 ประการ คือ

1. วัยรุ่นกับบิดามารดามักไม่ได้ขัดแย้งในเรื่องคอขาดบาดตาย เช่น ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเมือง ศาสนา หรือเสรีภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะเป็นเรื่องไกลตัวไม่ได้เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

2. วัยรุ่นกับบิดามารดายังขัดแย้งกันอยู่ในเรื่องที่คล้ายคลึงกับเมื่อสิบปีที่แล้ว พบว่าความขัดแย้งมีความคล้ายคลึงกัน เรื่องที่ขัดแย้งได้บ่อยที่สุด คือ ผลการเรียน การทำการบ้านที่ครูให้มา การคบเพื่อน การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร การที่ลูกกลับคำ งานบ้านที่มอบหมายให้ทำ การรักษาความสะอาดส่วนตัว รวมไปถึงการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างพี่ๆ น้องๆ การบังคับให้ลูกกินอาหารที่ไม่ชอบ และการที่ลูกใช้เงินเปลือง ส่วนใหญ่มักเป็นแม่กับลูกสาวทะเลาะกัน ที่กล่าวมาดูเป็นเรื่องหยุมหยิมแต่บางครั้งเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ก็อาจกลายเป็นความขัดแย้งรุนแรง และนำไปสู่ปัญหาในวัยรุ่นที่พบได้มากมายในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเริ่มต้นของการก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ แต่กระนันก็เป็นช่วงวัยที่คาบเกี่ยวระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ คุณลักษณะของวัยรุ่นจึงเป็นวัยที่มีลักษณะทังวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่อยู่ในตัวบุคคลเดียวกัน วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง แสวงหาความสมบูรณ์แห่งตน เพื่อให้ตนเองสามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นในสังคม ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่ซับซ้อนในวัยอื่นต่อไปได้

4. ความรู้เกียวกับความเครียด

ความหมาย

ความเครียด (stress) เป็นคำที่มีความหมายหลากหลาย สำหรับบุคคลบางคน ความเครียดอาจจะมีความหมายในทางที่ไม่ดี เป็นสิงที่ควรหลีกเลียง ในความเป็นจริงแล้ว ความเครียดมีประโยชน์อย่างมาก ความเครียดในระดับที่ไม่มากจนเกินไปช่วยให้เราจัดการหรือควบคุมเหตุการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องสมเหตุสมผล และยังช่วยให้มนุษย์เราสามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุดในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการดำเนินชีวิต [38]

คำจำกัดความของความเครียดที่เกิดขึนในยุคแรกๆ อาศัยหลักทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยเรืองของสิงเร้าและการตอบสนอง (stimulus - response psychology) ในทัศนะที่อิงเรืองสิงเร้า ความเครียดก็คือสิงเร้าทังจากภายในและภายนอกตัวบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล สมมุติฐานของมุมมองนี้เชือว่าการที่บุคคลประสบกับสถานการณ์หรือสิงเร้าที่เป็นอันตรายที่คุกคาม หรือสถานการณ์ที่ตังข้อเรียกร้อง (demands) ให้บุคคลต้องปรับตัวหรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึงมากจนเกินไป บุคคลจะมีความเครียด ยิงประสบมากยิงเครียดมาก สิงเร้าที่ก่อความเครียดที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันย่อมทำให้ปฏิกิริยาความเครียดแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามทัศนะดังกล่าวมิได้อธิบายถึงความแตกต่างของบุคคลในมุมมองของสิงที่ก่อความเครียดที่จะเกิดขึน และสิงที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคคลหนึงอาจจะไม่ก่อให้เกิดความเครียดกับอีกบุคคลหนึง [39]

สำหรับทัศนะเรืองการตอบสนอง จะเน้นในเรืองของการตอบสนองทางด้านร่างกายของสิงมีชีวิตต่อสิงเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ในช่วงต้นศตวรรษที่ 19 Walter B. Cannon [38] เป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด (stress response) หลังจากนันต่อมาได้มีผู้ที่ศึกษาวิจัยเกียวกับความเครียดและได้ให้ความหมายที่แตกต่างจากของแคนนอน ในฐานะที่เป็นอายุรแพทย์ Cannon อาศัยแนวความคิดทฤษฎีทางด้านการแพทย์หรือแนวความคิดด้านภาวะสมดุลย์ของร่างกาย (the homeostabic/medical approach) และเรียกความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองแบบฉุกเฉิน (emergency response) หรือปฏิกิริยาเตรียมต่อสู้ (militaristic response) ความเครียดตามความหมายของ Cannon ก็คือการสูญเสียภาวะสมดุลย์ของร่างกาย

(homeostasis) เนื่องจากการเรียกร้อง (demands) จากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ต้องการให้บุคคลปรับตัวหรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง นอกจากนี้แคนนอนยังได้แบ่งปฏิกิริยาขั้นพื้นฐานในการตอบสนองความเครียดออกเป็น 2 ชนิด ด้วยกันคือปฏิกิริยาสู้หรือหนี (fight or flight response)

ในปี 1932 Hans Selye [39] ได้ให้คำจำกัดความของความเครียดในเชิงทฤษฎีมากขึ้น ความหมายของความเครียดตามแนวความคิดของ Selye คือปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายโดยทั่วไปต่อข้อเรียกร้องต่างๆ (demands) ที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

ข้อเรียกร้องต่างๆ (demands) หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) ตามความหมายของ Selye คือ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย (noxious stimulus) และก่อให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งอาจจะเป็นการคุกคาม ความท้าทายหรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตซึ่งร่างกายต้องปรับตัวเข้าหา

Selye ได้เสนอแบบแผนการตอบสนองทางด้านร่างกายต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเรียกว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation syndrome หรือ GAS) ประกอบไปด้วยปฏิกิริยาตอบสนอง 3 ขั้นดังนี้ ขั้นที่ 1 ขั้นกระตุ้นเตือน ขั้น 2 ขั้นต้านทาน และขั้นที่ 3 ขั้นอ่อนกำลัง แบบแผนการตอบสนองของร่างกายนี้จะเกิดขึ้น โดยไม่คำนึงว่าแหล่งที่มาของความเครียดจะเป็นอะไร ตัวอย่างเช่น ความหนาวเย็น การเจ็บป่วย ความขัดแย้งทางอารมณ์จิตใจ เป็นต้น ดังนั้นบุคคลที่แสดงอาการตอบสนองต่อความเครียดก็คือบุคคลที่เครียด[40] อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ก็ยังมีข้อจำกัดตรงที่ไม่ได้อธิบายถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้เหตุการณ์ที่ก่อความเครียดและแสดงออกซึ่งสัญญานของความเครียด (การตอบสนองต่อความเครียด) และไม่สามารถเจาะจงลงไปได้ว่าสิ่งเร้าชนิดใดก่อให้เกิดความเครียดถ้าปราศจากปฏิกิริยาตอบสนอง

สำหรับมุมมองของจิตวิทยาได้เน้นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะลดข้อจำกัดจากมุมมองทั้งของสิ่งเร้าและการตอบสนอง คำจำกัดความของความเครียดที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางในหมู่นักวิจัยเรื่องความเครียด ได้แก่ การให้ความหมายของ Lazarus และ Folkman [41] ที่ได้ให้คำจำกัดความของความเครียดทางจิตใจ (pyschological stress) ไว้ดังนี้ ความเครียดคือความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินแล้วว่าความสัมพันธ์นั้นทำให้บุคคลต้องดึงศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่ในการปรับตัวเข้าหา หรือทำให้บุคคลรู้สึกว่าศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้เพื่อปรับตัวเข้าหา และความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นทำลายความผาสุกของบุคคล นอกจากนี้ยังได้เน้นให้เห็นถึงปัจจัยที่จะกำหนดว่าสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ใดก่อให้เกิดความเครียด นั้นคือการรับรู้และการประเมินจากความคิดความเข้าใจซึ่งในแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกันไป

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดกับบุคคลหนึ่งอาจจะไม่ก่อให้เกิดความเครียดในอีกบุคคล ขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล และที่ระดับความเครียดเดียวกัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับทักษะความสามารถในการจัดการกับปัญหา

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ให้ความหมายของความเครียด โดยอาศัยแนวความคิดจากทฤษฎีอื่นๆ ไว้อย่างน่าสนใจได้แก่ ในทัศนะของจิตวิทยาสังคม Robert Kahn [38] ได้ให้ความหมายความเครียด โดยอิงแนวคิดเรื่องความพอดีระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (personenvironment fit) ความพอดีระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมจะเกิดขึ้นต่อเมื่อทักษะและความสามารถของบุคคลสอดคล้องหรือเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม ที่เรียกร้องให้บุคคลแสดงออกซึ่งบทบาทหน้าที่ทางสังคม โดยที่ความคาดหวังในเรื่องของบทบาทหน้าที่ทางสังคมก็ต้องสอดคล้องซึ่งกันและกันและมีความชัดเจนในตัวมันเอง ความเครียดตามความหมายของ Kahn คือผลที่เกิดขึ้นจากการที่ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social role expectation) ไม่มีความชัดเจนก่อให้เกิดความสับสนหรือขัดแย้งกันเอง หรือเป็นผลจากความสามารถและทักษะของบุคคลไม่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ หรือไม่เพียงพอที่แสดงบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ ความเครียดในทัศนะทางสังคมวิทยาช่วยให้เราเข้าใจความเครียดในบริบทของสังคม เนื่องจากว่าสังคมมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เช่น ความเครียดในการงาน ความเครียดในครอบครัว

ในส่วนทัศนะที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Harry Levinson [38] ได้อาศัยหลักทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud เป็นพื้นฐานในการศึกษาความเครียด Levinson เชื่อว่ามีปัจจัยพื้นฐานทางด้านบุคลิกภาพ 2 ประการ ที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันและเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด นั่นคือ ตัวตนในอุดมคติ (ego-ideal) และภาพลักษณ์ของบุคคล (self-image) คำจำกัดความของความเครียด ตามแนวคิด Levinson คือผลที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างตัวตนในอุดมคติกับภาพลักษณ์ที่แท้จริงของบุคคล ยิ่งความไม่สอดคล้องมีมากเท่าไหร่ความเครียดก็เพิ่มมากขึ้น ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ช่วยให้เข้าใจถึงบทบาทของปัจจัยด้านบุคลิกภาพในส่วนของจิตไร้สำนึกที่เป็นเหตุของความเครียด ระดับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นเกิดจากบุคคลพยายามดำเนินชีวิตตามอุดมคติ และเมื่อใดที่ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามอุดมคติที่คาดหมายไว้ก็จะนำไปสู่ความผิดหวังและความคับข้องใจ [42]

โดยสรุปความเครียดเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงของบุคคล เมื่อตกอยู่ภายใต้สถานการณ์แวดล้อมที่รับรู้ว่ามาคุกคามต่อความผาสุกของบุคคล โดยที่การเปลี่ยนแปลงจะแสดงออกมาในลักษณะของการตื่นตัวของร่างกาย ความรู้สึกทุกข์ใจไม่สบายใจ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

อย่างเห็นได้ชัด สถานการณ์หรือสภาพการณ์แวดล้อมที่ทำให้เกิดการตอบสนองในลักษณะเครียด เรียกว่าสิ่งที่ก่อความเครียด (stressors)

การตอบสนองต่อความเครียด

1.1 การตอบสนองทางด้านร่างกาย

จากการศึกษาทดลองในสัตว์ทดลอง ซึ่งถูกจัดสถานการณ์ให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดอันตราย Selye ได้อธิบายถึงปฏิกิริยาตอบสนองของสิ่งมีชีวิต ต่อความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย Selye เรียกปฏิกิริยาตอบสนองนี้ว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome (GAS)) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ [39]

1.1.1 ระยะเตือน (alarm reaction) เป็นการตอบสนองในช่วงแรกต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยจะมีการระดมพลังจากร่างกายเพื่อป้องกันภัย ซึ่งพลังของร่างกายเพื่อป้องกันภัยนี้ ธรรมชาติสร้างมาเพื่อให้สิ่งมีชีวิตสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ ในขั้นนี้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพื่อเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ และความต้านทานที่ผิวหนัง พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีที่เกิดจากการกระตุ้นระบบประสาท symphatatic (ตัวอย่างเช่น มีการหลั่งสาร epinephrine และ norepinephrine เพิ่มขึ้น เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นในเวลาต่อมา) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของอวัยวะในร่างกาย ได้แก่ การขยายตัวของต่อมหมวกไต เกิดแผลมีเลือดไหลขึ้นในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เกิดการฝ่อของต่อมไทมัสและโครงสร้างของต่อมน้ำเหลือง โดยส่วนมากแล้วการตอบสนองของร่างกายจะเกิดขึ้นในขั้นนี้

1.2.2 ระยะต้านทาน (state of resistance) ในขั้นที่ 2 นี้ กระบวนการต่างๆ ของร่างกายที่เกิดขึ้นในระยะเตือนก็จะกลับเข้าสู่ในระดับที่จะเป็นปกติ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในระยะนี้สิ่งมีชีวิตจะมีทีท่าที่จะปรับตัวได้กับความเครียดที่มีมาอย่างต่อเนื่อง และอาจจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ก็ตาม แต่ความต้านทานของสิ่งมีชีวิตและความสามารถในการจัดการกับระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้นหรือความเครียดที่เกิดขึ้นมาใหม่ก็จะถดถอยอย่างเห็นได้ชัด การตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างต่อเนื่องทำให้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น และศักยภาพหรือทักษะความสามารถต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ (resources) ซึ่ง Selye เรียกสิ่งเหล่านี้ว่า พลังงานในการปรับตัว (adaptational energy) จะค่อยๆ หมดไปทีละน้อย

1.2.3 ระยะอ่อนกำลัง (state of exhaustion) เป็นระยะที่ปกติแล้วปฏิกิริยาการตอบสนองของสิ่งมีชีวิตมักจะไม่ถึงขั้นนี้ แต่ถ้าสิ่งมีชีวิตต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ หรือถ้ามีความเครียดตัวใหม่เข้ามาผนวกกับสถานการณ์เดิม การตอบสนองของ

ร่างกายก็จะเข้าสู่ขันนีในระยะอ่อนกำลังสิงมีชีวิตเริมไม่สามารถทีจะจัดการกับสถานการณ์ได้อีกต่อไป อาการทีเกิดขึนระยะแรกก็จะเกิดขึนอีกครัง และอาจจะส่งผลกระทบให้สิงมีชีวิตถึงแก่ความตาย ปกติแล้วสิงมีชีวิตจะเข้าสู่ขันนีได้ก็ต่อเมือต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางกายภาพทีรุนแรง เช่น ตกอยู่ในสถานการณ์ทีหนาวเย็นหรือร้อนเป็นระยะเวลานานๆ แต่เป็นทีน่าสังเกตว่าปัจจัยทีก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจอาจทำให้บุคคลเข้าถึงระยะนีได้ในบางครัง

1.2 การตอบสนองทางด้านจิตใจ (Psychological responses)

ความสามารถในการตีความสถานการณ์ทำให้บุคคลทีมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดหลากหลาย ปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลและช่วงเวลา อาทิ สมาธิไม่ดี ไม่สามารถตัดสินใจแม้แต่เรืองง่ายๆ ได้ สูญเสียความมันใจ หงุดหงิด โกรธง่าย มีอาการวิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผลหรือตืนตระหนกง่าย มีความกระหายอยากได้ไม่รู้จักพอ เป็นต้น ความเครียดมักจะเกิดควบคู่ไปกับอารมณ์ ได้แก่ ความเบิกบานใจ (elation) ความซึมเศร้า (depression) ความฉุนเฉียว และความกลัว เป็นต้น ความรุนแรงของอารมณ์ทีเกิดขึนแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลและสภาพแวดล้อม [42]

1.3 การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม (behavioral response)

นอกจากการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ความเครียดยังแสดงออกให้เห็นทางการเปลียนแปลงทางด้านพฤติกรรมทีสังเกตุได้อย่างชัดเจนหรือพฤติกรรมทีเปลียนแปลงไป อาทิ ดืมสุราหรือสูบบุหรีมากขึน รับประทานอาหารมากขึนหรือน้อยลง นอนหลับมากขึนหรือนอนไม่ค่อยหลับ กัดเล็บ เขย่าขา ดึงผม เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ก้าวร้าวอย่างสมเหตุสมผล หุนหันพลันแล่น แสดงอาการแปลกๆ เป็นต้น [42]

การวัดปฏิกิริยาความเครียด

ปฏิกิริยาความเครียดสามารถวัดได้ใน 3 แนวทางดังนี [42]

1. การรายงานตนเอง (self report) เป็นเทคนิคและวิธีการทีใช้กันโดยทัวไปในหมู่นักวิทยาศาสตร์พฤติกรรม (behavioral scientists) มีวัตถุประสงค์เพือประเมินระดับความเครียดในเชิงจิตวิสัย (ตามสภาพจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ประเมิน) เครืองมือทีนิยมใช้กันเป็นส่วนมากในต่างประเทศ คือ การใช้มาตรวัดภาวะความวิตกกังวล Sate - Trait Anxiety Inventory ของ Charles D. Spielberger สำหรับแบบรายงานตนเองทีมีการใช้ในวงการจิตวิทยาเมืองไทย ได้แก่ แบบสำรวจ Health Opinion Servey (ฉบับภาษาไทย) แบบทดสอบความเครียดสวนปรุง ซึงพัฒนาขึนโดยโรงพยาบาลสวนปรุง แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย ซึงพัฒนาขึนโดยกรมสุขภาพจิต แบบประเมินความเครียด Symptom of Stress Inventory ฉบับภาษาไทย เป็นต้น [44]

2. การสังเกตพฤติกรรม (behavioral observation) เป็นการวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะความเครียดโดยตรงและการสังเกตทางอ้อม การสังเกตโดยตรงจะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอันเนื่องมาจากความเครียด ได้แก่ หายใจแรง อาการสั่น (tremors) เหงื่อออก การควบคุมตนเอง (self-manipulations) เช่น การกัดเล็บ การกระพริบตา อากัปกิริยาท่าทาง (postural orientation) และการสังเกตการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การก้าวเดิน นอกจากนี้ Ekman and Friesen ยังเสนอแนะการสังเกตการแสดงออกทางสีหน้าเมื่อต้องตกอยู่ในภาวะความกลัว ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตามสัญชาติญาณได้แก่ ลักษณะของคิ้ว ตาเบิกกว้าง และลักษณะของริมฝีปาก

สำหรับการสังเกตพฤติกรรมทางอ้อม จะเป็นการประเมินระดับของการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว โดยมีหลักเหตุผลอยู่ที่ว่ายิ่งระดับของความกลัวมากขึ้นเท่าใด บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากการเข้าใกล้สิ่งเร้านั้น

3. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (psychopsysiological measures) ระบบการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่ถูกวัดบ่อย ได้แก่ การตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต การตอบสนองของระบบไฟฟ้าที่ผิวหนัง และความตึงของกล้ามเนื้อ

แหล่งของความเครียด

ชูทิตย์ ปานปรีชา [45] รายงานถึงสาเหตุของความเครียดดังต่อไปนี้

1. สาเหตุภายใน หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยต่างๆ ที่มาจากตัวคน สามารถแยกสาเหตุในตัวคนได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 สาเหตุทางร่างกาย เป็นภาวะบางอย่างของร่างกายที่ทำให้เกิดความเครียดเนื่องจากร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ได้ เมื่อส่วนหนึ่งส่วนใดชำรุดหรือเจ็บป่วย จะทำให้อีกส่วนหนึ่งชำรุดหรือเจ็บป่วยไปด้วย ฉะนั้นเมื่อร่างกายเครียดจะทำให้จิตใจเครียดด้วย ภาวะต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของความเครียดได้แก่

1.1.1 ความเมื่อยล้าทางร่างกาย เป็นสภาพของร่างกายที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรงหรือได้ผ่านการทำงานอย่างหนักและนาน

1.1.2 ร่างกายได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นสภาพของร่างกายที่เกิดจากการตรากตรำทำงานติดต่อกันนาน

1.1.3 รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ร่างกายหิวโหย น้ำตาลในเลือดต่ำ ร่างกายขาดวิตามินและเกลือแร่ ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการให้พลังงานแก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย

1.1.4 ความเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น มีโรคประจำตัว ได้รับการผ่าตัดใหม่ทำให้ไม่อยากอาหาร เนื้อเยื่อของอวัยวะที่ป่วยถูกทำลายหรือทำงานไม่ได้ดี เสียน้ำ เสียเลือด เป็นผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย

1.1.5 ภาวะติดสุราและยาเสพติด สุราและยาเสพติดไปกดระบบประสาททำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมาก เป็นผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย อ่อนแอมากขึ้นทุกขณะ

1.2 สาเหตุทางจิตใจหรือสภาพจิตใจบางอย่างสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้คือ

1.2.1 อารมณ์ไม่ดีทุกชนิด ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า อารมณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจ โดยเฉพาะความเศร้า ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่คิดต่อสู้ ความรู้สึกทั้งหมดนี้ทำให้เกิดความเครียด

1.2.2 ความคับข้องใจ เป็นภาวะของจิตใจเกิดขึ้นเมื่อความต้องการถูกขัดขวางทำให้มีปัญหาต้องเผชิญ เกิดความรู้สึกไม่พอใจ โกรธ วิตกกังวล จิตใจเหมือนถูกบีบคั้นเกิดความเครียดขึ้นมา

1.2.3 บุคลิกภาพบางประเภท ทำให้เกิดความเครียดได้

1.2.3.1 เป็นคนจริงจังกับชีวิต (perfectionist) ทำอะไรต้องทำให้ดีสมบูรณ์แบบ เจ้าระเบียบเป็นคนตรง มีมาตรฐานในการดำเนินชีวิตสูง มีความสามารถในการทำงานเหนือกว่าผู้อื่น ทำให้ตลอดชีวิตต้องทำงานหนักและต้องทำงานทุกอย่างด้วยตัวของเอง จึงเกิดความเครียดได้ง่าย

1.2.3.2 เป็นคนใจร้อน รุนแรง ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ คนประเภทอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงได้มาก มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นด้วย ทำให้เกิดความเครียด

1.2.3.3 เป็นคนต้องพึ่งพาผู้อื่น คนประเภทนี้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองไม่เก่ง ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่กล้าทำอะไรด้วยตนเอง

2. สาเหตุภายนอก หมายถึง ปัจจัยต่างๆ นอกตัวคนที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดซึ่งได้แก่

2.1 การสูญเสียสิ่งที่รัก ได้แก่ การสูญเสียคนรัก ของรัก ทรัพย์สิน หน้าที่การงานการตกงานหรือถูกออกจากงาน ถูกลดตำแหน่ง หรือย้ายงาน ธุรกิจล้มละลาย

2.2 การเปลี่ยนแปลงในชีวิต พบว่า ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตทุกคนจะมีจิตใจแปรปรวน (psychological Imbalance) ทำให้เกิดความเครียดไม่มากก็น้อย ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ได้แก่ เข้าโรงเรียนครั้งแรก ทำงานครั้งแรก สมรสใหม่ๆ มีบุตรคนแรก วัยหมดประจำเดือน ปลดเกษียนอายุใหม่ๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ต้องปรับตัว ก็เป็นสาเหตุของความเครียดชนิดหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงอย่างกระทันหันโดยไม่ได้คาดคิดหรือไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน เช่น การย้ายโรงเรียน ย้ายงาน การย้ายที่อยู่ หรืออพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

2.3 ภัยอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิตและทรัพย์สิน ไม่ว่าจะเป็นภัยที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือภัยธรรมชาติ เช่น อยู่ในถิ่นที่มีโจรชุกชุม ถูกขู่จะทำร้ายร่างกาย อยู่ในสนามรบ น้ำท่วมและไฟไหม้ ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดความกดดันบีบคั้นจิตใจอย่างรุนแรง เกิดความเครียดที่รุนแรงได้

2.4 ทำงานชนิดที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ขาดความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน งานเสี่ยงอันตราย งานที่ไม่พึงพอใจ มองไม่เห็นความสำคัญของงานที่ทำอยู่

2.5 ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยากจน เป็นหนี้สิน ทำให้ภาวะเจริญโตไม่สมบูรณ์ ขาดอาหาร เรียนได้ไม่เต็มที่ อยู่ในชุมชนแออัด ไม่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ทำให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว คิดมาก บีบคั้นจิตใจ เกิดความเครียดได้

2.6 สภาพของสังคมเมือง มีคนหลั่งไหล เข้ามาอยู่หางานทำในเมืองมากขึ้นเรื่อยๆ อยู่กับแออัดยัดเยียด ชีวิตต้องแข่งขัน ชิงดีชิงเด่น การเดินทางไปไหนมาไหนไม่สะดวกเพราะการจราจรติดขัด ชีวิตครอบครัวที่ไม่อบอุ่นต่างคนต่างอยู่ ขาดอากาศบริสุทธิหายใจ สภาพดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดได้

Compass และคณะ [46] ได้กล่าวถึงชนิดของความเครียดจำแนกตามขนาดของการเกิด (magnitude of occurrence) และลักษณะตามธรรมชาติ (nature) ของสิ่งที่ก่อความเครียด โดยสามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ซึ่งการจำแนกดังกล่าวมีความสำคัญต่อการเข้าใจถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น

1.1 สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยทั่วไปหรือเป็นปกติวิสัย (generic normative stressors) วัยรุ่นทุกคนจะต้องเผชิญกับความเครียดชนิดมากน้อยแตกต่างกันไป เนื่องจากความเครียดชนิดนี้จัดเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการในวัยรุ่น สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดชนิดนี้ประกอบไปด้วย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปกติสามัญในแต่ละวัน สิ่งเล็กน้อยที่รบกวนจิตใจ (hassles) และเหตุการณ์สำคัญๆ ในชีวิต เช่น การเปลี่ยนสถานศึกษา จากการศึกษาพบว่าการสะสมเพิ่มพูนของสิ่งก่อให้เกิดความเครียดประเภทนี้มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจในกลุ่มวัยรุ่น

โดยสรุปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปกติวิสัยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดกับวัยรุ่นส่วนมากหรือกับทุกคนและเกิดขึ้นในช่วงชีวิตเดียวกัน บางเหตุการณ์ถูกกำหนดโดยนโยบายของสังคม เช่น การเข้าโรงเรียนบางเหตุการณ์ถูกกำหนดโดยการตัดสินใจของแต่ละบุคคล ซึ่งอยู่ภายใต้ปทัสถานของสังคม เช่น การแต่งงาน ในขณะที่เหตุการณ์บางเหตุการณขึ้นอยู่กับพัฒนาการของวัยรุ่นเอง เช่น ความเป็นหนุ่มสาว

1.2 สิ่งที่ก่อความเครียดแบบรุนแรงฉับพลัน (severe acute stressors) จะเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความเจ็บปวดหรือมีความสำคัญกับบุคคลอย่างมาก ลักษณะของเหตุการณ์

ประเภทนี เช่น การบาดเจ็บทีรุนแรง มหันตภัย (disaster) การสูญเสียบุคคลอันเป็นทีรัก การหย่าร้างของบิดามารดา เป็นต้น เหตุการณ์ประเภทนีมีความแตกต่างจากเหตุการณ์ทีก่อให้เกิดความเครียดโดยทัวไปตรงทีไม่สามารถทำนายช่วงเวลาการเกิดได้ ส่งผลกระทบต่อจำนวนวัยรุ่นในสัดส่วนทีน้อยกว่าแต่ส่งผลทีรุนแรงกว่าต่อตัววัยรุ่นและการดำเนินชีวิต

1.3 สิงทีก่อความเครียดรุนแรงและเรือรัง (severe chronic stressors) ในวัยรุ่นบางกลุ่มอาจจะต้องเผชิญกับความเครียดประเภทนี เนืองจากเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ต่างๆ เป็นส่วนหนึงของสิงแวดล้อมทีอาศัยอยู่ สิงทีก่อให้เกิดความเครียดประเภทนีประกอบไปด้วย ความยากจนหรือความทุกข์ยากต่างๆ ความรุนแรงทีเกิดขึนในครอบครัวหรือของเพือนบ้าน การถือผิวหรือเชือชาติ (racism) การถือเรืองเพศ (sexism) และพยาธิสภาพทางจิตใจของผู้ปกครอง

นอกจากนี Daniels และ Moos (อ้างถึงใน Rice) [46] ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดในวัยรุ่นดังนี

1. ความเครียดทางด้านสุขภาพ-กายภาพ (physical/health stressors) ได้แก่ ภาวะสุขภาพของตัววัยรุ่นเอง และ โรคประจำตัว เช่น โรคกระเพาะ หอบหืด เป็นผลให้วัยรุ่นถูกจำกัดพัฒนาการด้านอืนๆ

2. ความเครียดทีเกียวข้องกับบ้าน เงินทอง (home/money stressors) ได้แก่ สภาพในบ้าน เพือนบ้าน รวมถึงระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึงมีความจำเป็นต่อการใช้จ่ายเงินของวัยรุ่น ในการเรียน เข้ากลุ่มเพือน และอืนๆ

3. ความเครียดทีเกียวกับความสัมพันธ์กับพ่อแม่ (parent stressors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกวัยรุ่น ความสัมพันธ์ของพ่อแม่ ปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมทีผิดปกติของพ่อแม่

4. ความเครียดทีเกียวกับพีน้อง (sibling stressors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับพีน้อง ปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมทีผิดปกติของพีน้องในบ้าน

5. ความเครียดจากการเป็นครอบครัวขยาย (extended family stressors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับญาติพีน้องในบ้าน ได้แก่ คุณปู่ คุณย่า คุณตา คุณยายในบ้าน เป็นต้น

6. ความเครียดจากโรงเรียน (school stressors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับครู เพือนนักเรียนร่วมชัน และบุคลากรในโรงเรียน

7. ความเครียดจากเพือน (friend stressors) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเพือน กลุ่มเพือน ความขัดแย้งต่างๆ

8. ความเครียดจากเพือนต่างเพศ หรือ คู่รัก (boyfriend/girlfriend stressors) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่รัก

9. ความเครียดจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา (negative life events stressors) ได้แก่ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเกิดภายใน 12 เดือน หรือ 1 ปี เช่น การหย่าร้างของพ่อแม่ การแยกกันอยู่ของพ่อแม่ การเจ็บป่วยของพ่อแม่ ญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด และปัญหาที่โรงเรียน การเสียชีวิตของคนใกล้ชิด เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อความรู้สึก ซึมเศร้า และสูญเสียของวัยรุ่น

ทั้งนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นจะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลา (duration) และสภาพความรุนแรงของปัญหา (severity of problem) รวมถึงการสะสมของปัญหาหลายๆ อย่างด้วย (pile up of demand)

สภาพความเครียดในวัยรุ่นไทย [48]

สภาพการณ์ของระดับความรุนแรงของความเครียดโดยทั่วไปในกลุ่มวัยรุ่น จากการศึกษาวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาโดยส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ [49, 50, 51] สภาพการณ์ที่เร้าให้วัยรุ่นให้เกิดความเครียดมักได้จากการแข่งขันกันในด้านการศึกษา โดยเฉพาะในช่วงเวลาการสอบเอนทรานซ์ ซึ่งเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของการเข้าสู่รูปแบบการศึกษาที่สำคัญในการเลือกทางประกอบอาชีพ และยังถูกคาดหวังจากครอบครัวให้ต้องสอบผ่านการคัดเลือก หรือถูกบังคับให้เลือกเรียนในสาขาที่ไม่ชอบไม่มั่นใจ ยิ่งเพิ่มระดับความเครียดให้วัยรุ่นมากขึ้น จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศทั้งแถบตะวันตกและเอเชียบ่งชี้ว่าความเครียดจากการสอบไล่เลื่อนชั้น โดยเฉพาะการสอบเข้ามหาวิทยาลัยซึ่งมีการแข่งขันกันสูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำมาซึ่งปัญหาทางอารมณ์ ทางร่างกายและพฤติกรรม ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมที่มีข้อผูกมัดกับผลสัมฤทธิในการเรียนสูงและนักเรียนที่กำลังจะเข้าสู่รั้วมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัย (Holahan & Holahan,1983, Cho, 1993, Wagner & Compass, 1990 อ้างถึงใน Lee & Larson) [48] นอกจากนี้วัยรุ่นจำนวนมากรู้สึกว่าระบบการศึกษาที่ไม่เหมาะสมในการเตรียมพื้นฐานสำหรับชีวิต รวมทั้งการที่ต้องยอมอยู่ในกฎเกณฑ์ของโรงเรียน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในวัยรุ่น

ความรู้สึกด้อย รู้สึกไม่เท่าเทียมกันในด้านความเป็นอยู่ของสังคม ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดโดยเฉพาะวัยรุ่นที่ต้องช่วยงานครอบครัว หรือเข้าทำงานในโรงงาน เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่อยากเด่นอยากดังอยากเป็นจุดสนใจ จึงทำให้ความด้อยต่างๆ กลายเป็นปัจจัยที่สร้างความหวั่นไหวไม่มั่นใจแกวัยรุ่น และอาจตัดสินใจผิดพลาดได้ นอกจากนี้ในช่วงสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงเต็มไปด้วยการแข่งขันมากขึ้นย่อมมีอิทธิพลต่อวัยรุ่น ทำให้เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการเลียนแบบอย่างลองผิดลองถูก การแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองบางครั้งเป็นที่ยอมรับของสังคม บางครั้งเบี่ยงเบน แหวกแนว ทำให้ระบบสังคมเป็น

ปัญหา รวมทั้งเป็นปัญหาต่อวัยรุ่นเอง เช่น การติดยา การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้ก็จะเป็นตัวเร้าให้วัยรุ่นเกิดความเครียด

สภาพครอบครัวและความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียด วัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ บิดามารดาไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูให้เกิดความอบอุ่นแก่ลูกมากนัก ขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ใหม่ๆ วัยรุ่นกลุ่มนี้มักขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมีปมด้อยในตนเอง มีความเหงาอยู่ลึกๆ เป็นความเครียดที่แฝงเร้นอยู่ในใจและไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นในการศึกษาของ ตรีนุช ธงไชย [6] ที่พบว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียวมีปัญหาความเครียดมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวปกติ และเหตุที่นำมาซึ่งความเครียดภายในครอบครัวที่แตกต่างกันของวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่ม คือ ปัญหาด้านพฤติกรรมทางเพศของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงทั่วไปภายในครอบครัว และปัญหาด้านการสูญเสียในครอบครัว ซึ่งวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียวจะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่า

ความแตกต่างระหว่างบุคคลในการตอบสนองต่อความเครียด

ในวัยเด็กและวัยรุ่นจะเผชิญกับความเครียดที่แตกต่างกัน และความแตกต่างกันนี้ยังพบในเพศหญิงและเพศชาย ตัวอย่างเช่น ในการศึกษาของ Wagner และ Compass (อ้างถึงใน Auerbach และ Gramling) [48] พบว่าโดยทั่วไปแล้ววัยรุ่นเพศหญิงจะมีความเครียดมากกว่าในเพศชาย ในระดับมัธยมต้นและปลายวัยรุ่นเพศหญิงจะรายงานถึงปัญหาความเครียดระหว่างบุคคลมากกว่าในเพศชาย นอกจากนี้สิ่งที่ก่อความเครียดที่แตกต่างกันยังส่งผลกระทบต่อปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกันด้วย เช่น ในวัยรุ่นตอนต้นเหตุการณ์ในครอบครัวจะเป็นตัวทำนายปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ส่วนในวัยรุ่นตอนกลางจะเป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนๆ และวัยรุ่นที่กำลังเข้าสู่มหาวิทยาลัยจะเป็นเรื่องของการเรียน (Wagner & Compass อ้างถึงใน Compass และคณะ) [46]

4. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหา

การจัดการกับปัญหา

การจัดการกับปัญหาตามความหมายของ Lazarus และ Folkman [41] คือความพยายามของบุคคลที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการควบคุมข้อเรียกร้องหรือความต้องการต่างๆ ที่มีลักษณะเฉพาะทั้งที่มาจากตัวบุคคลเองและจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ที่ทำให้บุคคลต้องนำศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็ม

กำลังหรือทำให้บุคคลรู้สึกว่าศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้เพื่อปรับตัวให้เหมาะสมกับข้อเรียกร้องหรือความต้องการนั้นๆ

ตามคำจำกัดความข้างต้น การจัดการกับปัญหาจะมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการดังต่อไปนี้

1) มีลักษณะเป็นกระบวนการ (process) ซึ่งเน้นถึงสิ่งที่บุคคลคิดและปฏิบัติจริงในการเผชิญหน้ากับความเครียด และความคิดและการกระทำจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรเมื่อเหตุการณ์เปลี่ยนไปหรือมีการเผชิญหน้าครั้งใหม่

2) แวดล้อมด้วยบริบทอื่นๆ หมายความว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดการจัดการกับปัญหา นั่นคือการประเมินสถานการณ์และศักยภาพหรือทักษะความสามารถ ที่จะนำมาใช้ในการจัดการปัญหา

3) ความพยายามในการจัดการกับปัญหา ไม่ขึ้นอยู่กับผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการจัดการกับปัญหา นั่นคือไม่มีการสันนิษฐานในเบื้องต้นว่าการจัดการกับปัญหานั้นจะดีหรือไม่ดี (good or bad coping) ดังนั้นการจัดการกับปัญหาจึงเป็นความพยายามของบุคคลที่จะจัดการควบคุมข้อเรียกร้องต่างๆ (หรือความเครียด) ไม่ว่าความพยายามนั้นๆ จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ก็ตาม

รูปแบบการจัดการกับปัญหา

กลวิธีในการจัดการกับปัญหาที่บุคคลประยุกต์ใช้เพื่อจัดการควบคุมสถานการณ์ที่ก่อความเครียดและเพื่อลดระดับความเครียด ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการใช้ความคิดและการลงมือปฏิบัตินั้น สามารถจำแนกอย่างกว้างๆ ได้ 2 ประเภท ตามการทำหน้าที่ (function) ของวิธีการจัดการกับปัญหา [41]

1. การจัดการกับปัญหาโดยมุ่งจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ความพยายามทั้งทางด้านการใช้ความคิด และการแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนหรือจัดการควบคุมปัญหาซึ่งเกิดจากสถานการณ์แวดล้อมที่เป็นต้นเหตุของความทุกข์

2. การจัดการกับปัญหาโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ คือ การพยายามที่จะควบคุมหรือบรรเทาอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่มีสาเหตุมาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยที่มิได้ไปเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสถานการณ์การจัดการกับปัญหาทั้ง 2 รูปแบบ จะทำหน้าที่ร่วมกันและส่งผลซึ่งกันและกัน โดยอาจจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน หรืออาจจะขัดขวางกันเองก็ได้ จากการวิเคราะห์ปัจจัยทางสถิติ (factor analysis) จากแบบสอบถาม Way Of Coping Checklist สามารถแบ่งกลวิธีในการจัดการกับปัญหาออกเป็น 8 รูปแบบย่อยดังนี้ (ซึ่งทั้ง 8 รูปแบบย่อยนั้นอยู่ภายใต้บริบทของวิธีการจัดการกับปัญหา 2 ประเภทใหญ่ข้างต้น) [53]

2.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontation coping) การจัดกับกับปัญหาในลักษณะเผชิญหน้าจะเป็นลักษณะของการใช้วิธีการที่แฝงไว้ด้วยความก้าวร้าวเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ วิธีการที่บ่งบอกถึงลักษณะของความไม่เป็นมิตร เช่น แสดงความโกรธกับบุคคลที่เป็นต้นเหตุของปัญหา ตลอดจนการกระทำการเสี่ยงต่างๆ

2.2 การอยู่ให้ห่างจากปัญหา (distancing) การจัดการกับปัญหาในลักษณะอยู่ให้ห่างจากปัญหานันๆ จะเป็นลักษณะของความพยายามในรูปแบบต่างๆ ที่จะกันตัวเองให้ออกห่างจากปัญหา เช่น พยายามไม่คิดหมกมุ่นอยู่กับปัญหานัน และการคิดในแง่มุมที่ดีของปัญหา

2.3 การควบคุมตัวเอง (self–control) การจัดการกับปัญหาในลักษณะควบคุมตัวเองเป็นลักษณะของความพยายามที่จะบังคับควบคุมความรู้สึกของตนเอง เช่น พยายามระงับความรู้สึกหรืออารมณ์ของตนไว้ รวมทังการควบคุมพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของตนเอง เช่น ไม่ลงมือกระทำอะไรโดยหุนหันพลันแล่น

2.4 การแสวงหาการสนับสนุนจากสังคม (seeking social support) การจัดการกับปัญหาในลักษณะการแสวงหาการสนับสนุนจากสังคม เป็นลักษณะของความพยายามที่จะแสวงหาข้อมูลหรือความรู้ต่างๆ วัตถุสิงของหรือสิงที่สามารถจะช่วยในการจัดการปัญหา ตลอดจนการแสวงหาการประคับประคองทางอารมณ์ จากสังคม

2.5 การแสดงความรับผิดชอบ (accepting responsibility) การจัดการปัญหาในลักษณะที่ยอมรับผิดชอบ เป็นลักษณะของการยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึนนันตนเองมีส่วนเกียวข้องด้วย เช่น ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ก่อปัญหาขึน และพยายามทำให้สิงต่างๆ ดีขึนหรือถูกต้องขึน เช่น กล่าวขอโทษหรือทำสิงหนึงสิงใดทดแทนความผิดนัน

2.6 การหลีกเลียงหรือหนีจากปัญหา (escape – avoidance) การจัดการกับปัญหาในลักษณะที่หลีกเลียงหรือหนีจากปัญหา เป็นลักษณะของการใช้ความคิดในเชิงปรารถนาหรือความคิดฝัน เช่น หวังว่าสิงศักด์สิทธิคงจะช่วยได้ และการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่จะหนีหรือหลีกเลียงจากปัญหานัน ลักษณะการจัดการกับปัญหารูปแบบนีจะแตกต่างจากรูปแบบ distancing ตรงที่รูปแบบ distancing จะเป็นลักษณะของการเมินเฉยไม่ใส่ใจกับปัญหา (detachment)

2.7 การแก้ไขปัญหา (planful problem – solving) การจัดการกับปัญหาในลักษณะแก้ไขปัญหาอย่างเป็นแบบแผน เป็นลักษณะของความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ซึงมุ่งไปที่สาเหตุของปัญหา โดยใช้ความรอบคอบและกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา

2.8 การประเมินสถานการณ์ซำในทางบวก (positive reappraisal) การจัดการกับปัญหาในลักษณะของการประเมินสถานการณ์ซำในทางบวก จะเป็นลักษณะของความพยายามที่

จะตีความหมายของสถานการณ์ที่มีต่อตัวบุคคลในทางที่ดี (positive meaning) โดยมุ่งไปที่การประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญส่งผลดีต่อการพัฒนาของบุคคล เช่น เปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้น การจัดการกับปัญหาในรูปแบบนี้จะบ่งบอกถึงลักษณะของความเลื่อมใสศรัทธาทางศาสนาด้วย เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ

โดยรูปแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาข้อมูลซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม จัดอยู่ในการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งจัดการปัญหาส่วนการอยู่ให้ห่างจากปัญหา การควบคุมตัวเอง การแสวงหาการประคับประคองทางอารมณ์ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสดงความรับผิดชอบ การหลีกเลี่ยงหรือหนีจากปัญหา การประเมินสถานการณ์ซ้ำในทางบวก จัดอยู่ในการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์

Moos (อ้างถึงใน Niven) [54] เป็นอีกผู้หนึ่งที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการจัดการกับปัญหาและการปรับตัวกับความเครียด และได้เสนอแบบจำลองเพื่อทำความเข้าใจเรื่องความเครียด การจัดการกับปัญหาและการปรับตัวกับความเครียด 3 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 3 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยภูมิหลังของบุคคลและปัจจัยด้านตัวบุคคล
2. ประเภทและบริบทของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
3. สภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ

ขั้นที่ 2 เริ่มต้นจากการประเมินทางพุทธิปัญญา ซึ่งจะนำไปสู่ภารกิจในการปรับตัวและกลไกในการจัดการกับปัญหาในลำดับต่อไป

ขั้นที่ 3 คือผลลัพธ์ที่เกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ

จากแบบจำลอง Moos กล่าวไว้ว่าเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต จะก่อให้เกิดการปรับตัวใน 5 ขั้นด้วยกัน ซึ่งในแต่ละขั้นต้องอาศัยทักษะในการจัดการกับปัญหาที่มีความหลากหลาย

1. การตีความหมายและการให้ความสำคัญของสถานการณ์ เป็นภารกิจแรกที่บุคคลจะต้องปรับตัวเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ ภายหลังจากระยะตกตะลึงซึ่งเป็นระยะแรกเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ได้คลี่คลายลงไป บุคคลจะเริ่มพยายามทำความเข้าใจเหตุการณ์นั้นว่ามีความสำคัญอย่างไรต่อตัวเขา เริ่มยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามที่จะหาคำอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. การเผชิญกับความจริง ในช่วงที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือประสบกับเหตุการณ์วิกฤต บุคคลจะต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ ข้อเรียกร้องหรือข้อกำหนดจากสังคมภายนอกซึ่งเป็นผลสืบเนื่อง

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึนที่จะต้องจัดการต่อไปภายภาคหน้า เช่น ภายหลังจากการเสียชีวิตจากบุคคลที่เป็นที่รัก บุคคลจะต้องดำเนินการจัดพิธีศพ จัดการเรื่องธุรกิจการเงินของผู้เสียชีวิต และอาจจะต้องตัดสินใจที่จะดำเนินชีวิตใหม่อีกครัง

3. การคงไว้ซึงความสัมพันธ์ ภารกิจด้านนีจะเกียวข้องกับปัญหาหรือความยุ่งยากในการเปิดรับการสือสาร ภายหลังจากการประสบกับวิกฤตการณ์หรือการเปลียนแปลง บุคคลมักจะรู้สึกว่ามันเป็นสิงทียากมากที่จะพูดคุยกับเพือนหรือญาติพีน้องทีพร้อมจะให้การช่วยเหลือ แม้ว่าบุคคลไม่สู้ที่จะเต็มใจจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอืน แต่บุคคลก็จะต้องรักษาระดับการสนับสนุนทางสังคมทีตนเองมีอยู่ไว้หรือเออออำนวยให้การสนับสนุนทางสังคมมีขึนมา ในหลายวิกฤตการณ์ผู้เชียวชาญทางด้านการดูแลสุขภาพและชุมชน เช่น แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น จำเป็นทีจะต้องช่วยสร้างหรือพัฒนาสัมพันธภาพในระดับทีพอเพียงต่อการคงไว้ซึงความสัมพันธ์กับบุคคลอืน เพือทีจะช่วยเปิดช่องทางการสือสารทีแสดงถึงความเข้าอกเข้าใจให้เกิดขึนกับบุคคล

4. การรักษาความสมดุลย์ของอารมณ์ การเปลียนแปลงและภาวะวิกฤตจะกระตุ้นเร้าให้เกิดอารมณ์ต่างๆ ขึนมากมาย บุคคลจึงจำเป็นทีจะต้องปรับสมดุลย์ของอารมณ์ให้อยู่ในระดับทีพอเหมาะ ลักษณะของเหตุการณ์จะเป็นตัวกำหนดลักษณะและความรุนแรงของอารมณ์ การจัดการกับความรู้สึกผิดหวังเสียใจเป็นระยะทีสำคัญทีจะพัฒนาและคงไว้ซึงความหวังในการดำเนินชีวิต เมือสถานการณ์แวดล้อมดูเหมือนจะไม่ให้ความหวังกับบุคคล

5. การปกปักรักษาภาพลักษณ์ของตนเอง บางเหตุการณ์หรือบางสถานการณ์เช่น การหย่าร้าง การสอบตกโดยเฉพาะบุคคลทีมีผลการเรียนดีมาตลอด อาจทำให้บุคคลสูญเสียความมันใจ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง การทีบุคคลพยายามหาจุดทีพอดีระหว่างการยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอืนกับการพยายามควบคุมการจัดการการดำเนินชีวิตด้วยตัวของตนเอง จึงเป็นสิงสำคัญต่อการปรับตัว

ในทุกสถานการณ์และวิกฤตการณ์ บุคคลต้องเผชิญกับภารกิจทีเกียวพันกับการปรับตัวทัง 5 ด้านนี ความสำคัญของภารกิจทัง 5 ด้าน จะแปรผันไปตามแต่ละบุคคล ลักษณะตามธรรมชาติของสิงทีก่อความเครียดและสภาพการณ์แวดล้อมโดยรอบเหตุการณ์นัน ดังเช่น ในเด็กเล็กๆ อาจจะยากทีเดียวทีจะให้ความหมายของการตาย หรือแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยทีเราจะรักษาความสมดุลย์ของอารมณ์ภายใต้สภาพการณ์แวดล้อมเหล่านีทีเกียวข้องกับการตาย จะเห็นได้ว่าภารกิจทัง 5 ด้าน เป็นสิงนำความยุ่งยากมาสู่การปรับตัว บุคคลจึงต้องพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหาทีมีลักษณะจำเพาะขึนมาเพือจัดการกับภารกิจเหล่านัน

นอกจากนี Moos ยังได้นำเสนอถึงปัจจัย 3 ประการ ที่เป็นตัวกำหนดว่าเพราะเหตุใดบุคคลบางคนจึงตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและภาวะวิกฤตแตกต่างไปจากบุคคลอื่นดังนี

1. ปัจจัยด้านประชากรและปัจจัยด้านตัวบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจสังคม วุฒิภาวะทางอารมณ์และความคิด ความมั่นใจในตนเอง ความแตกต่างทางศาสนาและภาวะวิกฤตที่เคยประสบมาก่อน รวมทั้งประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาที่เคยใช้ในอดีต

2. ปัจจัยด้านเหตุการณ์ หมายถึง ชนิดของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะที่แตกต่างกันของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดจะเป็นปัจจัยที่กำหนดลักษณะของภารกิจที่บุคคลต้องเผชิญ

3. ปัจจัยแวดล้อมด้านสังคมและทางกายภาพที่ส่งผลกระทบต่อภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญประการหนึ่งในการจัดการควบคุมภาวะวิกฤตหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งโดยส่วนมากแล้วมักจะนำไปสู่การปรับตัวที่ดีและทำให้ผลที่ตามมาหลังจากการเผชิญกับภาวะวิกฤตเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ทรัพยากรด้านสถาบัน (institutional resources) ในชุมชน เช่น โรงเรียนที่มีระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ก็มีบทบาทสำคัญที่ช่วยลดความเครียดในเด็กนักเรียนที่มีปัญหาความเครียดจากการเรียนหรือปัญหาอื่นๆ

ศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่ใช้ในการจัดการกับปัญหา (resources)

นอกจากการประเมินทางพุทธิปัญญาจะเป็นตัวกำหนดวิธีการในการจัดการกับปัญหาแล้วยังขึนอยู่กับศักยภาพหรือทักษะความสามารถซึ่งเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคลคนนันด้วย โดยที่บุคคลจะดึงศักยภาพหรือทักษะความสามารถมาใช้เมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ก่อความเครียดบุคคลที่เปียมด้วยศักยภาพหรือทักษะความสามารถ (resourcefullness) ก็คือบุคคลที่นอกจากจะเปียมไปด้วยศักยภาพแล้วยังรู้จักที่จะดึงศักยภาพมาใช้ในการจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Lazarus และ Folkman [41] ได้กล่าวถึงศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่ใช้ในการจัดการปัญหาไว้ดังนี

1. สุขภาพและพลังงาน (health and energy) บุคคลที่มีร่างกายอ่อนแอ อยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีความเหน็ดเหนื่อย หรืออยู่ในภาวะที่อ่อนแรงจะมีพลังงานในการจัดการกับปัญหาที่น้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ความสมบูรณ์แข็งแรงของสุขภาพกายทำให้บุคคลมีความคงทนต่อปัญหาหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด

2. ความเชื่อในทางที่ดี (positive beliefs) ความเชื่อในที่นีแบ่งออกเป็นความเชื่อเฉพาะเรือง (specific beliefs) กับความเชื่อที่ไม่เฉพาะเจาะจง (general beliefs) ความเชื่อในทางที่ดี

เป็นพื้นฐานของความหวัง (hope) และความพยายามในการจัดการกับปัญหา เมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด ความเชื่อที่ไม่เฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น เชื่อว่าผลลัพธ์จากการเผชิญหน้ากับสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้ เชื่อว่าบุคคลมีพลังอำนาจที่จะปรับเปลี่ยนผลลัพธ์จากการเผชิญหน้านั้น เชื่อในประสิทธิภาพของบุคคลหรือโปรแกรมการช่วยเหลือที่มีความสำคัญต่อบุคคล เช่น หมอ ครูอาจารย์ นักจิตวิทยา หรือโปรแกรมการรักษาเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นต้น หรือความเชื่อในทางที่ดีเกี่ยวกับระบบยุติธรรม ความศรัทธาในศาสนา หรืออื่นๆ เป็นต้น ความเชื่อประเภทนี้จะส่งเสริมให้บุคคลมีความหวังขึ้นมาได้มากกว่าความเชื่อเฉพาะเรื่อง ความเชื่อที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความเชื่อในเรื่องของการคาดหมายถึงอำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลที่เชื่อว่าอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ขึ้นอยู่ที่ตัวบุคคลเอง (internal locus of control) คือเชื่อว่าผลที่ตามมาที่จากการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยในตนเองและการกระทำของเขา โดยตรงข้ามกับบุคคลที่เชื่อว่าอำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ขึ้นกับสิ่งต่างๆ ภายนอกตัวบุคคล (external locus of control) ที่เชื่อว่าผลที่ตามมาจากการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ และอยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล เช่น โชคชะตาหรือกรรม โดยทั่วไปแล้วบุคคลที่เชื่อว่าอำนาจการควบคุมอยู่ที่ตนเอง จะเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาที่มุ่งจัดการที่สาเหตุของปัญหามากกว่าที่บุคคลที่เชื่อว่าอำนาจการควบคุมขึ้นอยู่กับสิ่งต่างๆ ภายนอก ซึ่งจะใช้รูปแบบที่มุ่งเน้นการจัดการที่อารมณ์มากกว่า (Strentz and Auerbach, อ้างถึงใน Auerbach and Gramling) [43] และดูเหมือนจะประสบกับความทุกข์ใจน้อยกว่าและจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า (Coen and Edwards, Parkes, อ้างถึงใน Auerbach and Gramling) [43]

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ ความสามารถในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์ว่าปัญหานั้นมีลักษณะอย่างไรเพื่อที่จะหาแนวทางแก้ไข การเปรียบเทียบแนวทางที่จะแก้ปัญหาแต่ละแนวทาง การเปรียบเทียบทางเลือกต่างๆ ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหมายไว้ และความสามารถที่จะคัดเลือกแผนการที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะในการแก้ไขปัญหายังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นด้วยเช่นกัน ได้แก่ ประสบการณ์ของบุคคล ความรอบรู้ ความสามารถทางสติปัญญาในการใช้ความรู้ที่มีอยู่ และความสามารถในการควบคุมตนเอง

4. ทักษะทางสังคม (social skills) คือความสามารถในการสื่อสารและการประพฤติปฏิบัติตัวกับบุคคลอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ทักษะทางสังคมช่วยให้การแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคคลคนอื่นเป็นไปอย่างราบรื่น ทำให้บุคคลมีความสามารถในการขอความร่วมมือหรือความช่วยเหลือจากสังคม และทำให้บุคคลรู้สึกว่าสามารถควบคุมการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้

5. การสนับสนุนทางสังคม (social support) การมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือประคับประคองทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร หรือการช่วยเหลือทางด้านสิ่งของหรือบริการ ก็เป็นศักยภาพหรือทักษะความสามารถในการจัดการปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคล

6. ศักยภาพทางด้านวัตถุ (material resources) หมายถึงทรัพย์สินเงินทอง สินค้า หรือบริการ ที่เงินสามารถหาซื้อได้ บุคคลที่มีศักยภาพในเรื่องเหล่านี้แม้เพียงชั่วครั้งชั่วคราวย่อมมีทางเลือกในการจัดการกับปัญหาเพิ่มขึ้นด้วย เช่น ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในทางกฎหมาย จากผู้เชียวชาญทางแพทย์ หรือแม้กระทั่งความช่วยเหลือในด้านการเงิน อย่างสะดวกราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย หรือถ้าคนเรามีเงินความหวันไหวหรือความเปราะบางต่อสิ่งที่คุกคามอาจจะลดน้อยลงและเมื่อความหวันไหวลดลงก็จะเกิดการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพตามมา

นอกจากการประเมินทางพุทธิปัญญา ศักยภาพหรือทักษะความสามารถซึ่งเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคลผู้นั้น ซึ่งบุคคลจะดึงมาใช้เมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ จะเป็นปัจจัยที่กำหนดวิธีการในการจัดการกับปัญหาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับภาวะที่มายับยั้งการใช้ศักยภาพหรือทักษะความสามารถด้วย

นอกจากศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่บุคคลจะนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาทั้ง 5 ประเภทที่ลาซารัสและโฟล์กแมนได้กล่าวถึงมานั้น Auerbach and Gramling [43] ยังได้อธิบายถึงบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพซึ่งได้แก่ สติปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพบางประการดังนี

สติปัญญา บุคคลที่มีระดับสติปัญญาสูงจะมีความสามารถในการประยุกต์ใช้วิธีการในการจัดการกับปัญหาที่มุ่งจัดการที่สาเหตุมากกว่า สามารถคาดการณ์สถานการณ์ได้ดีกว่า และสามารถเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมกว่า การศึกษาส่วนใหญ่มักจะดำเนินการในเด็ก และพบว่าความสามารถทางสติปัญญาเป็นตัวทำนายประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง เช่น การศึกษาในเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดามีปัญหาทางจิตเวช พบว่าเด็กๆ ที่สามารถจัดการกับปัญหาได้ดี จะเป็นเด็กที่มีความสามารถทางสติปัญญาและมีความคิดสร้างสรรค์ และเด็กๆที่เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้เขาไม่ต้องเผชิญกับปัญหาความยุ่งยากต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพทางจิตใจของบิดามารดา (Cohler อ้างถึงใน Auerbach and Gramling) [43]

ความทรหดอดทน (hardiness) บุคคลที่มีลักษณะเช่นนี้จะเชื่อว่าสิ่งที่ประสบพบเจอในชีวิตสามารถที่จะจัดการควบคุมได้ มีทัศนะต่อการเปลี่ยนแปลงต่างในชีวิตในแง่มุมที่ดี และมองว่า

เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นการเกิดขึ้นโดยปกติวิสัย ความแตกต่างในบุคลิกลักษณะด้านความอดทนจะส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์และการจัดการปัญหาในตัวบุคคล

ความใฝ่รู้ที่จะสังสมศักยภาพและทักษะต่างๆ ตลอดจนมีการนำไปใช้ในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (learned resourcefulness) บุคคลที่มีลักษณะดังกล่าวเป็นบุคคลที่มีทักษะในการควบคุมตนเองและจัดการกับอารมณ์ตนเอง ตลอดจนเปียมไปด้วยทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะดังกล่าวก่อให้เกิดความเชื่อว่าบุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้

การมองโลกในแง่ดี (optimism) บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าความล้มเหลวหรือความพ่ายแพ้เป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ความพ่ายแพ้หรือล้มเหลวจะเป็นสิ่งที่ท้าทายตัวเขาและมีความพยายามที่จะเอาชนะให้ได้

solutogenic orientation เกิดจากความคิดว่า ทำไมคนเราจึงไม่มีอาการป่วยทั้งๆ ที่มีความเครียดอย่างเห็นได้ชัด คำตอบก็คือเพราะคนนั้นมีแหล่งสนับสนุนที่ดี หรือมีอะไรดีๆ ในชีวิต เช่น มีเงินใช้สอยสะดวก มีความมั่นคงในตัวเอง มีการสนับสนุนทางสังคมดี เป็นต้น คนที่มีประสบการณ์ดีๆ ในชีวิตจะเกิดความรู้สึกว่า ชีวิตนี้เข้าใจง่าย ทำนายได้ ควบคุมได้ และมีความหมาย ดังนั้นจึงไม่เครียดแม้จะตกอยู่ในสภาพการณ์ที่น่าจะเครียด [43]

ประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการปัญหารูปแบบต่าง ๆ

ถึงแม้ว่าในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบของการจัดการกับปัญหาจะเสนอแนะว่ารูปแบบการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งเน้นจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของบุคคล และส่งเสริมความรู้สึกด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-worth) และประสิทธิภาพในตนเอง (self-efficacy) แต่ในบางสถานการณ์รูปแบบที่มุ่งเน้นจัดการที่อารมณ์ก็มีประโยชน์เช่นเดียวกัน ภายใต้ระดับความเครียดที่สูง วิธีการจัดการกับปัญหารูปแบบนี้จะช่วยทำให้บุคคลสามารถระงับระดับความวิตกกังวลให้ลดลงมาได้ และทำให้บุคคลสามารถประเมินข้อเรียกร้องต่างๆ ที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ และวางแผนการที่เหมาะสมและดำเนินการตามแผนการนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปแล้วการจัดการกับปัญหารูปแบบนี้เป็นกลยุทธ์ที่มีประโยชน์ในระยะเวลาอันสั้นๆ และเมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่บุคคลที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนอะไรได้เลย ซึ่งในกรณีนี้รูปแบบที่มุ่งเน้นการจัดการกับสถานการณ์มักจะใช้ไม่ค่อยได้ผล Dise ~ Lewis (อ้างถึงใน Auerbach and Gramling) [43] ศึกษากลวิธีในการจัดการปัญหาในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นมีการใช้วิธีการในการจัดการปัญหาทั้ง 2 รูปแบบ อย่างหลากหลายวิธี และเทคนิคเหล่านั้นเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ที่ช่วยหันเหความสนใจของวัยรุ่นออกจากสิ่งก่อให้เกิดความเครียด นอกจากนั้นยังพบว่าวิธีการจัดการกับปัญหาที่มุ่งจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียด มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่ดีและ

ความทุกข์ใจในระดับต่ำในกลุ่มวัยรุ่น ในขณะที่การใช้วิธีการจัดการกับปัญหาแบบหลีกหนีและรูปแบบอื่นๆ ที่จัดอยู่ในประเภทมุ่งจัดการที่อารมณ์จะมีประสิทธิภาพน้อยกว่า

อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของการจัดการกับปัญหาจะขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ของการจัดการกับปัญหากับทั้งสองรูปแบบ บุคคลที่จัดการกับสาเหตุของปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ความยุ่งยากทางอารมณ์มิได้ถูกจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นผู้ที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา เช่นเดียวกับบุคคลที่สามารถจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยากได้แต่ไม่สามารถจัดการกับสาเหตุของปัญหาได้ ก็ไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นผู้ที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาเช่นเดียวกัน [41]

4. งานวิจัยที่เกียวข้อง

- Valiakalayil, Paulson และ Tibbo [56] ได้ทำการศึกษาเกียวกับภาระของครอบครัว ในลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี จำนวน 13 คน (ชาย9 คน,หญิง 4 คน) โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างที่ถามเกียวกับความรู้เกียวกับโรคจิตเภท ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อชีวิตส่วนตัว กลวิธีในการจัดการกับปัญหาที่ใช้ และอนาคตที่คาดหวัง พบว่า ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะไม่มีความรู้เกียวกับการป่วยของพ่อแม่ของเขา, มีความสัมพันธ์ที่เป็นอุปสรรคกับอาการของพ่อแม่(แง่บวกและแง่ลบ), ต้องการที่จะยอมรับว่าสิงที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัวเพิมขึน และมีความเครียดและวิตกกังวลเกียวกับของสวัสดิภาพในอนาคตผู้ปกครองของพวกเขา

- Lee & Larson [52] ได้ทำการศึกษาเรืองประสิทธิภาพของการจัดการกับปัญหา กรณีความเครียดจากการสอบเข้ามหาวิทยาลัย ในกลุ่มวัยรุ่นชาวเกาหลีจำนวน 538 คน ซึงเรียนอยู่ชันเกรด 12 พบว่าวิธีการแก้ปัญหาและการแสวงหาข้อมูลข่าวสารจะสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้าที่ตำ ในขณะที่วิธีการระเบิดอารมณ์สัมพันธ์กับอาการทางกายที่เพิมมากขึน

- Neill และ Heubeck [57] ได้ทำการศึกษารูปแบบการจัดการกับปัญหาในนักเรียนชันมัธยมชาวออสเตรเลีย จำนวน 251 คน เมือต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากโปรแกรมการศึกษานอกโรงเรียน และพบว่ากลวิธีการจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดประโยชน์ (productive coping) โดยเฉพาะอย่างยิงการใช้วิธีการแก้ไขปัญหาจะสัมพันธ์กับภาวะทางจิตใจที่ดี ส่วนกลวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่ก่อให้เกิดผลอันใดตามมา

(nonproductive coping) ได้แก่ การเพิกเฉยต่อปัญหาและการใช้ความคิดในเชิงปรารถนาหรือนึกฝันจะสัมพันธ์กับความทุกข์ใจ (psychological distress) และความรู้สึกว่าไม่มีความผาสุกในชีวิต

- Printz, Shermis, และ Webb. [58] ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยบรรเทาความรุนแรงจากผลกระทบของความเครียด ที่สัมพันธ์กับการจัดการกับปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมเกรด 9 และ 10 จำนวน 122 คน พบว่าศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่บุคคลนำไปใช้ในการจัดการกับปัญหา ซึ่งได้แก่ ทักษะในการแก้ไขปัญหาและการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นสื่อกำหนด (mediate) ผลกระทบต่อการปรับตัวของวัยรุ่นจากเหตุการณ์ที่ก่อความเครียด

- Donalson และคณะ [59] ทำการศึกษารูปแบบการจัดการกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายหญิง อายุ 9-17 ปี พบว่ารูปแบบการจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้บ่อยที่สุดได้แก่ ความคิดในเชิงปรารถนาหรือนึกฝัน การแก้ไขปัญหาและการควบคุมอารมณ์ โดยแบบแผนของกลวิธีที่ใช้ในการจัดการปัญหาดังกล่าวจะมีความคล้ายคลึงกันในทุกสถานการณ์ที่เกิดความเครียด

- ตรีนุช ธงไชย [6] ได้ทำการศึกษาและเปรียบเทียบปัญหาความเครียดภายในครอบครัวและวิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหาดังกล่าว ในวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียว และวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวปกติ ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียว 79 คน และวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวปกติ 321 คน พบว่ามีความแตกต่างในวิธีจัดการกับปัญหาภายในครอบครัวของทั้งสองกลุ่ม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- รักชนก คชไกร [60] ได้ทำการศึกษาความเครียด บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาในแต่ละรูปแบบ พบว่าวัยรุ่นจะเผชิญปัญหาด้วยวิธีที่มุ่งเน้นปัญหามากกว่าวิธีมุ่งเน้นทางอารมณ์ แต่มากกว่าเพียงเล็กน้อย

- สุภาพร เฉยทิม [61] ศึกษาความสามารถในการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มนักเรียนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือ ความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ

- สาโรช คำรัตน์ [62] ทำการศึกษาการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,702 คน พบว่ามีลักษณะความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ และรองลงมาคือการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหนีปัญหา

- อรุณี เกษรอุบล [63] ทำการศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 404 คน พบว่ากลวิธีในการจัดการกับปัญหาที่วัยรุ่นใช้บ่อย ได้แก่ การแสดงความรับผิดชอบ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและการแก้ไขปัญหา มากกว่า การหลีกหนีปัญหาและการเผชิญปัญหา และพบว่าวิธีจัดการกับปัญหา เป็นปัจจัยในการป้องกันความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที 3
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครังนีเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึง (Cross-sectional Descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ เด็กวัยรุ่นทีมีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึง หรือทังสองคน ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

ประชากรตัวอย่าง (Sample of population) คือ เด็กวัยรุ่นทีมีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึง หรือทังสองคน ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ทีมาเข้ารับการรักษาที โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ เด็กวัยรุ่นทีมีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึง หรือทังสองคน ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ทีมาเข้ารับการรักษาทีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา ตังแต่เมือผู้วิจัยเริมเก็บข้อมูล จนถึงระยะเวลาทีผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนตัวอย่างทีได้จากการคำนวณ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างทีกำหนดดังนี

- มีอายุระหว่าง 13-18 ปี
- ไม่มีโรคทางจิตเวชทีรุนแรง ซึงได้แก่ โรคจิต โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์กลุ่ม Bipolar หรือโรคซึมเศร้า ภาวะปัญญาอ่อน
- ต้องอยู่ในภาวะทีมีสติสัมปะชัญญะครบถ้วน สามารถตอบคำถามหรือทำแบบทดสอบได้

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณา (Descriptive Studies)

โดยใช้สูตร $n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตที่มีในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ความชุกเท่ากับ 0.231

q = 1- p มีค่าเท่ากับ 0.769

d = ค่าความคาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1

ค่าความชุก 0.231 ได้มาจาก ค่าความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตของลูกที่มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จากการศึกษาของ C. Manning [25]

แทนค่า $n = \frac{(1.96)^2 \times 0.231 \times 0.769}{(0.1)^2}$

ขนาดตัวอย่าง = 68 คน

วิธีเลือกตัวอย่าง ใช้การเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยทำการเก็บตัวอย่างจากเด็กวัยรุ่นที่มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่ง หรือทั้งสองคน ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา ทุกรายที่ให้ความร่วมมือ ในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของลูกผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 7 ข้อ ข้อมูลส่วนครอบครัวของลูกผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 16 ข้อ ข้อมูลส่วนสังคมของลูกผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยจะทำการสอบถามจากญาติหรือจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) พัฒนาโดย นพ. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2540) [5] ข้อคำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นคอร์นบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) เท่ากับ 0.7

การให้คะแนน

ให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วพิจารณาดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึนกับผู้ตอบบ้าง แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึนกับผู้ตอบให้ประเมินว่าผู้ตอบ มีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นัน แล้วให้เครื่องหมายในช่องนันๆ

การให้คะแนนของแบบวัดความเครียดสวนปรุง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้คะแนน 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ดังนี

ตอบไม่มีอาการเลย	ให้ 1 คะแนน
ตอบมีอาการเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบมีอาการปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบมีอาการมาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบมีอาการมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ไม่ตอบ	ให้ 0 คะแนน

การแปลผล

แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มี คะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี

คะแนน	0 – 24	เครียดในระดับตำ
คะแนน	25 – 42	เครียดในระดับปานกลาง
คะแนน	43 – 62	เครียดในระดับสูง
คะแนน	63 ขึนไป	เครียดในระดับรุนแรง

โดยมีรายละเอียดดังนี

1. ความเครียดในระดับตำ (Mild Stress) หมายถึง ความเครียดขนาดน้อยๆ และหายไปในระยะเวลาอันสันเป็นความเครียดที่เกิดขึนในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนีไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึนในชีวิตประจำวันเนืองจากมีสิงคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทัวๆ ไปไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว จนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้หมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกาย หรือโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหา โดย ตรีนุช ธงไชย (2540) [6] ซึ่งแปลมาจาก The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience (A-Cope) ของ McCubbin, Patterson และ Harris (1981) [7] ประกอบด้วยข้อคำถาม 46 ข้อ โดยให้วัยรุ่นตอบข้อซึ่งสะท้อนถึงวิธีจัดการกับปัญหาดังนี

1. <u>การระบายความรู้สึก</u> (Ventilation feeling) เป็นวิธีการลดความเครียด ความยุ่งยากใจ ด้วยการบ่นกับตัวเอง การพูดประชดประชันถากถางคนอื่น การบ่น หรือเปรยๆ ให้คนอื่นฟัง เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ คือ ข้อที่ 15, 16, 17, 22
2. <u>การหาทางเบี่ยงเบน</u> (Seeking diversions) เป็นวิธีการลดความเครียด ด้วยการทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหลีกหนีปัญหา หรือเพื่อให้ลืมปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การนอนหลับ การดูทีวี หรือการอ่านหนังสือ เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ คือ ข้อที่ 27, 28, 29, 37, 38, 39, 42, 46
3. <u>การพัฒนาตนเองและมองโลกในแง่ดี</u> (Developing self – reliance and optimism) เป็นวิธีแก้ปัญหาโดยมองอย่างเป็นระบบและเป็นไปในทางบวกมากขึ้น ได้แก่ การจัดระบบชีวิต และจัดระบบสิ่งต่างๆ ที่ต้องทำ และพยายามตัดสินใจแก้ปัญหาทุกอย่างด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 34
4. <u>การหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม</u> (Developing social support) แสดงถึงการเชื่อมต่ออารมณ์และความรู้สึกของวัยรุ่นที่มีต่อคนรอบข้างในการที่จะแก้ไขปัญหาหรือแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาให้คนรอบข้างรับรู้มากขึ้น ได้แก่ การพยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา การร้องไห้ การพูดคุยระบายความรู้สึกที่มีให้เพื่อนฟัง เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ คือ ข้อที่ 11, 12, 14, 18, 23, 44
5. <u>การแก้ปัญหาของครอบครัว</u> (Solving family problems) เป็นวิธีแก้ปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว แสดงถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือกฎระเบียบของพ่อแม่ การใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่ และ

การพูดคุยระบายความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ คือ ข้อที่ 5, 13, 19, 20, 21, 35

6. การหลีกเลี่ยงปัญหาโดยใช้สารเสพย์ติด (Avoiding problems with addictive substance) เป็นวิธีแก้ปัญหาโดยใช้สารเสพติดเพื่อหลีกหนีปัญหา ในการศึกษานี้ใช้สารเสพติด ประเภทบุหรี่ ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ คือ ข้อที่ 45
7. การหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมด้านจิตวิญญาณ ศาสนา (Seeking spiritual support) เป็นวิธีการแก้ปัญหาโดยการหาแหล่งศรัทธาทางจิตใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การสวดมนต์ การไปวัด ไปโบสถ์ และการพูดคุยกับพระสงฆ์ หรือนักบวชที่เคารพนับถือ เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ คือ ข้อที่ 26, 40, 41
8. การอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนสนิท (Investing in close friend) เป็นวิธีการแก้ปัญหาโดยลดความกังวลของวัยรุ่น โดยใช้กลุ่มเพื่อน หรือคนที่รัก ได้แก่ พยายามใกล้ชิดกับคนที่รักและเป็นห่วง ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ คือ ข้อที่ 10
9. การหาแหล่งช่วยเหลือจากผู้เชียวชาญ (Seeking professional support) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาโดยการขอความช่วยเหลือจากผู้เชียวชาญและมีประสบการณ์ ได้แก่ การพูดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาครูแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ และไปหาผู้เชียวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 24, 25
10. การหันไปทำกิจกรรมอื่นๆ ให้มากขึ้น (Engaging in demanding activity) เป็นวิธีแก้ไขปัญหาโดยการแสดงออกในรูปของพฤติกรรมที่มีเป้าหมายแน่นอน ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น พยายามปรับปรุงตนเองในทางที่ดีขึ้น เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ คือ ข้อที่ 6, 32, 33, 36
11. การใช้อารมณ์ขัน (Being humorous) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาโดยการใช้อารมณ์ขัน ไม่เคร่งเครียดกับการแก้ไขปัญหา ได้แก่ พยายามมองปัญหาให้เป็นเรื่องสนุก และไม่จริงจังกับปัญหามากนัก เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 7, 8
12. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาโดยการผ่อนคลาย เพื่อคลายเครียดกับปัญหาที่ต้องเผชิญ ได้แก่ การฟังวิทยุ เทป การวาดฝันถึงสิ่งที่อยากจะให้มีอยากจะให้เป็น เป็นต้น ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 9, 30, 31, 43

ในข้อคำถามทั้ง 46 ข้อ จะมีข้อความที่มีความหมายทางบวก (เชิงนิมาน) จำนวน 41 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9,10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ (เชิงนิเสธ) จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อคำถามที่ 15, 16, 17, 31, 45

โดยมีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.66

<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u>

ให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาว่า ได้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาในแต่ละข้อบ่อยเพียงใด โดยคำตอบจะแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนันเลย
นานๆ ครัง	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนันบ้าง โดยนานๆ จะใช้วิธีการดังกล่าวสักครัง
เป็นบางครัง	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนันเป็นบางครังแต่ไม่บ่อย
บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนันบ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ
เป็นประจำสม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนันเป็นประจำสม่ำเสมอ

การให้คะแนนขึนอยู่กับลักษณะของข้อความ ถ้าข้อความนันมีความหมายทางบวก การให้คะแนนจะเป็นดังนี

<u>ตัวเลือก</u>	<u>คะแนน</u>
ไม่เคยเลย	1
นานๆ ครัง	2
เป็นบางครัง	3
บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	4
เป็นประจำสม่ำเสมอ	5

ถ้าข้อความนันมีความหมายเป็นทางลบ การให้คะแนนจะเป็นดังนี

<u>ตัวเลือก</u>	<u>คะแนน</u>
ไม่เคยเลย	5
นานๆ ครัง	4
เป็นบางครัง	3
บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	2
เป็นประจำสม่ำเสมอ	1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การแปลความหมายคะแนน

หากค่าคะแนนเฉลียของวิธีจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับสูง แสดงถึงความถีในการใช้พฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับสูง แต่ถ้าค่าคะแนนเฉลียของวิธีจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับต่ำ ก็จแสดงถึงความถีในการใช้พฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครังนี ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินงานดังนี

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรืองขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชีแจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูลโดยละเอียด และขอความร่วมมือจากผู้ปกครอง หรือญาติทีดูแลก่อน เมือผู้ปกครองเห็นสมควรและเซ็นยินยอมในใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์ (Consent Form) จึงไปขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท และเมือผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นสมควรเซ็นยินยอมในใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์ (Consent Form) แล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

4. ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลของคำตอบจากแบบสอบถามทีได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่างเพือให้ได้ข้อมูลทีสมบูรณ์ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติต่อไป

5. เนืองจากการตอบแบบสอบถามนี ให้อิสระในการตอบคำถามแก่ผู้ตอบว่าถ้าข้อใดไม่ยินดีทีจะเปิดเผยก็สามารถทีจะไม่ตอบได้ ทำให้แบบสอบถามดังฉบับนันๆ ไม่สมบูรณ์ ดังนันผู้วิจัยก็จะไม่นำข้อมูลดังกล่าวมารวมในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครังนี ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพืออธิบายลักษณะทัวไปของปัจจัย ส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครอบครัว และปัจจัยส่วนสังคมของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงข้อมูลการป่วยของพ่อแม่ด้วย ได้แก่ ค่าเฉลีย ร้อยละ ความถี ส่วนเบียงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพือทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ทีเกียวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Independent t-test, One – Way ANOVA และ Multiple regression analysis

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 3 วิธีจัดการกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกียวข้องกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความเครียด

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการปัญหากับความเครียด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
Median	แทน	ค่ามัธยฐาน
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ Independent – Samples T test
F	แทน	ค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ One – Way ANOVA
d f	แทน	องศาอิสระ
p – value	แทน	ค่าคงที่ของสมการทำนาย
constant	แทน	ค่าคงที่ของสมการทำนาย
R	แทน	สัมประสิทธิสหสัมพันธุ์พหุคูณ
R^2	แทน	สัมประสิทธิการตัดสินใจ
B	แทน	สัมประสิทธ์การถดถอยของตัวทำนายซึงทำนายในรูปคะแนนดิบ
ß	แทน	สัมประสิทธ์การถดถอยของตัวทำนายซึงทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
S.E. B	แทน	ค่าความคลาดเคลือนมาตรฐานของสัมประสิทธิการถดถอยของตัวทำนาย
S.E. est	แทน	ค่าทีวัดการกระจายของค่าคลาดเคลือนรอบๆ เส้นตรง
Z – score	แทน	คะแนนมาตรฐานที่แปลงมาจากคะแนนดิบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 68)

	จำนวน (คน)	**ร้อยละ**
เพศ		
ชาย	34	50
หญิง	34	50
อายุ		
13 – 15 ปี	40	58.8
16 – 18 ปี	28	41.2
Mean = 15.43 , S.D. = 2.017		
ศาสนา		
พุทธ	63	96.2
คริสต์	1	1.5
อิสลาม	4	5.9
จำนวนพี่น้อง นับรวมตัวเอง		
ลูกคนเดียว	20	29.4
2 – 3 คน	41	60.3
4 - 5 คน	7	10.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	22.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	41.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	29.4
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	5	7.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 68) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา		
ต่ำกว่า 2.00	3	4.4
2.00 – 2.49	11	16.2
2.50 – 2.99	22	32.4
3.00 – 3.49	18	26.5
3.50 – 4.00	13	19.1
ไม่ตอบ	1	1.5

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 68 คน เป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 15.43 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีจำนวนพี่น้อง(นับรวมตนเอง) 2-3 คน มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และมีคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมาเท่ากับ 2.50 – 2.99

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ข้อมูลส่วนครอบครัวของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N = 68)

	จำนวน (คน)	**ร้อยละ**
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
2 – 4 คน	36	52.9
5 - 7 คน	32	47.1
รายได้เฉลียของครอบครัวต่อเดือน		
ตำกว่า 5,000 บาท	19	27.9
5,000 – 15,000 บาท	24	35.3
15,000 บาทขึนไป	25	36.8
สถานะทางการเงินของครอบครัว		
เพียงพอมีเหลือเก็บ	19	27.9
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	16	23.5
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนีสิน	12	17.6
ไม่เพียงพอและมีหนีสิน	21	30.9
สถานภาพสมรสของพ่อแม่		
อยู่ด้วยกัน	49	71.2
แยกกันอยู่ชัวคราว	7	10.3
หย่าหรือแยกทางกัน	11	16.2
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	1	1.5
อายุของพ่อ		
31 – 40 ปี	18	26.5
41 – 50 ปี	34	50.0
51 ปี ขึนไป	16	23.5

Mean = 45.91 , S.D. = 6.547

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N = 68) (ต่อ)

	จำนวน (คน)	**ร้อยละ**
อายุของแม่		
31 – 40 ปี	31	45.6
41 – 50 ปี	29	42.6
51 ปี ขึ้นไป	8	11.8
Mean = 42.94 , S.D. = 6.409		
โรคประจำตัวทางกายของพ่อ		
ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย	47	69.1
มีโรคประจำตัวทางกาย	21	30.9
โรคประจำตัวทางกายของแม่		
ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย	55	80.9
มีโรคประจำตัวทางกาย	13	19.1
ระดับการศึกษาของพ่อ		
ประถมศึกษา	33	48.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	13.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11	16.2
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	10	14.7
สูงกว่าปริญญาตรี	5	7.4
ระดับการศึกษาของแม่		
ประถมศึกษา	32	47.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	13.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13	19.1
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	13	19.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N = 68) (ต่อ)

	จำนวน (คน)	**ร้อยละ**
อาชีพของพ่อ		
มีรายได้ประจำ เช่น ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	19	27.9
ไม่มีรายได้ประจำ เช่น รับจ้าง เกษตรกรรม	49	72.1
อาชีพของแม่		
มีรายได้ประจำ เช่น ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	6	8.8
ไม่มีรายได้ประจำ เช่น รับจ้าง เกษตรกรรม	62	91.2
ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อกับแม่		
ดี	56	82.4
ไม่ดี	12	17.6
ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับพ่อ		
ดี	59	86.8
ไม่ดี	9	13.2
ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับแม่		
ดี	65	95.6
ไม่ดี	3	4.4
ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว		
ดี	66	97.1
ไม่ดี	2	2.9

จากตารางที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 15,000 บาทขึ้นไป สถานะทางการเงินในครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีความเพียงพอแต่มีหนีสิน

พ่อมีอายุ 41 – 50 ปี แม่มีอายุ 31 – 40 ปี สถานภาพสมรสของพ่อแม่อยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่พ่อและแม่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ระดับการศึกษาของพ่อและแม่อยู่ในระดับชันประถมศึกษา และพ่อแม่ส่วนใหญ่ทำงานแบบไม่มีรายได้ประจำ เช่น รับจ้าง เกษตรกรรม เป็นต้น

ในด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพ่อและแม่ส่วนใหญ่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับพ่อ แม่ และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวดี

1.3 ข้อมูลทางสังคมของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางสังคมของลูกวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง (N = 68)

	จำนวน (คน)	**ร้อยละ**
ความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อน ๆ		
สนิทสนมกันดีมาก ไม่ค่อยทะเลาะกัน	40	58.8
สนิทสนมกันปานกลาง ทะเลาะกันบางครั้ง	28	41.2
ความสัมพันธ์ไม่ค่อยดี ทะเลาะกันเป็นประจำ	0	0
การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน		
ไม่เคย	5	7.4
สัปดาห์ละ 1 – 3 วัน	23	33.8
สัปดาห์ละ 3 – 5 วัน	22	32.4
สัปดาห์ละ 5 – 7 วัน	18	26.5
จำนวนเพื่อนสนิท		
ไม่มีเลย	3	4.4
1 – 3 คน	13	19.1
3 – 5 คน	15	22.1
5 – 7 คน	6	8.8
7 คนขึ้นไป	31	45.6
การทำกิจกรรมในโรงเรียน		
ไม่เคย	22	32.4
เคย	46	67.6
บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ		
บุคคลภายในครอบครัว	47	69.1
บุคคลภายนอกครอบครัว	21	30.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 3 พบว่าในด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ อย่างสนิทสนมกันดีมาก ไม่ค่อยทะเลาะกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน เล่นกีฬา หรือไปเที่ยวด้วยกันสัปดาห์ละ 1 - 3 วัน มีจำนวนเพื่อนสนิท 7 คนขึ้นไป ส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมในโรงเรียนหรือสถานศึกษา เช่น แข่งกีฬา เข้าชมรม และเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจกลุ่มตัวอย่างจะเลือกที่จะไปปรึกษากับบุคคลภายในครอบครัวมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของพ่อแม่ (N = 68)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง		
พ่อ	24	35.3
แม่	44	64.7
ระยะเวลาที่ป่วย		
ต่ำกว่า 1 ปี	8	11.8
1 – 5 ปี	18	26.5
5 – 10 ปี	21	30.9
10 ปี ขึ้นไป	21	30.9
ความรุนแรงของอาการป่วย		
รุนแรงมาก	4	5.9
รุนแรง	10	14.7
ไม่ค่อยรุนแรง	35	51.5
ดูปกติเหมือนคนทั่วไป	19	27.9

จากตารางที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นแม่ ระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 – 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป และความรุนแรงของอาการป่วย พบว่าส่วนใหญ่ไม่ค่อยรุนแรง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (N =68)

ระดับของความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดในระดับต่ำ (0 - 24 คะแนน)	2	2.9
เครียดในระดับปานกลาง (25 - 42 คะแนน)	38	55.9
เครียดในระดับสูง (43 - 62 คะแนน)	25	36.8
เครียดในระดับรุนแรง (63 คะแนนขึ้นไป)	3	4.4

Mean = 41.32 , SD. = 12.259

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (N =68)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
1.กลัวทำงานพลาด		
ไม่รู้สึก	13	19.1
เล็กน้อย	27	39.7
ปานกลาง	19	27.9
มาก	5	7.4
มากที่สุด	4	5.5
2.ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้		
ไม่รู้สึก	12	17.6
เล็กน้อย	25	36.8
ปานกลาง	21	30.9
มาก	8	11.8
มากที่สุด	2	2.9
3.ครอบครัวมีความขัดแย้งในเรื่อง เงินทองหรือเรื่องงานในบ้าน		
ไม่รู้สึก	13	19.1
เล็กน้อย	28	41.2
ปานกลาง	17	25.0
มาก	7	10.3
มากที่สุด	3	4.4
4.เป็นกังวลเรื่องสารพิษหรือมลภาวะ ในอากาศ นำ เสียง และ ดิน		
ไม่รู้สึก	28	41.2
เล็กน้อย	23	33.8
ปานกลาง	11	16.2
มาก	4	5.9
มากที่สุด	2	2.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
5.รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ		
ไม่รู้สึก	24	35.3
น้อย	18	26.5
ปานกลาง	14	20.6
มาก	9	13.2
มากที่สุด	3	4.4
6.เงินไม่พอใช้จ่าย		
ไม่รู้สึก	17	25.0
น้อย	15	22.1
ปานกลาง	22	32.4
มาก	9	13.2
มากที่สุด	5	7.4
7.กล้ามเนื้อปวดตึง		
ไม่รู้สึก	28	41.2
น้อย	22	32.4
ปานกลาง	14	20.6
มาก	2	2.9
มากที่สุด	2	2.9
8.ปวดหัวจากความเครียด		
ไม่รู้สึก	25	36.8
น้อย	23	33.8
ปานกลาง	9	13.2
มาก	9	13.2
มากที่สุด	2	2.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
9.ปวดหลัง		
ไม่รู้สึก	38	55.9
น้อย	17	25.0
ปานกลาง	9	13.2
มาก	3	4.4
มากที่สุด	1	1.5
10.ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง		
ไม่รู้สึก	32	47.1
น้อย	16	23.5
ปานกลาง	14	20.6
มาก	4	5.9
มากที่สุด	2	2.9
11.ปวดหัวข้างเดียว		
ไม่รู้สึก	32	47.6
น้อย	22	32.4
ปานกลาง	9	13.2
มาก	3	4.4
มากที่สุด	2	2.9
12.รู้สึกวิตกกังวล		
ไม่รู้สึก	19	27.9
น้อย	27	39.7
ปานกลาง	17	25.0
มาก	5	7.4
มากที่สุด	0	0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
13.รู้สึกคับข้องใจ		
ไม่รู้สึก	29	42.6
น้อย	19	27.9
ปานกลาง	16	23.5
มาก	3	4.4
มากที่สุด	1	1.5
14.รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด		
ไม่รู้สึก	15	22.1
น้อย	29	42.6
ปานกลาง	17	25.0
มาก	6	8.8
มากที่สุด	1	1.5
15.รู้สึกเศร้า		
ไม่รู้สึก	29	42.6
น้อย	26	38.2
ปานกลาง	8	11.8
มาก	3	4.4
มากที่สุด	2	2.9
16.ความจำไม่ดี		
ไม่รู้สึก	28	41.2
น้อย	22	32.4
ปานกลาง	13	19.1
มาก	4	5.9
มากที่สุด	1	1.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
17.รู้สึกสับสน		
ไม่รู้สึก	30	44.2
น้อย	17	25.0
ปานกลาง	16	23.5
มาก	4	5.9
มากที่สุด	1	1.5
18.ตังสมาธิลำบาก		
ไม่รู้สึก	26	38.2
น้อย	19	27.9
ปานกลาง	16	23.5
มาก	7	10.3
มากที่สุด	0	0
19.รู้สึกเหนือยง่าย		
ไม่รู้สึก	31	45.6
น้อย	15	22.1
ปานกลาง	15	22.1
มาก	4	5.9
มากที่สุด	3	4.4
20.เป็นหวัดบ่อย ๆ		
ไม่รู้สึก	23	33.8
น้อย	33	48.5
ปานกลาง	5	7.4
มาก	4	5.9
มากที่สุด	3	4.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที 6 ความรู้สึกหรืออาการทีแสดงความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามเกียวอาการหรือความรู้สึกทีแสดงความเครียดมีแนวโน้มว่าไม่รู้สึกและน้อย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้สึกหรืออาการที่แสดงว่ามีความเครียด (N =68)

ความรู้สึกหรืออาการ	Mean	S.D.
1.กลัวทำงานพลาด	2.41	1.068
2.ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	2.46	1.014
3.ครอบครัวมีความขัดแย้งในเรื่องเงินทองหรือเรื่องงานในบ้าน	2.40	1.053
4.เป็นกังวลเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ นำ เสียง และ ดิน	1.96	1.043
5.รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	2.26	1.202
6.เงินไม่พอใช้จ่าย	2.56	1.214
7.กล้ามเนื้อปวดตึง	1.94	1.006
8.ปวดหัวจากความเครียด	2.12	1.140
9.ปวดหลัง	1.71	.963
10.ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	1.94	1.091
11.ปวดหัวข้างเดียว	1.84	1.016
12.รู้สึกวิตกกังวล	2.12	.907
13.รู้สึกคับข้องใจ	1.94	.991
14.รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด	2.25	.952
15.รู้สึกเศร้า	1.87	.991
16.ความจำไม่ดี	1.94	.991
17.รู้สึกสับสน	1.96	1.028
18.ตังสมาธิลำบาก	2.06	1.020
19.รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.01	1.152
20.เป็นหวัดบ่อยๆ	1.99	1.029

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 7 ความรู้สึกหรืออาการที่แสดงความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบมาก เรียงจากลำดับมากไปน้อย 3 ลำดับแรก มีดังนี

1. เงินไม่พอใช้จ่าย (mean = 2.56)
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ (mean = 2.46)
3. กลัวทำงานพลาด (mean = 2.41)
4. ครอบครัวขัดแย้งเรื่องเงินทองหรือเรื่อง (mean = 2.40)
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ (mean = 2.26)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 การจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา (N =68)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
1. พยายามมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่บวก แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ยำแย่ก็ตาม		
น้อย	27	39.7
ปานกลาง	18	26.5
มาก	23	33.8
2.พยายามตัดสินใจแก้ไขปัญหาทุกอย่างด้วยตัวของท่านเอง		
น้อย	16	23.5
ปานกลาง	21	30.9
มาก	31	45.6
3.จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่าง ๆที่จะต้องทำ		
น้อย	25	36.8
ปานกลาง	17	25.0
มาก	26	38.2
4.พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ หรือลดความเครียดอย่างไร		
น้อย	25	36.8
ปานกลาง	16	23.5
มาก	27	39.7
5.ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่		
น้อย	9	13.2
ปานกลาง	22	32.4
มาก	37	54.4
6.พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น		
น้อย	7	10.3
ปานกลาง	9	13.2
มาก	52	76.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
7.พยายามมองปัญหาให้เป็นเรืองสนุก และไม่จริงจังกับปัญหาให้มากนัก		
น้อย	20	29.4
ปานกลาง	22	32.4
มาก	26	38.2
8.มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ		
น้อย	7	10.3
ปานกลาง	13	19.1
มาก	48	70.6
9. วาดฝันถึงสิงท่านอยากจะให้มี อยากจะให้เป็น		
น้อย	16	23.5
ปานกลาง	14	20.6
มาก	38	55.9
10.พยายามใกล้ชิดกับคนทีท่านรักและเป็นห่วง		
น้อย	6	8.8
ปานกลาง	16	23.5
มาก	46	67.6
11.พยายามหามิตรภาพจากเพือนใหม่ ๆ		
น้อย	18	26.5
ปานกลาง	17	25.0
มาก	33	48.5
12.พยายามช่วยเหลือผู้อืนในการแก้ปัญหา		
น้อย	28	41.2
ปานกลาง	13	19.1
มาก	27	39.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
13. พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่		
น้อย	10	14.7
ปานกลาง	22	32.4
มาก	36	52.9
14.ยกโทษให้คนทีทำให้ท่านรู้สึกไม่ดี		
น้อย	22	32.4
ปานกลาง	11	16.2
มาก	35	51.4
15.บ่น หรือ ด่ากับตัวเอง		
น้อย	45	66.2
ปานกลาง	11	16.2
มาก	12	17.6
16.พูดประชดประชันถากถางคนอืน		
น้อย	46	67.6
ปานกลาง	16	23.5
มาก	6	8.9
17. โมโห และพูดไม่ดี พาลกับคนอืน ๆ ไปเลย		
น้อย	51	74.9
ปานกลาง	11	16.2
มาก	6	8.9
18.พูดแต่สิงดี ๆ กับคนอืน		
น้อย	9	13.2
ปานกลาง	16	23.5
มาก	43	63.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
19.พูดคุยกับคุณแม่ถึงสิ่งที่ท่านกังวล		
น้อย	24	35.3
ปานกลาง	14	20.6
มาก	30	44.1
20.พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล		
น้อย	29	42.6
ปานกลาง	17	25.0
มาก	22	32.4
21.พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้พี่หรือน้องฟัง		
น้อย	30	44.1
ปานกลาง	18	26.5
มาก	20	29.4
22.ลดความกังวลด้วยการพูดเปรย ๆ (เหมือนการบ่น) ให้เพื่อนฟัง		
น้อย	32	47.1
ปานกลาง	19	27.9
มาก	17	25.0
23.พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้เพื่อนฟัง		
น้อย	23	33.8
ปานกลาง	17	25.0
มาก	28	41.2
24.พูดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาครูแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ		
น้อย	57	83.8
ปานกลาง	3	4.4
มาก	8	11.8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
25.ไปหาผู้เชียวชาญในการให้คำปรึกษาอื่น ๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา		
น้อย	64	94.1
ปานกลาง	3	4.4
มาก	1	1.5
26.ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา		
น้อย	56	82.4
ปานกลาง	8	11.8
มาก	4	5.8
27.ใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ		
น้อย	59	86.8
ปานกลาง	7	10.3
มาก	2	2.9
28.หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ		
น้อย	16	23.5
ปานกลาง	16	23.5
มาก	36	53.0
29.อ่านหนังสือที่ชอบ		
น้อย	11	16.2
ปานกลาง	18	26.5
มาก	39	57.3
30.ฟังเพลงจากวิทยุ เทป ซาวน์อะเบ๊าท์ ฯลฯ		
น้อย	9	13.2
ปานกลาง	8	11.8
มาก	51	75.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
31.กินอาหารที่ชอบ		
น้อย	8	11.8
ปานกลาง	5	7.4
มาก	55	80.8
32.เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนมากขึ้น		
น้อย	16	23.5
ปานกลาง	16	23.5
มาก	36	53.0
33.เรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น		
น้อย	16	23.5
ปานกลาง	15	22.1
มาก	37	54.4
34.ทำงานพิเศษหรืองานในบ้านให้หนักมากกว่าเดิม		
น้อย	29	42.6
ปานกลาง	19	27.9
มาก	20	29.5
35.ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว		
น้อย	20	29.5
ปานกลาง	18	26.5
มาก	30	44.0
36.ออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น วิ่ง ขี่จักรยาน ฯลฯ		
น้อย	28	41.2
ปานกลาง	22	32.4
มาก	18	26.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
37.ดูโทรทัศน์		
น้อย	4	5.9
ปานกลาง	8	11.8
มาก	56	82.3
38.เล่นวีดีโอเกมส์ ตู้เกมส์ เกมส์คอมพิวเตอร์ เกมส์กด ฯลฯ		
น้อย	25	36.8
ปานกลาง	6	8.8
มาก	37	54.4
39.ไปชมภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์		
น้อย	39	57.4
ปานกลาง	17	25.0
มาก	12	17.6
40.สวดมนต์		
น้อย	28	41.2
ปานกลาง	23	33.8
มาก	17	25.0
41.เข้าวัด เข้าโบสถ์		
น้อย	36	52.9
ปานกลาง	23	33.8
มาก	9	13.3
42.ไปซื้อของ เทียวห้างสรรพสินค้า		
น้อย	20	29.4
ปานกลาง	22	32.4
มาก	26	38.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา (N =68) (ต่อ)

ความรู้สึกหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
43.ขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย		
น้อย	62	91.2
ปานกลาง	4	5.9
มาก	2	2.9
44.ร้องไห้		
น้อย	47	69.1
ปานกลาง	14	20.6
มาก	7	10.3
45.สูบบุหรี่		
น้อย	64	94.1
ปานกลาง	2	2.9
มาก	2	3.0
46.นอนหลับ		
น้อย	11	16.2
ปานกลาง	13	19.1
มาก	44	64.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 8 พบว่าวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้แก้ปัญหาบ่อยที่สุด (ตอบแบบสอบถามว่าบ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ และเป็นประจำสม่ำเสมอ) 5 อันดับแรก มีดังนี

1. ดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 82.3)
2. กินอาหารที่ชอบ (ร้อยละ 80.8)
3. พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น (ร้อยละ76.5)
4. ฟังเพลงจากวิทยุ เทป ซาวน์อะเบ๊าท์ ฯลฯ (ร้อยละ75.0)
5. มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ (ร้อยละ70.6)

และพบว่าวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการแก้ปัญหาน้อยที่สุด (ตอบแบบสอบถามว่าไม่เคยเลย) 5 อันดับ มีดังนี

1. ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และสูบบุหรี่ (เท่ากัน ร้อยละ 94.1)
2. ขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อยๆ โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย (ร้อยละ 91.2)
3. ใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ (ร้อยละ 86.8)
4. ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา (ร้อยละ 82.4)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที 2 การวิเคราะห์ปัจจัยทีเกียวข้องกับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที 1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความเครียด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับข้อมูลทางด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างทีละคู่ โดยใช้วิธี Multivariate Analysis ได้แก่ Independence t – test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Varience)

ตารางที 9 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ Independence t-test

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		t	df	sig
		Mean	SD			
เพศ (N = 68)						
ชาย	34	38.24	11.476	-2.218	66	.030*
หญิง	34	44.62	12.245			
อายุ (N = 68)						
13-15 ปี	40	39.20	11.041	-1.829	66	.072
16-18 ปี	28	44.61	13.265			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (N = 68)						
2-4 คน	36	38.50	11.441	-2.153	66	.035*
5-7 คน	32	44.72	12.379			
โรคประจำตัวทางกายของพ่อ (N = 68)						
ไม่มี	47	40.00	11.161	-1.453	66	.151
มี	21	44.66	14.048			
โรคประจำตัวทางกายของแม่ (N = 68)						
ไม่มี	55	39.91	11.319	-2.165	66	.034*
มี	13	47.85	14.159			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 9 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าเพศ มีค่าเฉลียคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทีระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายจะมีค่าเฉลียคะแนนความเครียดตำกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลียคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทีระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างทีมีสมาชิกในครอบครัว 2 – 4 คน จะมีค่าเฉลียคะแนนความเครียดตำกว่ากลุ่มตัวอย่างทีมีสมาชิกในครอบครัว 5 – 7 คน

โรคประจำตัวทางกายของแม่ มีค่าเฉลียคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทีระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างทีแม่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จะมีค่าเฉลียคะแนนความเครียดตำกว่ากลุ่มตัวอย่างทีแม่มีโรคประจำตัวทางกาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ One-Way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
ศาสนา (N = 68)					
พุทธ	63	41.52	12.450	.085	.918
คริสต์	1	44.00			
อิสลาม	4	39.25	10.813		
จำนวนพี่น้อง นับรวมตัวเอง (N = 68)					
ลูกคนเดียว	20	39.60	9.064	.317	.730
2 - 3 คน	41	42.27	13.844		
3 - 4 คน	7	41.71	10.515		
ระดับการศึกษา (N =68)					
ประถมศึกษา	15	42.73	10.299	4.287	.008*
มัธยมศึกษา-ตอนต้น	28	37.21	11.348		
มัธยมศึกษา-ตอนปลาย/ปวช.	20	42.60	12.584		
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	5	56.40	9.290		
คะแนนเฉลี่ยสะสม (N = 67, **เนื่องจากมี 1 คนไม่ตอบ**)					
ต่ำกว่า 2.00	3	41.67	16.623	.867	.489
2.00 - 2.49	11	36.73	10.470		
2.50 – 2.99	22	44.55	12.470		
3.00 – 3.49	18	41.22	11.599		
3.50 – 4.00	13	39.23	13.078		

จากตารางที่ 10 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษา มีค่าเฉลียคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาอยู่ในชันปริญญาตรี มีค่าคะแนนเฉลียความเครียดสูงกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ

ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกียวข้องกับความเครียด

ระดับการศึกษา	Mean	SD	df	F	sig
Linear Term					
Unweighted	41.43	12.209	1	6.662	.012*

จากตารางราง 11 พบว่าค่าคะแนนเฉลียความเครียดของแต่ละระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเชิงเส้นตรง คือ ทีระดับการศึกษาทีสูงขึนจะสัมพันธ์กับระดับความเครียดทีสูง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนครอบครัว โดยใช้ Independent t- test

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		t	df	sig
		Mean	SD			
อาชีพของพ่อ (N = 68)						
มีรายได้ประจำ	19	35.84	8.428	-2.433	66	.005*
ไม่มีรายได้ประจำ	49	43.59	12.817			
อาชีพของแม่ (N = 68)						
มีรายได้ประจำ	6	37.50	9.375	-.823	66	.413
ไม่มีรายได้ประจำ	62	41.81	12.444			
ความสัมพันธ์ของพ่อกับแม่ (N = 68)						
ดี	56	40.80	11.305	-.724	66	.481
ไม่ดี	12	44.33	16.053			
ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับพ่อ (N = 68)						
ดี	59	41.54	12.342	.199	66	.843
ไม่ดี	9	40.67	11.969			
ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับแม่ (N = 68)						
ดี	65	41.03	11.826	-1.249	66	.216
ไม่ดี	3	50.00	20.075			
ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว (N = 68)						
ดี	66	41.48	12.365	.225	66	.823
ไม่ดี	2	39.50	6.364			

จากตารางที่ 12 ข้อมูลส่วนครอบครัว พบว่าอาชีพของพ่อ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างที่พ่อที่ทำงานแบบมีรายได้ประจำ จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่พ่อทำงานแบบไม่มีรายได้ประจำ

ตารางที 13 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนครอบครัว โดยใช้ One-Way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (N = 68)					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	19	44.32	11.804	1.482	.235
5,000 -15,000 บาท	24	38.17	12.426		
15,000 บาท ขึ้นไป	25	42.36	12.062		
สถานะทางการเงินของครอบครัว (N = 68)					
เพียงพอมีเหลือเก็บ	19	40.63	13.267	.325	.807
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	16	39.75	9.212		
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนีสิน	12	41.25	13.994		
ไม่เพียงพอแต่มีหนีสิน	21	43.52	12.730		
สถานภาพสมรสของพ่อแม่ (N =68)					
อยู่ด้วยกัน	49	41.39	11.521	.581	.630
แยกกันอยู่ชั่วคราว	7	36.71	11.644		
หย่าร้างหรือแยกทางกัน	11	44.09	15.928		
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	1	47.00			
อายุของพ่อ (N = 68)					
31 – 40 ปี	21	39.76	9.879	2.231	.116
41 – 50 ปี	32	39.81	11.931		
51 ปี ขึ้นไป	15	47.20	14.591		
อายุของแม่ (N = 68)					
31 – 40 ปี	31	39.23	10.118	2.439	.095
41 – 50 ปี	28	41.36	14.523		
51 ปี ขึ้นไป	9	49.22	8.090		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที 13 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนครอบครัว โดยใช้ One-Way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
ระดับการศึกษาของพ่อ (N =68)					
ประถมศึกษา	33	42.70	12.300	2.665	.040*
มัธยมศึกษา-ตอนต้น	9	31.56	5.747		
มัธยมศึกษา-ตอนปลาย/ปวช.	11	38.55	11.361		
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	10	47.30	14.252		
สูงกว่าปริญญาตรี	5	45.40	8.905		
ระดับการศึกษาของแม่ (N =68)					
ประถมศึกษา	32	41.84	12.859	1.000	.414
มัธยมศึกษา-ตอนต้น	9	35.89	6.314		
มัธยมศึกษา-ตอนปลาย/ปวช.	13	43.69	12.539		
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	13	40.77	13.097		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	57.00			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 13 ข้อมูลส่วนครอบครัว พบว่า ระดับการศึกษาของพ่อ มีค่าเฉลียคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างที่พ่อมีระดับการศึกษาอยู่ในชันปริญญาตรี มีค่าคะแนนเฉลียความเครียดสูงกว่าระดับการศึกษาอืนๆ

ตารางที่ 14 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกียวข้องกับความเครียด

ระดับการศึกษาของพ่อ	Mean	SD	df	F	sig
Linear Term					
Unweighted	41.43	12.209	1	.624	.433

จากตารางราง 14 พบว่าค่าคะแนนเฉลียความเครียดของแต่ละระดับการศึกษาของพ่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเชิงเส้นตรง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที 15 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนสังคม โดยใช้ Independence t-test

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		t	df	sig
		Mean	SD			
การทำกิจกรรมในโรงเรียน (N = 68)						
ไม่เคย	22	43.91	12.769	1.163	66	.249
เคย	46	40.24	11.891			
บุคคลทีปรึกษาเมือมีเรืองทีไม่สบายใจ (N = 68)						
บุคคลในครอบครัว	47	42.13	12.225	.706	66	.483
บุคคลนอกครอบครัว	21	39.86	12.322			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลส่วนสังคม โดยใช้ One-Way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
ความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ (N = 68)					
สนิทสนมกันดีมาก-ไม่ค่อยทะเลาะกัน	40	39.90	12.165	1.438	.220
สนิทสนมกันปานกลาง-ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง	28	43.61	12.154		
การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน (N = 68)					
ไม่เคย	5	56.00	8.031	3.285	.026*
สัปดาห์ละ 1 - 3 วัน	23	40.26	12.333		
สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน	22	42.23	11.456		
สัปดาห์ละ 5 - 7 วัน	18	37.89	11.616		
จำนวนเพื่อนสนิท (N = 68)					
ไม่มีเลย	3	46.33	19.630	.625	.647
1 - 3 คน	13	44.92	13.251		
3 - 5 คน	15	42.07	13.392		
5 - 7 คน	6	40.83	7.574		
7 คน ขึ้นไป	31	39.29	11.446		

จากตารางที่ 16 ข้อมูลทางสังคม พบว่าการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนเลย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่มีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน

ตารางที 17 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน	Mean	SD	df	F	sig
Linear Term					
Unweighted	41.43	12.209	1	8.489	.005*

จากตารางราง 17 พบว่าค่าคะแนนเฉลียความเครียดของแต่ละระดับของการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเชิงเส้นตรง คือ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนที่น้อยครังต่อสัปดาห์จะสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่สูงขึน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ Independence t-test

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		t	df	sig
		Mean	SD			
ความเกียวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง (N = 68)						
พ่อ	24	42.29	13.123	.429	66	.669
แม่	44	40.95	11.810			

ตารางที่ 19 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ One-Way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
ระยะเวลาทีป่วย (N = 68)					
ตำกว่า 1 ปี	8	49.75	13.636	1.657	.185
1 - 5 ปี	18	40.39	9.660		
5 – 10 ปี	21	38.81	10.843		
10 ปี ขึนไป	21	41.76	14.191		
ความรุนแรงของอาการป่วย (N = 68)					
รุนแรงมาก	4	30.75	2.062	1.755	.165
รุนแรง	10	46.90	14.708		
ไม่ค่อยรุนแรง	35	41.11	12.562		
ดูปกติเหมือน-คนทัวไป	19	41.37	10.281		

จากตารางที่ 18 และ ตารางที่ 19 พบว่า ข้อมูลของผู้ป่วยที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับความเครียด จากทังหมด 12 รูปแบบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทเลย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการปัญหากับความเครียด

1) ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของวิธีการจัดการกับปัญหากับความเครียด

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา โดยใช้ One-Way ANOVA (N = 68)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
1.พยายามมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่บวก แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ยำแย่ก็ตาม					
น้อย	27	39.67	11.642	.528	.592
ปานกลาง	18	41.78	9.428		
มาก	23	43.22	14.759		
2.พยายามตัดสินใจแก้ไขปัญหาทุกอย่างด้วยตัวของท่านเอง					
น้อย	16	43.00	11.261	.591	.557
ปานกลาง	21	39.05	11.038		
มาก	31	42.23	13.502		
3.จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่าง ๆที่จะต้องทำ					
น้อย	25	41.84	12.110	.123	.884
ปานกลาง	17	42.24	13.330		
มาก	26	40.50	11.977		
4.พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ หรือลดความเครียดอย่างไร					
น้อย	25	40.16	12.113	.808	.450
ปานกลาง	16	44.81	12.978		
มาก	27	40.59	11.924		
5.ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่					
น้อย	9	33.78	10.997	3.024	.055
ปานกลาง	22	45.23	11.797		
มาก	37	41.03	12.606		

ตารางที 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา โดยใช้ One-Way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
6.พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น					
น้อย	7	41.43	12.882	.503	.607
ปานกลาง	9	45.22	13.461		
มาก	52	40.77	12.037		
7.พยายามมองปัญหาให้เป็นเรื่องสนุก และไม่จริงจังกับปัญหาให้มากนัก					
น้อย	20	42.45	12.886	1.907	.157
ปานกลาง	22	44.59	11.808		
มาก	26	37.96	11.577		
8.มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ					
น้อย	7	44.57	16.154	4.706	.012*
ปานกลาง	13	49.54	10.548		
มาก	48	38.77	11.130		
9.วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะให้มี อยากจะให้เป็น					
น้อย	16	44.06	13.082	.498	.610
ปานกลาง	14	41.14	13.219		
มาก	38	40.42	11.622		
10.พยายามใกล้ชิดกับคนที่ท่านรักและเป็นห่วง					
น้อย	6	45.50	7.396	1.946	.151
ปานกลาง	16	45.62	15.002		
มาก	46	39.43	11.327		
11.พยายามหามิตรภาพจากเพื่อนใหม่ ๆ					
น้อย	18	44.17	12.922	2.909	.062
ปานกลาง	17	45.41	14.975		
มาก	33	37.88	9.253		

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา โดยใช้ One-Way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
12.พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา					
น้อย	28	41.36	11.917	.600	.552
ปานกลาง	13	44.54	7.986		
มาก	27	40.00	14.150		
13.พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่					
น้อย	10	39.60	12.712	1.448	.242
ปานกลาง	22	45.05	11.713		
มาก	36	39.72	12.219		
14.ยกโทษให้คนทีทำให้ท่านรู้สึกไม่ดี					
น้อย	22	41.64	12.549	.326	.723
ปานกลาง	11	38.73	8.913		
มาก	35	42.14	13.045		
15.บ่น หรือ ด่ากับตัวเอง					
น้อย	45	39.09	10.785	2.605	.082
ปานกลาง	11	46.82	12.608		
มาก	2	45.25	15.190		
16.พูดประชดประชันถากถางคนอืน					
น้อย	46	39.91	10.390	1.200	.308
ปานกลาง	16	43.88	14.514		
มาก	6	46.50	17.964		
17.โมโห และพูดไม่ดี พาลกับคนอืน ๆ ไปเลย					
น้อย	51	40.00	10.844	2.917	.061
ปานกลาง	11	42.09	14.714		
มาก	6	52.33	14.962		

ตารางที 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหาโดยใช้ One-Way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
18.พูดแต่สิ่งดี ๆ กับคนอื่น					
น้อย	9	47.44	14.672	3.255	.045*
ปานกลาง	16	45.44	10.924		
มาก	43	38.67	11.511		
19.พูดคุยกับคุณแม่ถึงสิ่งที่ท่านกังวล					
น้อย	24	40.62	11.930	.556	.576
ปานกลาง	14	39.21	13.463		
มาก	30	43.10	12.018		
20.พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล					
น้อย	29	40.79	12.695	.076	.927
ปานกลาง	17	41.59	10.724		
มาก	22	42.14	13.112		
21.พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้พี่หรือน้องฟัง					
น้อย	30	39.33	11.257	.859	.428
ปานกลาง	18	42.28	12.169		
มาก	20	43.80	13.644		
22.ลดความกังวลด้วยการพูดเปรย ๆ (เหมือนการบ่น) ให้เพื่อนฟัง					
น้อย	32	39.19	10.669	1.031	.362
ปานกลาง	19	43.74	12.391		
มาก	17	43.06	14.549		
23.พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้เพื่อนฟัง					
น้อย	23	43.00	12.898	.348	.708
ปานกลาง	17	41.47	11.598		
มาก	28	40.11	12.276		

ตารางที 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหาโดยใช้ One-Way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
24.พูดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาครูแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ					
น้อย	57	41.02	11.487	.241	.787
ปานกลาง	3	41.67	10.504		
มาก	8	44.25	18.140		
25.ไปหาผู้เชียวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา					
น้อย	64	40.78	12.210	1.676	.195
ปานกลาง	3	50.00	7.211		
มาก	1	57.00			
26.ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา					
น้อย	56	40.77	12.085	1.017	.367
ปานกลาง	8	41.88	10.816		
มาก	4	49.75	16.661		
27.ใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ					
น้อย	59	40.10	1.568	3.169	.049*
ปานกลาง	7	48.29	4.052		
มาก	2	56.50	.500		
28.หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ					
น้อย	16	41.50	13.451	.047	.954
ปานกลาง	16	42.19	10.591		
มาก	36	41.06	12.622		
29.อ่านหนังสือที่ชอบ					
น้อย	11	38.64	13.662	.475	.624
ปานกลาง	18	43.22	10.850		
มาก	39	41.38	12.540		

ตารางที 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหาโดยใช้ One-Way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
30.ฟังเพลงจากวิทยุ เทป ซาวน์อะเบ๊าท์ ฯลฯ					
น้อย	9	44.44	11.706	.509	.604
ปานกลาง	8	43.50	12.817		
มาก	51	40.57	12.318		
31.กินอาหารทีชอบ					
น้อย	8	43.75	13.264	.410	.666
ปานกลาง	5	37.40	9.762		
มาก	55	41.45	12.360		
32.เข้าร่วมกิจกรรมทีโรงเรียนมากขึน					
น้อย	16	42.94	11.416	1.246	.295
ปานกลาง	16	44.69	13.927		
มาก	36	39.31	11.654		
33.เรียนให้มากขึน ทำการบ้านให้มากขึน					
น้อย	16	42.06	13.000	3.990	.023*
ปานกลาง	15	48.40	9.826		
มาก	37	38.32	11.795		
34.ทำงานพิเศษหรืองานในบ้านให้หนักมากกว่าเดิม					
น้อย	29	40.41	12.659	.311	.734
ปานกลาง	19	41.11	9.809		
มาก	20	43.20	13.904		
35.ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว					
น้อย	20	41.30	12.974	.880	.420
ปานกลาง	18	44.50	14.172		
มาก	30	39.67	10.357		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหาโดยใช้ One-Way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
36.ออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น วิง ขีจักรยาน ฯลฯ					
น้อย	28	42.93	14.113	.437	.648
ปานกลาง	22	41.09	9.159		
มาก	18	39.50	12.136		
37.ดูโทรทัศน์					
น้อย	4	48.50	16.340	1.680	.194
ปานกลาง	8	46.50	12.095		
มาก	56	40.20	11.810		
38.เล่นวีดีโอเกมส์ ตู้เกมส์ เกมส์คอมพิวเตอร์ เกมส์กด ฯลฯ					
น้อย	25	42.04	13.097	.220	.803
ปานกลาง	6	38.33	10.948		
มาก	37	41.51	12.022		
39.ไปชมภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์					
น้อย	39	40.90	12.835	.264	.769
ปานกลาง	17	43.29	11.246		
มาก	12	40.50	12.1474		
40.สวดมนต์					
น้อย	28	41.96	13.107	.225	.799
ปานกลาง	23	40.04	11.815		
มาก	17	42.41	11.917		
41.เข้าวัด เข้าโบสถ์					
น้อย	36	39.33	10.939	1.194	.309
ปานกลาง	23	44.26	12.374		
มาก	9	42.56	16.110		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที 20 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตามวิธีที่ใช้แก้ปัญหา โดยใช้ One-Way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	sig
		Mean	SD		
42.ไปซื้อของ เที่ยวห้างสรรพสินค้า					
น้อย	20	45.10	14.994	1.322	.274
ปานกลาง	22	39.45	9.767		
มาก	26	40.27	11.526		
43.ขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย					
น้อย	62	41.52	12.342	.021	.979
ปานกลาง	4	40.25	7.676		
มาก	2	41.00	22.627		
44.ร้องไห้					
น้อย	47	38.36	11.044	9.464	.000*
ปานกลาง	14	43.71	10.455		
มาก	7	47.43	10.390		
45.สูบบุหรี่					
น้อย	64	41.70	12.211	1.258	.291
ปานกลาง	2	45.50	14.849		
มาก	2	28.50	.707		
46.นอนหลับ					
น้อย	11	44.27	8.039	1.022	.366
ปานกลาง	13	44.31	15.140		
มาก	44	39.86	12.090		

วิธีที่ใช้แก้ปัญหาที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับความเครียด จากทั้งหมด 46 วิธี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าวิธีที่ใช้แก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ พูดแต่สิ่งดีๆ กับผู้อื่น ใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ เรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น และร้องไห้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที 21 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกียวข้องกับความเครียด

มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ	Mean	SD	df	F	sig
Linear Term					
Unweighted	41.43	12.209	1	1.903	.220

จากตารางราง 21 พบว่าค่าคะแนนเฉลียความเครียดของแต่ละระดับของการแก้ปัญหาโดยมีอารมณ์ขันอยู่เสมอไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเชิงเส้นตรง

ตารางที 22 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกียวข้องกับความเครียด

ทำงานพิเศษหรืองานบ้านให้หนักกว่าเดิม	Mean	SD	df	F	sig
Linear Term					
Unweighted	41.43	12.209	1	.414	.522

จากตารางราง 22 พบว่าค่าคะแนนเฉลียความเครียดของแต่ละระดับของการแก้ปัญหาโดยการทำงานพิเศษหรืองานบ้านให้หนักกว่าเดิมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเชิงเส้นตรง

ตารางที 23 แสดงการวิเคราะห์ polynomial contrast เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกียวข้องกับความเครียด

ร้องไห้	Mean	SD	df	F	sig
Linear Term					
Unweighted	41.43	12.209	1	19.105	.000*

จากตารางราง 23 พบว่าค่าคะแนนเฉลียความเครียดของแต่ละระดับของการแก้ปัญหาโดยการร้องไห้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเชิงเส้นตรง คือ การร้องไห้ทีบ่อยครังจะสัมพันธ์กับระดับความเครียดทีสูงขึน

ตอนที 3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ผู้วิจัยเลือกตัวแปรอิสระจากการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรทีละคู่ มีตัวแปรทั้งหมด 10 ตัว ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวทางกายของแม่ อาชีพของพ่อ ระดับการศึกษาของพ่อ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน การแก้ปัญหาด้วยวิธีมีอารมณ์ขันอยู่เสมอ การแก้ปัญหาด้วยวิธีทำงานพิเศษหรืองานนอกให้หนักมากกว่าเดิม และการแก้ปัญหาด้วยวิธีร้องไห้ โดยใน Model แรก ทำการวิเคราะห์ด้วย Multiple Linear Regression โดยวิธี Enter ต่อมาเลือกตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที p = 0.05 ออกจาก Model ทีละตัว จนได้ Model สุดท้ายซึ่งเสนอดังสมการและตารางที 19

ตารางที 24 ตัวแปรที่สามารถอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดใน Model สุดท้าย (N =68)

ตัวแปร		B	S.E B	ß	t	Sig
ร้องไห้		6.789	1.993	.375	3.406	.001
อาชีพของพ่อ		6.396	2.915	.237	2.194	.032
Constant		13.412	6.677		2.009	.049
R = .544	R^2 = .296	S.E. est. = 10.483		F = 8.961		p-value < 0.05

การแก้ปัญหาโดยการร้องไห้ เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มากที่สุด รองลงมาคือ อาชีพของพ่อ

สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกียวข้องกับความเครียดในรูปคะแนนดิบ

$Y = 13.412 + 6.789 X_1 + 6.396 X_2$

Y = ความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

X_1 = การแก้ปัญหาโดยการร้องไห้

X_2 = อาชีพของพ่อ

โดยสามารถอธิบายกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 29.6

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครังนีเป็นการศึกษาระดับความเครียดและวิธีจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท และศึกษาปัจจัยทีมีความเกียวข้องกับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างทีศึกษา เป็นลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทีมีอายุระหว่าง 13 – 18 ปี ทีมาเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา รวมจำนวนตัวอย่าง 68 คน เครืองมือทีใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทัวไป, แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20), แบบสอบถามวิธีทีวัยรุ่นจัดการกับปัญหา A-Cope (The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience) ฉบับภาษาไทย ดำเนินการเก็บข้อมูลตังแต่เดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนมีนาคม 2551

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทัวไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 34 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และเป็นเพศหญิง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลีย 15.43 ปี นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.2 มีจำนวนพีน้อง (นับรวมตนเอง) 2-3 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 มีการศึกษาในระดับชันมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 41.2 ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลียสะสมในภาคเรียนทีผ่านมา 2.50 – 3.00 คิดเป็นร้อยละ 32.4

1.2 ข้อมูลส่วนครอบครัว

ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 มีรายได้เฉลียต่อเดือนของครอบครัว 15,000 บาทขึนไป คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมามีรายได้เฉลียต่อเดือนของครอบครัว 5,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.3 สถานะทางการเงินในครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีไม่เพียงพอแต่มีหนีสิน คิดเป็นร้อยละ 30.9

พ่อมีอายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 แม่มีอายุ 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.6 สถานภาพสมรสของพ่อแม่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ส่วนใหญ่พ่อไม่มีโรคประจำตัวทางกาย คิดเป็นร้อยละ 69.1 แม่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย คิดเป็นร้อยละ 80.9 ระดับการศึกษาของพ่อระดับชันประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.1 ระดับการศึกษาของแม่ระดับชันประถมศึกษา คิดเป็น

ร้อยละ 38.2 ส่วนใหญ่พ่อมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 47.1 และแม่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 47.1

ในด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพ่อและแม่ส่วนใหญ่ดี คิดเป็นร้อยละ 82.4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับพ่อดี คิดเป็นร้อยละ 86.8 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับแม่ดี คิดเป็นร้อยละ 95.6 และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวดี คิดเป็นร้อยละ 97.1

1.3 ข้อมูลทางสังคม

ในด้านสังคมลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ อย่างสนิทสนมกันดีมาก ไม่ค่อยทะเลาะกัน คิดเป็นร้อยละ 58.8 มีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน เล่นกีฬา หรือไปเที่ยวด้วยกันสัปดาห์ละ 1 - 3 วัน คิดเป็นร้อยละ 33.8 รองลงมาสัปดาห์ละ 3 – 5 วันคิดเป็น ร้อยละ 32.4 มีจำนวนเพื่อนสนิท 7 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.6 มีการทำกิจกรรมในโรงเรียนหรือสถานศึกษา เช่น แข่งกีฬา เข้าชมรม คิดเป็นร้อยละ 67.6 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจกลุ่มตัวอย่างจะเลือกที่จะไปปรึกษากับบุคคลในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.1

1.4 ข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นแม่ คิดเป็นร้อยละ 64.7 และเป็นพ่อ คิดเป็นร้อยละ 35.3 ระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 – 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.9 เท่ากัน และความรุนแรงของอาการป่วยพบว่าส่วนใหญ่ไม่ค่อยรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 51.5

2. ระดับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่าลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มีความเครียดในระดับปานกลางค่อนมาทางสูง คิดเป็นร้อยละ 55.9 โดยที่ระดับความเครียดสูงนันคิดเป็นร้อยละ 36.8 และความรู้สึกหรืออาการแสดงความเครียดที่พบมากที่สุดคือ เงินไม่พอใช้จ่าย

3. วิธีการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่าลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้วิธีจัดการกับปัญหาโดยการดูโทรทัศน์มากที่สุด และใช้วิธีจัดการกับปัญหาโดยไปหาผู้เชียวชาญในการให้คำปรึกษา เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และการสูบบุหรี่น้อยที่สุด

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้วิจัยเลือกตัวแปรอิสระจากการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรทีละคู่ มีตัวแปรทังหมด 11 ตัว ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวทางกายของแม่ อาชีพของพ่อ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน วิธีจัดการกับปัญหาโดยการมีอารมณ์ขัน วิธีการจัดการ

กับปัญหาโดยพูดแต่สิ่งดีๆ กับผู้อื่น วิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ วิธีจัดการกับปัญหาโดยเรียนให้มากขึ้น ทำงานให้หนักขึ้น และวิธีจัดการกับปัญหาโดยการร้องไห้

โดยใน Model แรก ทำการวิเคราะห์ด้วย Multiple Linear Regression โดยวิธี Enter ต่อมาเลือกตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = 0.05 ออกจาก Model ทีละตัว จนได้ Model สุดท้าย ซึ่งพบว่า วิธีจัดการกับปัญหาด้วยการร้องไห้เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความเครียด

จากผลการศึกษาพบว่าลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.9) (ตารางที่ 6) มีความเครียดในระดับปานกลางค่อนมาทางสูง และกลุ่มตัวอย่างอีกถึงร้อยละ 36.8 นั้นมีความเครียดในระดับสูง จึงถือว่าอยู่ในกลุ่มตัวอย่างนี้มีระดับความเครียดที่อยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติหน้าที่ บุคคลจะรู้สึกตึงเครียด และได้รับความเดือดร้อนจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ความเครียดระดับนี้เป็นสัญญาณเตือนว่ากำลังเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติหรือความขัดแย้งซึ่งจัดการหรือแก้ไขได้อย่างลำบาก ซึ่งหากไม่สามารถจัดการได้ ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดก็จะรุนแรงขึ้น การศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่ากลุ่มลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดในระดับที่ปานกลางค่อนไปทางสูง มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาตามมาจากการมีความเครียดที่สูงกว่าปกติ ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และยังคงต้องมีการเฝ้าระวังในเรื่องของปัญหาความเครียดในกลุ่มลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

ผลการศึกษานี้พบว่าไม่สอดคล้องกับหลายๆการศึกษา ได้แก่ การศึกษาของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ [50], สุคนธ์ คำอ่อน [49], กาญจนา เดชคุ้ม [64], นลินี ธรรมอำนวยสุข [65], รัชนก คชไกร [60] และสนาม บินชัย [51] ที่พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปี ซึ่งเรียนอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา จะมีระดับความเครียดปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในเด็กที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้นมีระดับความเครียดที่สูงกว่าเด็กปกติทั่วไป

เมื่อพิจารณาอาการหรือความรู้สึกที่แสดงว่ามีความเครียด 5 อันดับแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความเครียดเกี่ยวกับเรื่องของเศรษฐานะมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูทิตย์ ปานปรีชา [45] ที่ว่าภาวะทางเศรษฐกิจนั้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Danial และ Moos [46] ว่าความเครียดที่เกี่ยวข้องกับเงินทอง ระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นสาเหตุของความเครียดในวัยรุ่น

อาการหรือความรู้สึกที่แสดงว่ามีความเครียดที่พบมากรองลงมา เป็นความเครียดเกี่ยวกับเรื่องของความรู้สึกถึงประสิทธิภาพของตนเอง (self - efficacy) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิติกร มีทรัพย์ และคณะ [48] สภาพการณ์ที่เร้าให้วัยรุ่นเกิดความเครียดมักได้มาจากการแข่งขันกันในด้านการศึกษา และยังถูกคาดหวังจากครอบครัวในเรื่องดังกล่าว เป็นสาเหตุหนึ่งที่นำมาซึ่งปัญหาทางอารมณ์ ทางร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งทำให้เกิดความเครียดในเด็กวัยรุ่นได้

2. การจัดการกับปัญหา จากการศึกษาพบว่าลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ใช้การดูโทรทัศน์ในการแก้ปัญหามากที่สุด ซึ่งการดูโทรทัศน์นั้นจัดเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยการหาทางเบียงเบน (Seeking diversions) เป็นวิธีการลดความเครียด ด้วยการทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหลีกหนีปัญหา หรือเพื่อให้ลืมปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่ในปัจจุบัน จัดเป็นพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Emotion Focused Coping Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงเพื่อลดความกดดัน (Emotional distress) โดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์มากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ วิธีจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์นี้ เป็นการทำให้เกิดความรู้สึกว่าอันตรายจากสถานการณ์นั้นลดลง แต่ในความจริงนั้นอันตรายไม่ได้ลดลง สถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป

จากการศึกษาของ Frydenberg [67] ได้จัดวิธีแก้ปัญหาในรูปแบบนี้ไว้ในกลุ่มของการจัดการกับปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา และเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

วิธีจัดการกับปัญหาที่ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทนิยมใช้รองลงมาส่วนใหญ่ก็เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยการหาทางเบียงเบน และมุ่งแก้ไขทางด้านอารมณ์เช่นกัน ได้แก่ กินอาหารที่ชอบ ฟังเพลงจากวิทยุ เทป ซาวน์อะเบ๊าท์ การมีอารมณ์ขันอยู่เสมอ เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ให้เห็นว่าลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาโดยการหาทางเบียงเบน เพื่อที่จะช่วยจัดการ ควบคุม หรือบรรเทาความตึงเครียดจากการเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิต

จากการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการกับปัญหากับระดับความเครียด พบว่าวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ได้แก่ วิธีจัดการกับปัญหาโดยการมีอารมณ์ขัน วิธีการจัดการกับปัญหาโดยพูดแต่สิ่งดีๆ กับผู้อื่น วิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ วิธีจัดการกับปัญหาโดยเรียนให้มากขึ้น ทำงานให้หนักขึ้น และวิธีจัดการกับปัญหาโดยการร้องไห้ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวิธีการหาทางเบียงเบน และการหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของธนู ชาติธนานนท์ [68] และวรินทร์ บุญเลียม [69] ที่พบว่าวิธีหลีกเลี่ยงปัญหาจะสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่สูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบดังกล่าวจัดอยู่ในประเภทการจัดการกับปัญหาที่มุ่งเน้นที่อารมณ์ ซึ่งจะเป็นผลดีในช่วงเวลาสั้นๆ ที่จะ

จัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่ดี ที่เกิดขึ้นจากการมีความเครียด แต่ถ้าไม่ปรับใช้วิธีการอื่นๆ หรือล้มเหลวในการจัดการกับสาเหตุของปัญหา ปัญหาจะยังอยู่ ความเครียดก็ไม่อาจบรรเทาเบาบางลงได้ เมืออารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่ดียังคงอยู่ บุคคลก็จะใช้วิธีนีซ้ำๆ เพื่อลดความทุกข์ใจและจะกลับเข้าสู่วงจรดังกล่าว

นอกจากนีผู้วิจัยคิดเห็นว่าในการให้คำปรึกษาแก่ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ปกครองควรจะช่วยปรับเปลียนการประเมินเหตุการณ์ของเด็ก ให้รู้สึกว่าสามารถควบคุมจัดการกับสถานการณ์ได้ และเหตุการณ์เป็นสิงที่ท้าทายความสามารถ เพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดจากเหตุการณ์นัน สร้างสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่นและช่วยให้เด็กสามารถนำการสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ และช่วยให้เด็กสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือสามารถจัดการควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนาได้ และสามารถจัดการควบคุมสาเหตุของปัญหาได้

3. ปัจจัยที่เกียวข้องกับความเครียด

ในด้านข้อมูลทัวไปพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ โดยพบว่าลูกวัยรุ่นเพศหญิงของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีระดับความเครียดมากกว่าเพศชาย ซึงผลการศึกษาครังนีสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี เกษรอุบล [63],ธนู ชาติธนานนท์ [68], กาญจนา เดชคุ้ม [64] และสุคนธ์ คำอ่อน [49] ทีพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเครียด และเพศหญิงมีความเครียดสูงกว่าเพศชาย ในกระบวนการการเกิดความเครียดจะมีปัจจัยอืนๆเข้ามาเกียวข้อง อาทิ การประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ หรือความเปราะบางต่อสิงที่ก่อความเครียด ตลอดจนความสามารถในการจัดการกับปัญหา ซึงเพศหญิงและเพศชายอาจจะมีความแตกต่างกันในปัจจัยเหล่านี จึงส่งผลให้ระดับความเครียดแตกต่างกัน ดังที Peach [70] พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สิงที่ก่อความเครียด และเพศหญิงไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีเท่าเพศชาย และ Jones [71] พบว่า เพศหญิงจะรู้สึกว่าเหตุที่นำมาซึงความเครียดจากการเรียน สร้างความเครียดให้กับตนเองมากกว่าในเพศชาย

ระดับการศึกษา พบว่าลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัยมีระดับความเครียดสูงกว่าการศึกษาระดับอืน เนืองจากการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยนัน อาจมีผลทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกียวกับการปรับตัวในการเรียนทียากขึน ซึงสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เดชคุ้ม [64],ประเวช ตันติพิวัฒนสกุลและคณะ [66] และ Lee และ Larson [52] ทีว่าและการศึกษาในระดับชันนีเป็นจุดหักเหทีสำคัญของชีวิตในการเข้าสู่รูปแบบการศึกษาแบบใหม่และการประกอบอาชีพในอนาคต ทำให้ต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองในด้านการเรียนมากขึน เป็นสาเหตุหนึงทีทำให้เกิดความเครียดตามมา และยังสอดคล้อง

กับการศึกษาของ Montgomery,Gonyea และ Hooyman [30] ว่าในครอบครัวที่ต้องมีการดูแลพ่อแม่ที่มีอาการป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน อาจทำให้ลูกเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจ และเกิดความเครียดตามมา ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความสุขในชีวิต มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ทำให้ความเป็นอิสระลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงด้านการเรียนด้วย

จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่าในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากจะมีระดับความเครียดที่สูงกว่าครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Daniels และ Moos (อ้างถึงใน Rice) [47] ที่ว่าความเครียดจากครอบครัวขยายเป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียดในวัยรุ่น เพราะในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากอาจจะเนื่องมาจากเป็นครอบครัวขยาย อาจจะทำให้ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับญาติพี่น้องในบ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุที่หลากหลาย จึงอาจทำให้เกิดความเครียดได้ และสภาพในบ้าน ระดับฐานะทางการเงินในครอบครัวซึ่งมีความจำเป็นต่อการใช้จ่ายเงินของวัยรุ่น รวมถึงในเรื่องของการเรียน เข้ากลุ่มเพื่อน ซึ่งในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก มักจะมีปัญหาในเรื่องดังกล่าวจนทำให้เกิดความเครียด

โรคประจำตัวทางกายของแม่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากส่วนใหญ่พ่อจะเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นเสาหลักในการรับผิดชอบหาเลี้ยงดูแลครอบครัว เมื่อพ่อมีโรคประจำตัวทางกาย หรือมีโรคประจำตัวทางกายร่วมกับภาวะของโรคจิตเภท ก็อาจเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carol L. M. Caton และคณะ [23] ที่ว่าในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ หรือทั้งพ่อและแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ครอบครัวก็จะมีปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น หากผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ต้องหยุดพักรักษาตัว จะทำให้ขาดรายได้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดแรงกดดันและความตึงเครียดภายในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลทางลบต่อลูก และสอดคล้องกับแนวคิดของ Daniels และ Moos (อ้างถึงใน Rice) [47] การเจ็บป่วยของแม่นันทำให้เกิดความเครียดในวัยรุ่น อันมาจากเหตุการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นในชีวิต (negative life events stressors)

อายุของพ่อ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพ่อที่มีอายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป พบว่าลูกจะมีระดับความเครียดสูงกว่าในช่วงอายุอื่นๆ อาจเนื่องมาจากเมื่อพ่อที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีอายุมากขึ้น ก็จะทำให้ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายลดน้อยลง มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้มากขึ้น รวมไปถึงการปรับตัวไปเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับที่ชูทิตย์ ปานปรีชา [45] ได้รายงานไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ปลดเกษียนอายุใหม่ๆ ก็เป็นสาเหตุของความเครียดได้ ดังนันความเครียดเกียวกับการปรับตัว

ของพ่อที่มีอายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไปนั้นอาจทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นภายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อลูกได้

อาชีพของพ่อ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความเครียดในลูกวัยรุ่นผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพ่อที่ไม่ได้ทำงาน พบว่าลูกจะมีระดับความเครียดสูงกว่าพ่อที่ทำงานในทุกๆ กลุ่มอาชีพ เนื่องจากอาชีพและการทำงานของพ่อ เป็นที่มาซึ่งรายได้และความมั่นคงของครอบครัว เมื่อพ่อหรือผู้นำครอบครัวไม่ได้ทำงาน ทำให้เกิดความเครียดภายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อลูกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carol L. M. Caton และคณะ [23] ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

ความสัมพันธ์ของพ่อกับแม่ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในลูกวัยรุ่นผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยครอบครัวที่พ่อกับแม่ทะเลาะกันเป็นประจำนั้นจะมีระดับความเครียดสูงกว่ารูปแบบความสัมพันธ์อื่นๆ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Daniels และ Moos (อ้างถึงใน Rice) [47] ที่กล่าวว่าสาเหตุหนึ่งของความเครียดในวัยรุ่นนั้นเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ของพ่อแม่ และสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าที่ว่าในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ หรือพ่อและแม่ ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ค่อยดี พบการโต้เถียงหรือการใช้ความรุนแรงระหว่างพ่อกับแม่บ่อยครั้ง ส่งผลให้ลูกมีปัญหาและเครียดได้ [9]

การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน พบว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยเช่นกัน โดยพบว่ากลุ่มลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่เคยมีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนเลย จะมีระดับความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เพราะว่าอาจจะต้องมีภาระหรือหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้ไม่เคยได้ออกไปผ่อนคลายความเครียดและทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนเลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Montgomery,Gonyea และ Hooyman [30] ที่ว่าในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทก็อาจมีผลกระทบต่อความสุขในชีวิตของลูก มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง เนื่องจากจะต้องแบ่งเวลามาดูแลพ่อแม่ที่ป่วย ทำให้ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Daniels และ Moos (อ้างถึงใน Rice) [47] และ Wagner และ Compass (อ้างถึงใน Compass และคณะ) [46] ว่าความเครียดในวัยรุ่นนั้นมีสาเหตุมาจาก ความสัมพันธ์กับเพื่อน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากการตอบแบบสอบถามนี้ จะต้องมีการฝากแบบสอบถามไปให้ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผ่านทางตัวผู้ป่วยเองหรือญาติที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

เนื่องจากลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนมากไม่ค่อยมาโรงพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเปิดภาคเรียน ทำให้ในการตอบแบบสอบถามนั้นผู้วิจัยไม่สามารถอธิบายข้อสงสัยของแบบสอบถามให้แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม จึงอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของความคลาดเคลื่อนของความเข้าใจในการตอบแบบสอบถามได้

2. เนื่องจากการตอบแบบสอบถามนี จะต้องมีการฝากแบบสอบถามไปให้ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภททำแบบสอบถาม แล้วส่งกลับมาให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมการตอบกลับ หรือความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ส่งกลับมาได้ จึงจำเป็นต้องมีการแจกแบบสอบถามออกไปให้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนมากถึง 176 ชุด จึงจะได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้

3. เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของการจัดการและระบบของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถสอบถามประวัติผู้ป่วยจากแพทย์ผู้ที่ทำการรักษา หรือดูแฟ้มผู้ป่วยได้ ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ทำได้ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามที่ผู้วิจัยต้องการ

4. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น ยังไม่ได้มีการศึกษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่น ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่สามารถนำไปเป็นตัวแทนของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการส่งเสริมให้ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้เรื่องทักษะชีวิต (life skills) เช่น วิธีจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อเกิดความเครียด

2. ควรเฝ้าระวังภาวะความเครียดที่รุนแรงในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดในสถานศึกษาต่างๆ

3. ควรมีเครือข่ายความร่วมมือในงานด้านส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้สมาชิกทุกคนภายในครอบครัวตระหนักและมีส่วนร่วมในโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

4. พัฒนาโปรแกรมเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยเน้นที

วิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงในการจัดการกับปัญหา เช่น วิธีจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem Focused Coping Behavior)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่าง

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกัน

2. วิธีการและช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล

ควรมีการเปลี่ยนรูปแบบในการศึกษาในเชิงทดลอง หรือเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้รายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการในการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

3. ตัวแปรที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลกระทบต่อความเครียดในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น การสนับสนุนทางสังคม บุคลิกภาพของเด็ก เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาความเครียดในลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มากยิ่งขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

[1] ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี. การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (กรกฎาคม-กันยายน 2531) : 99-105.

[2] Francell, S. Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology 1984 ; 45 : 839-852.

[3] Hatfield, A.B. The Family As Partner In The Treatment Of Mental Illness. Hospital and Community Psychiatry.38 (May 1971) : 338-340.

[4] Kane, C. The outpatient comes home ; the family's response to deinstitutional. Journal of Psychosocial Nursing. 22 (November 1984) : 19-25.

[5] สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. พฤษภาคม 2540.

[6] ตรีนุช ธงไชย. ปัญหาความเครียดภายในครอบครัวและวิธีการจัดการกับปัญหาของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียว และครอบครัวปกติ: ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2540.

[7] McCubbin, H.I., Patterson, J.M., and Harris L.H. Adolescent - family inventory of life events and changes. Family stress, coping and social support. USA : 1981 : 179-211.

[8] เกษม ตันติผลาชีวะ, วรลักษณา ธีรโมกข์.ยารักษาโรคจิต.ใน: เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536 ; 852-862.

[9] Karno M, Norquist GS. Schizophrenia. In : Kaplan HI and SadockBJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. 1. 6thed. Baltimore: Williams &Wilkins; 1995.

[10] Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Vol.I. 7thed. Philadelphia : Williams & Wilkins; 2000 :1110-1116.

[11] Fox C, Kane F. Psychiatric mental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996.

[12] สุดสบาย จุกทัพพะ, เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, จริยา จันตระ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44 : 96-108.

[13] ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2534.

[14] Taylor MC. Essentials of psychiatric nursing. 4th ed. St Louis : Mosby; 1994.

[15] Johson BS. Psychiatric mental health nursing. 3rd ed. Pennsylvania: J.B. Lippincott; 1993.

[16] กระทรวงสาธารณสุข . การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช THE ICD-10. มปท.: สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข;ม.ป.ป.: 69-73.

[17] มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมชย์ สุคนนิชย์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สวิชาญการพิมพ์; 2545.

[18] จำลอง ดิษยวณิช. การวินิจฉัยและการใช้ยาจิตเวช. โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เจริญการพิมพ์; 2531.

[19] Manschreck TC. Schizophrenic disorders. In: Outpatient diagnosis and treatment. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989.

[20] มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนนิชย์. โรคจิตเภท. กรุงเทพฯ: เมดอินโฟร์จีดี; 2542.

[21] จุฑามณี สุทธิสังข์. Serotonin-dopamine antagonists concepts in psychiatry. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539; 41 : 55-64.

[22] วีรวุฒิ เอกกมลกุล. การรักษาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537: 28-45.

[23] Carol L. M. Caton. Childhood Experiences and Current Adjustment of Offspring of Indigent Patients with Schizophrenia. Psychiatr Serv. 49 (January 1998) : 86-90.

[24] Rethink. Parents with Mental Illness [online]. Available from: http://www.enotalone.com [cited 2007, August 18].

[25] C. Manning. Effect of parental mental illness on children. Psychiatry, 5(1), ; 2006 : 10–12.

[26] Riordan, D., Appleby, L. & Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. Psychological Medicine. 29: 991-995.

[27] Snellen, M., Mack, K. & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.33: 902-911.

[28] Parents with a mental illness : the problems for children [online]. Available from: http://www.rcpsych.ac.uk [cited 2007, December 17].

[29] Children of parents with mental illness [online]. Available from: http://www.health.nsw.gov.au [cited 2008, January 22].

[30] Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., and Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relation. 34 : 19-26.

[31] Supporting families with parental mental illness [online]. Available from: http://www.bcss.org [cited 2008, March 11].

[32] Coleman J C. The nature of adolescence. New York : Methuen, 1980

[33] Hurlock E B. Adolescence development. New York : Mc Graw-Hill , 1973 : 10-3

[34] สุชา จันทร์เอม และสุรางค์ จันทร์เอม . จิตวิทยาวัยรุ่น . พิมพ์ครังที่ 4 กรุงเทพมหานคร : (ม.ท.ป.), 2518.

[35] ดวงใจ กสานติกุล. วัยรุ่น (Adolescence) ใน : วันเพ็ญ บุญประกอบ , อัมพร สูอำพัน , นงพนา ลิมสุวรรณ, บรรณาธิการ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์ .(Child psychiatry for pediatricians). ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์ , 2538 : 45-ภ6

[36] อังคณา ปรีชาเมตตา. การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชันมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา และโรงเรียนพุทธจักรวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

[37] อุมาพร ตรังคสมบัติ. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก. จุฬาลงกรณ์สาร 37, 2 (กุมภาพันธ์ 2536) : 87-96.

[38] Nelson, D. L. & Quick, J. C. Organizational Behavior : Foundations, realities, and challenges. MN : West Publishing Company. 1997.

[39] Johnson, J. H. Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence. Newbuly park : Sage. 1986.

[40] Niven, N. Health Psychological : An introduction for Nurses and Other Health Care Professionals. 2nd ed. Singapore : Churchill Livingstone. 1994.

[41] Lazarus, R. S. & Folkman, S. Stress Appraisal and Coping. New York : Springer Publishing Company. 1984.

[42] Weinstein, M. S. & Conry, R. F. Stress. Canada : International Self – Counsel Press. 1985.

[43] Auerbach, S. M. & Gramling, S. E. Stress Management : Psychological foundations. NJ : Prentice Hall. 1998.

[44] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัยความเครียดของประชาชนจังหวัดนนทบุรี ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. 2541.

[45] ชูทิตย์ ปานปรีชา. ความเครียด. ในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช, จิตวิทยาทั่วไป. นนทบุรี : สุโขทัยธรรมธิราช. 2529.

[46] Compass, B. E., Orosan, P. G and Grant, K. E. Adolescent stress and coping : implications for psychopathology during adolescence. Journal of Adolescence, 16,1993.: 331-349.

[47] Rice, F. P. The Adolescent Development Relationship and Culture. 7th ed. NY : Allyn & Bacon. 1993.

[48] กิติกร มีทรัพย์และคณะ. พฤติกรรมความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2541.

[49] สุคนธ์ คำอ่อน. การศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2540.

[50] ประภาเพ็ญ สุวรรณ สมบูรณ์ ขอสกุล อลิศรา ชูชาติ และวาสนา จันทร์สว่าง. การศึกษาสภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และทักษะการปรับตัวของเยาวชนไทย. รายงานการวิจัย. 2535.

[51] สนาม บินชัย. ความเครียดของนักเรียนโรงเรียนสตรีนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. ในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี 2543 สุขภาพจิตดีด้วยอีคิว ขันที่ 6-8 กันยายน 2543. กรุงเทพมหานคร : วงศ์กมล โปรดักส์ชัน. 2543.

[52] Lee, M. & Larson. Effectiveness of coping in adolescence : the case of Korean examination stress. International Journal of Behavioral Development,19(4) : 851-869. 1996.

[53] Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., and Gruen, R. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcome. Journal of Personality and Social Psychology, 50(5) : 992-1003. 1986.

[54] Niven, N. Health Psychological : An introduction for Nurses and Other Health Care Professionals. 2nd ed. Singapore : Churchill Livingstone. 1994.

[55] กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. ความเครียด-คลายเครียด. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 25 (1) (ม.ค.-มิย.) : 7-15.

[56] Valiakalayil Agitha, Paulson Lori &Tibbo Philip. Burden in adolescent children of parents with schizophrenia: The Edmonton High Risk Project. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(7), (July 2004) : 528-535.

[57] Neill, J. T. & Heubeck, B. Adolescent coping styles and outdoor education: Searching for the mechanisms of change.(On-Line). Paper Presentation. 1998. Abstract from : ERIC-CIJE & RCE : ED 424067, RC 021716

[58] Printz. B. L., Shermis, M. D. & Webb. Stress-buffering factors related to adolescent coping: a path analysis. (On-Line). Adolescence, 34(136) (Winter) :715-734. Abstract from : PubMed : PMID : 10730696.

[59] Donaldson, D., Prinstein, M. J., Danovsky, M., & Spirito, A. Patterns of children's with life stress: Implications for clinicians. American Journal of Orthopsychiatry, *70*, 2000: 351-359.

[60] รักชนก คชไกร. ความเครียด บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น: นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัวคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2541.

[61] สุภาพร เฉยทิม. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2544.

[62] สาโรช คำรัตน์. การเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(2 พฤษภาคม): 74-80.

[63] อรุณี เกษรอุบล. การสำรวจความเครียด การจัดการกับปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์

ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2544.

[64] กาญจนา เดชคุ้ม. การศึกษาความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุรุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541.

[65] นลินี ธรรมอำนวยสุข. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนกีฬาจังหวัดสุพรรณบุรี สังกัดกรมพลศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2541.

[66] ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล รุ่งทิวา บุพพันเหรัญ วรนันท์ ประเสริฐเมธ และคนอื่นๆ. รายงานการวิจัย ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานครในบรรยายการสอบเข้ามหาวิทยาลัย ประจำปีการศึกษา 2544. 2544. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

[67] Frydenberg, E. Adolescent coping theoretical and research perspectives. London and New York : Routledge. 1997.

[68] ธนู ชาติธนานนท์ สุวัฒน์ มหัตน์นิรันดร์กุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. ภาวะความเครียด กลไกการจัดการกับภาวะความเครียด และความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยของคนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 7(1), 2542: 29-35.

[69] วรินทร์ บุญเลียม. ความชุกของความเครียดจากการทำงานและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของคนงานส่วนการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมแมกเนติกเทปและอัลคาไลน์แบตเตอร์รีแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2543.

[70] Peach, L. A study concerning stress among high school students in selected rural schools. (On-Line). Paper presentation. 1991. Abstract From : ERIC-CIJE & RIE : ED 336253, RC 018359.

[71] Jones, R. W. Gender specific differences in the perceived antecedents of academic stress. (On-Line). Report research.1992. Abstract from : ERIC-CIJE & RIE : ED 364492, SO 023655.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

การวิจัยเรื่อง "ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท"

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน .....พ.ศ .....
สถานที่ .....เวลา .....

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง "ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท" ในฐานะผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง วัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนต่างๆ และประโยชน์หรือผลที่อาจเกิดจากงานวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจหรือซักถามเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยได้รับรองว่าข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูล หรืออาจหยุดให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้ นอกจากนี้การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะเนื้อหาสาระที่เป็นประเด็นสำคัญของการศึกษา ไม่นำเสนอข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ปรากฏชื่อ ที่อยู่ หรือสถานศึกษาใดๆทั้งสิ้น

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม
(.....)
ลงนาม.....พยาน
(.....)
ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ในกรณีที่ผู้ยินยอมอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ
(.....)
ลงนาม.....พยาน
(.....)
ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางสาว หทัยชนก หมากผิน)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท"

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยเกี่ยวกับ "ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท" ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาภาวะความเครียดและวิธีการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์โดยเป็นข้อมูลประกอบแนวทางในการช่วยลดหรือป้องกันปัญหาด้านต่างๆ ในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะสอบถามและให้ท่านทำแบบประเมินเรื่อง "ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท" ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน คือ ส่วนที่1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม จำนวน 30 ข้อ ซึ่งในส่วนแรกนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะใช้เวลาในการทำประมาณ 15 นาที สำหรับส่วนที่ 2 จะเป็น แบบวัดความเครียดสวนปรุง จำนวน 20 ข้อ ซึ่งในชุดนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะใช้เวลาในการทำประมาณ 10 นาที ส่วนที่ 3 เป็น แบบสอบถามวิธีการทีวัยรุ่นจัดการกับปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 46 ข้อโดยคาดว่าจะใช้เวลา 15 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ การเข้าร่วมการศึกษาครังนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ โดยไม่กระทบต่อสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาว หทัยชนก หมากผิน หรือโทร. 0863146197 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ และท่านสามารถสอบถามสิทธิของท่านเกี่ยวกับการวิจัยโครงการนี้ ได้จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 02-2564455 หรือ 02-2564493 กด14 หรือ 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ทีนี้

(นางสาว หทัยชนก หมากผิน)

ผู้วิจัย

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง
ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ❑ หรือเติมคำในช่องว่างทีตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

<u>ชุดที 1 ส่วนที 1</u> ข้อมูลส่วนบุคคล

1 .	**เพศ**	ชาย ❐ หญิง ❐
2.	**อายุ**	13 ปี ❐ 14 ปี ❐ 15 ปี ❐ 16 ปี ❐ 17 ปี ❐ 18 ปี ❐
3.	**ศาสนา**	พุทธ ❐ คริสต์ ❐ อิสลาม ❐ อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... ❐
4.	**ท่านมีพีน้องทังหมด (รวมตัวท่านเอง) ..... คน**	
5.	**ระดับการศึกษา**	ไม่ได้เรียน ❐ ประถมศึกษา ❐ มัธยมศึกษาตอนต้น ❐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ❐ อนุปริญญา/ ปวส. ❐ ปริญญาตรี ❐
6.	**คะแนนเฉลียสะสมในภาคเรียนทีผ่านมา**	ตำกว่า 2.00 ❐ 2.00 – 2.49 ❐ 2.50 – 2.99 ❐ 3.00 – 3.49 ❐ 3.50 – 4.00 ❐

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. **ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ**
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- พ่อ ❐
- แม่ ❐
- พี่ ❐
- น้อง ❐
- ญาติ ❐
- อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... ❐

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<u>ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2</u> ข้อมูลส่วนครอบครัว

8.	**ลักษณะครอบครัว**	ครอบครัวเดียว (ครอบครัวที่มีพ่อ แม่ ลูก อยู่กันเพียงลำพัง)	❒
		ครอบครัวขยาย (ครอบครัวที่มีพ่อ แม่ ลูก หลาน หรือญาติ อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน)	❒
9.	**จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน**		
10.	**รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว**	ไม่มีรายได้	❒
		ต่ำกว่า 5,000 บาท	❒
		5,000- 9,999 บาท	❒
		10,000-14,999 บาท	❒
		15,000- 19,999 บาท	❒
		20,000 บาทขึ้นไป	❒
11.	**ความคิดของท่านเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว**	เพียงพอมีเหลือเก็บ เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	❒❒
		ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	❒
		ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	❒
12.	**สถานภาพสมรสของพ่อแม่**	อยู่ด้วยกัน	❒
		แยกกันอยู่ชั่วคราว	❒
		หย่าร้างหรือแยกทางกัน	❒
		พ่อหรือแม่เสียชีวิต	❒
13.	**อายุพ่อ ..... ปี**		
14.	**อายุแม่ ..... ปี**		
15.	**โรคประจำตัวของพ่อ**	ไม่มี	❒
		มี (โปรดระบุ).....	❒
16.	**โรคประจำตัวของแม่**	ไม่มี	❒
		มี (โปรดระบุ).....	❒
17.	**ระดับการศึกษาของพ่อ**	ไม่ได้เรียน	❒
		ประถมศึกษา	❒
		มัธยมศึกษาตอนต้น	❒
		มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	❒
		อนุปริญญา/ ปวส.	❒
		ปริญญาตรี	❒
		ปริญญาโท	❒
		ปริญญาเอก	❒

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

18.	**ระดับการศึกษาของแม่**	ไม่ได้เรียน ❒ ประถมศึกษา ❒ มัธยมศึกษาตอนต้น ❒ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ❒ อนุปริญญา/ ปวส. ❒ ปริญญาตรี ❒ ปริญญาโท ❒ ปริญญาเอก ❒
19.	**อาชีพของพ่อ**	ไม่ได้ทำงาน ❒ รับราชการ ❒ รัฐวิสาหกิจ ❒ ค้าขาย ❒ เกษตรกรรม ❒ รับจ้าง ❒ อื่นๆ (โปรดระบุ) ❒ .....
20.	**อาชีพของแม่**	ไม่ได้ทำงาน ❒ รับราชการ ❒ รัฐวิสาหกิจ ❒ ค้าขาย ❒ เกษตรกรรม ❒ รับจ้าง ❒ อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... ❒
21.	**ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อกับแม่**	รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก ❒ รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันตามปกติ ❒ ขัดแย้งกันเป็นครั้งคราว ❒ ทะเลาะกันเป็นประจำ ❒ ห่างเหินกันแบบต่างคนต่างอยู่ ❒
22.	**ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับพ่อ**	รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก ❒ รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันตามปกติ ❒ ขัดแย้งกันเป็นครั้งคราว ❒ ทะเลาะกันเป็นประจำ ❒ ห่างเหินกันแบบต่างคนต่างอยู่ ❒

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

23.	**ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับแม่**	รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก ❐ รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันตามปกติ ❐ ขัดแย้งกันเป็นครั้งคราว ❐ ทะเลาะกันเป็นประจำ ❐ ห่างเหินกันแบบต่างคนต่างอยู่ ❐
24.	**ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว** กันมาก	รักและใกล้ชิดสนิทสนม ❐ รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันตามปกติ ❐ ขัดแย้งกันเป็นครั้งคราว ❐ ทะเลาะกันเป็นประจำ ❐ ห่างเหินกันแบบต่างคนต่างอยู่ ❐

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<u>ชุดที่ 1 ส่วนที่ 3</u> ข้อมูลทางสังคม

25.	**ความสัมพันธ์โดยรวมของท่านกับเพื่อน ๆ**	สนิทสนมกันดีมาก ไม่ค่อยทะเลาะกัน ❐ สนิทสนมกันปานกลาง ทะเลาะกันเป็นบ้างครั้ง ❐ ความสัมพันธ์ไม่ค่อยดี ทะเลาะกันเป็นประจำ ❐
26.	**การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน (เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน เล่นกีฬาหรือไปเที่ยวด้วยกัน)**	❐ ไม่เคย สัปดาห์ละ 1 - 3 วัน ❐ สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน ❐ สัปดาห์ละ 5 - 7 วัน ❐
27.	**จำนวนเพื่อนสนิทของท่าน**	ไม่มีเลย ❐ 1 - 3 คน ❐ 3 - 5 คน ❐ 5 - 7 คน ❐ 7 คนขึ้นไป ❐
28.	**การทำกิจกรรมในโรงเรียน (เช่น แข่งกีฬา เข้าชมรม)** ไม่เคย	❐
		เคย (โปรดระบุ) ..... ❐
29.	**เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือมีปัญหาจะปรึกษาหรือระบายความรู้สึกกับ.....บ่อยที่สุด**	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<u>ชุดที่ 2</u> แบบสอบทดสอบความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20)

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านหัวข้อข้างล่างนี้ แล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านให้ประเมินว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงช่องตามที่ท่านประเมิน โดย

คะแนนความเครียด 1	คะแนน	หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด
คะแนนความเครียด 2	คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
คะแนนความเครียด 3	คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
คะแนนความเครียด 4	คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
คะแนนความเครียด 5	คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกหรืออาการต่อไปนี้ในระดับใด	ระดับของความเครียด				
		ไม่รู้สึก 1	เล็กน้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	มากที่สุด 5
1	กลัวทำงานพลาด					
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งในเรื่องเงินทองหรือเรื่องงานในบ้าน					
4	เป็นกังวลเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7	กล้ามเนื้อปวดตึง					
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9	ปวดหลัง					
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11	ปวดหัวข้างเดียว					
12	รู้สึกวิตกกังวล					
13	รู้สึกคับข้องใจ					
14	รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด					
15	รู้สึกเศร้า					
16	ความจำไม่ดี					
17	รู้สึกสับสน					
18	ตังสมาธิลำบาก					
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20	เป็นหวัดบ่อย ๆ					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<u>ชุดที่ 3</u> แบบสอบถามวิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหา (The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience)

คำชี้แจง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่สร้างความตึงเครียด ท่านจะใช้วิธีการใดต่อไปนี้ เพื่อที่จะจัดการหรือควบคุมปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามความเป็นจริง ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นเลย
นาน ๆ จะมีสักครั้ง	หมายถึง	ท่านเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นบ้าง โดยนานๆ จะใช้วิธีการดังกล่าวสักครั้ง
เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	หมายถึง	ท่านเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย
บ่อย ๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นบ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ
เป็นประจำสม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ท่านใช้วิธีการต่อไปนีแก้ไขปัญหาบ่อยเพียงใด	ไม่เคยเลย 1	นานๆ จะมีสักครั้ง 2	เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย 3	บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ 4	เป็นประจำสม่ำเสมอ 5
1	พยายามมองสิ่งต่างๆ ในแง่บวก แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ยำแย่ก็ตาม					
2	พยายามตัดสินใจแก้ไขปัญหาทุกอย่างด้วยตัวของท่านเอง					
3	จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆที่จะต้องทำ					
4	พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ หรือลดความเครียดอย่างไร					
5	ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่					
6	พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น					
7	พยายามมองปัญหาให้เป็นเรื่องสนุก และไม่จริงจังกับปัญหาให้มากนัก					
8	มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ					
9	วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะให้มี อยากจะให้เป็น					
10	พยายามใกล้ชิดกับคนที่ท่านรักและเป็นห่วง					
11	พยายามหามิตรภาพจากเพื่อนใหม่ๆ					
12	พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา					
13	พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่					
14	ยกโทษให้คนที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่ดี					
15	บ่น หรือ ด่ากับตัวเอง					
16	พูดประชดประชันถากถางคนอื่น					
17	โมโห และพูดไม่ดี พาลกับคนอื่นๆ ไปเลย					
18	พูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น					
19	พูดคุยกับคุณแม่ถึงสิ่งที่ท่านกังวล					
20	พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล					
21	พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้พี่หรือน้องฟัง					
22	ลดความกังวลด้วยการพูดเปรยๆ (เหมือนการบ่น) ให้เพื่อนฟัง					
23	พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้เพื่อนฟัง					

ข้อ	ท่านใช้วิธีการต่อไปนี้แก้ไขปัญหาบ่อยเพียงใด	ไม่เคยเลย 1	นาน ๆ จะมีสักครั้ง 2	เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย 3	บ่อย ๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ 4	เป็นประจำสม่ำเสมอ 5
24	พูดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาครูแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ					
25	ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา					
26	ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา					
27	ใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ					
28	หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ					
29	อ่านหนังสือที่ชอบ					
30	ฟังเพลงจากวิทยุ เทป ซาวน์อะเบ๊าท์ ฯลฯ					
31	กินอาหารที่ชอบ					
32	เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนมากขึ้น					
33	เรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น					
34	ทำงานพิเศษหรืองานในบ้านให้หนักมากกว่าเดิม					
35	ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว					
36	ออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น วิ่ง ขี่จักรยาน ฯลฯ					
37	ดูโทรทัศน์					
38	เล่นวีดีโอเกมส์ ตู้เกมส์ เกมส์คอมพิวเตอร์ เกมส์กด ฯลฯ					
39	ไปชมภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์					
40	สวดมนต์					
41	เข้าวัด เข้าโบสถ์					
42	ไปชื้อของ เที่ยวห้างสรรพสินค้า					
43	ขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อยๆ โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย					
44	ร้องไห้					
45	สูบบุหรี่					
46	นอนหลับ					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวหทัยชนก หมากผิน เกิดเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2526 ที่จังหวัดพิษณุโลก ที่อยู่ตามภูมิลำเนา บ้านเลขที่ 48/1 หมู่ 2 ซอยพระร่วง 8 ถนนพระร่วง ตำบลนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จบการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาขากายภาพบำบัด) จากคณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2548 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาสุขภาพจิต) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2549

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย