

สุขภาพจิตและวิธีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นางสาวจรรุรัตน์ เกานิบล

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

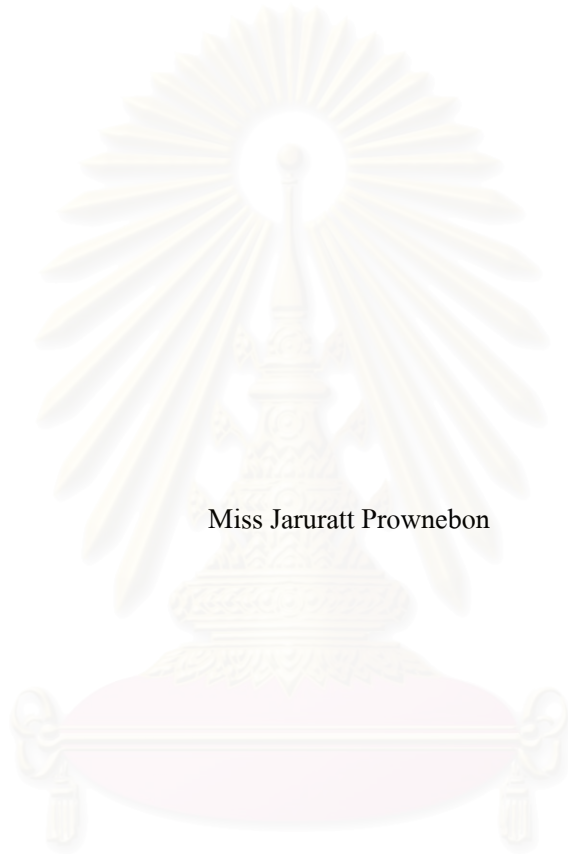
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**MENTAL HEALTH AND COPING STYLES AMONG ADOLESCENT OFFSPRINGS  
OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS**



Miss Jaruratt Prownebon

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 2008

Copyright of Chulalongkorn University

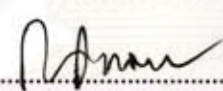
หัวข้อวิทยานิพนธ์ สุขภาพจิตและวิธีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
โดย นางสาวจรรรัตน์ เกานิบล  
สาขาวิชา สุขภาพจิต  
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร ครังคสมบัติ

---


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศร ภัทรคุณย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(นายแพทย์ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร ครังคสมบัติ)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

จากรัตน์ เกานันต : สุขภาพจิตและวิธีการจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.  
(MENTAL HEALTH AND COPING STYLES AMONG ADOLESCENT  
OFFSPRINGS OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS) อ.ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก: ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ, 128 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต วิธีการจัดการกับปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 61 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) และ แบบสอบถามวิธีการจัดการกับปัญหา (ฉบับภาษาไทย) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS ที่ระดับนัยสำคัญ  $P < .05$

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป (ร้อยละ 39.3) วิธีการจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บ่อยมากที่สุด ได้แก่ การนอนหลับ (ร้อยละ 80.3) วิธีที่เลือกใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา (ร้อยละ 93.4) ส่วนวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การวาดฝันถึงสิ่งอยากจะมี อยากจะเป็น และการพยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับบิดามารดา เป็นต้น สำหรับปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น คะแนนเฉลี่ยสะสม และบุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ เป็นต้น

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ปีการศึกษา.....2551.....

## 4974903930 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : MENTAL HEALTH / COPING STYLES/ DEPRESSIVE DISORDER/  
OFFSPRING/ ADOLESCENT

JARURATT PROWNEBON : MENTAL HEALTH AND COPING STYLES AMONG  
ADOLESCENT OFFSPRINGS OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS.

ADVISOR : PROF.UMAPORN TRANGKASOMBAT, M.D.,128 pp.

This research was cross-sectional descriptive study. The purpose of this is to study level of Mental Health and Coping Styles among adolescent offsprings of patients with depressive disorders, who came to the out-patient clinic of the King Chulalongkorn Memorial Hospital and Sritanya Hospital, 61 samples. The instruments used in this study consisted of a questionnaire on general information, Thai Mental Health Indicator (TMHI-15) and The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience (Thai version). The data was analyzed by SPSS program at statistical significance of  $P < .05$ .

The results show that most of the sample (39.3%) had a mental health state at the same level as that of the general public. The most frequent method of coping used by the sample was sleeping (80.3%) the least frequent was getting professional counseling such as a psychiatrist (93.4%). Many methods of coping were significantly associated with mental health such as daydreaming, talking and reasoning with parents etc. Factor found to be significantly related to mental health included.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department : ..... Psychiatry.....

Field of Study : ...Mental Health.....

Academic Year : 2008.....

Student's Signature : .....

Advisor's Signature : .....



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ช่วยเหลือ และให้ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาอบรม สั่งสอน ให้คำแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจรูปเล่ม ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ คณาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน โดยเฉพาะคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงการทำงานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และแพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวล ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ ที่กรุณาติดตามความก้าวหน้าในระหว่างการทำงานวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เจ้าหน้าที่ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิจัย และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่กรุณาช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ สาขาสุขภาพจิตทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือ กำลังใจ และมิตรภาพที่ดีเสมอมา

ที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้ป่วยและบุตรของผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัยด้วยดีตลอดในครั้งนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีประโยชน์ที่ผู้อ่านพึงจะได้รับ ผู้วิจัยขอขอบคุณดีให้ผู้ป่วยและบุตรของผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้มีพระคุณที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และ ที่ไม่ได้เอ่ยถึงที่ท่านเหล่านี้มีส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย .....	2
ข้อตกลงเบื้องต้น .....	2
ข้อจำกัดของการวิจัย .....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	5
วิธีดำเนินการวิจัย .....	5
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ความหมายของสุขภาพจิต.....	8
ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี.....	11
แบบวัดสุขภาพจิต .....	17
ความหมายของวิธีจัดการกับปัญหา .....	21
รูปแบบของวิธีจัดการกับปัญหา .....	22
ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	24
สาเหตุของโรคอารมณ์ผิดปกติหรือโรคซึมเศร้า.....	28
การรักษา.....	29

ความหมายของวัยรุ่น .....	29
พัฒนาการในช่วงวัยรุ่น .....	30
การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการด้านต่างๆของวัยรุ่น .....	31
สภาพแวดล้อมในสังคมวัยรุ่น .....	32
ปัญหาที่พบบ่อยของวัยรุ่น .....	33
ความรู้เกี่ยวกับบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า .....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต .....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการกับปัญหา .....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า .....	45
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....</b>	<b>49</b>
รูปแบบการวิจัย .....	49
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	56
<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....</b>	<b>57</b>
ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร .....	58
ข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว .....	60
ข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพ .....	63
ภาวะสุขภาพจิต .....	65
วิธีจัดการกับปัญหา .....	68
การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะสุขภาพจิต .....	72
การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีจัดการกับปัญหากับคะแนนสุขภาพจิต .....	81
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....</b>	<b>93</b>
สรุปผลการวิจัย .....	93
อภิปรายผล .....	94



ข้อจำกัดของการเก็บข้อมูล.....	104
ข้อเสนอแนะ .....	104
รายการอ้างอิง .....	105
ภาคผนวก .....	114
ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	115
ภาคผนวก ข ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์ .....	117
ภาคผนวก ค แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย .....	119
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	128



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ข้อแตกต่างระหว่างโรคประสาทซึมเศร้าคิดสับสนเทียบกับโรคซึมเศร้ารุนแรง .....	27
ตารางที่ 2	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
ตารางที่ 3	แสดงข้อมูลด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง .....	61
ตารางที่ 4	แสดงข้อมูลด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง .....	63
ตารางที่ 5	แสดงข้อมูลด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนของกลุ่มตัวอย่าง .....	64
ตารางที่ 6	แสดงภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
ตารางที่ 7	แสดงการตอบแบบวัดภาวะสุขภาพจิตTMHI -15 รายข้อ .....	66
ตารางที่ 8	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการตอบแบบวัดภาวะสุขภาพจิต.....	67
ตารางที่ 9	แสดงค่าความถี่ในการตอบคำถามเรื่องวิธีจัดการกับปัญหาความถี่ของวิธีจัดการกับปัญหา.....	68
ตารางที่ 10	รูปแบบของวิธีจัดการกับปัญหา.....	71
ตารางที่ 11	ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร โดยใช้วิธี Independent Sample T-Test .....	72
ตารางที่ 12	ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร โดยใช้วิธี One-Way ANOVA.....	73
ตารางที่ 13	ข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว โดยใช้วิธี Independent Sample T-Test.....	74
ตารางที่ 14	ข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว โดยใช้วิธี One-Way ANOVA .....	75
ตารางที่ 15	ข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้วิธี One-Way ANOVA .....	77
ตารางที่ 16	ข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยใช้วิธี Independent Sample T-Test....	78
ตารางที่ 17	การทดสอบรายคู่ระหว่างระดับการศึกษาของบิดา กับคะแนนสุขภาพจิต .....	79
ตารางที่ 18	การทดสอบรายคู่ระหว่างความสัมพันธ์กับบิดากับคะแนนสุขภาพจิต.....	80
ตารางที่ 19	การทดสอบรายคู่ระหว่างความสัมพันธ์กับมารดากับคะแนนสุขภาพจิต.....	80
ตารางที่ 20	การทดสอบรายคู่ระหว่างการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวกับ.....	80
ตารางที่ 21	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีจัดการกับปัญหา.....	81
ตารางที่ 22	การทดสอบรายคู่ระหว่างวิธีจัดการกับปัญหาต่างๆกับคะแนนสุขภาพจิต .....	90
ตารางที่ 23	ตัวแปรที่สามารถอธิบายคะแนนสุขภาพจิต .....	92

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1      กรอบแนวคิดในการวิจัย ..... 6



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อยและนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคล และเศรษฐฐานะทางสังคม องค์การอนามัยโลก รายงานว่าเกือบ 1 ใน 3 ของประชากรโลกมีความเจ็บป่วยทางจิตโดยพบโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15 ในประเทศไทยจากการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2546 พบว่าประชากรมีภาวะโรคซึมเศร้าเฉลี่ยที่ร้อยละ 3.20 ที่สำคัญโรคซึมเศร้ามีลักษณะแนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรัง และกลับเป็นซ้ำ ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวันของบุคคล เช่นการรับประทานอาหาร การหลับนอน ความรับรู้ตัวเอง ผู้ป่วยไม่สามารถประสานความคิด ความรู้สึกของตัวเพื่อแก้ปัญหา กลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ ไม่ร่าเริง แจ่มใส เก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดกับใคร สะท้อนใจง่าย ร้องไห้บ่อย อ่อนไหวกับเรื่องเล็กน้อยๆ บางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่อยากทำ รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต ความรับผิดชอบต่อการทำงานลดลง ทำงานผิดพลาดมากขึ้น ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ ในผู้ป่วยบางคนอาจส่งผลกระทบต่อขั้นลูกให้ออกจากงาน [1] ทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐฐานะของครอบครัว ที่นอกจากรายได้จะลดลงแล้ว ยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลอาการเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยด้วย นอกจากโรคซึมเศร้า จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยอย่างรุนแรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันด้วย โดยเฉพาะลูกที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์สติปัญญา ตลอดจนการปรับตัวในสังคม [2] แล้วก็ต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยของบิดาหรือมารดา ความกังวลที่อาจมีโอกาสป่วยเป็นโรคเช่นเดียวกับบิดา หรือมารดาด้วยก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของพวกเขา จนอาจทำให้กลายเป็นผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็ก ไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ นับเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญของชีวิต จำเป็นต้องอาศัยความรัก ความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการสร้างบุคลิกภาพของเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ความมั่นคงของครอบครัวก็เป็นรากฐานสำคัญของความมั่นคงของสังคมและของประเทศชาติ และการที่จะประคับประคองให้ผ่านช่วงวัยนี้ไปได้อย่างราบรื่นจะต้องอาศัยบิดาและมารดาเป็นหลักสำคัญ แต่ในครอบครัวที่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยของบิดาหรือมารดา จนไม่สามารถดูแลครอบครัวได้ ย่อมต้องส่งผลให้

เกิดปัญหามากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ พวกเขาเหล่านี้มีสุขภาพจิตเป็นอย่างไร และมีวิธีการจัดการกับปัญหาแบบใด ปัจจุบันนี้ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและวิธีการจัดการกับปัญหา บุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ซึ่งสามารถนำผลจากการศึกษาวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ให้แก่บุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพื่อช่วยส่งเสริมการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ประสบความสำเร็จในอนาคต และเป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติต่อไปด้วย

### คำถามของการวิจัย

1. บุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสุขภาพจิตเป็นอย่างไร และมีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอะไรบ้าง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตในบุตรผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการกับปัญหาในบุตรผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในบุตรผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีการจัดการกับปัญหา เฉพาะบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น โดยภาวะสุขภาพจิตนั้นประเมินด้วยการใช้แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15) ของ อภิชัย มงคล และแบบวัดวิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหา โดยใช้แบบสอบถามของ ตรีนุช ชงไชย ซึ่งได้แปลและทดสอบความเที่ยงตรงแล้วมาจาก A-Cope (The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience) ของ McCubbin, Patterson และ Harris



## ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิถีจัดการกับปัญหา เฉพาะบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น
2. ในการศึกษาครั้งนี้บุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายดังกล่าว

## ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะเฉพาะบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น จึงอาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดได้
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้ระดับภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่ศึกษา
3. TMHI-15 เป็นเครื่องมือที่ใช้กับบุคคลทั่วไป ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตว่าอยู่ในเกณฑ์ดีกว่า หรือ เท่ากับ หรือ ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยของคนทั่วไปเท่านั้น ไม่ได้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิต

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ในการวิจัยนี้หมายถึงค่าคะแนนที่ได้จากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15) ของ อภิชัย มงคล และคณะข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ

2. วิธีจัดการกับปัญหา หมายถึง วิธีการต่างๆที่บุคคลนำมาใช้เมื่อต้องประสบกับปัญหา โดยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหา (coping strategies) เพื่อให้ปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้น คลี่คลายลงหรือหมดไป ทำให้ตนเองสบายใจ และสามารถปรับตัวได้ ในการวิจัยนี้หมายถึงค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัดวิธีวิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหา โดยใช้แบบสอบถามของ ตรีนุช ชงไชย ซึ่งได้ แปลมาจาก A-Cope (The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience) ของ McCubbin, Patterson และ Harris มีคำถามทั้งหมด 46 ข้อ โดยแบ่งวิธีจัดการกับปัญหา ออกเป็น 12 วิธี ดังนี้

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

3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ชนิด Major depressive disorder หรือ Dysthymic disorder หรือ Depressive disorder not otherwise specified ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น

4. บุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหมายถึง เด็กที่มีบิดา หรือมารดา หรือบิดาและมารดา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder หรือ Dysthymic disorder หรือ depressive disorder not otherwise specified ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวผลที่ได้ไปวางแผนเกี่ยวกับการดูแล จัดการ ส่งเสริมและพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาเพื่อให้เด็กเหล่านี้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยต่อไป

## วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเขียน โครงร่างวิทยานิพนธ์
2. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของคณะกรรมการ
3. ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการด้านการวิจัย
4. ขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
5. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล
6. เสนอวิทยานิพนธ์และแก้ไข

## ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

- วารสาร “จุฬาลงกรณ์เวชสาร”

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต
2. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหา
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
4. ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น
5. ความรู้เกี่ยวกับบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการกับปัญหา
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



## 1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

### 1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพหมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ จิตหมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้ คิด และนึก ดังนั้นเมื่อนำมารวมกันตามความหมายศัพท์ สุขภาพจิต จึงหมายถึง จิตใจนึกคิดที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ [3]

เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต ให้คำนิยามว่า สุขภาพจิตคือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธมองตน มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลง[4]

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจซึ่งได้มาจากความสามารถในเรื่องการกระษัตริย์ มิตร คือ ความสามารถในการผูกมิตรและรักษาความเป็นมิตรไว้ให้ได้ รวมทั้งความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและเป็นสุข ความสามารถในการพิชิตอุปสรรค คือความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัวให้อยู่ได้ หรือก่อให้เกิดประโยชน์ได้ในท่ามกลางความเป็นอยู่และความเปลี่ยนแปลงของสังคมและ การรู้จักพอใจ คือ ความสามารถในการทำใจให้ยอมรับในสิ่งที่อยากได้ อยากเป็นเท่าที่ได้ ที่เป็นอยู่จริงได้ด้วยความสบายใจ [5]

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต คือ สภาพจิตใจที่เป็นสุข เป็นสถานภาพของจิตใจที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สุขภาพจิตเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่จะแก้ปัญหาของตนในแบบฉบับอันตั้งอยู่บนรากฐานของความเป็นจริง โดยอยู่ในกรอบของธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของตน [6]

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า “สุขภาพจิต” เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มี ความขัดแย้งภายในจิตใจ หรือเมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในใจ ก็จะสามารถปรับจิตใจให้เกิดความพอใจในผลที่ได้รับ และพร้อมที่จะเผชิญปัญหาแทนที่จะหลีกเลี่ยงหนีจากปัญหาหรืออุปสรรคนั้น ๆ นอกจากนี้บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีอาจสามารถใช้ความรู้สึกขัดแย้งในใจต่าง ๆ เป็นแรงผลักดันให้สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่ได้หมายความว่าปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น [7]

ฝน แสงสิงแก้ว บิดาแห่งวงการสุขภาพจิตและจิตเวชแห่งประเทศไทยให้คำนิยามสุขภาพจิตดีคือ สภาวะของชีวิตที่มีสุข ผู้มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่สามารถปรับตัวเองอยู่ได้ด้วยความสุขในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้ หรือผู้ซึ่งมีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่พอใจตัวเอง พอใจผู้อื่น และสามารถปรับตนให้เข้ากับสังคมได้ด้วยความสุข ทั้งสามารถบำเพ็ญประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้ด้วยความสุข [8]

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว กล่าวว่า สุขภาพจิตคือภาวะของจิตใจที่สงบและมีความสุข ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ความสุข การปรับตัวให้เข้ากับสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการมีชีวิตและใช้ชีวิตอย่างสร้างสรรค์ สุขภาพจิตแบ่งระดับตั้งแต่สุขภาพจิตดีจนถึงด้อยที่สุด และระดับสุขภาพจิตนี้แปรเปลี่ยนได้ตามสภาวะการณ์ [9]

จารุวรรณ ตั้งศิริมงคล ได้กล่าวถึงสุขภาพจิตว่าหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไม่เพียงปราศจากโรคจิต โรคประสาทเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับตัวอยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีชีวิตอยู่ได้อย่างสมดุล สะดวกสบาย สามารถสนองความต้องการของตน ในโลกที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจตนเอง [10]

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ ความหมายสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ ซึ่งช่วยให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวต่อสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางจิตใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ [11]

บุญวดี เพชรรัตน์ สุขภาพจิตหมายถึง สภาวะทางบวก ซึ่งบุคคลต้องการให้เกิดขึ้น โดยตนเองเป็นผู้กระทำหรือชี้นำ (self-directive) และตระหนักในคุณค่าของสุขภาพจิตตนเอง [12]

กัญญา สุวรรณแสง กล่าวว่าสุขภาพจิตคือความสมบูรณ์ด้านจิตใจ โดยมีจิตใจปกติ เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคงสามารถปรับกายและใจให้มีดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อมและสังคมจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุขจาโสดา ได้สรุปว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีต้องมีลักษณะต่างๆ ได้แก่ไม่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ มีพฤติกรรม ที่เหมาะสม ปรับตัวได้กับสภาพแวดล้อมต่างๆ มีบุคลิกภาพที่มั่นคง และมีเจตคติที่ถูกต้องต่อสภาพความเป็นจริง [13]

อัมพร โอตระกูล สุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งกายและใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วม และกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดี และประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย [7]

อภิชัย มงคล และคณะ ได้ทำการศึกษา เรื่อง สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตดีหมายถึงการที่บุคคลมีสุขภาพกายและจิตดี มีความผาสุก (อยู่ดีกินดี) ในการดำรงชีวิต ปราศจากโรคจิต โรคประสาท และละเว้นจากอบายมุข [14]

Freedman, et al. ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาวะของความรู้สึกผาสุก ซึ่งบุคคลสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติในสังคมของบุคคลนั้น และประสบผลสำเร็จ และมีความพึงพอใจในตนเอง [15]

Kaplan, Freedman and Sadock กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข [4]

Kriegh, Perko กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ความต้องการของบุคคลทั้งจากภายนอกและภายใน ได้รับการผสมผสานสัมพันธ์กับความเป็นจริงและสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ ทำให้บุคคลปรับตัวได้สามารถทำหน้าที่ของชีวิตโดยอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ไม่บิดเบือนความจริง ผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ซึ่งสามารถที่จะปรับปรุงตัวเองให้มีสภาพที่ปราศจากความคับข้องใจ ปราศจากพยาธิสภาพหรืออาการต่างๆ ยืนหยัดและดำเนินการตามปรัชญาชีวิตที่เหมาะสมของตน มีความพอใจในตนเอง ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในทางที่เหมาะสม มีสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น [16]

Veit and Ware ได้สรุปว่า สุขภาพจิตครอบคลุมด้วย 2 องค์ประกอบคือ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) และความผาสุกทางจิตใจ (Psychological well-being) [17]

Townsend กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นการประสบผลสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นภายใน ภายนอกและสิ่งแวดล้อม โดยประเมินได้จากแนวคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งเหมาะสมตามอายุ และสอดคล้องตามบรรทัดฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ [18]

สรุปว่าสุขภาพจิต โดยนัย หมายถึง

1. สมรรถภาพของบุคคลที่จะสร้างความสัมพันธ์อย่างราบรื่นกับผู้อื่น
2. ความสามารถในการดำรงชีพอยู่ได้ หรือดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ได้ในสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
3. นอกจากนี้ยังหมายถึงความสามารถที่จะบรรลุความพอใจที่สมดุลและกลมกลืนที่มีความขัดแย้งอันเกิดจากแรงผลักดันที่มีอยู่ในใจ กลมกลืนถึงระดับเกิดการผสมผสานอย่างสมบูรณ์ มากกว่าการปฏิเสธความพอใจที่สนองตอบความต้องการภายในที่มีอยู่ชัดเจน อันเป็นวิถีทางที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความขัดแย้งความต้องการอย่างอื่น และยังหมายรวมถึงความสามารถของบุคคลที่บุคลิกภาพได้พัฒนาไปในทิศทางที่สามารถให้ความขัดแย้งจากความต้องการภายใน ได้มีทางระบายออกอย่างเหมาะสม ตามศักยภาพของตนเอง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรเป็นผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีชีวิตที่เป็นสุขสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ในการดำเนินชีวิต มีความสามารถในการพัฒนาตนเองและมีความดีงามภายในจิตใจ มีปัจจัยสนับสนุนเพื่อช่วยให้ตนเองอยู่ในสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้เป็นอย่างดี

## 1.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงองค์ประกอบ หรือลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ [19]

1. เป็นผู้ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ แล้วยังต้องมีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น วางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือทำตนให้มีคุณค่าได้ ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
3. เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการก็สามารถผ่อนปรนหาทางออก ที่ราบรื่นถูกต้องกับทำนองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่ได้รับนั้นๆ ด้วย

สวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว [9]

1. บุคคลจะต้องมองตนเองในด้านดี เห็นคุณค่าตนเอง ไม่ดูถูกเหยียดหยามตนเอง หรือเห็นว่าตนเองต่ำต้อยไร้ค่า น่ารังเกียจ
2. รู้จักตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง พึ่งตนเองได้ สามารถรับผิดชอบผลที่เกิดจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น
3. มีความรู้สึกที่ดีต่อคนอื่น มีความเชื่อในความสามารถของผู้อื่น
4. ยอมรับขอบเขตความสามารถของตนเอง รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นและจุดอ่อน ใช้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์การเรียนรู้
5. สามารถยับยั้งความต้องการทั้งหลายได้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควร และไม่ขัด กับประเพณีและวัฒนธรรม
6. สามารถสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม
7. สามารถสร้างสัมพันธภาพอันอบอุ่นกับผู้อื่นได้
8. สำนึกผิดชอบ ชั่วดี มีคุณธรรม
9. ยอมรับและสามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ระเบียบ ข้อบังคับของสังคมได้
10. ไม่มีความรู้สึกอิจฉาริษยาคนอื่น
11. สามารถรับรู้ความจริงของชีวิต อยู่ในโลกของความเป็นจริง
12. สามารถอยู่ได้โดยลำพังและรวมกลุ่มกับผู้อื่น หรือสามารถช่วยตนเองและพึ่งพา ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
13. ยอมรับว่าภาวะเครียดและการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
14. มีอารมณ์ขัน
15. มีอารมณ์หนักแน่น มั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งเร้า

วีระ ไชยศรีสุข ได้กำหนดองค์ประกอบของผู้มีสุขภาพจิตดีดังนี้ [20]

1. ความต้องการ ถ้ามีความต้องการแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ย่อมทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทางด้านสุขภาพจิต
2. มีเป้าหมายของชีวิต ถ้าเป้าหมายของชีวิตเป็นจริง ก็จะเกิดความสุข
3. การรู้จักตัวเองและยอมรับตนเอง
4. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกาย ถ้าเป็นไปตามปกติ ก็จะทำให้บุคคลมีการพัฒนาการทางจิตควบคู่กันไปอย่างสมดุล
5. ความรัก ความรักที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เสียดสี ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเมตตา และอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข



6. การยอมรับความจริง ผู้ที่ยอมรับความเป็นจริงทั้งผิดหวังและสูญเสียได้โดยไม่ตีโพยตีพายก็จะอยู่ได้อย่างมีความสุข

7. การควบคุมอารมณ์ ผู้ที่มีความสามารถในการรักษาและควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาพปกติได้ เป็นผู้สุขภาพจิตดี

8. ความสุข ผู้ที่มีความสุขคือผู้ที่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น ยิ้มแย้มแจ่มใส ประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในบรรทัดฐานของสังคม สามารถดำเนินชีวิตไปกับผู้อื่นได้ดี

คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต [4] ได้แยกลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตออกมาเป็น 3 มิติ คือ

1. มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่

1.1 ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่างๆ พอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อดทน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว

1.2 มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจความต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก

1.3 วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก หมายถึง ความสามารถในการมองโลกตามความเป็นจริงภายนอก สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่

2.1 ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิดสามารถจัดการกับปัญหา สิ่งแวดล้อมรอบตัว และโลกภายนอกได้ โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่นและสังคมวงกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคม มีมนุษยสัมพันธ์มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุข สงบและมีความพอใจ

2.3 ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพัน ซึ่งสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการ เหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

3. มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

อภิสิทธิ์ ชำรงวารงกูร [21] กล่าวว่า ความสุขของคนเรามี 8 เรื่องใหญ่ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต

1. ความสุขจากการมีหลักประกันในชีวิต ซึ่งหมายถึง เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีผู้ดูแลไม่เป็นที่ตามบุญตามกรรม และการมีทรัพย์สิน ที่ดินทำกิน

2. ความสุขจากการมีสุขภาพกายและทางใจดี

3. ความสุขจากการที่มีครอบครัวอบอุ่น

4. ความสุขจากการมีชุมชนที่เข้มแข็ง

5. ความสุขจากการมีความภาคภูมิใจ การที่ลูกหลานได้ดีพึ่งตนเองได้ การมีภูมิปัญญาที่จะถ่ายทอดสู่ลูกหลาน และผู้สนใจ

6. ความมีอิสรภาพ การมีอิสระในการคิด การพูดและทำโดยไม่สร้างความเดือดร้อนต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการไม่มีหนี้

7. ความสุขจากการบรรลุธรรม ซึ่งหมายถึงการมีปัญญาที่จะรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม

8. มีสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ ป่า ต้นไม้ใหญ่

อภิชาติ มงคลและคณะ [14] ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ผลการศึกษาในด้านลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 4 ประการคือ

1. สุขภาพจิตดี (จิตใจดี มีคุณธรรม จิตใจเยือกเย็น สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาสดชื่น จิตใจร่าเริงสนุกสนาน จิตใจสบาย ไม่โกรธ ไม่ดุด่า และปล่อยวาง)

2. สุขภาพกายแข็งแรง (ไม่มีโรค ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เจ็บไข้ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์และนอนหลับได้)

3. ความผาสุก (อยู่ดีกินดี) (มีเงินพอใช้ มีเงินทอง มีความสุข อยู่เป็นสุข ไม่มีปัญหาครอบครัว ลูกอยู่ในโอวาท พอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่อยากได้อะไรเกินความพอดี เพื่อนบ้านดี ไม่มีศัตรู มีเพื่อนฝูง และสิ่งแวดล้อมดี)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก (เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลานรักใคร่ดูแล เคารพนับถือกัน พุดจาดี พุดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นคนค่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้สารเสพติด)

Jahoda [22] ได้ให้แนวคิด ในการประเมินสุขภาพจิตของคนทั่วไปโดยพิจารณาจากทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ของเขาและการทำตนให้เป็นประโยชน์ ความผสมกลมกลืนกันของบุคลิกภาพ ความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมเกินไป การรับรู้ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบตัวตนเอง และความสามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้คือดัชนีที่จะบ่งชี้ว่า บุคคลมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี ได้ดังนี้

1. ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง (Attitude of an individual toward his own self.) เขาคิดอย่างไรกับตัวเอง เช่นคุณถูกตัวเองหรือไม่ หรือว่าหลงตัวเอง เขามีภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกต้องหรือไม่ และเขารู้สึกอย่างไรต่อตนเอง สงสารตนเอง สมเพชตนเอง รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย หรือรู้สึกว่าตนเองยิ่งใหญ่เกินเลยความเป็นจริง

2. มีความต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ (Growth and development or self-actualization.) เขาจะต้องมีแรงคลใจในด้านที่จะพัฒนาให้ตนเองให้เจริญก้าวหน้าขึ้น (Growth motivation) ในด้านทำความเจริญให้แก่สังคมที่เขาอยู่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีความป่วยเจ็บทางจิตใจ มักเป็นผู้ที่ขาดแรงคลใจ (Deficiency of motivation) จึงคล้ายคนขาดชีวิตชีวาและอยู่ไปอย่างไร้ประโยชน์ บุคคลที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ดีจะใช้ชีวิตของตนอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม

3. มีบุคลิกภาพที่ประสมประสานดี (Integration) คำว่าประสมประสาน คือความสมดุลของพลังคลใจและพลังควบคุม (Balance of Psychic forces) ในคนปกติโดยทั่วไปเรามีความอยากความต้องการ (Need) ด้วยกันทั้งสิ้น และขณะเดียวกันเราก็มีแรงควบคุม (Controlling force) ซึ่งแรงทั้งสองนี้จะต้องสมดุลกัน เราจึงจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายได้ หากแรงทั้งสองนี้ขัดแย้งกันเอง คือมีแรงใดแรงหนึ่ง

4. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy or independence from social influence) มีความสามารถควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน โดยไม่ต้องอาศัยแรงควบคุมภายนอก และยังประพฤติปฏิบัติตนโดยยึดถือความเชื่อมั่นของตนเองเป็นหลัก ไม่ ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

5. จะรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นจริง (Perception of reality) การรับรู้ของเขาจะไม่ถูกบิดเบือนโดยอคติในตนเอง โดยความต้องการของตนเอง หรือบิดเบือนโดยอารมณ์ส่วนตัว เขาจะสามารถรับรู้เหตุการณ์อย่างที่เป็นจริง

6. สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ (Environment mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ จะต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสมแก่ภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะต้องมีความทะเยอทะยานในมนุษย์สัมพันธ์อย่างพอเพียงที่จะทำให้ชีวิตดำเนินได้อย่างราบรื่น จะต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ

การประชุมขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 1981 [23] ได้กล่าวถึงดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ซึ่งได้กล่าวรวมทั้งดัชนีชี้วัดทั้งในระดับบุคคลและชุมชนว่าควรประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ คือ

1. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต
2. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง
  - 2.1 ความผาสุกของคนๆ นั้น
  - 2.2 ชีวิตในชุมชน สังคม
  - 2.3 คุณภาพชีวิต
  - 2.4 และการพัฒนาทางด้านสังคมจิตใจ
3. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับความแตกแยกของสังคม

Trubowitz [24] ได้จำแนกพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตดีของบุคคลเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. ความสุข (Happiness) รู้จักหาความสุขสนุกสนานให้แก่ชีวิตตนเอง สามารถมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นตามที่ต้องการ
2. การควบคุมพฤติกรรม (Control Over Behavior) สามารถยอมรับและเข้าใจการแสดงออกอย่างมีขอบเขต สามารถตอบสนองตามกฎระเบียบ ประเพณีของกลุ่มได้
3. การประเมินความเป็นจริง (Appraisal of Reality) รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างถูกต้อง มีความรู้สึกที่ดีต่อผลที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาในแง่ดีหรือไม่ดี และจะติดตามการกระทำนั้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าสิ่งใดเป็นจริงหรือไม่จริง
4. ประสิทธิภาพในการทำงาน มีความพยายามทำงานอย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่ เมื่อประสบกับความล้มเหลว ยังคงยืนหยัดสามารถทำงานต่อไปได้

5. มีแนวคิดของตนเองในด้านสุขภาพ (A Health Self-Concept) มีความเป็นตัวตนและเข้าถึงอุดมคติตามความเหมาะสม มีเหตุผลและมีความเชื่อมั่น สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือเมื่อมีความเครียด

Rollant and Deppoliti [25] ได้จำแนกผู้ที่มีสุขภาพจิตดีตามปัจจัยและลักษณะของบุคคลดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล เป็นผู้ที่มีการยอมรับและรักตนเอง มีเป้าหมาย มีความคิดและการกระทำอย่างอิสระ ตระหนักและรู้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง สามารถทำงานและมีผลงาน

2. ปัจจัยทางด้าน การปรับตัวต่อความเครียด เป็นผู้ที่สามารถควบคุมตัวเองในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้ มีกลไกเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ปัจจัยทางด้าน การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นผู้ที่สามารถยอมรับบุคคลอื่นได้ รู้จักรักและดูแลคนอื่น

4. ปัจจัยทางด้าน การรับรู้สิ่งแวดล้อมและความจริง เป็นผู้ที่มีการรับรู้ในแง่บวก มุ่งเรื่องที่เป็นจริงสามารถหาความหมายของชีวิตได้

### 1.3 แบบวัดสุขภาพจิต

แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาเป็นภาษาไทย และเป็นที่ยอมรับใช้กันในการศึกษาวิจัยในประเทศไทยมีหลายชนิด เช่น

Symptom Checklist 90 (SCL-90) พัฒนาโดยละเอียด ชูประยูร ประกอบด้วยข้อคำถามทดสอบกลุ่มอาการต่าง ๆ ทางสุขภาพจิตจำนวน 90 ข้อ เป็นแบบวัดความผิดปกติด้านจิตใจ คือ วัดภาวะความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย (somatization) อาการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) ความคิดหวาดระแวง (paranoid ideation) ความหลงผิดและประสาทหลอน (psychoticism) แบบวัดนี้สามารถนำมาใช้ได้ทั้งกับคนปกติและผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต [26]



Health Opinion Survey (HOS) สร้างโดยแมคมิลเลียน (Macmillian) ได้รับการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยบรรจง สืบสมาน มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจ จำนวน 20 ข้อ สามารถตรวจหาความเครียดของบุคคลและชุมชนได้ [27]

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire-GHQ) ของโกลด์เบิร์ก เป็นแบบสอบถามชนิดรายงานตนเองใช้ประเมินสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคจิต โดยวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ 2 ประการคือ การไม่สามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจโดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้น ๆ มากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคลนั้น ๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ ข้อคำถามของ GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข ความวิตกกังวล ความบกพร่องเชิงสังคม และ hypochondriasis ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ เครื่องมือชุดนี้มีหลายฉบับซึ่งมีจำนวนข้อคำถามที่ต่างกันตามเลขที่ต่อท้ายชื่อเครื่องมือ มีทั้งฉบับเต็ม คือ 60 ข้อ (GHQ60) และฉบับตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ 30 ข้อ (GHQ30), 28 ข้อ (GHQ28) และ 12 ข้อ (GHQ12) มีความเชื่อถือได้และมีค่า alpha ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 [28]

แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย (Mental Health Questionnaire : TMHQ) พัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตในประชากรทั่วไป คัดกรองผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV มีจำนวน 70 ข้อแบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ Somatization Anxiety Depression Psychotic Social function โดยมีค่า Cronbach's Alpha coefficient =0.82-0.94 ในแต่ละข้อแบ่งระดับความมากน้อยของอาการที่ปรากฏ ตั้งแต่ระดับ ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมาก [29]

แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ปี 2547 ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ. (The New Thai Mental Health Indicator: TMHI-54) พัฒนาโดย อภิชัย มงคล และคณะ เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลทั่วไป โดยการประเมินค่าเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป เท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป หรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป ซึ่งเกณฑ์ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิตในการประเมินครั้งนี้ไม่ได้ใช้เกณฑ์ตัดสินโดยเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ มีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ ความหมายสุขภาพจิต มิติของสุขภาพจิต (Domain) และมิติย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain) ใน การมองสุขภาพจิตของบุคคลไม่ได้มองเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งแต่จะหมายรวมถึง



การมองในด้าน อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม บุคลิกภาพ สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยโดยตรงที่มีผลต่อจิตใจจึงพิจารณาแบ่งองค์ประกอบของสุขภาพจิตเป็น 4 Domain คือ Domain ที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental State) ในด้านความรู้สึกเป็นสุข อารมณ์ด้านบวก (General well-being positive affect) และ อารมณ์ด้านลบ (General well-being negative affect) และดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากเป้าหมายของคนคือความผาสุก โดยการวัดความทุกข์หรือสุขของบุคคลว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งวัดจากความรู้สึก อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ว่าในปัจจุบันเป็นอย่างไร และมีโรคภัยไข้เจ็บหรือมีอาการของโรคต่างๆ เกิดขึ้นหรือไม่ เป็นการวัด ณ ปัจจุบัน มีแนวคิดว่าการประเมินสุขภาพจิตของคนทั่วไปให้พิจารณาจากทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง การรับรู้สภาพร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน Domain ที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) เป็นการมองในเรื่อง ความสามารถในการแก้ปัญหา ความสามารถในการเผชิญปัญหา หรือสมรรถภาพในการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ปัญหาการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น สร้างความสัมพันธ์และธำรงรักษาความสัมพันธ์ให้อยู่ด้วยกันได้อย่างราบรื่น ปัญหาจากสิ่งแวดล้อมหรือสังคมภายนอกที่มากค้ำคั้น มีความสามารถในการปรับตัวให้อยู่ได้ในสถานการณ์นั้นๆ และถ้าให้ดีคืออยู่ได้อย่างมีผลผลิตของงานด้วย (Productive) มีคุณค่า สร้างประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลที่จะอยู่ได้ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาที่เกิดจากภายในจิตใจของตนเอง มุ่งไปที่ instinctive drives คือความต้องการพื้นฐานของคนเราเกิดความขัดแย้งกัน เป็นการดูว่าจิตใจสามารถ balance ความขัดแย้งทำให้เกิดความสมดุล มีผลออกมาที่ราบรื่น เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาที่สำคัญในการดำเนินชีวิต Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยมุ่งให้เป็นคนดี คนเก่ง เป็นคนที่มีความสุข มีคุณภาพของจิตใจซึ่งเป็นลักษณะ Psychological characteristic ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีต้องมี Positive mental health คือ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ บุคลิกภาพที่ผสมผสานกันดี มีความเป็นตัวของตัวเอง มีการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ Domain ที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน ได้นำแนวคิดจาก Subjective well-being, Quality of life ซึ่งมองว่าบุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคลแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อจิตใจและการดำเนินชีวิต

แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15) เป็นแบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคล โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของความหมายสุขภาพจิต องค์ประกอบของสุขภาพจิต (Domain) และองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain) พัฒนาโดย อภิชัย มงคล และคณะ เป็นฉบับย่อของ แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ปี 2547 ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ. (The New Thai Mental Health Indicator: TMHI-54) ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีค่า

cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนน โดยมีเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีกว่า คนทั่วไป(good) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor) กำหนดโดยพิจารณาจากการกระจายของคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่ได้จากการพัฒนา คือ ช่วง 35-45 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ช่วงคะแนน 28-34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ ช่วงคะแนน 0-27 คะแนนหมายถึงสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จากการศึกษาแบบประเมินสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้ตัดสินใจเลือกใช้แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15 ) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้กับบุคคลได้โดยไม่จำกัดเพศ และอายุ และเป็นการประหยัดเวลาในการตอบ ซึ่งเหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา [30] โดยมีรายละเอียดดังนี้

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต(TMHI-15 ) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบของสุขภาพจิต ดังนี้

1. สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต มีองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain) คือ

1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect) หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุขที่บุคคลรับรู้จากชีวิต เป็นอารมณ์ด้านบวกในลักษณะของภาพรวมทั้งหมดไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว แต่เป็นการมองในภาพรวมว่าบุคคลมีความรู้สึกในทางที่ดีเพียงใด เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกพอดี (balance) สงบ มีความสุข มีความหวัง มีความบันเทิงใจ และสนุกสนานกับสิ่งดีๆ ในชีวิต มุมมองของแต่ละคน และความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคตจะมีความสำคัญมาก

1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect) หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคลนั้น เช่น ความสลดหดหู่ ความรู้สึกผิด เสรี อายากร้องไห้ สิ้นหวัง ประหม่า วิตกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่าความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรือการวิตกกังวลเฉียบพลัน (panic)

2. สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข มีองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain) คือ ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping)หมายถึง ความสามารถในการจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดฝัน

ได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหาหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อความเป็นอยู่ใหม่หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไข ปัญหาได้ดีเพียงใด นอกจากปรับตัวได้กับสถานการณ์นั้นๆ แล้วยังสามารถทำหน้าที่ได้อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสม

3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดึงามของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม มีองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain) คือ

3.1 เมตตา กรุณา (Kindness) หมายถึง ความต้องการที่ให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้คนอื่นพ้นทุกข์ เป็นคนดีในสังคมไทย สามารถเป็นผู้ให้ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือเป็นที่พึงของผู้อื่นได้

3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชนการทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน มีองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain) คือ การสนับสนุนจากครอบครัว (Family group support) หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและมีความผูกพันกัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวซึ่งได้รับจากครอบครัวหรือเครือญาติ (นอกเหนือจากภรรยา สามี และบุตร)

## 2. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหา

### 2.1 ความหมายของวิธีการจัดการกับปัญหา

วิธีการจัดการกับปัญหา ตามความหมายของ Lazarus และ Folkman [31] คือความพยายามของบุคคลที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการควบคุมข้อเรียกร้องหรือความต้องการต่างๆ ที่มีลักษณะเฉพาะทั้งที่มาจากตัวบุคคลเองและจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ที่ทำให้บุคคลต้องนำศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มกำลังหรือทำให้บุคคลรู้สึกว่าศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้เพื่อปรับตัวให้เหมาะสมกับข้อเรียกร้องหรือความต้องการนั้นๆ

ตามคำจำกัดความข้างต้น การจัดการกับปัญหาจะมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการดังต่อไปนี้

1) มีลักษณะเป็นกระบวนการ (process) ซึ่งเน้นถึงสิ่งที่บุคคลคิดและปฏิบัติจริงในการเผชิญหน้ากับความเครียด และความคิดและการกระทำจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรเมื่อเหตุการณ์เปลี่ยนไปหรือมีการเผชิญหน้าครั้งใหม่

2) แวดล้อมด้วยบริบทอื่นๆ หมายความว่าปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดการจัดการกับปัญหา นั่นคือการประเมินสถานการณ์และศักยภาพหรือทักษะความสามารถที่จะนำมาใช้ในการจัดการปัญหา

3) ความพยายามในการจัดการกับปัญหาไม่ขึ้นอยู่กับผลที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการกับปัญหา นั่นคือไม่มีการสันนิษฐานในเบื้องต้นว่าการจัดการกับปัญหานั้นจะดีหรือไม่ดี (good or bad coping) ดังนั้นการจัดการกับปัญหาจึงเป็นความพยายามของบุคคลที่จะจัดการควบคุมข้อเรียกร้องต่างๆ (หรือความเครียด) ไม่ว่าจะความพยายามนั้นๆ จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ก็ตาม

## 2.2 รูปแบบของวิธีจัดการกับปัญหา

กลวิธีในการจัดการกับปัญหาที่บุคคลประยุกต์ใช้เพื่อจัดการควบคุมสถานการณ์ที่ก่อความเครียดและเพื่อลดระดับความเครียด ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการใช้ความคิดและการลงมือปฏิบัตินั้น สามารถจำแนกอย่างกว้างๆ ได้ 2 ประเภท ตามการทำหน้าที่ (function) ของวิธีการจัดการกับปัญหา

1. วิธีจัดการกับปัญหา โดยมุ่งจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น คือความพยายามทั้งทางด้านการใช้ความคิด และการแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนหรือจัดการควบคุมปัญหาซึ่งเกิดจากสถานการณ์แวดล้อมที่เป็นต้นเหตุของความทุกข์

2. วิธีจัดการกับปัญหา โดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ คือการพยายามที่จะควบคุมหรือบรรเทาอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่มีสาเหตุมาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยที่มิได้ไปเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสถานการณ์การจัดการกับปัญหาทั้ง 2 รูปแบบจะทำหน้าที่ร่วมกันและส่งผลซึ่งกันและกัน โดยอาจจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน หรืออาจจะขัดขวางกันเองก็ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยทางสถิติ (factor analysis) จากแบบสอบถาม Way Of Coping Checklist สามารถแบ่งกลวิธีในการจัดการกับปัญหาออกเป็น 12 รูปแบบย่อยดังนี้ (ซึ่งทั้ง 12 รูปแบบย่อยนั้นอยู่ภายใต้บริบทของวิธีการจัดการกับปัญหา 2 ประเภทใหญ่ข้างต้น) [32]

1. ระบายความรู้สึก (Ventilation feeling) เป็นพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่น เพื่อลดความเครียด ความขุ่นงาใจ เช่น การบ่นกับตัวเอง หรือเปรยๆ ให้คนอื่นฟัง การพูดประชดประชัน ถากถางคนอื่น เป็นต้น



2. แสวงหาทางช่วยเหลืออื่นๆ (Seeking diversions) เป็นวิธีจัดการกับปัญหา ด้วยการหันไปทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา หรือเพื่อให้ลืมปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การนอนหลับ การดูทีวี หรือการอ่านหนังสือ เป็นต้น
3. พัฒนาตนเองและมองโลกในแง่ดี (Developing self – reliance and optimism) เป็นรูปแบบการคิดแก้ไขปัญหามีพัฒนาการของวัยรุ่น โดยมองอย่างเป็นระบบและเป็นไปในทางบวกมากขึ้น และพยายามตัดสินใจแก้ปัญหาทุกอย่างด้วยตนเอง เป็นต้น
4. หาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม (Developing social support) เป็นวิธีแก้ไขปัญหาคด้วยการแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมา ให้คนรอบข้างได้รับรู้มากขึ้น เช่น การพยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา การร้องไห้ การพูดคุยระบายความรู้สึกที่มีให้เพื่อนฟัง เป็นต้น
5. แก้ปัญหาของครอบครัว (Solving family problems) เป็นวิธีที่วัยรุ่นใช้แก้ปัญหา เมื่อเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว แสดงถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือกฎระเบียบของพ่อแม่ การใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่ และการพูดคุยระบายความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น
6. หลีกเลี่ยงปัญหา (Avoiding problems) โดยใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา เช่น บุหรี่
7. หาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมด้านจิตวิญญาณ ศาสนา (Seeking spiritual support) เป็นการหาแหล่งศรัทธาทางจิตใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสวดมนต์ การไปวัด ไปโบสถ์ และการพูดคุยกับพระสงฆ์ หรือนักบวชที่เคารพนับถือ เป็นต้น
8. อยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนสนิท (Investing in close friend) เพื่อลดความกังวลของวัยรุ่น โดยใช้กลุ่มเพื่อน หรือคนที่รัก ด้วยการพยายามใกล้ชิดกับคนที่รักและเป็นห่วง
9. หาแหล่งช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Seeking professional support) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาคด้วยการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ เช่น การพูดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาครูแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ และไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น
10. หันไปทำกิจกรรมอื่นๆ ให้มากขึ้น (Engaging in demanding activity) เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น พยายามปรับปรุงตนเองในทางที่ดีขึ้น เป็นต้น
11. ใช้อารมณ์ขัน (Being humorous) ไม่เคร่งเครียดกับการแก้ไขปัญหาค พยายามมองปัญหาให้เป็นเรื่องสนุก และไม่จริงจังกับปัญหามากนัก เป็นต้น
12. ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) เพื่อคลายเครียดกับปัญหาที่ต้องเผชิญ เช่น การฟังวิทยุ เทป การวาดฝันถึงสิ่งที่ยากจะให้มี อยากจะให้ เป็น เป็นต้น

### 3. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า [33]

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่ง องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก รายงานว่าโรคซึมเศร้ารุนแรง จะเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ (disease burden) จากอันดับที่ 7 ในปี ค.ศ. 1990 ขึ้นมาอยู่อันดับหนึ่งคู่กับโรคหัวใจขาดเลือดในปี ค.ศ. 2020 [36] ประชากรทั่วไปมีโอกาสเป็นโรคนี้ประมาณร้อยละ 4-7 พบมากในผู้ป่วยอายุระหว่าง 30-40 ปี เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2 เท่า ในเด็กและผู้สูงอายุเป็นโรคนี้ได้เช่นกันแต่พบได้น้อย ในประเทศไทย นันทินา ทวีชาติ ได้สำรวจประชากรชาวกรุงเทพฯ โดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์ (The composite international diagnostic interview-CIDI) ขององค์การอนามัยโลก ประมาณ 3,000 คน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงถึงร้อยละ 19.9 และซึมเศร้าจิตสโทเมีย (dysthymia) ร้อยละ 1 [35]

คนปกติจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆได้ตามสภาพเหตุการณ์ในชีวิต แต่จะอยู่ในระดับกลางๆ ไม่รุนแรง และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านหน้าที่การงานหรือการสังคม คือรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อเผชิญกับความสูญเสียหรือผิดหวัง และรู้สึกดีใจร่าเริงเมื่อได้รับชัยชนะหรือสมหวัง อารมณ์เหล่านี้คงอยู่ชั่วครั้งชั่วคราวตามการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิต หากอารมณ์ความรู้สึกมีในระดับมากเกินไป และคงอยู่นานเกินไปอย่างไม่เหมาะสมจนสูญเสียสมรรถภาพจนก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หน้าที่การงาน ถือเป็นความผิดปกติ

โรคซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ชนิดหลักๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV) ได้แก่

#### 1. โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive Disorders)

อาการหลักของภาวะเศร้ารุนแรงคือ มีอารมณ์เศร้าหมองหรืออารมณ์เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข (anhedonia) (อาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดในเด็กและวัยรุ่น) และมีอาการร่วมอื่นๆ เป็นอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย และมีอาการเกือบตลอดวันหรือเกือบทุกวันนานสองสัปดาห์ขึ้นไป

อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ เบื่ออาหารและนอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง กระวนกระวายหรือเชื่องช้าเชื่องซึม รู้สึกไร้ค่าไม่มีความหมายหรือรู้สึกผิดโทษตนเองอย่างมากเกินความเป็นจริง คิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย คิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยตรวจไม่พบว่ามีโรคทางกายใดๆ ที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์

อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) พบได้เสมอในภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ เช่นพูดว่า “หมดอาลัย



ตายอยาก” “ไม่สนใจใยดีอีกแล้ว” “เบื่อหน่ายไปหมด” บางคนมีอาการเย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สีหน้าจึงดูเคร่งเครียดยิ้มไม่ออกและไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบเช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฯลฯ ผู้ป่วยอาจจะไม่บ่นระบายความรู้สึกดังกล่าวเพียงแค่แยกตัวเฉยชา ทำตัวห่างเหินจนเป็นที่สังเกตเห็นได้ต่อครอบครัวและเพื่อนฝูง ความรู้สึกเบื่อหมดความเพลิดเพลินอาจเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ แทนที่จะเป็นอารมณ์ซึมเศร้า

รู้สึกเบื่ออาการ ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทานอาหารทำให้น้ำหนักร่างกายลดมาก และผ่ายผอมเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงน้ำหนักอาจจะไม่ลดให้เห็น แต่น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ผู้ป่วยกลุ่มที่อาการไม่ตามรูปแบบ (atypical depression) กลับจะมีอาการเจริญอาหาร รับประทานอาหารมากขึ้น คล้ายๆ กับ “กินแก้กั้ม” ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น มีปัญหาเรื่องอ้วนตามมา

อาการนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหานอนไม่หลับ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นอาการแรกที่รบกวนผู้ป่วย ทำให้ต้องมาพบแพทย์ แทนที่จะเป็นอารมณ์ซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับมีได้ตั้งแต่ตอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ ผู้ป่วยนอนพลิกตัวไปมา ผุคลุกผุคนั่งแบบเดียวกับโรควิดกักงวลได้ บางคนนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆทั้งคืน (total insomnia) เป็นลักษณะการนอนหลับที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าไม่รู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นนอน เนื่องจากนอนหลับแบบตื่นๆ หลับไม่สนิท สมองยังคงย้าคิด จึงอยู่ไม่สบาย “กายหลับแต่ใจตื่น” ทำให้คนข้างเคียงเข้าใจว่านอนหลับได้ “ก็เห็นนอนกรนเอาๆ” อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

อาการแรกๆ ของภาวะซึมเศร้าคือ อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงและนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจะมีอาการดังกล่าวอยู่นาน 2-3 วันหรือสัปดาห์ หลังจากนั้นจึงมีอาการหลักๆ ของภาวะซึมเศร้าคือมีอารมณ์เศร้าหมอง รู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองทุกสิ่งในแง่ร้าย ฯลฯ เป็นที่สังเกตว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะหมกมุ่นย้อคิดกักงวลกับเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีต ไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน หรือมักรู้สึกว่าเวลาผ่านไปอย่างเชื่องช้า พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) อยู่ไม่เป็นสุข ผุคลุกผุคนั่ง เดินไปเดินมา บ่นพึมพำกับตนเอง ถูนิ้วมือไปมา ขยี้ผมหรือดึงผมตนเอง เป็นพฤติกรรมที่กระทำซ้ำๆ ไร้จุดหมาย ผู้ป่วยบางคนมีอาการเชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พุดช้าๆ พุดเสียงเบาๆแทบไม่ได้ยิน หรือพุดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) ชอบอยู่ในท่าไหหล่กั้ม คอดก สีหน้าเฉยเมยหรือมีหน้ามัวกั้มขมวด กิจวัตรประจำวันกลายเป็นเรื่องยากเย็น ผู้ป่วยอาจนอนนิ่งเฉยไม่พุดจาหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ เหมือนไม่รู้สึกตัว (depressive stupor) หรือนอนทอดอาลัย มีความคิดอ่านลดลง (poverty of ideas) คิดหมกมุ่นแต่เรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่เปลี่ยนเรื่องโดยจะย้าถามย้าพุดเรื่องซ้ำๆ เป็นที่ระอาแก่ครอบครัวส่วนผู้ป่วย

ที่เชิงซิม มักจะคิดอะไรไม่ออกแม้กระทั่งคำพูดจนไม่สามารถบรรยายความรู้สึกความกังวลของตน

ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าใดๆ ในตนเอง ผู้ป่วยคิดสมเพชดูถูกตนเองอย่างมาก เมื่อมีความผิดพลาดล้มเหลวเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตัวเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองในด้านลบมากขึ้น ลดความภูมิใจความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก ผู้ป่วยบางคนมีความรู้ดีมีความสามารถแต่ไม่กล้าทำงานเพราะกลัวว่าจะทำงานไม่ได้ บางคนขอลาออกจากการทำงานหรือจากการเรียน

อาการไม่มีสมาธิ ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าคิดช้า ความคิดไม่แล่น จี้ลึ่มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายกับมีความจำเสื่อม แต่เมื่อทดสอบด้านจิตวิทยาแล้วจะตรวจไม่พบว่ามีการสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดาๆ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์หรือดูรายการโทรทัศน์ ไม่เข้าใจหรือรู้เรื่องเท่าที่ควรจนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม จำอะไรไม่ได้ อาการขาดสมาธิมักจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิด ไม่พอใจตนเองและอารมณ์เสียได้ง่ายๆ ก่อให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัว นอกจากนี้อาการไม่มีสมาธิมักจะเป็นอาการสุดท้ายที่จะหมดไป เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคนมีความคิดอยากตาย ผู้ป่วยมักจะคิดว่าการตายน่าจะเป็นทางออกที่ดีสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหาเดียวกันนี้ได้เช่นกัน

## 2. โรคซึมเศร้าดิสไทเมีย (Dysthymia)

อาการสำคัญของโรคดิสไทเมียคือ มีอารมณ์ซึมเศร้าเรื้อรัง (เด็กหรือวัยรุ่นอาจแสดงอารมณ์ฉุนเฉียว) เกือบตลอดเวลา จนผู้อื่นอาจสังเกตเห็นได้เป็นเวลานานอย่างน้อย 2 ปี (หนึ่งปีสำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น) และมีอาการร่วมอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 6 ข้อดังนี้

- 1) เบื่ออาหารหรือรับประทานมากขึ้น
- 2) นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ
- 3) ไม่มีเรี่ยวแรงหรืออ่อนเพลีย
- 4) ความนับถือตนเองมีระดับต่ำ
- 5) ไม่สมาธิหรือมีความลำบากในการตัดสินใจ และ
- 6) รู้สึกหมดหวัง

ซึ่งในช่วง 2 ปี ที่ป่วยนี้ อาการไม่เคยหายไปนานกว่า 2 เดือนติดต่อกัน และจะไม่วินิจฉัย ถ้า มีหลักฐานแน่ชัดว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงภายในช่วง 2 ปีดังกล่าวหรือมีโรคจิตอื่นๆ เช่น โรค จิตเภท หรือโรคจิตหลงผิด หรือมีสาเหตุจากโรคทางกายหรือการได้รับสาร เช่น ยาหรือสารเสพติด เป็นต้น

มีบุคลิกภาพแบบซึมเศร้า (Depressive Personality) คือหงอๆ (passive) ไม่กล้าแสดงออก (unassertive) รู้สึกผิดง่าย ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ไม่ร่าเริง เฮงๆ เศร้าๆ ความนับถือตนเองมีระดับต่ำ

### ตารางที่ 1 ข้อแตกต่างระหว่างโรคประสาทซึมเศร้าดิสไทเมียกับโรคซึมเศร้ารุนแรง

	โรคดิสไทเมีย	โรคซึมเศร้ารุนแรง
อุบัติการณ์	ร้อยละ 3-5 ของประชากรทั่วไป	ร้อยละ 10-25
ระยะเวลาของการป่วย	เวลานานกว่า 2 ปี	นานกว่า 2 สัปดาห์
อาการ	อารมณ์ซึมเศร้า และอาการร่วม อีก 2 อย่าง อาการทางความคิด (cognitive) และตั้งคมมากกว่า ร้อยละ 80 มีซึมเศร้ารุนแรง (double depression) ใน ภายหลัง	อาการซึมเศร้า และอาการร่วมอีก 5 อย่าง อาการทางกาย (vegetative) มากกว่าและรุนแรงกว่าร้อยละ 25-50 มีดิสไทเมียร่วมด้วย

3. โรคซึมเศร้าที่จัดกลุ่มไม่ได้ (Depressive disorder not otherwise specified – NOS) เป็นกลุ่มที่อาการไม่เข้าเกณฑ์ของโรคซึมเศร้ารุนแรง โรคดิสไทเมีย หรือปัญหาการปรับตัว (adjustment disorders) ที่มีอารมณ์เศร้าหรือวิตกกังวลผสมอารมณ์เศร้า ได้แก่

1. อารมณ์แปรปรวนก่อนมีรอบเดือน (premenstrual dysphoric disorder) ในช่วงปีที่ผ่านมา มีอาการต่างๆ เช่น ซึมเศร้าวิตกกังวลมาก อารมณ์แปรปรวนง่าย ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง เป็นต้น เป็นประจำในช่วงสัปดาห์สุดท้ายที่จะมีรอบเดือน อาการถึงขั้นรบกวนการทำงาน การเรียน หรือกิจวัตรประจำวัน ตัวอย่างเช่น คุณแม่กับลูกสาววัยรุ่นเข้าใกล้กันหรือคุยกันไม่ได้เลย ถ้ามีรอบ เดือนพร้อมๆ กัน และอาการไปเมื่อรอบเดือนมา

2. อาการซึมเศร้านานกว่า 2 สัปดาห์ แต่อาการน้อยกว่า 5 ข้อของโรคซึมเศร้ารุนแรง (คือ เป็น minor depressive disorder)

3. อาการซึมเศร้าไม่รุนแรง เป็นๆ หายๆ (recurrent brief depressive disorder) อาการนาน 2 วันถึง 2 สัปดาห์ เป็นอย่างน้อยเดือนละครั้งตลอด 12 เดือน โดยไม่สัมพันธ์กับรอบเดือน

4. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (postpsychotic depression) ที่เกิดกับผู้ป่วยจิตเภท (residual schizophrenia)

5. มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในโรคจิตต่างๆ หรือโรคจิตเภทขณะกำเริบ

6. มีอารมณ์ซึมเศร้า แต่ระบุไม่ได้ว่าเป็นแบบปฐมภูมิ (primary) หรือ ทุติยภูมิ (secondary) จากความเจ็บป่วยทางกาย หรือจากยาหรือสารต่างๆ

โรคซึมเศร้าช่วงสั้นๆ แต่ซ้ำๆ (recurrent brief depression) เป็นซึมเศร้าประเภทจัดกลุ่มไม่ได้ (Not otherwise specified) คือมีอาการซึมเศร้ารุนแรงตามเกณฑ์ของ DSM – IV แต่เป็นเวลาสั้นๆ ตั้งแต่ 2 วันถึง 2 สัปดาห์ เป็นทุกเดือนนานอย่างน้อย 12 เดือนติดต่อกัน (โดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน) ถึงแม้จะเป็นระยะสั้นๆ แต่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากหลีกเลี่ยงการเกิดซ้ำไม่ได้ และอาการแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างช่วงปกติและช่วงซึมเศร้า

สาเหตุของโรคอารมณ์ผิดปกติหรือโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models) อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมของความรู้สึกหลายๆอย่าง โดยมีความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานผสมกับความรู้สึกกลัว เกลียด ละอายและความรู้สึกผิด เป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อน

2. สาเหตุจากมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognition) มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่สภาพท้อแท้หมดหวัง เช่นมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกกดดันบีบบังคับ และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข อาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาหรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models) เกิดจากภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (Learned helplessness) หมดกำลังใจ หมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชยรางวัล หรือสนับสนุนหรือประสบความสำเร็จใดๆ ประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า จึงขาดแรงจูงใจและความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข หมดความกระตือรือร้น

4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological models) โดยอิทธิพลของพันธุกรรมมา เกี่ยวข้องได้แก่

ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น สารเอมีน ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่นคลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic)

### 3.6 การรักษา

1. การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจเบื้องต้น การพบญาติผู้ป่วยก็มีความสำคัญในสังคมไทย นอกจากเพื่อประเมินอาการและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้ว การถามความคิดเห็นของญาติที่มีต่อผู้ป่วยโรค ซึ่งแจ้งแก้ไขความเข้าใจผิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญมาก
2. การรักษาด้วยยา ตามการดำเนินโรค
3. การรักษาด้วยช็อคไฟฟ้าหรือ ECT ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่ทั้งนี้ ECT ไม่ได้ช่วยป้องกัน จึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น
4. จิตบำบัด บางชนิดพบว่าได้ผลในการรักษาพอ ๆ กันกับการใช้ยา เช่น จิตบำบัดรายบุคคล Cognitive-behaviour therapy [37]

## 4. ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น

### 4.1 ความหมายของวัยรุ่น

คำว่า วัยรุ่น ตรงกับคำว่า Adolescence ในภาษาอังกฤษ มีรากศัพท์เดิมมาจากภาษาละตินว่า Adolescere ซึ่งมีความหมายว่า เจริญเติบโตหรือเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (Maturity) [38]

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนสถานะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึ่งพาครอบครัวมาเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ ทหารายได้ด้วยตนเอง

Hurlock [39] ได้อธิบายไว้ว่า การที่เด็กบรรลุถึงวุฒิภาวะขั้นนี้ไม่ใช่จะเจริญแต่ทางร่างกายด้านเดียวเท่านั้น ทางจิตใจก็เจริญงอกงามไปด้วย นั่นคือ จะต้องมีการพัฒนาทั้ง 4 ด้านไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม



สุชา จันทน์เอม [40] ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่นคือ วัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่เป็นสะพานไปสู่ผู้ใหญ่ ไม่มีเส้นจิตที่แน่นอนว่าเริ่มเมื่อใดและสิ้นสุดเมื่อใด แต่เรากำหนดเอาความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและรูปร่างเป็นสำคัญ

ดวงใจ กसानติกุล [41] ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า หมายถึง ช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งขบวนการนี้จะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบดูแลตนเองได้ การสิ้นสุดขบวนการนี้ไม่ปรากฏชัดเจนเหมือนช่วงเริ่มเป็นวัยรุ่น

ดังนั้นพอสรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุอยู่ระหว่าง 13 - 18 ปี และมีการเปลี่ยนแปลงจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้านไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม

#### 4.2 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 การมีขนดอวัยยะเพศ มีเสียงแตกห้าวขึ้น ถึงแม้ช่วงเวลานี้ร่างกายของวัยรุ่นกำลังมีการเปลี่ยนแปลงมาก แต่ทางด้านความคิดอ่านและความรู้สึกแล้ว วัยรุ่นช่วงนี้ยังรู้สึกว่าตนเองเป็นเด็กอยู่ เป็นเพียงช่วงของการเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยรุ่นอย่างเต็มตัวต่อไป

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

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



และไม่ค่อยชอบที่จะให้ผู้ใหญ่ไปยุ่งเกี่ยวกับมากนัก ดังนั้นวัยนี้ผู้ใหญ่จึงควรทำหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษามากกว่าการเป็นผู้คอยชี้แนะทางเดินให้เด็ก

#### 4.3 การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการด้านต่างๆของวัยรุ่น

1. พัฒนาการด้านร่างกาย ในระยะวัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางกายที่สำคัญ คือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย จะพบอัตราการเพิ่มส่วนสูงและน้ำหนักอย่างรวดเร็ว โครงสร้างของร่างกายขยายใหญ่ สัดส่วนเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะ 2 - 3 ปีแรกของการเปลี่ยนวัย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะนำมาซึ่งความวิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ วัยรุ่นจะพุ่งความสนใจมาที่ตนเอง และพิจารณารูปร่างของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศ โดยเพศหญิงจะเปลี่ยนแปลงรวดเร็วกว่าเพศชาย 1 - 2 ปี โดยจะเพิ่มทั้งขนาดและหน้าที่ซึ่งเป็นลักษณะบอเพศ ซึ่งจะดำเนินไปอย่างรวดเร็วจนสู่วุฒิภาวะในเวลา 2 ปี มีการเปลี่ยนแปลง 2 ชั้นคือ การเปลี่ยนแปลงทางเพศขั้นต้น (Primary Sex Changes) เป็นการเปลี่ยนแปลงของต่อมเพศทำให้มีการพัฒนาเซลล์สืบพันธุ์ ซึ่งเป็นการเกิดวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ โดยเพศชายจะมีการผลิตอสุจิ และการฝั้นเป็ยก เพศหญิงจะมีประจำเดือน ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางเพศขั้นทุติยภูมิ (Secondary Sex Changes) เกิดจากการมีฮอร์โมนกระตุ้น ให้เกิดลักษณะทางกาย ซึ่งเป็นลักษณะบอเพศ เช่น เพศชายมีรูปร่างสมเป็นชาย ไหล่กว้าง กล้ามเนื้อเป็นมัด เสียงแตกห้าวมีหนวดเครา เพศหญิงจะมีทรวงอก สะโพกผาย เอวคอด เสียงเล็กแหลม

2. พัฒนาการทางอารมณ์ วัยรุ่นจะมีอารมณ์รุนแรง ชอบแสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผย บางครั้งจะเกิดความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายใน และการที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม วัยนี้มีความสับสนทางอารมณ์มากที่สุด อยากรับอิสระ แต่ขาดความเชี่ยวชาญในการปรับตัว อารมณ์พื้นฐานของวัยรุ่นประกอบด้วย อารมณ์รัก โดยวัยรุ่นจะมีความรักตนเอง จึงสนใจปรุงแต่งบุคลิกภาพของตนให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น วัยรุ่นจะรักและผูกพันกับเพื่อนมาก ทั้งเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศ นอกจากนี้วัยรุ่นจะมีอารมณ์โกรธซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่วัยรุ่นต้องการอิสระ เมื่อถูกขัดขวางจะเกิดการต่อต้าน หรืออาจเกิดจากการขัดขวางความพึงพอใจหรือความต้องการ ส่วนอารมณ์กลัวในวัยรุ่นมักมีสาเหตุมาจากสถานการณ์ทางสังคม เช่น กลัวสอบตก กลัวการปรับตัวเข้ากับเพื่อน ผู้ใหญ่ และสังคมทั่วไป วัยรุ่นยังเกิดความอิจฉาริษยา โดยจะอิจฉาเพื่อนที่เด่นกว่า ในขณะที่ความวิตกกังวลนั้นจะมีสาเหตุมาจากการสร้างเรื่องที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง วิตกกังวลโดยไม่มีสาเหตุ ดังนั้นวัยรุ่นที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ดี จะมีลักษณะการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยพฤติกรรมที่พึงประสงค์เหมาะสมกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น จากความหุนหันรุนแรงเปลี่ยนแปลงง่ายมาเป็นการใช้เหตุผล

ควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้ การปรับตัวเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพจากความเป็นเด็ก ไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่ดี

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

4. พัฒนาการทางความคิดและสติปัญญา วัยรุ่นสามารถที่จะจินตนาการถึงเงื่อนไขต่าง ๆ ของปัญหา ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และจะพัฒนาสมมติฐานเกี่ยวกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นภายใต้ความเป็นไปได้ทั้งหมดอย่างมีเหตุมีผล สามารถใช้การคิดล้วนๆ โดยไม่ต้องอาศัยการกระทำ สามารถตั้งสมมติฐาน และพิจารณาถึงเหตุผลต่างๆ จากสมมติฐานนั้น สามารถเข้าใจทฤษฎีต่างๆ ไป และสามารถรวบรวมเอาทฤษฎีเหล่านั้นมาแก้ปัญหาความแตกต่างของความคิดในวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ คือวัยรุ่นยังมีการยึดตนเองเป็นศูนย์กลางอยู่ มีการคิดเป็นแบบนักอุดมคติ ยังไม่อาจยอมรับความจริงที่ว่าคนไม่อาจจะทำอะไรได้โดยอาศัยพื้นฐานของตรรกศาสตร์อย่างเดียวเท่านั้น

#### 4.4 สภาพแวดล้อมในสังคมวัยรุ่น

เมื่อเข้าสู่สู่วัยรุ่น ช่วงวัยนี้จะเริ่มมีบทบาทในสังคมมากขึ้น สภาพแวดล้อมในสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของวัยรุ่น มีดังนี้ [40]

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

2. โรงเรียน เกือบครึ่งหนึ่งของชีวิตที่ต้องอยู่ภายในโรงเรียน มีความเกี่ยวข้องกับการเรียน การศึกษาอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจุบันสภาพสังคมทำให้วัยรุ่นทุกคนอยากเรียนอยากศึกษา แต่บางคนไม่ได้ศึกษาต่อก็เป็นเพราะความจำเป็นบางประการ หรือความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ หรือความสามารถของตนเอง การที่วัยรุ่นต้องอยู่กับโรงเรียนมาก ย่อมมีช่องทางที่จะสร้างปัญหา

ต่าง ๆ ภายในโรงเรียนได้มาก เช่นเดียวกับภายในครอบครัว มีปัญหาสำคัญของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน คือ ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษา ปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวที่เข้ากับครูหรือเพื่อนฝูงไม่ได้

3. เพื่อน ในวัยรุ่นนี้รู้สึกว่าการคบเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมาก ฉะนั้นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนจึงมีความสำคัญมาก การคบเพื่อนเป็นความต้องการประการหนึ่งของวัยรุ่น และต้องการคบเพื่อนต่างเพศด้วย การเลือกคบเพื่อนของวัยรุ่นโดยมากมักเลือกผู้ที่มีรสนิยมตรงกัน มีทัศนคติคล้ายคลึงกัน และขนาดร่างกายเท่า ๆ กัน

#### 4.5 ปัญหาที่พบบ่อยของวัยรุ่น

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปแล้วว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเครียดหลายอย่างเมื่อเทียบกับวัยเด็ก ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมถือได้ว่า เป็นปัญหาใหญ่สำหรับวัยนี้ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มวัยรุ่น มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อัมพร โอตระกูล [42] ศึกษาปัญหาส่วนตัวของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2526 - 2527 จำนวน 520 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีปัญหาหลากหลายและปัญหาในระดับปานกลาง ได้แก่ ปัญหาลักษณะส่วนตัว ปัญหาทางการเงิน การงานและอนาคต และปัญหาด้านโรงเรียน และพบว่านักเรียนหญิงมีปัญหาส่วนตัวมากกว่านักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะด้านสุขภาพ การเรียน เรื่องบ้านและครอบครัว ส่วนความสัมพันธ์ของภูมิหลังครอบครัวกับปัญหาของนักเรียนพบว่า ตัวแปรด้านสถานภาพสมรสบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา อุปนิสัยของบิดามารดา ผู้อบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กและระดับการศึกษาของบิดา มีความสัมพันธ์กับปัญหาเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุมพร ตรังคสมบัติ [43] กล่าวถึงปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่พบบ่อยๆ คือ การปรับตัวที่ผิดปกติเมื่อเผชิญความเครียด โรคประสาทวิตกกังวล โรคซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย โรคจิต ความผิดปกติในการกิน เอกลักษณะสับสน 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 และค่อย ๆ คงที่ในวัยรุ่นตอนกลาง และจะเริ่มลดลงในวัยรุ่นตอนปลาย ที่เป็นเช่นนี้ เพราะช่วงวัยรุ่นตอนต้นเด็กเริ่มเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น คิดเองทำเอง เริ่มมีจุดยืนของตนเอง ส่วนวัยรุ่นตอนปลายนั้น ความขัดแย้งน้อยลง เพราะเริ่มออกจากบ้านไปเรียนต่อในระดับอุดมศึกษา การห่างบ้านทำให้การที่จะกระทบกระทั่งกันทุกวันลดลง ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ กล่าวถึงความขัดแย้งระหว่างบิดามารดากับลูกวัยรุ่น ว่ามีจุดน่าสนใจอยู่ 2 ประการ คือ

1. วัยรุ่นกับบิดามารดามักไม่ได้ขัดแย้งในเรื่องขอขาดขาดตาย เช่น ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเมือง ศาสนา หรือเสรีภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะเป็นเรื่องไกลตัวไม่ได้เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

2. วัยรุ่นกับบิดามารดาขัดแย้งกันอยู่ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเมื่อสิบปีที่แล้ว พบว่าความขัดแย้งมีความคล้ายคลึงกัน เรื่องที่ขัดแย้งได้บ่อยที่สุด คือ ผลการเรียน การทำการบ้านที่ครูให้มา การคบเพื่อน การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร การที่ถูกกลั่นแกล้ง งานบ้านที่มอบหมายให้ทำ การรักษาความสะอาดส่วนตัว รวมไปถึงการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างพี่ ๆ น้อง ๆ การบังคับให้ลูกกินอาหารที่ไม่ชอบ และการที่ลูกใช้เงินเปลือง ส่วนใหญ่มักเป็นแม่กับลูกสาวทะเลาะกัน ที่กล่าวมาดูเหมือนเรื่องหยาบคายแต่บางครั้งเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็อาจกลายเป็นความขัดแย้งรุนแรง และนำไปสู่ปัญหาในวัยรุ่นที่พบได้มากมายในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเริ่มต้นของการก้าวสู่ผู้ใหญ่ แต่กระนั้นก็เป็นช่วงวัยที่คาบเกี่ยวระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ คุณลักษณะของวัยรุ่นจึงเป็นวัยที่มีลักษณะทั้งวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่อยู่ในตัวบุคคลเดียวกัน วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง แสวงหาความสมบูรณ์แห่งตน เพื่อให้ตนเองสามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นในสังคม ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่ซับซ้อนในวัยอื่นต่อไปได้

## 5. ความรู้เกี่ยวกับบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การที่บิดามารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าย่อมจะต้องส่งผลกระทบต่อบุตร เนื่องจากบุคคลที่เป็นโรคนี้นักมีอาการเศร้าสร้อย เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำ ไม่มีการตอบสนองสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว การทำหน้าที่ของบิดามารดาในครอบครัวบกพร่อง บิดามารดาที่เป็นโรคนี้อาจใส่ใจลูกน้อยลง ทำให้การดูแลบุตรไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร บุตรขาดความอบอุ่น ขาดพัฒนาการทางอารมณ์ ต้องเผชิญกับความขัดแย้งในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรจะไม่ราบรื่น ขาดความผูกพันทางอารมณ์ บุตรที่มีบิดามารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้านักจะมีปัญหาในด้าน



พฤติกรรม อารมณ์ โดยจะมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว เปลี่ยนแปลงง่าย ใจร้อน จี้โมโห มีความอดทนต่ำ มีความคิดในแง่ลบ ขาดความกระตือรือร้นด้านการเรียนรู้ ขาดทักษะการตอบสนองทางสังคม มีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน และอาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตด้วย [44-45]

#### ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตของบิดามารดาต่อบุตรวัยรุ่นตอนต้น [46]

1. เด็กจะมีชีวิตอยู่กับไม่แน่นอน ความกลัว กดดัน อึดอัดใจ รู้สึกเหมือนโดนทอดทิ้ง ที่สำคัญมองคุณค่าของตัวเองต่ำและขาดความมั่นใจ และเมื่ออยู่ที่โรงเรียน รู้สึกยุ่งยาก กับความสัมพันธ์และการทำให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม เมื่อไม่เป็นที่ยอมรับและไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ก็จะทำให้เด็กมีความนับถือในตนเองต่ำ
2. เด็กจะรู้สึกสับสนในความสัมพันธ์ของคนกับบิดามารดาที่ป่วย เด็กจะมีความวิตกกังวล และหากต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง จะทำให้เด็กมีความเป็นผู้ใหญ่มากกว่าอายุขนาด ปฏิสัมพันธ์กับเด็กๆ วัยเดียวกันได้
3. เด็กมีความรู้สึกว่าตนเอง โดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่ามีระยะห่างระหว่างตนเองกับบิดามารดาที่ป่วย เนื่องจากบิดามารดาไม่ได้ใส่ใจในความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งอาจแสดงออกโดยการหนีห่างออกมา หรือไปใช้สารเสพติด
4. เด็กอาจถูกล่วงละเมิดเนื่องจากบิดามารดาไม่สามารถดูแลเอาใจใส่ได้
5. มีความรู้สึกประหลาดเกี่ยวกับเรื่องของบิดามารดา

#### ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตของบิดามารดาต่อบุตรวัยรุ่นตอนปลาย [46]

1. เด็กมีขีดจำกัดในเรื่องของความผูกพันทางอารมณ์และความไว้วางใจที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ ทำให้เด็กไม่สามารถที่จะสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันได้ เนื่องจากรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวเด็กกับบิดามารดา (เมื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำ ไม่มีการตอบสนองสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว) ทำให้เด็กยากที่จะสร้างความสัมพันธ์ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดี
2. เด็กมีความรู้สึกขัดแย้ง ไม่สามารถรู้สึกว่าการเอาใจตัวเองกับการเอาใจใส่ผู้อื่นเหมือนกัน เด็กมีบทบาทในการดูแลผู้อื่น และมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวที่ตัวเองอาศัยอยู่
3. เด็กมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากมาย มีอุปสรรคต่อการการบางสิ่งบางอย่างให้สำเร็จ เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ความล้มเหลวมาก่อน

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ปณินันท์ สกุลทอง ทำการศึกษาในปี 2531 เรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคจิตพิศุราเรื้อรัง , ศึกษาเฉพาะกรณีบุตรทหารในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัด สุขภาพจิตในชุมชน ของ Paul L. Berkman ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต มาจากครอบครัวที่บิดาเป็นโรคพิศุราเรื้อรัง (50%) มากกว่าเด็กวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่บิดาไม่เป็นโรคพิศุราเรื้อรัง (8%) เมื่อหาความเสี่ยงโดยใช้ RELATIVE ODDS พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีบิดาเป็นโรคพิศุราเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่าเด็กวัยรุ่นที่บิดาไม่เป็นโรคพิศุราเรื้อรัง 11.5 เท่า มารดาวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาจากครอบครัวที่บิดาเป็นโรคพิศุราเรื้อรัง (60%) มากกว่า มารดาวัยรุ่นที่บิดาไม่เป็นโรคพิศุราเรื้อรัง (10%) เมื่อหาความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต พบว่า มารดาวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิศุราเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่บิดาไม่เป็นโรคพิศุราเรื้อรัง 13.5 เท่า และในครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิศุราเรื้อรัง พบว่า วัยรุ่นที่มีมารดามีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่าวัยรุ่นที่มีมารดาไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 2.25 เท่า [47]

ศุภลักษณ์ พุทธิพงษ์ศิริ ทำการศึกษาในปี 2534 เรื่อง สุขภาพจิตและพฤติกรรมทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. โดยใช้แบบวัด SCL 90 ของ ละเอียด ชูประยูร ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มาจากครอบครัวหย่าร้างมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 36.7 และนักเรียนกลุ่มนี้มีความสนใจครูน้อยกว่า มีมนุษยสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี ชอบแกล้งเพื่อน ชอบแสดงออก เชื้อมั่นในตัวเองสูงกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มาจากครอบครัวปกติ [48]

ศิริรัตน์ สุขวัลย์ ทำการศึกษาในปี 2539 เรื่อง การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวระหว่างครอบครัวที่มีกับไม่มีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในจังหวัดสระบุรี โดยใช้แบบวัด SCL-90 ของ ละเอียด ชูประยูร ผลการศึกษาพบว่า การ ประชากรในครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกป่วยจิตเวชเรื้อรังมีสุขภาพจิตดีมากกว่าประชากรในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยจิตเวชเรื้อรังแต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบเฉพาะอาการ Somatization, Depression, Anxiety และ Hostility เท่านั้นที่มีนัยสำคัญที่ 0.05 [49]



นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ทำการศึกษาในปี 2541 เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษามัธยมศึกษาโรงเรียนศรีปฐมพิทยาคาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ โดยใช้แบบวัด General Health Questionnaire(GHQ-30) ของ ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีภาวะสุขภาพจิตปกติร้อยละ 69.92 ซึ่งใกล้เคียงกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 65.04 สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษา คือ ปัจจัยด้านเพศ ลำดับการเกิด ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว สภาพสมรสของพ่อแม่ ด้านที่พักอาศัย รายได้ของผู้อุปการะ [50]

อุไร ชมมะลิ ทำการศึกษาในปี 2542 เรื่อง สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติจังหวัด นครปฐม โดยใช้แบบวัด General Health Questionnaire (GHQ-30) ของ ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.75 มีสุขภาพจิตดี และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 27.25 สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ที่มีเพศ ชั้นปีการศึกษา สภาพครอบครัว อาชีพ และรายได้ของผู้ปกครองต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน [51]

วรางคณา แสงวิภาค ทำการศึกษาในปี 2542 เรื่อง การศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้แบบวัด General Health Questionnaire (GHQ-28) ของ ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัศึกษามีสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.1 มีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 36.9 [52]

อนนท์ บริณายกานนท์ และ สมลักษณ์ กาญจนางศ์กุล ทำการศึกษาในปี 2541-2542 เรื่อง การสำรวจสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปีการศึกษา 2541-2542 โดยใช้แบบวัด GHQ 30 ของ ธนา นิลชัย โกวิทย์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดจนเป็นปัญหาสุขภาพมีจำนวน 118 คน จาก 347 คน (ร้อยละ 34.0) พบว่าชั้นปีที่ 2 มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดคือ 35 คน จากจำนวน 70 คน (ร้อยละ 50) และจากการวิเคราะห์ทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล โดยวิธี Chi-square พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษาอยู่ ปัญหาเรื่องอายุ สถานภาพสมรสของบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ และผู้ปกครอง เหตุผลการเรียนแพทย์ อยู่หอพักคนเดียวกับเพื่อ

ต่างคณะ การตัดสินใจต่อการเรียนแพทย์ การร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตร ความสัมพันธ์ระหว่าง นักศึกษาแพทย์กับอาจารย์ และเพื่อน และพี่น้อง ความมั่นใจ ต่อการเรียนจบ และการสอบใบ ประกอบโรคศิลป์ [53]

สกล ด่านภักดี ทำการศึกษาในปี 2542 เรื่อง สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขต เทศบาลเมืองชัยภูมิ โดยใช้แบบวัด SCL-90 ของ ละเอียด ชูประยูร ผลการศึกษาพบว่านักเรียนชั้น มัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมร้อยละ 15.60 โดยพบความ ผิดปกติด้านย่ำคิดย่ำทำมากที่สุด (ร้อยละ 17.90) รองลงไปได้แก่ ด้านอาการทางจิต (ร้อยละ 17.39) ด้านวิตกกังวล (ร้อยละ 16.62) และด้านกลัวโดยปราศจากเหตุผล (ร้อยละ 16.62) แต่เมื่อใช้ค่าปกติที่ ละเอียด ชูประยูร ได้ศึกษามาก่อนเป็นเกณฑ์ตัดสินความผิดปกติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหา สุขภาพจิตในด้านกลัวโดยปราศจากเหตุผลมากที่สุด (ร้อยละ 40.90) รองลงไปได้แก่ ด้านซึมเศร้า (ร้อยละ 35.50) และด้านอาการทางจิต (ร้อยละ 30.90) โดยไม่พบความแตกต่างของปัญหา สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างนักเรียนเพศชายกับเพศหญิง นักเรียนที่มีระดับอายุ 13 –15 ปี กับนักเรียนที่มีระดับอายุ 16 –18 ปี และนักเรียนที่มีสภาพครอบครัวแตกต่างกัน; นักเรียนที่ ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันมีปัญหา สุขภาพจิตด้านความเป็นอริและด้านหวาดระแวงแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการหรือทำงานรัฐวิสาหกิจ มีสุขภาพจิต ด้านความเป็นอริและด้านหวาดระแวงสูงกว่านักเรียนที่มีผู้ปกครองมีอาชีพค้าขายและรับจ้าง และ นักเรียนที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่างกันมีภาวะ สุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน [54]

ไพรินทร์ สมุทรเสน ทำการศึกษาในปี 2543 เรื่อง การสำรวจสภาวะสุขภาพจิตนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดระยอง โดยใช้แบบวัดชุด เครื่องมือใน การสำรวจประยุกต์แบบ CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) และแบบ CDI (Children's Depression Inventory) ของ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะปัญหา สุขภาพจิตในระดับต่ำร้อยละ 90.2 และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ระดับชั้นที่ศึกษาในปัจจุบัน (มัธยมศึกษาปีที่ 3 และปีที่ 6) และผลการเรียนมีความสัมพันธ์ กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P\text{-value} < 0.05$  [55]

ดุจฤดี ถาอุปชิต ทำการศึกษาในปี 2545 เรื่อง ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โดยใช้แบบวัด แบบวัดสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีสภาวะสุขภาพจิตดีร้อยละ 16.9 สภาวะสุขภาพจิตปานกลางร้อยละ 68.6 และสภาวะสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 14.5 ปัจจัยทาง

สังคม ได้แก่ ประสบการณ์ทางบ้าน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครู ความใกล้ชิดศาสนา และ ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 นักเรียนชายมีสภาวะสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ นักเรียนหญิงมีความสัมพันธ์กับเพื่อนดีกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรปัจจัยทางสังคมรวม 4 ตัวแปรมีค่าอำนาจการทำนายสุขภาพจิตร้อยละ 14.8 ของ นักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 5 [56]

สนธยา กุมพล ทำการศึกษาในปี 2547 เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นเอง จำนวน 50 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนฝาง วิทยา จำนวน 185 คน โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต พบว่า มีนักเรียนจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 47 มี คะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ (คะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย 181 คะแนน)สาเหตุที่นักเรียนเหล่านั้นมี คะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ โดยการสัมภาษณ์ พบว่า นักเรียนรู้สึกว่าคุณค่า ขาด ความไว้วางใจในบุคคลอื่น อารมณ์แปรปรวน มีความเครียดและวิตกกังวล ขาดทักษะทางสังคม จึง ทำให้ขาดเชยความรู้สึก ดังกล่าวด้วยการทำผิวดูระเบียบของโรงเรียน เช่น แต่งกายไม่ถูกระเบียบ โดดเรียน ไม่สนใจการเรียน เฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกร [57]

ไญยวรรณ ลิ้มเสวีตระกูล ทำการศึกษาในปี 2548 เรื่อง สุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพจิต โดยวิธีการทางภูมิปัญญาท้องถิ่นของวัยรุ่นไทยพุทธ ระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา โดยใช้แบบ วัด ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย TMHI – 54 (Thai Mental Health Indicator) ของ อภิชัย มงคล ผล การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและ ตอนปลาย สายสามัญที่นับถือศาสนาพุทธ และศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล จังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.97 มีระดับสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป รองลงมาร้อยละ 30.05 มีระดับสุขภาพจิตดีกว่า คนทั่วไป และร้อยละ 22.98 มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป [58]

สวาท ไชยราช ทำการศึกษาในปี 2548 เรื่อง สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในสท วิทยาเขตจตุรชดา จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แบบวัด สุขภาพจิต แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire Thai GHQ – 28) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม ตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.62 มีสุขภาพจิตในระดับปกติรองลงมามีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 29.38 [59]

## 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการกับปัญหา

ตรีสุข ชงไชย ทำการศึกษาในปี 2540 เรื่องปัญหาความเครียดภายในครอบครัวและวิธีการจัดการกับปัญหาของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียว และครอบครัวปกติ ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการจัดการกับปัญหา แบบระบายความรู้สึก พัฒนาตนเองและมองโลกในแง่ดี หาแหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ ศาสนา หาแหล่งช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ หันไปทำกิจกรรมต่างๆให้มากขึ้น และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย สูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ [60]

วิณา มิ่งเมือง ทำการศึกษาในปี 2540 เรื่องผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำพบว่า หลังการทดลองนักเรียนที่เข้ารับการปรึกษาเชิง จิตวิทยาแบบกลุ่ม มีคะแนนการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา โดยใช้ความสามารถของตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการ กับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม และสูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 และหลังการทดลองนักเรียนที่เข้ารับการปรึกษาเชิง จิตวิทยาแบบกลุ่มมีคะแนนการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มและต่ำกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 [61]

รักษน กชไกร ทำการศึกษาในปี 2541 เรื่อง ความเครียด บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาในแต่ละรูปแบบ พบว่าวัยรุ่นจะเผชิญปัญหาด้วยวิธีที่มุ่งเน้นปัญหา มากกว่าวิธีมุ่งเน้นทางอารมณ์ แต่มากกว่าเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นตอนกลางที่ได้รับค่าใช้จ่ายสูงจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับค่าใช้จ่ายในระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.394$ ,  $p\text{-value}<.01$ ) [62]

อารยา ด่านพานิช ทำการศึกษาในปี 2541 เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ของเยาวชนผู้กระทำผิดชายและหญิงใน



สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาในเยาวชนผู้กระทำผิดชาย และหญิง ไม่มีความแตกต่างกัน องค์ประกอบด้านมุ่งเน้นอารมณ์สนับสนุนการแก้ปัญหา และอารมณ์ไม่สนับสนุนการแก้ปัญหาก็ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามก็มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านมุ่งเน้นการแก้ปัญหา ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง กับ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเยาวชนผู้กระทำผิดชาย และหญิง แต่มีความสัมพันธ์ในแต่ละองค์ ประกอบระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเยาวชน ผู้กระทำผิดในแต่ละเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [63]

กรกวรรณ สุพรรณวรรษา ทำการศึกษาในปี 2544 เรื่องการวิเคราะห์การมองโลกในแง่ดี และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัย ผลการวิจัยพบว่า นิสิตนักศึกษา ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบแสวงหาทางสังคมมาก และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหนี้อย นิสิตนักศึกษาที่มองโลกในแง่ดีใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่า และใช้การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและแบบหลีกเลี่ยงหนี้อยกว่านิสิตนักศึกษาที่มองโลกในแง่ร้าย นิสิตนักศึกษาที่มีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกัน ใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 แบบ ไม่แตกต่างกัน นิสิตนักศึกษาหญิงใช้การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่านิสิตนักศึกษาชาย และนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยระบบปิดใช้การเผชิญปัญหาดังกล่าวมากกว่านิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยระบบเปิด ส่วนการเผชิญปัญหาอีก 2 แบบ กลุ่มดังกล่าวใช้ไม่แตกต่างกัน นิสิตนักศึกษาสาขาวิชามนุษยศาสตร์ใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหนี้มากกว่านิสิตนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ แต่ไม่แตกต่างจากนิสิตนักศึกษาสาขาวิชาสังคมศาสตร์ นิสิตนักศึกษาที่มองโลกในแง่ร้ายสาขาวิชามนุษยศาสตร์ใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหนี้มากกว่า นิสิตนักศึกษาที่มองโลกในแง่ดีสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ และนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยปิดพบว่ากลุ่มที่มองโลกในแง่ร้ายใช้วิธีการดังกล่าวมากกว่ากลุ่มที่มองโลกในแง่ดี และกลุ่มที่อยู่ในสาขาวิชามนุษยศาสตร์ ใช้วิธีการดังกล่าวมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ [64]

อรุณี เกษรอุบล ทำการศึกษาในปี 2544 เรื่องการสำรวจความเครียด การจัดการกับปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี พบว่ากลวิธีการจัดการกับปัญหาที่นักเรียนใช้บ่อยได้แก่ การแสดงความรักใคร่ชอบ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และการแก้ไขปัญหามาตามลำดับ และวิธีที่ใช้บ่อยมาก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหาและการเผชิญกับปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและวิธี



จัดการกับปัญหา เป็นปัจจัยป้องกันนักเรียนจากความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน [65]

สาโรช คำรัตน์ ทำการศึกษาในปี 2544 เรื่อง การเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขต อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา จำนวน 20 ข้อ ซึ่งคณะ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ค่าความเที่ยง = .80 ผลที่ได้ พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนมากใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง เพศ บุคลิกภาพแบบเปิดเผย ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนบุคลิกภาพแบบอ่อนไหว ระดับการเชื่อในความสามารถของตน ระดับความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) [66]

เปรมพร มั่นเสมอ ทำการศึกษาในปี 2545 เรื่องการปรับตัว กลวิธีการเผชิญปัญหาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 พบว่านักศึกษาโดยทั่วไปกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก และใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษานักหญิงใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าชาย นักศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงมากกว่านักศึกษาในมหาวิทยาลัยของรัฐ และนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ [67]

รัชณี แก้วคำศรี ทำการศึกษาในปี 2545 เรื่อง ความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพัน การเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาโดยทั่วไปใช้การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาในระดับสูง ใช้การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง ใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงค่อนข้างต่ำ นักศึกษานักหญิงใช้การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่านักศึกษาชาย นักศึกษาที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคงและแบบกังวล ใช้การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม มากกว่านักศึกษาที่มีรูปแบบความผูกพันแบบทะนงตน นักศึกษาที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง ใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงต่ำกว่านักศึกษาที่มีรูปแบบความผูกพันแบบกังวล และแบบหวาดกลัว นักศึกษาที่มีรูปแบบความผูกพันแบบทะนงตน ใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงต่ำกว่า นักศึกษาที่มีรูปแบบความผูกพันแบบกังวล [68]

นันทินี สุขมงคล ทำการศึกษาในปี 2547 เรื่อง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิต นักศึกษาโดยเป็นนิสิตที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 4 จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 679 คน ผลการวิจัยพบว่า นิสิตนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมาก และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงก่อนข้างน้อย นิสิตนักศึกษาคณะชั้นปีที่ 4 ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงน้อยกว่านิสิตนักศึกษาชาย นิสิตนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์กายภาพใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่านิสิตนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์ชีวภาพ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และในด้านการประเมินน้อยกว่านิสิตนักศึกษาสาขาวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ แรงงาน และการเงินน้อยกว่านิสิตนักศึกษาสาขาวิชามนุษยศาสตร์ นิสิตนักศึกษาที่พักอาศัยที่หอพักนิสิตใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่านิสิตนักศึกษาที่พักอาศัยที่บ้าน และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่านิสิตนักศึกษาที่พักอาศัยที่อื่นๆ นิสิตนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่านิสิตนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร [69]

โสภิตา พุ่มศิ้อย ทำการศึกษาในปี 2547 เรื่อง การอนุমানสาเหตุความรับผิดชอบและการเผชิญปัญหาด้านการเรียนของนิสิตนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและต่ำ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นิสิตระดับปริญญาตรีจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวนทั้งสิ้น 854 คน ผลการวิจัยพบว่า นิสิตนักศึกษาโดยทั่วไปเลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือและการเผชิญปัญหาแบบการสร้างแรงจูงใจให้เผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง แบบการให้/ใช้แหล่งสนับสนุนเพื่อเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง และแบบการให้/ใช้แนวทางในการแก้ปัญหา มากตามลำดับ และเลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือและการเผชิญปัญหาแบบการให้/รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ปานกลาง นิสิตนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับดีเลิศ เลือกรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบการสร้างแรงจูงใจให้เผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง และแบบการให้/ใช้แหล่งสนับสนุนเพื่อเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง มากกว่านิสิตนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับปานกลาง นิสิตนักศึกษาชายเลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือและการเผชิญปัญหาแบบการให้/รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ มากกว่านิสิตนักศึกษาคณะชั้น ในขณะนี้นิสิตนักศึกษาคณะชั้นเลือกรูปแบบการสร้างแรงจูงใจให้เผชิญปัญหาได้ด้วยตนเองมากกว่านิสิตนักศึกษาชาย [70]

พัชรินทร์ อรุณเรือง ทำการศึกษาในปี 2549 เรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการฟื้นพลัง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่ามีกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามาก แบบแสวงหา การสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก และแบบหลีกเลี่ยงในระดับปานกลาง นักเรียนหญิงมีการเผชิญ ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่านักเรียนชาย นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและ ปานกลาง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม มากกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ความสามารถในการฟื้นพลังมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับ กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบแสวงหาการสนับสนุนทาง สังคม หลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญ ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาสูงกว่า และมีคะแนนการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงต่ำกว่าก่อนเข้า กลุ่ม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม [71]

สิทธิชัย ทองวร ทำการศึกษาในปี 2549 เรื่องกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในวิทยาลัยในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร พบว่านักศึกษา ส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และแบบหลีกเลี่ยง ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.4, 70.4, 68.3 ตามลำดับ) เพศหญิงใช้กลวิธีการ เผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่าเพศชายที่ระดับนัยสำคัญ  $P < 0.05$  กลุ่มตัวอย่างที่ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์รักใคร่กันดีมีคะแนนค่าเฉลี่ยของกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการ สนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าครอบครัวที่มีความสัมพันธ์แบบทะเลาะกันบ่อยๆ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างปกป้องมาก ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมสูง กว่ากลุ่มที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย [72]

หทัยชนก หมากผินทำการศึกษาในปี 2550 เรื่อง ความเครียดและการจัดการกับปัญหาใน ลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีดูโทรทัศน์เป็นวิธีจัดการกับ ปัญหาบ่อยที่สุดและเลือกใช้วิธีไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา สุนัขหรือน้อยที่สุด และพบว่าวิธีที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่อารมณ์ขันอยู่เสมอ พูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น ใช้จ่ายที่ได้รับจากแพทย์ เรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น และการร้องไห้ [73]

Kobus และ Reyes ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2000 เรื่องความเครียดและกลวิธีในการจัดการ กับปัญหาวัยรุ่นเชื้อสายอเมริกัน แอฟริกันพบว่ากลวิธีในการจัดการกับปัญหาที่กลุ่มวัยรุ่นใช้บ่อย

ที่สุดคือ การแสวงหาการสนับสนุนจากครอบครัว การแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหา และการพึ่งพาตนเอง [74]

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Billings และคณะทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1983 เรื่อง การเปรียบเทียบการปรับตัวทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ระหว่างบุตรของบิดามารดาที่ป่วยและไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าบุตรของบิดามารดาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีปัจจัยเสี่ยงในด้านอารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สุขภาพและการปรับตัว มากกว่าบุตรของ บิดามารดาไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากบิดามารดาที่ป่วยเป็นโรคจะมีปัญหาด้านการปฏิบัติหน้าที่ของบิดามารดา ปัญหาด้านอารมณ์จากอาการนอนไม่หลับ และผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว [75]

Cogill และคณะทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1986 เรื่อง ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าของมารดา หลังคลอดต่อพัฒนาการในการรับรู้ของบุตร โดยใช้แบบวัด McCaethy scales ในบุตรคนแรกเมื่อบุตรมีอายุ 4 ขวบ พบว่าบุตรที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงขวบปีแรก มีระดับคะแนนสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญ แต่ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนค่าที่ได้จากการทดสอบ [76]

Keitner และ Miller ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1990 เรื่องการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า บุตรของบิดามารดาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรง หรือกลับมาเป็นซ้ำ มีความเสี่ยงสูงที่จะมีพยาธิสภาพทางจิตและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย [77]

Patrick และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1997 เรื่อง ความแตกต่างระหว่างเพศในการปรับตัวของบุตรวัยรุ่นต่ออาการซึมเศร้าของมารดาต่อความขัดแย้งในครอบครัว พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 443 คน ศึกษาอาการซึมเศร้าของมารดาในช่วง 6 เดือนว่ามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของบุตร ปัญหาพฤติกรรม และความยากลำบากในการเรียนในเด็กผู้หญิง แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในเด็กผู้ชาย แบบทดสอบสมาธิ บ่งชี้ว่า เด็กผู้หญิงได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งในครอบครัวได้มากกว่าในด้านการปรับตัวทางสังคมและอารมณ์ เนื่องจากไม่มีต้นแบบในการปรับตัว [78]

Lovejoy และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2000 เรื่อง มารดาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมบิดามารดาพบว่าอาการซึมเศร้ากับการแสดงออกในทางลบของมารดามีผลต่อความไม่เชื่อมั่นของบุตร และอาการซึมเศร้ามีผลต่อและการแสดงออกทางบวก อย่างมีนัยสำคัญ โดยผลกระทบจากการแสดงออกทางลบของมารดามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเกิดอาการซึมเศร้าของมารดา [79]

Clarke และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2001 เรื่อง การใช้จิตบำบัดแบบกลุ่มในการป้องกันอาการซึมเศร้าในบุตรวัยรุ่นที่มีบิดามารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าผลจากโปรแกรมการรักษาตามระยะเวลาสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะอาการซึมเศร้าในบุตรวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [80]

Lieb และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2002 เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอาการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆในบุตรวัยรุ่นที่มีบิดามารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าโดยทำการศึกษา ติดตาม 4 ปี จากกลุ่มตัวอย่าง 2427 คน วิจัยโดยใช้ DSM-IV และการสัมภาษณ์ พบว่าบุตรวัยรุ่นที่มีบิดาหรือทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้า และ การใช้สารเสพติด และ โรควิตกกังวล ไม่มีความแตกต่างในบิดาหรือมารดาที่ป่วย แต่ระยะเวลา ความรุนแรง การขาดการรักษา และการกลับเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของบุตร [81]

Hammen และคณะทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2003 เรื่อง ความรุนแรง ความเรื้อรัง และระยะเวลา อาการซึมเศร้าของมารดา และ ความเสี่ยงต่อบุตรวัยรุ่น ผ่านกระบวนการวิจัยในชุมชน พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง มารดาและบุตรวัย 15 ปี จำนวน 816 คู่ ในชุมชนของประเทศออสเตรเลีย มีการวินิจฉัยบุตรเมื่ออายุ 15 ปี 2 ครั้งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่มีอาการซึมเศร้าจากการควบคุมปัจจัยทางประชากร พบว่าบุตรที่ต้องเผชิญกับมารดาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในระยะ 1-2 เดือนหรือมากกว่า 12 เดือน มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุตรที่มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง โดยอาการเรื้อรังของภาวะซึมเศร้าบ่งชี้ถึงระดับความเสี่ยงได้ดีกว่าความรุนแรงของโรค และระยะเวลาของโรคก็ไม่ทำให้เกิดผลต่างของระดับความเสี่ยง เมื่อตัดเอาปัจจัยด้านความเรื้อรังของโรคออก [82]

Jason และ คณะทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2003 เรื่องความสัมพันธ์ของความเฉื่อยฉาบและความเลื่อมใสในศาสนาต่ออาการซึมเศร้าในบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพบว่า ในวัยรุ่นที่มีระดับสติปัญญาสูงที่มีมารดาเป็นโรคซึมเศร้า มีโอกาสป่วยเป็นโรค



ซึมเศร้าได้มากกว่าวัยรุ่นที่มีระดับสติปัญญาที่ต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่วัยรุ่นที่มีระดับสติปัญญาสูง จะตระหนักและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่า จึงอาจกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดสถานะเครียด ขึ้นในวัยรุ่นเหล่านี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าที่รับรู้กับ สถานะของแม่ได้น้อยกว่า และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอาจลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ในวัยรุ่น [83]

Constance และ คณะทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2004 เรื่องความขัดแย้งในครอบครัว และ ปัจจัยจากความเครียด ที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและ โรคจิตเวชอื่นๆในวัยรุ่นที่มีมารดาเป็นโรคซึมเศร้า เทียบกับวัยรุ่นที่มีมารดาไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่มีมารดาเป็นโรคซึมเศร้า ความขัดแย้งในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยมารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าจะไปกระตุ้นหรือทำให้ผลกระทบของสภาวะการณ่ด้านลบในครอบครัวนั้นมากขึ้น [84]

Craig และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2004 เรื่อง บิดามารดาป่วยทางจิต ศึกษาในบิดามารดาที่ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้ DSM-IVว่าเป็น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าที่มีอาการของโรคประสาท ผู้ป่วย 130 คน จาก453 คน ผู้หญิงมีจำนวนเป็น 2 เท่าของผู้ชาย ผู้ป่วยที่เป็น โรคอารมณ์แปรปรวนมี มากเป็น2 เท่าของโรคจิตเภท บิดามีการใช้สารเสพติดมากกว่ามารดา 3 ใน 4 ของมารดาอยู่กับบุตร 3 ใน 4 ของบุตรมีอายุต่ำกว่า 16 ปี 20% ของมารดาถูกวินิจฉัยว่ามีอาการหลังจากคลอดบุตรแล้ว 6 เดือน [85]

Schreie และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2005 เรื่อง ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าที่มีความคล้ายคลึงกันในมารดาและบุตร ติดตามเป็นเวลา 4 ปี จากกลุ่มตัวอย่าง 933 คู่ พบว่าบุตรของมารดาที่มีอาการป่วยรุนแรงจะแสดงอาการในรูปแบบเดียวกับมารดา โดยไม่เกี่ยวกับเพศของบุตร [86]

Rohde และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2005 เรื่อง ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้าของบิดามารดา ต่อภาวะทางจิตจากช่วงวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่าง 224 คน พบว่าอาการซึมเศร้าของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับ lower functioning บุตรชายของบิดาที่มีอาการซึมเศร้าถูกประเมินว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย และพยายามกระทำ เมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น การกลับเป็นซ้ำของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของบุตรสาว แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในบุตรชาย อย่างไรก็ตามผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ปรากฏให้เห็นในบุตรที่มีอาการซึมเศร้าก่อนอายุ 19 ปี [87]

Pilowsky และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2006 เรื่อง ความขัดแย้งในครอบครัว อาการซึมเศร้าของบิดา มารดาและพยาธิสภาพทางจิตของบุตร ติดตามการรักษา 20 ปี โดยความขัดแย้งของคนในครอบครัวถูกประเมินเมื่อบุตรมีอายุประมาณ 17 ปี และบุตรของผู้ป่วยจะถูกประเมินเพื่อการวินิจฉัยอีก 20 ปีต่อมา ความความขัดแย้งของคนในครอบครัว จะถูกวัดในด้านของ การปรับตัวในชีวิตสมรสต่ำ ความความขัดแย้งของบิดามารดากับบุตร ความสามัคคีในครอบครัวต่ำ ไม่มีการควบคุมอารมณ์ และการหย่าร้างของบิดามารดา พบว่า ความความขัดแย้งของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของบิดา มารดา บุตรของผู้ป่วยถูกวัดด้วยระดับความขัดแย้งของคนในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่บุตรของกลุ่มตัวอย่างปกติ การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ กับความเสี่ยงในการเกิดอาการซึมเศร้า และการใช้สารเสพติดของบุตร [88]

Weissman และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2006 เรื่อง บุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 20 ปีต่อมา โดยติดตามผลบุตรวัยรุ่น 151 คน ของบิดามารดาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพบว่า ความเสี่ยงที่จะเกิดโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และการใช้สารเสพติดสูงเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับบุตรของคนปกติทั่วไป ในบุตรที่อายุระหว่าง 15-20 ปี ความบกพร่องทางสังคมเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และยังคงมีอาการต่อเนื่องจนถึงวัยกลางคน [89]

Silk และคณะ ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2006 เรื่อง การจัดการทางอารมณ์ในบุตรที่มารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่เด็ก โดยศึกษาเปรียบเทียบบุตรที่มีมารดาป่วยและไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าบุตรที่มารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีการตอบสนองต่อวัตถุ หรืองาน ซ้ำกว่าบุตรที่มารดาไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุตรสาวที่มารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีพัฒนาการในการตอบสนองหรือรออนุญาตนานกว่าบุตรของมารดาที่ไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า [90]

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Studies) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและวิถีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology) ดังนี้

#### ประชากร

**ประชากรเป้าหมาย (Target Population)** คือ เด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-18 ปี ที่มีบิดา หรือมารดา หรือบิดาและมารดา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder หรือ Dysthymic disorder หรือ depressive disorder not otherwise specified ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ในโรงพยาบาล

**ประชากรตัวอย่าง (Sample of Population)** ได้แก่ เด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-18 ปี ที่มีบิดา หรือมารดา หรือบิดาและมารดา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder หรือ Dysthymic disorder หรือ depressive disorder not otherwise specified ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

**ตัวอย่าง (Samples)** ได้แก่ เด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-18 ปี ที่มีบิดา หรือมารดา หรือบิดาและมารดา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder หรือ Dysthymic disorder หรือ depressive disorder not otherwise specified ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่เมื่อผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล จนถึงระยะเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด

**ขนาดตัวอย่าง (Sample size)** คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Studies)

โดยใช้สูตร	$n$	=	$\frac{Z^2 pq}{d^2}$
	$n$	=	ขนาดตัวอย่าง
	$Z$	=	ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96
	$P$	=	ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ใช้ความชุกเท่ากับ 0.34
	$q$	=	1- p มีค่าเท่ากับ 0.66
	$d$	=	ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1
	แทนค่า $n$	=	$\frac{(1.96)^2 \times 0.34 \times 0.66}{(0.1)^2}$
ขนาดตัวอย่างประมาณ		=	86                      คน

**วิธีเลือกตัวอย่าง (Sample selection and sampling technique)** ใช้การเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยทำการเก็บตัวอย่างจากเด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-18 ปี ที่มีบิดาหรือมารดา หรือบิดาและมารดา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder หรือ Dysthymic disorder หรือ depressive disorder not otherwise specified ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชของโรงพยาบาล ทุกรายที่ยินยอมให้ความร่วมมือ ในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

โดยผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยจะต้องอยู่ในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถตอบแบบสอบถามได้ ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยเป็นโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะก่อให้เกิดผลกระทบที่ทำให้การตอบแบบสอบถามเกิดความคลาดเคลื่อน เช่น psychosis, schizophrenia, bipolar, severe depressive, Mental Retardation

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับตัวผู้ตอบและผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองและจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ, อายุ, ศาสนา, จำนวนพี่น้อง, ระดับการศึกษา, คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา, สถานภาพสมรสของบิดาหรือมารดา, ลักษณะครอบครัว, จำนวนสมาชิกในครอบครัว, อายุของบิดาและมารดา, ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา, อาชีพของบิดาและมารดา, รายได้ของครอบครัว, สถานะทางการเงินในบ้าน, โรคประจำตัวทางกายของบิดาและมารดา, ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา, ความสัมพันธ์กับบิดา, ความสัมพันธ์กับมารดา, ความสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นๆในครอบครัว, การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว, บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ, จำนวนเพื่อนสนิท, ความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ, การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ, การทำกิจกรรมในโรงเรียน

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15 ) โดย อภิชัย มงคล และคณะ ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ

มีการให้คะแนนแบบประเมิน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

**กลุ่มที่ 1** ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	0	คะแนน
เล็กน้อย	=	1	คะแนน
มาก	=	2	คะแนน
มากที่สุด	=	3	คะแนน

**กลุ่มที่ 2** ได้แก่ข้อ 3, 4, 5 ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	3	คะแนน
เล็กน้อย	=	2	คะแนน
มาก	=	1	คะแนน
มากที่สุด	=	0	คะแนน



แบบทดสอบนี้มีคะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนน เมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว ให้คิดคะแนนรวมตามวิธีการการให้คะแนนในแต่ละข้อ นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ มารวมกันหลังจากนั้นพิจารณาว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับค่าปกติที่กำหนด ดังนี้

- 35-45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป
- 28-34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป
- 0 - 27 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีจัดการกับปัญหา** โดย ตรีนุช ชงไชย (2540) ซึ่งได้แปลมาจาก A-Cope (The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience) ของ McCubbin, Patterson และ Harris (1981) ข้อคำถามมีทั้งหมด 46 ข้อ โดยมีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.66 แบ่งออกเป็น 12 วิธี คือ

1. ระบายความรู้สึก (Ventilation feeling) เป็นพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่น เพื่อลดความเครียด ความขุ่นงาใจ เช่น การบ่นกับตัวเอง หรือเปรยๆ ให้คนอื่นฟัง การพูดประชดประชัน ถากถางคนอื่น เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15, 16, 17, 22
2. แสวงหาทางช่วยเหลืออื่นๆ (Seeking diversions) เป็นวิธีจัดการกับปัญหา ด้วยการหันไปทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา หรือเพื่อให้ลืมปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การนอนหลับ การดูทีวี หรือการอ่านหนังสือ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 27, 28, 29, 37, 38, 39, 42, 46
3. พัฒนาตนเองและมองโลกในแง่ดี (Developing self – reliance and optimism) เป็นรูปแบบการคิดแก้ไขปัญหามีพัฒนาการของวัยรุ่น โดยมองอย่างเป็นระบบและเป็นไปในทางบวกมากขึ้น และพยายามตัดสินใจแก้ปัญหาทุกอย่างด้วยตนเอง เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 34
4. หาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม (Developing social support) เป็นวิธีแก้ไขปัญหาคด้วยการแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมา ให้คนรอบข้างได้รับรู้มากขึ้น เช่น การพยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา การร้องไห้ การพูดคุยระบายความรู้สึกที่มีให้เพื่อนฟัง เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11, 12, 14, 18, 23, 44
5. แก้ปัญหาของครอบครัว (Solving family problems) เป็นวิธีที่วัยรุ่นใช้แก้ปัญหา เมื่อเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว แสดงถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือกฎระเบียบของพ่อแม่ การใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่ และการ

บุคคลุกระบายความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 13, 19, 20, 21, 35

6. หลีกเลี่ยงปัญหา (Avoiding problems) โดยใช้สารเสพติดเพื่อหลีกหนีปัญหา เช่น บุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 45

7. หาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมด้านจิตวิญญาณ ศาสนา (Seeking spiritual support) เป็นการหาแหล่งศรัทธาทางจิตใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสวดมนต์ การไปวัด ไปโบสถ์ และการพูดคุยกับพระสงฆ์ หรือนักบวชที่เคารพนับถือ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 26, 40, 41

8. อยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนสนิท (Investing in close friend) เพื่อลดความกังวลของวัยรุ่น โดยใช้กลุ่มเพื่อน หรือคนที่รัก ด้วยการพยายามใกล้ชิดกับคนที่รักและเป็นห่วง ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 10

9. หาแหล่งช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Seeking professional support) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ เช่น การพูดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาคณะแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ และไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 24, 25

10. หันไปทำกิจกรรมอื่นๆ ให้มากขึ้น (Engaging in demanding activity) เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น พยายามปรับปรุงตนเองในทางที่ดีขึ้น เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6, 32, 33, 36

11. ใช้อารมณ์ขัน (Being humorous) ไม่เคร่งเครียดกับการแก้ไขปัญหา พยายามมองปัญหาให้เป็นเรื่องสนุก และไม่จริงจังกับปัญหามากนัก เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 8

12. ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) เพื่อคลายเครียดกับปัญหาที่ต้องเผชิญ เช่น การฟังวิทยุ เทป การวาดฝันถึงสิ่งที่ยากจะให้มี อยากจะให้เป็น เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 9, 30, 31, 43

ในข้อคำถามทั้ง 46 ข้อ จะมีข้อความที่มีความหมายทางบวก (เชิงนิมิต) จำนวน 41 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 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 (เชิงลบ) จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อคำถามที่ 15, 16, 17, 31, 45

## เกณฑ์การให้คะแนน

ให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาว่า ได้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหามาในแต่ละข้อบ่อยเพียงใด โดยคำตอบจะแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยใช้วิธีการแก้ปัญหามาในข้อนั้นเลย
นานๆ จะมีสักครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหามาในข้อนั้นบ้าง โดยนานๆ จะใช้วิธีการ ดังกล่าวสักครั้ง
เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหามาในข้อนั้นเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย
บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหามาในข้อนั้นบ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ
เป็นประจำสม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหามาในข้อนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ถ้าข้อความนั้นมีความหมายทางบวก การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่เคยเลย	1
นานๆ จะมีสักครั้ง	2
เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย	3
บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	4
เป็นประจำสม่ำเสมอ	5

ถ้าข้อความนั้นมีความหมายเป็นทางลบ การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่เคยเลย	5
นานๆ จะมีสักครั้ง	4
เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย	3
บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	2
เป็นประจำสม่ำเสมอ	1

## การแปลความหมายคะแนน

หากค่าคะแนนเฉลี่ยของวิธีการจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับสูง แสดงถึงความสัมพันธ์ของความถี่ในการใช้พฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับสูง แต่ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยของวิธีการจัดการกับ

ปัญหาอยู่ในระดับต่ำ ก็จะแสดงถึงความสัมพันธ์ของความถี่ในการใช้พฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ
2. ผู้วิจัยได้เสนอโครงการเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้วิจัยแก้ไขโครงการตามมติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จนได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย
4. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการทำวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล และยื่นคำร้องขอให้รายงานวิทยานิพนธ์โครงการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา
7. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
8. ดำเนินการการเก็บข้อมูลโดยศึกษาจากรหัสผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ประวัติผู้ป่วย ที่แพทย์ผู้ทำการรักษาลงบันทึกไว้ในแฟ้มผู้ป่วย
9. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยที่เป็นบิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และวิธีการดำเนินการเกี่ยวกับแบบสอบถามอย่างละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นความลับจะไม่นำข้อมูลที่ได้อื่นไปทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามใด ๆ ทั้งสิ้น และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย
10. หลังจากผู้ป่วยยินยอมให้บุตรของผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยฝากแบบสอบถามไปให้บุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผ่านทางตัวผู้ป่วยเอง พร้อมทั้งชี้แจงอีกครั้งหากผู้ป่วยมีข้อสงสัย
11. ทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนทางไปรษณีย์
12. นำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่าคะแนนสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ตามความเหมาะสมของข้อมูล
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ละคู่ โดยใช้ Independent Samples T-Test สำหรับตัวแปรที่มีค่า 2 ค่า , One-Way ANOVA สำหรับตัวแปรที่มีค่า 3 ค่าขึ้นไป
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพร้อมกันหลายตัวที่อาจเป็นปัจจัยต่อระดับสุขภาพจิตโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย Multiple Linear Regression Analysis โดยเลือกตัวแปรเข้าวิเคราะห์จากผลการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรที่ละคู่ (Univariate analysis)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows version 13 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในลักษณะคำบรรยาย ประกอบตารางโดยแบ่งเป็น 8 ตอน ตามลำดับ ดังนี้

#### ผลการวิเคราะห์

- ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านประชากรของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ตอนที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัวของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ตอนที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ตอนที่ 4 แสดงข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ตอนที่ 5 แสดงข้อมูลวิถีจัดการกับปัญหาของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### ผลการวิเคราะห์ปัจจัย

- ตอนที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะสุขภาพจิตของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ตอนที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีจัดการกับปัญหากับคะแนนสุขภาพจิตของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ตอนที่ 8 แสดงผลตัวแปรที่สามารถอธิบายคะแนนสุขภาพจิตของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ผลการวิเคราะห์

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 61 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 14.48 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีจำนวนพี่น้อง (นับรวมตนเอง) 2 คน กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและ มีคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 3.50-4.00 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ (N=61)</b>		
ชาย	41	67.2
หญิง	20	32.8
<b>อายุ (N=61)</b>		
13 – 15 ปี	48	78.7
16 – 18 ปี	13	21.3
Mean = 14.48 , S.D. = 1.757		
<b>ศาสนา (N=61)</b>		
พุทธ	58	95.1
คริสต์	1	1.6
อิสลาม	2	3.3
<b>จำนวนพี่น้อง นับรวมตัวเอง (N=61)</b>		
ลูกคนเดียว	19	31.1
2 คน	21	34.4
3 คน	15	24.6
4 คน	5	8.2
5 คน	1	1.6

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา (N=61)</b>		
ประถมศึกษา	2	3.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	77.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	14.8
อนุปริญญา/ปวส.	1	1.6
ปริญญาตรี	2	3.3
<b>คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคที่ผ่านมา (N=61)</b>		
ต่ำกว่า 2.00	5	8.2
2.00-2.49	13	21.3
2.50-2.99	13	21.3
3.00-3.49	14	23.0
3.50-4.00	16	26.2

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบิดามารดา มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน บิดามารดามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ไม่มีรายได้ประจำ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 15,000 บาทต่อเดือน สถานะทางการเงินในบ้านอยู่ในเกณฑ์เพียงพอมีเหลือเก็บ ไม่มีโรคประจำตัวทางร่างกาย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

## ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรสของบิดามารดา (N=61)</b>		
อยู่ด้วยกัน	49	80.3
แยกกันอยู่ชั่วคราว	6	9.8
หย่าร้างหรือแยกทางกัน	5	8.2
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	1	1.6
<b>ลักษณะครอบครัว (N=61)</b>		
อาศัยอยู่กับบิดามารดา	48	78.7
อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา	9	14.8
ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา	4	6.6
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว (N=61)</b>		
2 – 4 คน	25	41.0
มากกว่า 5 คน	36	59.0
<b>อายุของบิดา (N=60)</b>		
31 – 40 ปี	17	27.9
41 – 50 ปี	28	45.9
51 ปี ขึ้นไป	15	24.6
Mean = 45.37 , S.D. = 6.921		
<b>อายุของมารดา (N=61)</b>		
31 – 40 ปี	25	41.0
41 – 50 ปี	27	44.3
51 ปี ขึ้นไป	9	14.8
Mean = 43.20 , S.D. = 6.605		

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษาของบิดา (N=61)</b>		
ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา	16	26.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	21.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	12	19.7
อนุปริญญา/ ปวส.	5	8.2
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	15	24.6
<b>ระดับการศึกษาของมารดา (N=61)</b>		
ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา	19	31.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	14.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	15	24.6
อนุปริญญา/ ปวส.	4	6.6
ปริญญาตรี	14	23.0
<b>อาชีพของบิดา (N=61)</b>		
มีรายได้ประจำเช่น รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	16	26.2
ไม่มีรายได้ประจำเช่น ไม่ได้ทำงาน, ค้าขาย, เกษตรกรรม, รับจ้าง	45	73.8
<b>อาชีพของมารดา (N=61)</b>		
มีรายได้ประจำเช่น รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	11	18.0
ไม่มีรายได้ประจำเช่น ไม่ได้ทำงาน, ค้าขาย, เกษตรกรรม, รับจ้าง	50	82.0
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (N=61)</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	7	11.5
5,000 – 15,000 บาท	25	41.0
15,000 บาทขึ้นไป	29	47.5



ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานะทางการเงินในบ้าน (N=61)		
เพียงพอมีเหลือเก็บ	37	60.7
เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	13	21.3
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	4	6.6
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	7	11.5
โรคประจำตัวของบิดา (N=60)		
มีโรคประจำตัวทางกาย	14	23.0
ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย	46	75.4
โรคประจำตัวของมารดา (N=61)		
มีโรคประจำตัวทางกาย	20	32.8
ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย	41	67.2

### ตอนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพ

ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับบิดา มารดา และสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว อยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวทุกวัน และเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะเลือกปรึกษากับบุคคลในครอบครัว มากกว่าบุคคลอื่นๆ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา (N=61)</b>		
ดี	43	70.5
ปานกลาง	10	16.4
ไม่ดี	8	13.1
<b>ความสัมพันธ์กับบิดา (N=61)</b>		
ดี	54	88.5
ปานกลาง	2	3.3
ไม่ดี	5	8.2
<b>ความสัมพันธ์กับมารดา (N=61)</b>		
ดี	57	93.4
ปานกลาง	2	3.3
ไม่ดี	2	3.3
<b>ความสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว (N=61)</b>		
ดี	53	86.9
ปานกลาง	6	9.8
ไม่ดี	2	3.3
<b>การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว (N=61)</b>		
ทุกวัน/สัปดาห์ละ 5-7 วัน	35	57.0
สัปดาห์ละ 3-5 วัน	9	14.0
สัปดาห์ละ 1-3 วัน/ไม่เคย	17	27.8
<b>บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ (N=61)</b>		
บุคคลในครอบครัว	40	65.6
บุคคลนอกครอบครัว	21	34.4

ในด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ เป็นไปในรูปแบบสนิทสนมกันปานกลาง ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง มีการทำกิจกรรมร่วมกัน สัปดาห์ละ 3-5 วัน มีจำนวนเพื่อนสนิท 7 คนขึ้นไป มีการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>จำนวนเพื่อนสนิท (N=61)</b>		
1 - 5 คน	25	41.0
5 คนขึ้นไป	36	59.0
<b>ความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ (N=61)</b>		
สนิทสนมกันดี	30	49.2
ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง	31	50.8
<b>การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน (เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน เล่นกีฬาหรือไปเที่ยวด้วยกัน (N=61)</b>		
สัปดาห์ละ 1-3 วัน	14	23.0
สัปดาห์ละ 4-7 วัน	47	77.0
<b>การทำกิจกรรมในโรงเรียน (เช่น แข่งกีฬา เข้าชมรม) (N=61)</b>		
เคย	50	82.0
ไม่เคย	11	18.0

#### ตอนที่ 4 ภาวะสุขภาพจิต

การวัดภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15 ) ซึ่งสร้างโดยอภิชัย มงคล และคณะ มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประเมินภาวะด้วยการใช้ค่าคะแนนรวมมาพิจารณาเปรียบเทียบกับค่าปกติที่กำหนด ดังนี้

35-45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป

28-34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป

0 - 27 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป (35-45) คะแนน	22	36.1
สุขภาพจิตเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป (28-34) คะแนน	24	39.3
สุขภาพจิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป (0 - 27 ) คะแนน	15	24.6

Mean = 31.23, S.D. = 6.182

จากการตอบแบบวัดภาวะสุขภาพจิต พบว่าในคำถามที่มีความหมายทางบวก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกตอบตัวเลือก “มาก” แต่ในข้อความที่มีความหมายทางลบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกตอบตัวเลือก “ไม่เลย” มากที่สุด รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงการตอบแบบวัดภาวะสุขภาพจิตTMHI -15 รายข้อ

คำถามแบบวัดภาวะสุขภาพจิต	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	1.6	21.3	44.3	32.8
2. ท่านรู้สึกสบายใจ	1.6	18.0	50.8	29.5
3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน	16.4	67.2	9.8	6.6
4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	31.1	57.4	8.2	3.3
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	41.0	50.8	3.3	4.9
6. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	3.3	45.9	37.7	13.1
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	9.8	29.5	44.3	16.4
8. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	1.6	41.0	50.8	6.6
9. ท่านรู้สึกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	3.3	26.2	45.9	24.6
10. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	-	11.5	47.5	41.0
11. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	1.6	18.0	52.5	27.9
12. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	3.3	21.3	47.5	27.9
13. ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	-	9.8	36.1	54.1
14. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	1.6	6.6	27.9	63.9
15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	-	9.8	27.9	62.3



เมื่อพิจารณาจากคะแนนในการตอบแบบวัดภาวะสุขภาพจิต TMHI-15 เป็นรายชื่อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เพื่อการประเมินความคิดเห็นของตนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัวมีความรัก และผูกพันต่อกัน และอันดับที่ 3 คือ ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว ซึ่งทั้ง 3 ลำดับนี้ เป็น Domain ของ ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการตอบแบบวัดภาวะสุขภาพจิต

คำถามแบบวัดภาวะสุขภาพจิต	Mean	S.D.
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	2.08	.781
2. ท่านรู้สึกสบายใจ	2.08	.737
3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน	1.93	.727
4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	2.16	.711
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	2.28	.756
6. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่อยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	1.61	.759
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	1.67	.870
8. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	1.62	.637
9. ท่านรู้สึกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	1.92	.802
10. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	2.30	.667
11. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	2.07	.727
12. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	2.00	.796
13. ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	2.44	.671
14. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	2.54	.697
15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	2.52	.673

## ตอนที่ 5 วิธีจัดการกับปัญหา

วิธีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก (จากการตอบแบบสอบถามความบ่อยของวิธีจัดการกับปัญหา : บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือเป็นประจำสม่ำเสมอ) ได้แก่ การนอนหลับ กินอาหารที่ชอบ ดูโทรทัศน์ พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น พยายามใกล้ชิดกับคนที่ท่านรักและเป็นห่วง ส่วนวิธีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้น้อยที่สุด 5 อันดับแรก (จากการตอบแบบสอบถามความบ่อยของวิธีจัดการกับปัญหา : ไม่เคยเลย หรือ นานๆ จะมีสักครั้ง) ได้แก่ ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา สุนัขหรือ ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา ขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อยๆ โดยไม่มีจุดหมาย ใช้จ่ายที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงค่าความถี่ในการตอบคำถามเรื่องวิธีจัดการกับปัญหา

วิธีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้	ความถี่		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. พยายามมองสิ่งต่างๆในแง่บวก แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ก็ตาม	24.6	27.9	47.5
2. พยายามตัดสินใจแก้ไขปัญหาทุกอย่างด้วยตัวของตนเอง	23.0	32.8	44.3
3. จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆที่จะต้องทำ	26.2	32.8	41.0
4. พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาดังๆ หรือลดความเครียดอย่างไร	18.0	26.2	55.7
5. ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่	9.8	32.8	57.4
6. พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น	9.8	14.8	75.4
7. พยายามมองปัญหาให้เป็นเรื่องสนุก และไม่จริงจังกับปัญหาให้มากนัก	27.9	27.9	44.3
8. มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ	6.6	21.3	72.1
9. วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากให้มี อยากจะให้เป็น	6.6	26.2	67.2
10. พยายามใกล้ชิดกับคนที่ท่านรักและเป็นห่วง	8.2	16.4	75.4

ตารางที่ 9 แสดงค่าความถี่ในการตอบคำถามเรื่องวิธีการจัดการกับปัญหา (ต่อ)

วิธีการจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้	ความถี่		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
11. พยายามหามิตรภาพจากเพื่อนใหม่ๆ	6.6	26.2	67.2
12. พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา	8.2	36.1	55.7
13. พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่	8.2	26.2	65.6
14. ยกโทษให้คนที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่ดี	14.8	32.8	52.5
15. บ่น หรือ ด่ากับตัวเอง	63.9	19.7	16.4
16. พูดประชดประชันตลกตลกคนอื่น	65.6	24.6	9.8
17. โมโห และพูดไม่ดี พาลกับคนอื่น ๆ ไปเลย	78.7	11.5	9.8
18. พูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น	14.8	24.6	60.7
19. พูดคุยกับคุณแม่ถึงสิ่งที่ท่านกังวล	21.3	39.3	39.3
20. พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล	37.7	31.1	31.1
21. พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้พี่หรือน้องฟัง	44.3	27.9	27.9
22. ลดความกังวลด้วยการพูดเปรยๆ (เหมือนการบ่น) ให้เพื่อนฟัง	50.8	26.2	23.0
23. พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้เพื่อนฟัง	45.9	26.2	27.9
24. พูดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาครูแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ	72.1	18.0	9.8
25. ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา	93.4	6.6	0.0
26. ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา	86.9	13.1	-
27. ปรึกษาที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ	80.3	13.1	6.6
28. หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ	16.4	21.3	62.3
29. อ่านหนังสือที่ชอบ	18.0	11.5	70.5
30. ฟังเพลงจากวิทยุ เทป ซาวนด์อะเบาท์ ฯลฯ	14.8	11.5	73.8
31. กินอาหารที่ชอบ	8.2	14.8	77.0
32. เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนมากขึ้น	18.0	18.0	63.9
33. เรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น	26.2	29.5	44.3

ตารางที่ 9 แสดงค่าความถี่ในการตอบคำถามเรื่องวิธีจัดการกับปัญหา (ต่อ)

วิธีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้	ความถี่		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
34. ทำงานพิเศษหรืองานในบ้านให้หนักมากกว่าเดิม	31.1	29.5	39.3
35. ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	9.8	27.9	62.3
36. ออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น วิ่ง จักรยาน ฯลฯ	31.1	24.6	44.3
37. ดูโทรทัศน์	13.1	9.8	77.0
38. เล่นวิดีโอเกมส์ ตู้เกมส์ เกมส้อมพิวเตอร์ เกมสัดกด ฯลฯ	19.7	27.9	52.5
39. ไปชมภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์	42.6	31.1	26.2
40. สวดมนต์	44.3	24.6	31.1
41. เข้าวัด เข้าโบสถ์	45.9	29.5	24.6
42. ไปซื้อของ เทียวห้างสรรพสินค้า	32.8	18.0	49.2
43. ขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อยๆ โดยไม่มี จุดมุ่งหมาย	82.0	4.9	13.1
44. ร้องไห้	63.9	23.0	13.1
45. สูบบุหรี่	91.8	4.9	3.3
46. นอนหลับ	9.8	9.8	80.3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อจำแนกวิธีการแก้ปัญหาตามรูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาและ แบบอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนสนิท สูงกว่ารูปแบบอื่นๆ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการแก้ปัญหาจากรูปแบบ

วิธีการแก้ปัญหา	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. วิธีระบายความรู้สึก (ข้อ 15, 16, 17, 22)	1.75	4.50	3.47	.542
2. วิธีแสวงหาความช่วยเหลืออื่นๆ (ข้อ 27, 28, 29, 37, 38, 39, 42, 46)	2.13	4.75	3.47	.615
3. วิธีพัฒนาตนเองและมองโลกในแง่ดี (ข้อ 1, 2, 3, 4, 34)	1.40	5.00	3.31	.752
4. วิธีหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม (ข้อ 11, 12, 14, 18, 23, 44)	1.17	4.83	3.29	.613
5. วิธีแก้ปัญหาของครอบครัว (ข้อ 5, 13, 19, 20, 21, 35)	1.83	5.00	3.37	.746
6. วิธีหลีกเลี่ยงปัญหา (ข้อ 45)	1.00	5.00	4.74*	.772
7. วิธีหาแหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ ศาสนา (ข้อ 26, 40, 41)	1.00	3.67	2.39	.730
8. วิธีอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนสนิท (ข้อ 10)	1.00	5.00	4.13*	1.02
9. วิธีหาแหล่งช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (ข้อ 24, 25)	1.00	3.00	1.69	.613
10. วิธีหันไปทำกิจกรรมต่างๆ ให้มากขึ้น (ข้อ 6, 32, 33, 36)	2.00	5.00	3.58	.817
11. วิธีใช้อารมณ์ขัน (ข้อ 7, 8)	1.50	5.00	3.67	.821
12. วิธีใช้เทคนิคผ่อนคลาย (ข้อ 9, 30, 31, 43)	1.75	4.00	2.93	.508



ตอนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะสุขภาพจิตโดยใช้วิธี Univariate Analysis (Independent - Samples T Test และ One - way ANOVA) ตามลักษณะของข้อมูล ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวพบว่า ระดับการศึกษาของบิดา และบุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  และในปัจจัยด้านสัมพันธภาพพบว่าความสัมพันธ์กับบิดา ความสัมพันธ์กับมารดา การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิท และความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  รายละเอียดแสดงในตารางที่ 11, 12, 13, 14, 15, 16

ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านประชากร โดยใช้วิธี Independent Sample T-Test วิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		t	df	sig
		Mean	S.D.			
<b>เพศ</b>						
ชาย	41	30.51	6.245	-1.305	59	.197
หญิง	20	32.70	5.930			
<b>อายุ</b>						
13 – 15 ปี	48	31.08	6.260	-.352	59	.726
16 – 18 ปี	13	31.77	6.099			
<b>คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา</b>						
ต่ำกว่า 2.00	5	21.80	3.899	-3.975	59	.001*
2.00 - 4.00	56	32.07	5.637			

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านประชากร โดยใช้วิธี One-Way ANOVA วิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
<b>ศาสนา</b>					
พุทธ	58	31.16	6.243	.869	.425
คริสต์	1	39.00	.		
อิสลาม	2	29.50	2.121		
<b>จำนวนพี่น้อง นับรวมตัวเอง</b>					
ลูกคนเดียว	19	30.53	6.310	.534	.711
2 คน	21	32.19	6.063		
3 คน	15	30.47	6.643		
4 คน	5	30.80	5.891		
5 คน	1	38.00	.		
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ประถมศึกษา	2	26.50	4.950	.992	.419
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	31.09	6.107		
มัธยมศึกษาตอน	9	31.11	7.008		
<b>ปลาย/ปวช.</b>					
อนุปริญญา/ปวส.	1	39.00	.		
ปริญญาตรี	2	36.00	2.828		

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว โดยใช้วิธี Independent Sample T-Test วิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		t	df	sig
		Mean	S.D.			
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>						
2 – 4 คน	25	30.92	6.144	-.323	59	.748
> 5 คน	36	31.44	6.286			
<b>อาชีพของบิดา</b>						
มีรายได้ประจำ	16	32.06	6.169	.624	59	.535
ไม่มีรายได้ประจำ	45	30.93	6.228			
<b>อาชีพของมารดา</b>						
มีรายได้ประจำ	11	30.09	6.441	-.672	59	.504
ไม่มีรายได้ประจำ	50	31.48	6.162			
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา (N=60)</b>						
มี	14	31.86	6.298	-.536	58	.594
ไม่มี	46	30.85	6.125			
<b>โรคประจำตัวทางกายของมารดา</b>						
มี	20	30.15	5.441	.952	59	.345
ไม่มี	41	31.76	6.511			
<b>บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ</b>						
บุคคลภายในครอบครัว	40	29.33	6.411	-3.645	59	.001*
บุคคลภายนอกครอบครัว	21	34.86	3.665			

ตารางที่ 14 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว โดยใช้วิธี One-Way ANOVA วิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนคุณภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
<b>สถานภาพสมรสของบิดามารดา</b>					
อยู่ด้วยกัน	49	31.98	5.735	1.366	.262
แยกกันอยู่ชั่วคราว	6	29.17	6.338		
หย่าร้าง/แยกทางกัน	5	27.40	9.476		
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	1	26.00	.		
<b>ลักษณะครอบครัว</b>					
อาศัยอยู่กับบิดามารดา	48	31.83	5.923	1.156	.322
อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา	9	28.56	7.860		
ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา	4	30.00	4.546		
<b>อายุของบิดา (N=60)</b>					
31 – 40 ปี	17	31.06	7.579	.500	.684
41 – 50 ปี	28	31.68	5.787		
51 ปี ขึ้นไป	15	31.07	5.418		
<b>อายุของมารดา</b>					
31 – 40 ปี	25	31.04	6.973	.199	.820
41 – 50 ปี	27	31.00	5.968		
51 ปี ขึ้นไป	9	32.44	4.799		
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>					
ไม่ได้เรียน - ประถมศึกษา	16	30.50	5.842	3.123	.022*
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	29.00	7.095		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	12	34.50	4.296		
อนุปริญญา/ ปวส.	5	25.60	6.877		
ปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี	15	33.20	5.116		

ตารางที่ 14 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว โดยใช้วิธี One-Way ANOVA วิเคราะห์(ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนคุณภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>					
ประถมศึกษา	19	29.79	6.005	1.677	.168
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	33.33	7.141		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	15	31.60	5.742		
อนุปริญญา/ ปวส.	4	25.75	7.890		
ปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี	14	33.00	5.129		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน</b>					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	7	30.00	8.347	.173	.841
5,000 – 15,000 บาท	25	31.20	5.937		
15,000 บาทขึ้นไป	29	31.55	6.021		
<b>สถานะทางการเงินในบ้าน</b>					
เพียงพอมีเหลือเก็บ	37	31.43	5.937	1.414	.248
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	13	28.62	6.117		
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	4	34.50	7.000		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	7	33.14	6.694		

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 15 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้วิธี One-Way ANOVA วิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา</b>					
ดี	43	32.35	5.719	2.576	.085
ปานกลาง	10	29.00	6.481		
ไม่ดี	8	28.00	7.111		
<b>ความสัมพันธ์กับบิดา</b>					
ดี	30	33.17	5.522	7.420	.001*
ปานกลาง	24	30.88	5.127		
ไม่ดี	7	24.14	7.493		
<b>ความสัมพันธ์กับมารดา</b>					
ดี	36	33.28	5.558	7.625	.001*
ปานกลาง	21	29.19	5.671		
ไม่ดี	4	23.50	5.508		
<b>ความสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นๆในครอบครัว</b>					
ดี	53	31.74	6.074	1.373	.261
ปานกลาง	6	27.83	3.764		
ไม่ดี	2	28.00	14.142		
<b>การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว</b>					
ทุกวัน/สัปดาห์ละ 5-7 วัน	35	33.14	5.611	6.438	.003*
สัปดาห์ละ 3-5 วัน	9	31.56	3.644		
สัปดาห์ละ 1-3 วัน/ไม่เคย	17	27.12	6.613		

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยใช้วิธี Independent Sample T-Test วิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		t	df	sig
		Mean	S.D.			
<b>จำนวนเพื่อนสนิทของท่าน</b>						
1 - 5 คน	25	29.32	6.019	-2.064	59	.043*
5 คนขึ้นไป	36	32.56	6.021			
<b>ความสัมพันธ์โดยรวมของท่านกับเพื่อนๆ</b>						
สนิทสนมกันดี	30	33.70	5.247	3.317	59	.002*
ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง	31	28.84	6.149			
<b>การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน</b>						
สัปดาห์ละ 1-3 วัน	14	29.79	6.179	-.996	59	.324
สัปดาห์ละ 4-7 วัน	47	31.66	6.183			
<b>การทำกิจกรรมในโรงเรียน</b>						
เคย	50	31.02	6.169	.561	59	.577
ไม่เคย	11	32.18	6.447			

การทดสอบรายคู่ระหว่างปัจจัยต่างๆกับคะแนนสุขภาพจิต โดยวิธี LSD พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และอนุปริญญา/ ปวส.มีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. และกลุ่มตัวอย่างที่บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ ปวส.มีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P<0.05$  ตามลำดับ
  2. กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับบิดาอยู่ในระดับดีและปานกลางมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับบิดาอยู่ในระดับไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P<0.05$
  3. กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับมารดาอยู่ในระดับดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับมารดาอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P<0.05$
  4. กลุ่มตัวอย่างที่มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวทุกวัน/สัปดาห์ละ5-7 วันมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวสัปดาห์ละ1-3 วัน/ไม่เคยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P<0.05$
- รายละเอียดแสดงในตารางที่ 17, 18, 19, 20

ตารางที่ 17 การทดสอบรายคู่ระหว่างระดับการศึกษาของบิดา กับคะแนนสุขภาพจิต

ระดับการศึกษาของบิดา	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ ปวช.	อนุปริญญา / ปวส.	ปริญญาตรี
ประถมศึกษา		.490	.076	.104	.199
มัธยมศึกษาตอนต้น			.021*	.269	.061
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.				.005*	.564
อนุปริญญา/ ปวส.					.014*
ปริญญาตรี					

ตารางที่ 18 การทดสอบรายคู่ระหว่างความสัมพันธ์กับบิดากับคะแนนสุขภาพจิต

ระดับความสัมพันธ์กับบิดา	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ดี		0.141	.000*
ปานกลาง			.007*
ไม่ดี			

ตารางที่ 19 การทดสอบรายคู่ระหว่างความสัมพันธ์กับมารดากับคะแนนสุขภาพจิต

ระดับความสัมพันธ์กับมารดา	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ดี		.010*	.002*
ปานกลาง			.067
ไม่ดี			

ตารางที่ 20 การทดสอบรายคู่ระหว่างการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวกับคะแนนสุขภาพจิต

การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว	ทุกวัน/ สัปดาห์ละ 5-7 วัน	สัปดาห์ละ 3-5 วัน	สัปดาห์ละ 1-3 วัน/ ไม่เคย
ทุกวัน/สัปดาห์ละ 5-7 วัน		.458	.001*
สัปดาห์ละ 3-5 วัน			.063
สัปดาห์ละ 1-3 วัน/ไม่เคย			

## ตอนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการกับปัญหาเกี่ยวกับคะแนนสุขภาพจิต

โดยนำคำตอบที่ใช้วิธีการกับปัญหาในความถี่แตกต่างกัน (น้อย ปานกลาง มาก) มาเปรียบเทียบกับคะแนนสุขภาพจิตว่ากลุ่มที่ใช้วิธีดังกล่าวน้อยจะแตกต่างกับกลุ่มที่ใช้วิธีดังกล่าว ปานกลาง มาก อย่างไรโดยใช้วิธี Univariate Analysis (One - way ANOVA) ผลการวิเคราะห์พบว่า วิธีการกับปัญหาข้อ จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆที่จะต้องทำ, พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาดังๆ หรือลดความเครียดอย่างไร,ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่, วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะมี อยากจะให้เป็น, พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหาด, พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่, พูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น, พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล, ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา, ใ้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ, หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ, อ่านหนังสือที่ชอบ, ร้องไห้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  รายละเอียดแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีการกับปัญหา

วิธีการกับปัญหา	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
1. พยายามมองสิ่งต่างๆในแง่บวก แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ก็ตาม					
น้อย	15	28.67	6.800	2.355	.104
ปานกลาง	17	30.82	5.015		
มาก	29	32.79	6.184		
2. พยายามตัดสินใจแก้ไขปัญหาดทุกอย่างด้วยตัวของท่านเอง					
น้อย	14	29.43	5.945	1.528	.226
ปานกลาง	20	30.50	6.220		
มาก	27	32.70	6.151		
3. จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆที่จะต้องทำ					
น้อย	16	29.19	6.575	5.649	.006*
ปานกลาง	20	29.15	6.046		
มาก	25	34.20	4.899		

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีการแก้ปัญหา(ต่อ)

วิธีการแก้ปัญหา	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
4. พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ หรือลดความเครียดอย่างไร					
น้อย	11	28.09	5.991	3.757	.029*
ปานกลาง	16	29.56	5.059		
มาก	34	33.03	6.245		
5. ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่					
น้อย	6	30.00	6.603	3.152	0.050*
ปานกลาง	20	28.75	6.742		
มาก	35	32.86	5.386		
6. พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น					
น้อย	6	27.50	8.620	2.283	.111
ปานกลาง	9	29.00	6.344		
มาก	46	32.15	5.641		
7. พยายามมองปัญหาให้เป็นเรื่องสนุก และไม่จริงจังกับปัญหาให้มากนัก					
น้อย	17	28.71	7.278	2.215	.118
ปานกลาง	17	31.53	4.875		
มาก	27	32.63	5.891		
8. มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ					
น้อย	4	25.00	5.715	2.766	.071
ปานกลาง	13	33.08	4.252		
มาก	44	31.25	6.431		
9. วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะมี อยากจะให้					
น้อย	4	28.00	6.976	3.781	.029*
ปานกลาง	16	28.31	5.896		
มาก	41	32.68	5.833		



ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีการแก้ปัญหา(ต่อ)

วิธีการแก้ปัญหา	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
10. พยายามไกล่เกลียดกับคนที่ท่านรักและเป็นห่วง					
น้อย	5	27.80	6.573	1.333	.272
ปานกลาง	10	29.80	4.849		
มาก	46	31.91	6.338		
11. พยายามหามิตรภาพจากเพื่อนใหม่ๆ					
น้อย	4	27.00		2.554	.086
ปานกลาง	16	29.31			
มาก	41	32.39			
12. พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา					
น้อย	5	24.60	4.980	6.638	.003*
ปานกลาง	22	29.55	5.966		
มาก	34	33.29	5.557		
13. พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่					
น้อย	5	26.60	4.879	3.804	.028*
ปานกลาง	16	29.06	5.882		
มาก	40	32.68	6.019		
14. ยกโทษให้คนที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่ดี					
น้อย	9	28.11	7.507	1.704	.191
ปานกลาง	20	30.90	5.291		
มาก	32	32.31	6.177		
15. บ่น หรือ ด่ากับตัวเอง					
น้อย	38	32.05	5.317	1.125	.332
ปานกลาง	12	31.42	5.854		
มาก	10	28.80	8.817		
16. พูดประชดประชันตลกตลกคนอื่น					
น้อย	40	32.13	5.580	2.168	.124
ปานกลาง	15	28.40	7.029		
มาก	6	32.33	6.743		

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีการแก้ปัญหา (ต่อ)

วิธีการแก้ปัญหา	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
17. โมโห และพูดไม่ดี พาลกับคนอื่นๆ ไปเลย					
น้อย	48	31.27	5.967	.229	.796
ปานกลาง	7	30.00	6.218		
มาก	6	32.33	8.595		
18. พูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น					
น้อย	9	26.33	4.153	5.444	.007*
ปานกลาง	15	29.80	6.109		
มาก	37	33.00	5.940		
19. พูดคุยกับคุณแม่ถึงสิ่งที่ท่านกังวล					
น้อย	13	27.69	5.544	2.876	.064
ปานกลาง	24	32.25	5.033		
มาก	24	32.13	7.024		
20. พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล					
น้อย	23	28.13	5.934	8.061	.001*
ปานกลาง	19	31.16	5.294		
มาก	19	35.05	5.349		
21. พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้พี่หรือน้องฟัง					
น้อย	27	30.59	6.172	2.547	.087
ปานกลาง	17	29.53	6.644		
มาก	17	33.94	5.068		
22. ลดความกังวลด้วยการพูดเปรยๆ (เหมือนการบ่น) ให้เพื่อนฟัง					
น้อย	31	30.81	6.123	.153	.859
ปานกลาง	16	31.81	5.528		
มาก	14	31.50	7.325		

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีการแก้ปัญหา (ต่อ)

วิธีการแก้ปัญหา	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
23. พุดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้เพื่อนฝูง					
น้อย	28	30.32	5.361	.590	.558
ปานกลาง	16	32.31	6.279		
มาก	17	31.71	7.414		
24. พุดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาครูแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ					
น้อย	44	30.82	5.856	.367	.694
ปานกลาง	11	32.55	5.698		
มาก	6	31.83	9.642		
25. ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา					
น้อย	57	31.47	6.150	1.364	.247
ปานกลาง	4	27.75	6.397		
มาก					
26. ปรึกษาและพุดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา					
น้อย	53	31.92	5.919	5.491	.023*
ปานกลาง	8	26.63	6.278		
มาก					
27. ใ้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ					
น้อย	49	31.86	5.653	5.028	.010*
ปานกลาง	8	25.50	7.231		
มาก	4	35.00	4.243		
28. หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ					
น้อย	10	26.20	6.321	4.422	.016*
ปานกลาง	13	32.00	4.282		
มาก	38	32.29	6.173		

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีการแก้ปัญหา(ต่อ)

วิธีการแก้ปัญหา	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
29. อ่านหนังสือที่ชอบ					
น้อย	11	27.45	5.298	4.073	.022*
ปานกลาง	7	28.71	7.204		
มาก	43	32.60	5.811		
30. ฟังเพลงจากวิทยุ เทป ซาวนด์อะแบ้ท์ ฯลฯ					
น้อย	9	29.56	6.598	.579	.563
ปานกลาง	7	30.14	6.122		
มาก	45	31.73	6.170		
31. กินอาหารที่ชอบ					
น้อย	5	34.40	3.578	.905	.410
ปานกลาง	9	29.78	5.761		
มาก	47	31.17	6.438		
32. เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนมากขึ้น					
น้อย	11	28.55	6.072	1.596	.212
ปานกลาง	11	30.55	4.390		
มาก	39	32.18	6.513		
33. เรียนให้มากขึ้น ทำการบ้านให้มากขึ้น					
น้อย	16	28.69	5.930	1.987	.146
ปานกลาง	18	32.61	5.500		
มาก	27	31.81	6.516		
34. ทำงานพิเศษหรืองานในบ้านให้หนักมากกว่าเดิม					
น้อย	19	31.16	6.327	.594	.556
ปานกลาง	18	30.06	5.713		
มาก	24	32.17	6.499		

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีการแก้ปัญหา (ต่อ)

วิธีการแก้ปัญหา	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
35. ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว					
น้อย	6	27.67	5.888	1.429	.248
ปานกลาง	17	30.65	6.244		
มาก	38	32.05	6.125		
36. ออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น วิ่ง ขี่จักรยาน ฯลฯ					
น้อย	19	30.68	6.056	.300	.742
ปานกลาง	15	30.67	6.218		
มาก	27	31.93	6.409		
37. ดูโทรทัศน์					
น้อย	8	32.25	5.651	.123	.885
ปานกลาง	6	31.17	5.742		
มาก	47	31.06	6.418		
38. เล่นวิดีโอเกมส์ ตู้เกมส์ เกมคอมพิวเตอร์ เกมส่กกด ฯลฯ					
น้อย	12	34.75	4.137	2.978	.059
ปานกลาง	17	31.41	6.052		
มาก	32	29.81	6.488		
39. ไปชมภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์					
น้อย	26	32.35	5.455	.906	.410
ปานกลาง	19	29.84	6.890		
มาก	16	31.06	6.455		
40. สวดมนต์					
น้อย	27	29.85	5.822	1.941	.153
ปานกลาง	15	30.93	5.713		
มาก	19	33.42	6.711		

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับวิธีการแก้ปัญหา(ต่อ)

วิธีการแก้ปัญหา	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
41. <b>เข้าวัด เข้าโบสถ์</b>					
น้อย	28	31.18	6.086	.015	.985
ปานกลาง	18	31.11	6.516		
มาก	15	31.47	6.379		
42. <b>ไปซื้อของ เทียวห้างสรรพสินค้า</b>					
น้อย	20	32.10	5.999	1.150	.324
ปานกลาง	11	28.73	6.278		
มาก	30	31.57	6.235		
43. <b>ขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อยๆ โดยไม่มีจุดหมาย</b>					
น้อย	50	31.54	5.984	1.654	.200
ปานกลาง	3	34.67	2.887		
มาก	8	28.00	7.540		
44. <b>ร้องไห้</b>					
น้อย	39	32.18	6.104	3.298	.044*
ปานกลาง	14	31.43	5.360		
มาก	8	26.25	6.205		
45. <b>สูบบุหรี่</b>					
น้อย	56	31.46	6.042	1.353	.267
ปานกลาง	3	25.67	8.145		
มาก	2	33.00	7.071		
46. <b>นอนหลับ</b>					
น้อย	6	26.83	5.981	1.761	.181
ปานกลาง	6	32.33	7.815		
มาก	49	31.63	5.911		



การทดสอบรายคู่ระหว่างวิธีจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับคะแนนสุขภาพจิต โดยวิธี LSD มีดังต่อไปนี้

1. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีจัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆที่จะต้องทำพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีน้อย และดีปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
2. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าว หรือลดความเครียดอย่างไรพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
3. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
4. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีวาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะทำให้มีพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
5. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีพยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหานั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีปานกลางและ ดีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
6. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีพยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีปานกลางและ ดีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
7. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีพูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
8. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีพูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีปานกลางและดีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
9. การจัดการกับปัญหาโดยใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีปานกลาง มีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมากและดีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$

10. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีหันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดี มากและดีปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
11. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีอ่านหนังสือที่ชอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$
12. การจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีร้องไห้มาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีมีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวดีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$

รายละเอียดแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 การทดสอบรายคู่ระหว่างวิธีจัดการกับปัญหาต่างๆกับคะแนนสุขภาพจิต

วิธีจัดการกับปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก
<b>จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆที่ต้องทำ</b>			
น้อย		.985	.009*
ปานกลาง			.005*
มาก			
<b>พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญห</b>			
น้อย		.528	.019*
ปานกลาง			.058
มาก			
<b>ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่</b>			
น้อย		.655	.283
ปานกลาง			.017*
มาก			
<b>วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากให้มี อยากให้เป็น</b>			
น้อย		.925	.136
ปานกลาง			.015*
มาก			

ตารางที่ 22 การทดสอบรายคู่ระหว่างวิธีจัดการกับปัญหาต่างๆกับคะแนนสุขภาพจิต (ต่อ)

วิธีจัดการกับปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก
พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา			
น้อย		.084	.002*
ปานกลาง			.019*
มาก			
พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่			
น้อย		.420	.034*
ปานกลาง			.043*
มาก			
พูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น			
น้อย		.159	.003*
ปานกลาง			.075
มาก			
พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล			
น้อย		.084	.000*
ปานกลาง			.035*
มาก			
ใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ			
น้อย		.006*	.302
ปานกลาง			.010*
มาก			
หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ			
น้อย		.022*	.005*
ปานกลาง			.878
มาก			
อ่านหนังสือที่ชอบ			
น้อย		.660	.012*
ปานกลาง			.110
มาก			
ร้องไห้			
น้อย		.687	.013*
ปานกลาง			.055
มาก			

## การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ผู้วิจัยเลือกตัวแปรอิสระจากความเป็นไปได้จากการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรที่ละคู่ ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ซึ่งมีทั้งหมด 4 ตัวแปร

โดยใน Model แรก อาศัยจุดตัดที่  $P = 0.10$  แล้วนำตัวแปรไปวิเคราะห์ด้วย Multiple Linear Regression โดยวิธี Enter ต่อมาเลือกตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P = 0.05$  ออกจาก Model ที่จนได้ Model สุดท้ายซึ่งพบว่าในกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับลักษณะการดำเนินชีวิต ตัวแปรคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมาสามารถอธิบายคะแนนสุขภาพจิต บุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้มากที่สุด รองลงมาคือ บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ตัวแปรที่สามารถอธิบายคะแนนสุขภาพจิต

ตัวแปร	B	S.E.B	$\beta$	t	P
คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา	8.412	2.251	.376	3.738	.000
บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ	4.661	1.288	.361	3.618	.001
Constant	14.176	5.267		2.692	.009

$R = .665$        $R^2 = .442$       S.E.est. = 4.736       $F = 15.077$        $P < 0.001$

คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายภาวะ (คะแนน) สุขภาพจิตใน บุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้มากที่สุด

$$Y = 14.176 - 8.412 X_1 + 4.661 X_2$$

$$Y = \text{คะแนนสุขภาพจิตในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า}$$

$$X_1 = \text{คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา}$$

$$X_2 = \text{บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ}$$

โดยสามารถอธิบายกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 44.2

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 61 คน เป็นเพศชาย มากกว่า เพศหญิง อัตราส่วน 2 :1 มีอายุเฉลี่ย 14.48 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีจำนวนพี่น้อง 2 คน กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นคิดมีคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 3.50-4.00

ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน อาศัยอยู่กับบิดามารดา มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,000 บาทขึ้นไป ส่งผลให้สถานะทางการเงินในบ้านอยู่ในเกณฑ์เพียงพอมีเหลือเก็บ บิดา มารดามีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และไม่มีโรคประจำตัวทางร่างกาย บิดา มารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจึงไม่มีรายได้ประจำ

ในด้านสัมพันธภาพของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับบิดามารดา และสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว อยู่ในระดับดี มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวทุกวัน เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจกลุ่มตัวอย่างจะเลือกที่จะปรึกษากับบุคคลภายในครอบครัว มากกว่าบุคคลภายนอกครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนเพื่อนสนิท 5 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ เป็นไปในรูปแบบสนิทสนมกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน เล่นกีฬา หรือไปเที่ยวด้วยกันสัปดาห์ละ 3-5 วัน มีการทำกิจกรรมในโรงเรียนหรือสถานศึกษา เช่น แข่งกีฬา เข้าชมรม

การวัดภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนเท่ากับ 31.23 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.18) ซึ่งอยู่ในช่วงเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป

เมื่อแบ่งระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ พบว่า 24 คน (ร้อยละ 39.3) มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป 22 คน (ร้อยละ 36.1) มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป และ 15 คน (ร้อยละ 24.6) มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ ความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ จำนวนเพื่อนสนิท และเมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วย Multiple Linear Regression พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายคะแนนสุขภาพจิตของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีที่สุดคือเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมาสามารถ รองลงมาคือ บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ และ ความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อนๆ ตามลำดับ

วิธีการจัดการกับปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ได้แก่ วิธี จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆ ที่จะต้องทำ, พยายามแก้ไขปัญหาดด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ หรือลดความเครียดอย่างไร, ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่, วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะมี อยากจะให้ เป็น, พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา, พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่, พูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น, พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล, ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา, ไข้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ, หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ, อ่านหนังสือที่ชอบ, ร้องไห้

### อภิปรายผลการวิจัย

เนื่องกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก การคิดคะแนนแบบแบ่งเป็นระดับ ดีเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป ดีกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป และ อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป เมื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต้องสามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้เพียงเล็กน้อย ผู้วิจัยจึงเลือกการคิดคะแนนแบบใช้คะแนนรวมจากแบบทดสอบ TMHI-15 แล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติร่วมกับปัจจัยต่าง ๆ เพื่อดูความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับคะแนนสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลงไปเทียบกับปัจจัยต่าง ๆ โดยแบ่งเป็นปัจจัยด้านประชากร ด้านครอบครัว ด้านสัมพันธภาพกับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในครอบครัว สัมพันธภาพกับกลุ่มบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง และวิธีการจัดการกับปัญหา



เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยรายข้อของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิต เป็นดังนี้

**เพศ** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศชายกับเพศหญิงพบว่า ไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในปัจจุบันสังคมมีการเปิดโอกาสให้กับเพศหญิงมากขึ้น เด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงส่วนใหญ่มักได้รับการอบรมเลี้ยงดูไม่ต่างกัน ได้รับสิทธิค่อนข้างเท่าเทียมหรือเหมือนกัน จากที่บ้านและที่โรงเรียนก็สามารถทำงานหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนกัน ต่างจากอดีต เช่น ในอดีตเด็กผู้หญิงในช่วงวัยนี้มักจะต้องรับภาระในบ้าน หลังจากกลับมาจากโรงเรียนมากกว่าเด็กผู้ชาย แต่ต่อมาก่านิยมในสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป เด็กผู้หญิงในยุคปัจจุบันไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบในบ้าน จึงพบว่าสุขภาพจิตในเพศหญิงไม่แตกต่างจากในเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสกด ด่านภักดี ชมพูนุช หนูน้อย สุกัลักษณ์ จงเจริญจิตเกษม วรรัตน์ กัจมาภรณ์ อุไรชมมะลิ และดวงรัตน์ มีประเสริฐ ที่ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างช่วงวัยรุ่นและพบว่าเพศไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิต

**อายุ** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 13-15 ปี กับอายุระหว่าง 16-18 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.6) มีอายุ 13 ปีเป็นอายุที่อยู่ในช่วงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งทำให้เด็กมีความกระตือรือร้นในการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสถานที่ใหม่ๆ กลุ่มเพื่อนใหม่ รวมทั้งมีความสุข ภาวะภาคภูมิใจที่ได้เข้ารับการศึกษาระดับที่สูงขึ้น จึงส่งผลให้ครอบครัวมีอิทธิพลกับชีวิตลดลง ซึ่งเป็นไปตามตามทฤษฎีที่กล่าวว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่ความผูกพันที่เคยมีกับบิดา มารดา จะลดลง ลูกจะเริ่มห่างจากครอบครัวไปสร้าง ความผูกพันใหม่กับคนอื่น เช่น เพื่อนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสกด ด่านภักดี สุกัลักษณ์ จงเจริญจิตเกษม อำไพ สินสถาพรพงศ์ วรรัตน์ กัจมาภรณ์ ที่ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างช่วงวัยรุ่นและพบว่าอายุไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิต

**ศาสนา** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างระหว่างศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลาม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 1 รายที่นับถือศาสนาคริสต์ และ 2 รายที่นับถือศาสนาอิสลาม ทำให้มีข้อจำกัดในการทดสอบทางสถิติ

**จำนวนพี่น้อง นับรวมตัวเอง** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเป็นลูกคนเดียว กับการมีพี่น้องตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพบว่า ไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวมีขนาดเล็กลง บิดามารดา มักนิยมมีบุตรไม่เกิน 2 คน ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่บุตรมากขึ้น ประกอบกับการที่มีบุตรจำนวนน้อย ทำให้บุตรมีโอกาสได้รับในสิ่งที่ไม่แตกต่าง ไม่เกิดข้อเปรียบเทียบกัน ส่วนในครอบครัวที่มีบุตรมากกว่า 2 คนก็ทำให้พี่น้องมีโอกาสดูแลซึ่งกันและกันมากกว่าบิดามารดา เมื่อคนใดคนหนึ่งมีปัญหา ก็มักจะมีผู้ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ฝ่าฟันอุปสรรคได้อย่างราบรื่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนสุขภาพจิตไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษาของ สุกัลยชัย จงเจริญ อัมไพ สตินสถาพรพงศ์ จิรศักดิ์ ทองอ่อน ที่ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างช่วงวัยรุ่นและพบว่าจำนวนพี่น้อง ไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิต

**ระดับการศึกษา** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างระหว่าง ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. และ ปริญญาตรี พบว่าไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  แต่เมื่อสังเกตจากข้อมูลจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวอาจกำลังประสบความเครียดจากการเตรียมตัวสอบแข่งขันเพื่อเข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทำให้ได้รับแรงกดดันจากทั้งจากทางครอบครัวและทางโรงเรียน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการทดสอบทางสถิติ

**คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา** เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมาต่ำกว่า 2.00 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบที่เกิดจากการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของบิดามารดา บิดามารดาละเลยการเอาใจใส่มีปัญหาทางพฤติกรรมและพัฒนาการทางด้านอารมณ์ รับรู้ความเครียดและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้ผลการเรียนตกต่ำ ข้อสำคัญที่ควรระวังก็คือ ในกลุ่มตัวอย่างที่ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา ต่ำกว่า 2.00 อาจมีสาเหตุจากภาวะซึมเศร้าก็ได้ เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางพันธุกรรม บุตรที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 หรือ 3.01-4.00 มีค่าคะแนนสุขภาพจิตสูงไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษาของ สกต ด่านภักดี<sup>[10]</sup> ที่ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างช่วงวัยรุ่นและพบว่าคะแนนเฉลี่ยสะสมมีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 เท่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ

Jason และ คณะ ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีระดับสติปัญญาสูงจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตเนื่องจากมีความตระหนักและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่า วัยรุ่นที่มีระดับสติปัญญาต่ำ [83]

**จำนวนสมาชิกในครอบครัว** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 – 4 คนกับการมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปพบว่า ไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาอยู่ภายนอกบ้านมากกว่าในบ้าน และเมื่ออยู่ในบ้านก็มักจะแยกตัวออกไปอยู่ตามลำพัง มีตัวเองเป็นศูนย์กลางทางความคิดมากกว่าที่จะสนใจบุคคลอื่น ยกเว้นบุคคลที่มีชื่อเสียง ประกอบกับเป็นช่วงวัยที่เพื่อนเข้ามามีอิทธิพลกับความรู้สึกนึกคิดมากกว่า ผู้อื่นดังนั้นการที่ในครอบครัวจะมีสมาชิกอยู่เท่าไรก็ไม่ส่งผลต่อคะแนนสุขภาพจิต

**ลักษณะครอบครัว** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา และ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา ระหว่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสังคมไทยมีลักษณะแบบพึ่งพา ดังนั้นเมื่อลูกไม่สามารถอาศัยอยู่กับบิดามารดาได้ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากบิดา มารดาต้องไปทำงานที่อื่น หรือลูกต้องไปเรียนในสถานศึกษา ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มักพบได้ในสภาพแวดล้อมปกติจึงไม่ใช่สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ

**สถานภาพสมรสของบิดามารดา** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่บิดามารดา อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ชั่วคราว หย่าร้าง/แยกทางกัน บิดาหรือมารดาเสียชีวิต พบว่าไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสังคมไทยมีลักษณะแบบพึ่งพา เมื่อบิดาหรือมารดาแยกทางกันก็มักจะกลับไปอยู่กับครอบครัวเดิม ดังนั้นถึงแม้ว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดาและมารดา ก็ยังคงมีญาติพี่น้องคอยให้การดูแลทำหน้าที่แทนบิดาหรือมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ จงเจริญ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียว

**รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และ สถานะทางการเงินในบ้าน** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,000 – 15,000 บาท และ 15,000 บาทขึ้นไป พบว่าไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเลี้ยงดูบุตรในปัจจุบัน ผู้ปกครองมีความเข้าใจในวิถีชีวิตของวัยรุ่นมากขึ้น ทำให้มีการพยายามตอบสนองตามความ

ต้องการของบุตร ซึ่งแน่นอนว่าสิ่งที่จะใช้ตอบสนองตามความต้องการมักเป็นเงิน ดังนั้นบิดามารดา จึงมักให้บุตรของตนมีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอต่อความต้องการไม่ว่าตนเองจะมีรายได้เท่าไรก็ตาม ดังนั้นรายได้และสถานะทางการเงินในบ้าน ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น นอกจากนี้ในสังคมเมือง วัยรุ่นที่มีฐานะค่อนข้างยากจน ในรายที่มีอายุถึงเกณฑ์ที่กำหนดก็มักจะหารายได้พิเศษโดยงานเป็น พนักงานชั่วคราวตามร้านอาหารหรือร้านไอศกรีม ทำให้มีรายได้สำหรับใช้จ่ายในสิ่งที่ตนต้องการ แล้วทางบ้านไม่สามารถตอบสนองได้ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษาของสุกัลักษณ์ จงเจริญจิตเกษม ที่ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างช่วงวัยรุ่นและพบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวและ สถานะทางการเงินในบ้าน ไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิต

**อายุของบิดา มารดา** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่ม ตัวอย่างที่มี บิดา มารดา มีอายุ 31 – 40 ปี 41 – 50 และ 51 ปี ขึ้นไปพบว่าไม่มีความแตกต่างกับ คะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบิดามารดาที่มีบุตรอยู่ใน ช่วงวัยรุ่นมักจะปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัย เพื่อให้เข้ากับบุตรได้ดี

**โรคประจำตัวทางกายของบิดา มารดา** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนน สุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่มี บิดา มารดา มีโรคประจำตัวทางกาย กับไม่มีโรคประจำตัวทางกาย พบว่าไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากการมีโรคประจำตัวทางกายของบิดา มารดา ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวบุตร เพราะบิดา มารดา ยังคงสามารถหาเลี้ยงบุตรได้สม่ำเสมอ หรืออาการเจ็บป่วยไม่ได้อยู่ในระยะที่อาการรุนแรง จนถึงขนาดเป็นภาระให้บุตรต้องดูแล

**ระดับการศึกษาของบิดา มารดา** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนน สุขภาพจิตในระดับการศึกษาของบิดากลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับการศึกษาของบิดา ความแตกต่างกับ คะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  และเมื่อพิจารณาจากคะแนนสุขภาพจิตจะ พบว่ากลุ่มที่บิดามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่ม ตัวอย่างที่บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. และกลุ่มตัวอย่างที่บิดามี การศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ ปวส. มีคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างที่บิดามี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบิดามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และ บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ ปวส. มีความคาดหวังในส่วนลึกของจิตใจ อยากให้ บุตรของตนได้เรียนหนังสือได้สูงสุด เช่นในกลุ่มที่บิดามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นก็อาจ คาดหวังให้บุตรของตนได้เรียนถึงขั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่บิดามีการศึกษาอยู่ ในระดับอนุปริญญา/ ปวส. ก็อาจมีความคาดหวังให้ลูกเรียนถึงระดับระดับปริญญาตรี จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คะแนนสุขภาพจิตในบุตรของคนสองกลุ่มนี้ต่ำกว่ากลุ่มอื่นได้ สำหรับระดับ



การศึกษาของมารดา ไม่แตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในวัยรุ่นไม่ว่ามารดาจะจบการศึกษาระดับใดก็ตาม ก็มักจะยอมรับได้ เพราะความคาดหวังนั้นต่างจากบิดา

**อาชีพของบิดามารดา** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่มี บิดา มารดา มีอาชีพแบบ มีรายได้ประจำกับไม่มีรายได้ประจำ พบว่าไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากไม่ว่าบุตรจะมีบิดามารดาทำอาชีพอะไรก็ตาม ขอเพียงสามารถมีรายได้เข้ามาในครอบครัวก็เพียงพอแล้ว

### ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา

จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตกับระดับความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากค่านิยมในสังคมไทยสามีภรรยา มักจะไม่นิยมทะเลาะเบาะแว้งในบุคคลอื่นรับรู้ ดังนั้นถึงแม้ว่าบุตรจะเห็นบิดามารดาทะเลาะกันในบ้าน แต่เมื่อออกนอกบ้านปฏิสัมพันธ์ที่บิดามารดามีต่อกันก็ยังคงเป็นปกติทำให้บุตรไม่ได้รู้สึกอับอาย

การศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตกับระดับความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับบิดา พบว่าแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ซึ่งวันเพ็ญ บุญประกอบ ได้ให้เหตุผลไว้ว่าถึงแม้ว่าวัยรุ่นจะเป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ แต่ก็ยังคงต้องการความใกล้ชิดจากบิดามารดาอยู่แต่จะแสดงออกแตกต่างจากวัยเด็ก เนื่องจากมีความสับสน ระหว่างความต้องการเป็นอิสระกับความกลัวการรับผิดชอบ ลักษณะหลายอย่างจะคล้ายวัยอนุบาล เป็นการรื้อฟื้น Oedipal conflict ทำให้เด็กผู้หญิงมีความขัดแย้งกับมารดาบ่อยๆ และทั้งเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย จะหันหาพ่อมากขึ้น ให้ความนับถือ เชื่อฟังและให้เป็นที่ปรึกษา จึงสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับบิดาอยู่ในระดับดีและปานกลางมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับบิดาอยู่ในระดับไม่ดี โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงรัตน์ มีประเสริฐ ที่พบว่าถ้าบิดากับกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างจะดีขึ้น สำหรับมารดาเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตกับระดับความสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างกับมารดา พบว่าแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ถึงแม้ว่าทั้งเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายในวัยนี้ จะหันหาพ่อมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับมารดามากกว่าบิดา เพราะในครอบครัวทั่วไปส่วนใหญ่มารดาจะเป็นผู้เลี้ยงดูตั้งแต่เกิด ตลอดจนดูแลความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันมากกว่าบิดา แม้บางครั้งบิดาจะเข้ามาช่วยดูแลบ้างก็ตามซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงรัตน์ มีประเสริฐ ที่ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างช่วงวัยรุ่นและพบว่าความสัมพันธ์กับมารดา มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิต

อย่างมีนัยสำคัญ ที่สำคัญในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะต้องฝากแบบสอบถามไปกับผู้ป่วยซึ่งเป็นบิดา หรือ มารดาของกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่อธิบายและโน้มน้าวให้บุตรของตนเองเข้าร่วมงานวิจัย รวมทั้งส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวค่อนข้างยุ่งยาก และเสียเวลา อีกทั้งผู้ป่วยและบุตรของผู้ป่วยก็ไม่ได้รับผลประโยชน์อื่นใดจากการเข้าร่วมงานวิจัย จึงน่าจะอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามารถตอบแบบสอบถาม แล้วส่งกลับมาถึงผู้วิจัยได้ก็แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ย่อมต้องมีความสัมพันธ์กับบิดา มารดาอยู่ในระดับดี โดยความเห็นของผู้วิจัยเนื่องจากในขั้นตอนการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับกับบุตรไม่ดี จะปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยทันทีที่ทราบรายละเอียด สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับบิดา มารดาอยู่ในระดับไม่ดี จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นบิดา หรือ มารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า รู้สึกไม่สบายใจ แล้วไม่สามารถระบายออกไปได้ อาจส่งผลให้มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำได้

**ความสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตกับระดับความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว พบว่าไม่แตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจุบันลักษณะโครงสร้างทางครอบครัวในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเพียงสามี ภรรยา และลูกเท่านั้น ในครอบครัวจึงไม่มี ญาติอยู่ด้วย ความสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวจึงเหลือเพียงแค่งาน ซึ่งก็มักจะมีวัยอยู่ในช่วงที่ไม่แตกต่างกันมาก แนวคิดและวิธีการดำเนินชีวิตคล้ายๆกัน และถึงแม้ว่าจะเป็นครอบครัวขยาย แต่ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การจราจรที่ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวต่างก็ต้องทำงานนอกบ้าน จึงมีเวลาให้กันน้อยลง จนไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ จึงส่งผลให้ความสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวอยู่ในระดับดี และไม่มี ความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิต

**การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตกับการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว พบว่าแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครอบครัวที่มีการทำกิจกรรมร่วมกันเช่นการรับประทานอาหารเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะ พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ลดระยะห่างระหว่างกันได้ ส่วนครอบครัวที่ไม่มีการทำกิจกรรมร่วมกัน หรือมีการทำกิจกรรมร่วมกันน้อย ทำให้ทั้งผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง มีเวลาเก็บตัวอยู่คนเดียว อาจทำให้อาการกำเริบได้ ซึ่งก็จะส่งผลย้อนกลับไปยังภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง



**บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ** จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกบุคคลในครอบครัวเช่นบิดามารดาเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่า อาจเป็นเพราะผลจากภาวะซึมเศร้าทำให้บิดา หรือ มารดาไม่ยากที่จะรับรู้ปัญหาต่างๆ ให้ราคาญ จึงปฏิเสธการให้คำปรึกษา หรือมีการตัดสินใจแก้ปัญหาช้า ไม่เฉียบขาด ทำให้บุตรรู้สึกผิดหวังซึ่งแตกต่างจากเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกันที่มักจะชอบแก้ปัญหาหรือให้คำปรึกษา เพราะถ้าทำได้สำเร็จ ก็จะเกิดความภาคภูมิใจ

**สัมพันธภาพกับเพื่อน** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตกับสัมพันธภาพกับเพื่อน พบว่าแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  โดยจากการศึกษาจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อน อยู่ในระดับดีจะมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ทะเลาะกับเพื่อนทั้งนี้เพราะวัยนี้เป็นวัยที่เพื่อนมีความสำคัญมาก หากความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดีก็อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่ดี เข้ากับเพื่อนไม่ได้ อาจมีสาเหตุมาจากในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาหรือมารดาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีทักษะในการเข้าสังคม

**จำนวนเพื่อนสนิท** จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตกับจำนวนเพื่อนสนิท พบว่าแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  โดยจากการศึกษาจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทมากกว่า 5 คนจะมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มที่มีเพื่อนสนิทน้อยทั้งนี้เพราะวัยนี้เป็นวัยที่ต้องการยอมรับจากเพื่อนการมีเพื่อนมากก็เป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นรู้สึกดี ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้และการที่จะทำให้มีเพื่อนสนิทมาก หรือความสัมพันธ์กับเพื่อนเป็นไปด้วยดีก็จำเป็นต้องมีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน และการร่วมมือทำกิจกรรมในโรงเรียนด้วย

**วิธีจัดการกับปัญหา** จากผลการศึกษา ถึงแม้ว่าวิธีจัดการกับปัญหาอันได้แก่ การนอนหลับ การกินอาหารที่ชอบ ดูโทรทัศน์ การพยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น และการพยายามใกล้ชิดกับคนที่ท่านรักและเป็นห่วง เป็นข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้มากที่สุด แต่วิธีดังกล่าวกลับไม่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากวิธีต่างๆ ที่กล่าวมานั้นเป็นวิธีที่คนทั่วไปก็ปฏิบัติเช่นนี้เหมือนกัน ส่วนวิธีจัดการกับปัญหาที่มีความแตกต่างกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การจัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆ ที่จะต้องทำ การพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ หรือลดความเครียดอย่างไร การวาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะมี อยากจะให้ เป็น การพยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา การพยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่ การพูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น การพูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล การทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ การอ่านหนังสือที่ชอบ

โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้ชีวิตดังกล่าวบ่อยมาก จะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างใช้ชีวิตเหล่านี้เป็นประจำ ซึ่งช่วยให้ สามารถเข้าใจอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และปรับตัวได้เร็ว ส่งผลให้มีคะแนนสุขภาพจิตสูง วิธีที่มีค่าคะแนนแตกต่างกันไป ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่ พบว่า กลุ่มที่ใช้ชีวิตนี้บ่อยมาก มีคะแนนสุขภาพจิตสูง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดจนอาการดีขึ้นจนสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทพื้นฐานอันได้แก่การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมพฤติกรรมของคนในครอบครัวได้ หรือ กลุ่มตัวอย่างอาจเลือกที่จะปฏิบัติตามบิดา หรือ มารดา ที่ไม่ได้ป่วยก็เพียงฝ่ายเดียวก็ได้ ส่วนในกลุ่มที่เลือกใช้ชีวิตนี้น้อย แต่กลับมีคะแนนสุขภาพจิตสูง อาจเกิดจากการที่บุตรรับรู้ว่ามีบิดามารดาไม่สามารถให้คำแนะนำหรือสร้างกฎระเบียบที่ดีได้ จึงเลือกที่จะไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งกลุ่มหลังนี้น่าจะเป็นพวกที่มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเองสูง ส่งผลให้มีคะแนนสุขภาพจิตสูงด้วย แต่ในกลุ่มที่เลือกใช้ปานกลาง พบว่ามีสุขภาพจิตต่ำ อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยให้คำแนะนำหรือสร้างกฎไว้ แล้วละเลยในช่วงที่อาการกำเริบ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน ไม่แน่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำหนด จึงส่งผลให้กลุ่มนี้มีคะแนนสุขภาพจิตที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น วิธีต่อมาที่พบว่าน่าสนใจคือการปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา พบว่า กลุ่มที่ใช้ชีวิตนี้น้อย มีคะแนนสุขภาพจิตสูง อาจเป็นเพราะมีบิดา หรือมารดา ที่ไม่ได้ป่วยหรือมีอาการดีขึ้นให้คำปรึกษาแล้ว แต่กลุ่มที่เลือกใช้ชีวิตนี้บ่อยปานกลางกลับมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุตรของผู้ป่วยไม่สามารถปรึกษาและพูดคุยกับบิดาหรือมารดาที่ป่วย ได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Constance และ คณะพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นมารดาเป็นโรคซึมเศร้า การพูดหรือกระทำบางอย่างของมารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าจะไปกระตุ้นให้เกิดสภาวะการฉกฉกด้านลบในบุตรมากขึ้น ทำให้บุตรต้องหันไปปรึกษาหรือพูดคุยกับพระสงฆ์แทน จึงส่งผลถึงภาวะสุขภาพจิตของบุตร ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Jason และ คณะ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอาจลดความสภาวะเครียด และการเกิดโรคซึมเศร้าได้ในวัยรุ่น วิธีจัดการกับปัญหาที่น่าสนใจอีกอันหนึ่งก็คือ การรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับประทานบ่อยมาก กับกลุ่มที่ไม่ค่อยรับประทานมีคะแนนสุขภาพจิตสูงอาจมีสาเหตุมาจาก บุตรกลุ่มนี้รับรู้และยอมรับอาการเจ็บป่วยทางจิตของบิดา มารดาได้ จึงไม่จำเป็นต้องใช้ หรือในทางกลับกัน บุตรอีกกลุ่มหนึ่งไม่เข้าใจ และไม่สามารถรับสภาวะของอาการซึมเศร้าในบิดา มารดา จึงใช้ยาเป็นวิธีจัดการเมื่อมีสิ่งที่มีมารบกวนจิตใจแทน จากการศึกษา Lieb และคณะ พบว่าการกลับเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของบุตร ทำให้เกิดความไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามอารมณ์ของผู้ป่วย จึงรับประทานบ้างไม่รับประทานบ้าง ดังนั้นสาเหตุนี้น่าจะมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาปานกลางมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ ประเด็นต่อมาคือการร้องไห้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ร้องไห้มาก จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ อาจเนื่องมาจากตัวบุตรเองเมื่ออยู่ที่บ้านมักพบเห็น รับรู้ในอาการป่วยของบิดา มารดาทำให้รู้สึก

สงสารบิดามารดามากจนร้องไห้ ซึ่งความรู้สึกสงสาร มีผลต่อระดับคะแนนสุขภาพจิต ส่วนบุตรที่ไม่ค่อยร้องไห้ อาจมาจากลักษณะนิสัยส่วนบุคคลส่วนหนึ่ง แต่ก็อาจชินต่ออาการเจ็บป่วยจนรู้สึกเฉยๆ เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

พบว่าในกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับลักษณะการดำเนินชีวิต ตัวแปรคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมาสามารถอธิบายคะแนนสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้มากที่สุด รองลงมาคือ บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อจำกัดของเก็บข้อมูล

ผู้ป่วยปฏิเสธการเก็บข้อมูลเนื่องจากเข้าใจว่าตนเองไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือบางรายปฏิเสธการเก็บข้อมูลเนื่องจากบุตรของผู้ป่วยไม่เคยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และ ผู้ป่วยยังไม่ต้องการให้บุตรของตนทราบอาการป่วย หรือบางรายปฏิเสธการเก็บข้อมูลเนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุตรไม่อยู่ในภาวะที่จะสื่อสารด้วยดีได้ หรือบุตรของผู้ป่วยบางคนหนีออกจากบ้าน ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากการเก็บข้อมูล จะต้องมี การฝากแบบสอบถามไปให้บุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผ่านทางตัวผู้ป่วยเองทำให้ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอาการกำเริบของโรค ปฏิเสธการนำแบบสอบถามกลับไปให้บุตรของตนตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามหลายส่วน ทำให้ข้อคำถามมีจำนวนมากทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการตอบคำถาม ที่สำคัญการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา ความเร่งรีบ และจำนวนผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอกที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถตรวจสอบประวัติผู้ป่วย จากแพทย์ผู้ทำการรักษาหรือดูแลเพิ่ม ผู้ป่วยได้ ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ทำได้ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามที่ผู้วิจัยต้องการ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. กลุ่มตัวอย่าง

ควรทำการศึกษาในบุตรผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น นอกเหนือจากโรงพยาบาลที่ได้ทำการศึกษาไปแล้ว เพื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น จะทำให้สามารถวิเคราะห์ผลได้มากขึ้น

### 2. วิธีการเก็บข้อมูล

ควรมีการประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อเปรียบเทียบดูแนวโน้มของระดับคะแนนสุขภาพจิตในบุตรผู้ป่วยกับระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วย

## รายการอ้างอิง

- [1] สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2545.
- [2] ดวงใจ กสานติกุล. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- [3] ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542. 200,000 เล่ม, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น, 2546.
- [4] เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. สรุปรายงานการวิเคราะห์ นิยามความหมายสุขภาพจิต และ องค์ประกอบของสุขภาพจิต. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต, 2537.
- [5] สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. กองสุขภาพจิต. ความรู้สุขภาพจิตเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2532.
- [6] สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. กองสุขภาพจิต. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา, 2533.
- [7] อัมพร โอตระกูล, ชรินทร์ เจริญกุล, ชูชัย สมितिไกร, ประเวศ ต้นดีวัฒนสกุล และ มยุรี กลั้ววงศ์. การพัฒนาศูนย์จิตสุขภาพจิตคนไทย. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [8] ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2518.
- [9] สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป๋อง, 2527.
- [10] จารุวรรณ ตั้งศิริมงคล. สุขภาพจิตและการปรับตัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนรัฐบาลในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- [11] ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์, 2530.
- [12] บุญวดี เพชรรัตน์. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา: เหมการพิมพ์, 2539.
- [13] กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา, 2540.
- [14] อภิชัย มงคล, จิดารัตน์ พิมพ์ดีด, วัชณี หัตถพนมและจรัญ อึ้งสำราญ. สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2544.
- [15] Freedman, A. M.; Kaplan, H. J.; and Sadock, B. J. Glossary of psychiatric terminology. In Freedman, A. M. et al. (eds.) Textbook of psychiatry, pp.1108-1202. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975.



- [16] Kreigh, H. Z., and Perko, J. E. Psychiatric and mental health nursing. 2<sup>nd</sup> ed. Virginia: Reston Publishing, 1983.
- [17] Veit, C. T.; and Ware, J. E. The structure psychological distress and well-being in general populations. Journal of Clinical and Consulting Psychology 51(1983): 730-745.
- [18] Townsend, M. C. Essentials of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: F.A. Davis, 1999.
- [19] กรมการแพทย์. กองสุขภาพจิต คู่มือการฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ออฟเซ็ท, 2527.
- [20] วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แสงศิลป์การพิมพ์, 2533.
- [21] อภิสัทธ์ ชำรงวารงกูร. เกริ่นนำ. วารสารคำคุณ 9 (2542): 3.
- [22] Jahoda, M. Currents concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
- [23] World Health Organization, SEARO. Report on indicators for monitoring progress in mental health WHO regional advisory group meeting on mental health, 1981.
- [24] Trubowitz, J. Historical overview, personality theories and classification of mental illness. In Varcarolis E, M.(ed.) Foundations of psychiatric mental health nursing pp.228-250. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994.
- [25] Rollant P. D., and Deppoliti D. B., Mental health nursing. St Louis: Mosby – Year Book, 1996.
- [26] ละเอียด ชูประยูร. การศึกษาแบบทดสอบ SCL – 90 ในคนไข้โรคประสาท. วารสารจิตวิทยาคลินิก 9 (2521): 9–16.
- [27] Mc Millan, A. The health opinion survey: technique for estimating prevalence of psychoneurotic and related types of disorder in communities. Psychological Report 3 (1957): 325-39.
- [28] ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชัชวาล ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41 (มกราคม – มีนาคม 2539): 2-7.



- [29] Sucheera, P.; Thienchai, N.; and Kanakral, S. The norm profile for the Thai Mental Health Questionnaire. J Psychiatry Assoc Thailand 44 (1999): 285-97.
- [30] อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เศรษฐ์โชติศักดิ์, วรวรรณ จุฑา, และ ระพีพร แก้วคอนไทย. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันต์, 2547.
- [31] Lazarus, R. S.; and Folkman, S. Stress Appraisal and Coping. New York : SpringerPublishing Company. 1984.
- [32] 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(1986): 992-1003.
- [33] ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์, 2542.
- [34] Kendler, K. S.; Eaves, L. J.; Walters, E. E.; Neale, M. C.; Heath, A.; Kessler, C. The identification and validation of distinct depressive syndromes in a population-based sample of female twins. Arch Gen Psychiatry 8 (1996):391-9.
- [35] นันทิกา ทวิชาชาติ. “รายงานการวิจัย เรื่องการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร” กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิตและสำนักอนามัย, 2540.
- [36] Murray, C. J.; Lopez, A. D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 5 (1997):1498-1504.
- [37] มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2548.
- [38] Coleman, J. C. The nature of adolescence. New York : Methuen, 1980.
- [39] Hurlock, E. B. Adolescence development. New York : Mc Graw-Hill , 1973 : 10-3
- [40] สุชา จันทร์อม และ สุรางค์ จันทร์อม. จิตวิทยาวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : (ม.ท.ป.), 2518.
- [41] ดวงใจ กสานติกุล. วัยรุ่น (Adolescence) ใน : วันเพ็ญ บุญประกอบ , อัมพร สุอำพัน , นงพนา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. (Child psychiatry for pediatricians). ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์ , 2538 : 45-6

- [42] อังคณา ปรีชาเมตตา. การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาและโรงเรียนพุทธจักรวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- [43] อูมาพร ตรังคสมบัติ. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก. จุฬาลงกรณ์สาร 37 (2536): 87-96.
- [44] อลิสา วัชรสินธุ์. จิตเวชเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [45] Cummings, E. M.; and Davies, R.T. Maternal depression and child development. J Child Psychol Psychiat 35 (1994): 73-112.
- [46] Supporting families with parental mental illness [online]. Available from: <http://www.bcsm.org> [cited 2008, March 11].
- [47] ปณิรัตน์ สกุลทอง. สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคจิตพิษสุราเรื้อรัง. ศึกษาเฉพาะกรณีบุตรทหารในเขตกรุงเทพมหานครเอกสาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาอนามัยแม่และเด็ก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2531.
- [48] ศุภลักษณ์ พุทธิพงษ์ศิริ. สุขภาพจิตและพฤติกรรมทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
- [49] ศิริรัตน์ สุขวัลย์, “การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวระหว่างครอบครัวที่มีกับไม่มีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในจังหวัดสระบุรี,” เอกสารในที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 5 เสนอที่งานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 4-6 กันยายน 2539. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)
- [50] วารุณี จิวหลง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาสังคมวิทยาการพัฒนาคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.

- [51] อุไร ชมมะลิ. สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542.
- [52] วรางคณา แสงวิภาค. การศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542.
- [53] อนนท์ บริณายกานนท์ และ สมลักษณ์ กาญจนางศ์กุล. การสำรวจสุขภาพจิตของนักศึกษา แพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปีการศึกษา 2541-2542. วารสารโรงพยาบาลราชวิถี 4 (2542): 65-75.
- [54] สกล ด่านภักดี สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44(3): 213-227.
- [55] ไพรินทร์ สมุทรเสน. การสำรวจสถานะสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดระยอง. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต. ครั้งที่ 6. วันที่ 6-8 กันยายน 2543.
- [56] คุณฤดี ภาอุปชิต. ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542.
- [57] สนธยา กุมพล. ผลของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
- [58] ไญยวรรณ ลิ้มเสวีตระกูล. สุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพจิตโดยวิธีการทางภูมิปัญญาท้องถิ่นของวัยรุ่นไทยพุทธ ระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2548.
- [59] สวาท ไชยราช. สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในสหวิทยาเขตจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2548.

- [60] ตรีนุช ชงไชย. ปัญหาความเครียดภายในครอบครัวและวิธีการจัดการกับปัญหาของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียว และครอบครัวปกติ: ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- [61] วิณา มิ่งเมือง. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- [62] รักชนก คชไกร. ความเครียด บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น: นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [63] อารยา ด่านพานิช. การศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ของเยาวชนผู้กระทำผิดชายและหญิงในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
- [64] กรกวรรณ สุพรรณวรธา. การวิเคราะห์การมองโลกในแง่ดีและกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- [65] อรุณี เกสรอุบล. การสำรวจความเครียด การจัดการกับปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- [66] สาโรช คำรัตน์. การเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 9 (2544): 73-80.
- [67] เปรมพร มั่นเสมอ. การปรับตัว กลวิธีเผชิญปัญหาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [68] รัชนิย์ แก้วคำศรี. ความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพัน การเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

- [69] นันทินี สุขมงคล. ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิต นักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [70] โสภิตา พุ่มศิษฐ์. การอนุมานสาเหตุความรับผิดชอบและการเผชิญปัญหาด้านการเรียนของนิสิตนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและต่ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [71] พัชรินทร์ อรุณเรือง. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลัง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [72] สิทธิชัย ทองวร. กลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในวิทยาลัยในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- [73] หทัยชนก หมายผิน. ความเครียดและการจัดการกับปัญหาในลูกวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- [74] Kobus, K.; and Reyes, O. A Descriptive Study of Urban Mexican American Adolescents' Perceived Stress and Coping Hispanic. Journal of Behavioral Sciences 22 (2000): 163-178.
- [75] Billings, A. G.; and Moos, R. H. Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: A social-environmental perspective. Journal of Abnormal Child Psychology 3 (2005): 463-485.
- [76] Cogill, S. R.; Caplan, H. L.; Alexandra, H.; Robson, K.M.; Kumar, R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. Br Med J 292 (1986): 1165-1167.
- [77] Keitner, G. I.; and Miller, I. W. Family functioning and major depression: an overview. Am J Psychiatry 147 (1990):1128-1137.
- [78] Patrick, T.; and Windle, D. M. Gender-Specific Pathways Between Maternal Depressive Symptoms, Family Discord, and Adolescent Adjustment. Developmental Psychology 1 (1997): 657-668.



- [79] Lovejoy, M. C.; Graczyk, P. A.; Hare, E. O.; and Neuman, G. Maternal depression and parenting behavior. Clinical Psychology 2 (2000): 561-592.
- [80] Clarke, G. N.; Hornbrook, M.; Lynch, F.; and Polen, M. A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention for Preventing Depression in Adolescent Offspring of Depressed Parents. Arch Gen Psychiatry 58 (2001): 1127-1134.
- [81] Lieb, R.; Isensee, B; and Hofler, M. Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring. Arch Gen Psychiatry. 59 (2002): 365-374.
- [82] Hammen, C.; and Brennan, P.A. Severity, Chronicity, and Timing of Maternal Depression and Risk for Adolescent Offspring Diagnoses in a Community Sample Arch Gen Psychiatry 60 (2003) 253-258.
- [83] Jason, L. H.; and Judy, G. Relation of Intelligence and Religiosity to Depressive Disorders in Offspring of Depressed and Nondepressed Mothers. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 42 (2003): 578–586.
- [84] Constance, H; Patricia, A. B.; and Josephine, H.S. Family Discord and Stress Predictors of Depression and Other Disorders in Adolescent Children of Depressed and Nondepressed Women. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 43 (2004): 994-1002.
- [85] Craig, T.; and Bromet, E. Parents with Psychosis. Annals of Clinical Psychiatry 16 (2004): 35–39.
- [86] Schreier, A.; Hofler, M.; Wittchen, H.U.; and Lieb, R. Clinical characteristics of Major Depressive Disorder run in– A community study of 933 mothers and their children Journal of Psychiatric Research 40 (2006): 283–292.
- [87] Rohde, P.; Lewinsohn, P. M.; Klein, D. N.; and Seeley, J. R. Association of Parental Depression with Psychiatric Course from Adolescence to Young Adulthood among Formerly Depressed Individuals. J Abnorm Psychol 114 (2005): 409–420.
- [88] Pilowsky, D.; Wickramaratne, P.; Nomura, Y.; and Weissman, M. M. Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring 20-Year Follow-up. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 45 (2006):452-460.
- [89] Weissman, M.; Wickramaratne, P.; Nomura, Y.; Warner, V.; Pilowsky, D.; and Verdelli, H. Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. Am J Psychiatry 163 (2006) 1001-1008.



- [90] Silk, J. S.; Shaw, D. S.; Skuban, E. M.; Oland, A. A.; and Kovacs, M. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. Journal of Child Psychology and Psychiatry 47 (2006): 69–78.

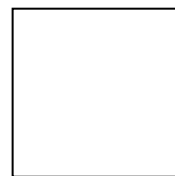


สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

**การวิจัยเรื่อง** สุขภาพจิตและวิถีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
**เรียน** ท่านผู้เข้าร่วมทำการวิจัยทุกท่าน  
ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาสุขภาพจิตและวิถีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาว่าบุตรของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามีสุขภาพจิตและมีวิถีจัดการกับปัญหาเป็นอย่างไรและเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบุตรผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าใจสาเหตุ วิถีจัดการกับปัญหาและลักษณะพฤติกรรมของเด็กเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะประโยชน์ในแง่ของความเข้าใจในตัวเด็ก และสามารถนำไปวางแผนเกี่ยวกับการดูแล จัดการ ส่งเสริมและพัฒนาทักษะวิธีการจัดการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแก่เด็กเหล่านี้ต่อไป หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับแบบสอบถามซึ่งท่านต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมด โดยแบบสอบถามจะประกอบไปด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ตอบและผู้ป่วย จำนวน 36 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะใช้เวลาในการทำประมาณ 10 นาที

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะใช้เวลาในการทำประมาณ 5 นาที

**ส่วนที่ 3** เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดวิถีจัดการกับปัญหาจำนวน 46 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะใช้เวลาในการทำประมาณ 15 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

การเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านและบุคคลที่สามซึ่งถูกอ้างอิงในแบบทดสอบถามเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นบทสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับขออนุญาตจากท่านเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อนางสาวจรรุรัตน์ เกานิบล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทร 089-5207445 ซึ่งผู้วิจัยยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

หากท่านมีข้อร้องเรียนทางด้านจริยธรรมการวิจัย กรุณาติดต่อ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร 02-2564455 ต่อ 14 , 15

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวจรรุรัตน์ เกานิบล

นิติศตปริญาโท สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์ (Consent Form)

การวิจัยเรื่อง สุขภาพจิตและวิถีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

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

สถานที่ ..... เวลา .....

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง “สุขภาพจิตและวิถีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ในฐานะผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนต่างๆ และประโยชน์หรือผลที่อาจเกิดจากงานวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจหรือซักถามเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการและการนำเสนอผลการศึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยได้รับรองว่าข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูล หรืออาจหยุดให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้ นอกจากนี้การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะเนื้อหาสาระที่เป็นประเด็นสำคัญของการศึกษา ไม่นำเสนอข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ปรากฏชื่อ ที่อยู่ หรือสถานศึกษาใดๆ ทั้งสิ้น

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ ภายใต้อารมณ์ที่ระบุนี้แล้วในข้างต้น

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม..... พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม ..... ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ

(.....)

ลงนาม..... พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)





ภาคผนวก ค

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมคำในช่องว่างที่

ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ	ชาย	<input type="checkbox"/>
	อื่นๆ (โปรดระบุ) .....	<input type="checkbox"/>
2. อายุ	13 ปี	<input type="checkbox"/>
	14 ปี	<input type="checkbox"/>
	15 ปี	<input type="checkbox"/>
	16 ปี	<input type="checkbox"/>
	17 ปี	<input type="checkbox"/>
	18 ปี	<input type="checkbox"/>
3. ศาสนา	พุทธ	<input type="checkbox"/>
	คริสต์	<input type="checkbox"/>
	อิสลาม	<input type="checkbox"/>
	อื่นๆ (โปรดระบุ) .....	<input type="checkbox"/>
4. ท่านมีพี่น้องทั้งหมด (รวมตัวท่านเอง) ..... คน		
5. ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/>
	ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/>
	มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/>
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	<input type="checkbox"/>
	อนุปริญญา/ ปวส.	<input type="checkbox"/>
	ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/>
6. คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา	ต่ำกว่า 2.00	<input type="checkbox"/>
	2.00 – 2.49	<input type="checkbox"/>
	2.50 – 2.99	<input type="checkbox"/>
	3.00 – 3.49	<input type="checkbox"/>
	3.50 – 4.00	<input type="checkbox"/>
7. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	บิดา	<input type="checkbox"/>
	มารดา	<input type="checkbox"/>
	พี่	<input type="checkbox"/>
	น้อง	<input type="checkbox"/>

**ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนครอบครัว**

8.	จำนวนสมาชิกในครอบครัว .....	คน
9.	รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 บาท <input type="checkbox"/> 5,000- 9,999 บาท <input type="checkbox"/> 10,000-14,999 บาท <input type="checkbox"/> 15,000- 19,999 บาท <input type="checkbox"/> 20,000 บาทขึ้นไป <input type="checkbox"/>
10.	สถานะทางการเงินในบ้าน	เพียงพอมีเหลือเก็บ <input type="checkbox"/> เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน <input type="checkbox"/>
11.	สถานภาพสมรสของบิดามารดา	อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ชั่วคราว <input type="checkbox"/> หย่าร้างหรือแยกทางกัน <input type="checkbox"/> พ่อหรือแม่เสียชีวิต <input type="checkbox"/>
12.	บิดาอายุ..... ปี	
13.	มารดาอายุ..... ปี	
14.	โรคประจำตัวของบิดา	ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ) ..... <input type="checkbox"/>
15.	โรคประจำตัวของมารดา	ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ) ..... <input type="checkbox"/>
16.	ระดับการศึกษาของบิดา	ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ ปวส. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/>

<p>17. ระดับการศึกษาของมารดา</p>	<p>ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/></p> <p>ประถมศึกษา <input type="checkbox"/></p> <p>มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/></p> <p>มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. <input type="checkbox"/></p> <p>อนุปริญญา/ ปวส. <input type="checkbox"/></p> <p>ปริญญาตรี <input type="checkbox"/></p> <p>สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/></p>
<p>18. อาชีพของบิดา</p>	<p>ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/></p> <p>รับราชการ <input type="checkbox"/></p> <p>รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/></p> <p>ค้าขาย <input type="checkbox"/></p> <p>เกษตรกร <input type="checkbox"/></p> <p>รับจ้าง <input type="checkbox"/></p> <p>อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... <input type="checkbox"/></p>
<p>19. อาชีพของมารดา</p>	<p>ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/></p> <p>รับราชการ <input type="checkbox"/></p> <p>รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/></p> <p>ค้าขาย <input type="checkbox"/></p> <p>เกษตรกร <input type="checkbox"/></p> <p>รับจ้าง <input type="checkbox"/></p> <p>อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... <input type="checkbox"/></p>
<p>20. ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา</p>	<p>รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก <input type="checkbox"/></p> <p>รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันพอควร <input type="checkbox"/></p> <p>ขัดแย้งกันเป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/></p> <p>ทะเลาะกันเป็นประจำ <input type="checkbox"/></p> <p>ห่างเหินกันแบบต่างคนต่างอยู่ <input type="checkbox"/></p>
<p>21. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับบิดา</p>	<p>รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก <input type="checkbox"/></p> <p>รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันพอควร <input type="checkbox"/></p> <p>ขัดแย้งกันเป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/></p> <p>ทะเลาะกันเป็นประจำ <input type="checkbox"/></p> <p>ห่างเหินกันแบบต่างคนต่างอยู่ <input type="checkbox"/></p>

22.	ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับมารดา	รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก	<input type="checkbox"/>
		รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันตามปกติ	<input type="checkbox"/>
		ขัดแย้งกันเป็นครั้งคราว	<input type="checkbox"/>
		ทะเลาะกันเป็นประจำ	<input type="checkbox"/>
		ห่างเหินกันแบบต่างคนต่างอยู่	<input type="checkbox"/>
23.	ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว	รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก	<input type="checkbox"/>
		รักและใกล้ชิดสนิทสนมกันตามปกติ	<input type="checkbox"/>
		ขัดแย้งกันเป็นครั้งคราว	<input type="checkbox"/>
		ทะเลาะกันเป็นประจำ	<input type="checkbox"/>
		ห่างเหินกันแบบต่างคนต่างอยู่	<input type="checkbox"/>
24.	ของท่านมีการรับประทานอาหาร หรือทำกิจกรรมร่วมกันใน ครอบครัว	ทุกวัน	<input type="checkbox"/>
		สัปดาห์ละ 1-3 วัน	<input type="checkbox"/>
		สัปดาห์ละ 3-5 วัน	<input type="checkbox"/>
		สัปดาห์ละ 5-7 วัน	<input type="checkbox"/>
		ไม่เคย	<input type="checkbox"/>

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนสังคม

25.	ความสัมพันธ์โดยรวมของท่านกับเพื่อนๆ	สนิทสนมกันดีมาก ไม่ค่อยทะเลาะกัน	<input type="checkbox"/>
		สนิทสนมกันปานกลาง ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/>
		ความสัมพันธ์ไม่ค่อยดี ทะเลาะกันเป็นประจำ	<input type="checkbox"/>
26.	การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน (เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน เล่นกีฬาหรือไปเที่ยวด้วยกัน)	ไม่เคย	<input type="checkbox"/>
		สัปดาห์ละ 1 - 3 วัน	<input type="checkbox"/>
		สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน	<input type="checkbox"/>
		สัปดาห์ละ 5 - 7 วัน	<input type="checkbox"/>
34.	จำนวนเพื่อนสนิทของท่าน	ไม่มีเลย	<input type="checkbox"/>
		1 - 3 คน	<input type="checkbox"/>
		3 - 5 คน	<input type="checkbox"/>
		5 - 7 คน	<input type="checkbox"/>
		7 คนขึ้นไป	<input type="checkbox"/>
27.	การทำกิจกรรมในโรงเรียน (เช่น แข่งกีฬา เข้าชมรม)	ไม่เคย	<input type="checkbox"/>
		เคย (โปรดระบุ) .....	<input type="checkbox"/>
28.	เมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจท่านจะปรึกษากับ.....บ่อยที่สุด		

ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาภาครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัว  
 ท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์หรือความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ใน  
 ระดับใดและตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4  
 ตัวเลือก คือ

**ไม่เคย** หมายถึง ไม่มีเหตุการ์ณ อารมณ์ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

**เล็กน้อย** หมายถึง เคยมีเหตุการ์ณ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย  
 กับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

**มาก** หมายถึง เคยมีเหตุการ์ณ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

**มากที่สุด** หมายถึง เคยมีเหตุการ์ณ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วย  
 กับเรื่อง นั้น ๆ มากที่สุด

ข้อที่	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2	ท่านรู้สึกสบายใจ				
3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
5	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมี ปัญหา)				
7	ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการ์ณคับขันหรือ ร้ายแรงเกิดขึ้น				
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการ์ณร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9	ท่านรู้สึกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				



### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีที่วัยรุ่นจัดการกับปัญหา (The Adolescent Coping Orientation for Problem

#### Experience)

**คำชี้แจง** เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่สร้างความตึงเครียด ท่านจะใช้วิธีการใดต่อไปนี้ เพื่อที่จะจัดการหรือควบคุมปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามความเป็นจริง ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นเลย
นานๆ จะมีสักครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นบ้าง โดยนานๆ จะใช้วิธีการ
เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย
บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นบ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ
เป็นประจำสม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้ตอบเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในข้อนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อ	ท่านใช้วิธีการต่อไปนี้แก้ไขปัญหาลดน้อยเพียงใด	ไม่เคยเลย	นานๆ จะมีสักครั้ง	เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย	บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	เป็นประจำสม่ำเสมอ
		1	2	3	4	5
1	พยายามมองสิ่งต่างๆ ในแง่บวก แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ก็ตาม					
2	พยายามตัดสินใจแก้ไขปัญหาทุกอย่างด้วยตัวของท่านเอง					
3	จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆ ที่จะต้องทำ					
4	พยายามแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ หรือลดความเครียดอย่างไร					
5	ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่					
6	พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น					
7	พยายามมองปัญหาให้เป็นเรื่องสนุก และไม่จริงจังกับปัญหาให้มากนัก					
8	มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ					
9	วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะมี อยากจะให้					

ข้อ	ท่านใช้วิธีการต่อไปนี้แก้ไขปัญหาลดน้อยเพียงใด	ไม่เคยเลย	นานๆ จะมีสักครั้ง	เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	บ่อยๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	เป็นประจำสม่ำเสมอ
		1	2	3	4	5
10	พยายามใกล้ชิดกับคนที่ท่านรักและเป็นห่วง					
11	พยายามหามิตรภาพจากเพื่อนใหม่ๆ					
12	พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา					
13	พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่					
14	ยกโทษให้คนที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่ดี					
15	บ่น หรือ คำกับตัวเอง					
16	พูดประชดประชันตลกตลกคนอื่น					
17	โมโห และพูดไม่ดี พาลกับคนอื่นๆ ไปเลย					
18	พูดแต่สิ่งดีๆ กับคนอื่น					
19	พูดคุยกับคุณแม่ถึงสิ่งที่ท่านกังวล					
20	พูดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่ท่านกังวล					
21	พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้พี่หรือน้องพี่					
22	ลดความกังวลด้วยการพูดเปรยๆ (เหมือนการบ่น) ให้เพื่อนฟัง					
23	พูดคุยระบายความรู้สึกที่ท่านมีให้เพื่อนฟัง					
24	พูดคุยกับคุณครูหรือปรึกษาครูแนะแนวในเรื่องที่ไม่สบายใจ					
25	ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา					
26	ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา					
27	ใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ					
28	หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ					
29	อ่านหนังสือที่ชอบ					
30	ฟังเพลงจากวิทยุ เทป ซาวน้อะเบ๊าท์ ฯลฯ					

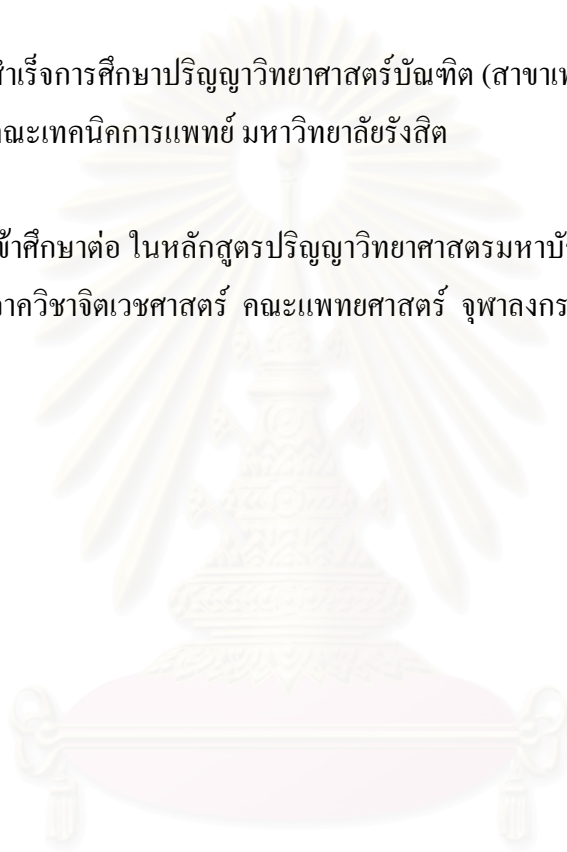
## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ – นามสกุล นางสาวจรรรัตน์ เกานิบล

วัน เดือน ปีเกิด 28 พฤศจิกายน พ.ศ.2523 สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร ปัจจุบันอายุ 28 ปี

พ.ศ. 2545 สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาเทคนิคการแพทย์)  
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต

พ.ศ. 2549 เข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย