

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
ในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา



นางสาววิฑิตา ไชยศรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF POST TRAUMATIC STRESS DISORDERS
AMONG TEACHERS MEUNG YALA DISTRICT YALA PROVINCE



Miss Vitita Chaisri

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

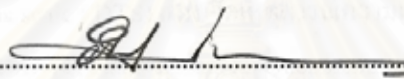
Chulalongkorn University

Academic Year 2006

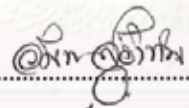
Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา
โดย	นางสาววิทิตา ไชยศรี
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล

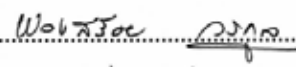
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารบัณฑิต



.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อัมพล สุอำพัน)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

วิทิศา ไชยศรี: ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
ในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา (PREVALENCE AND RELATED
FACTORS OF POST TRAUMATIC STRESS DISORDERS AMONG TEACHERS
MEUNG YALA DISTRICT YALA PROVINCE)

อ.ที่ปรึกษา : รศ.พญ. นันทิกา ทวิชาชาติ

อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. พวงสร้อย วรกุล , 98 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษา ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในข้าราชการครู
อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 286 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
(Davidson trauma scale : DTS) แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event) แบบวัดการ
สนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 85) และแบบทดสอบบุคลิกภาพ
The Maudsley Personality Inventory (MPI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows ใช้
สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-
square test, t-test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient และ
พยากรณ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีความชุกของโรคเครียด
ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 67.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและลักษณะ
บุคลิกภาพแบบห้วนไหวในสภาวะอารมณ์ (Scale N) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรคเครียด
ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ ลักษณะบุคลิกภาพแบบ
แสดงตัว (Scale E) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง ลักษณะบุคลิกภาพแบบ
แสดงตัว (Scale E) ต่ำ และลักษณะบุคลิกภาพแบบห้วนไหวในสภาวะอารมณ์ (Scale N) สูง เป็นปัจจัย
ที่สามารถทำนายโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต..... วิทิศา ไชยศรี
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... นันทิกา
ปีการศึกษา.....2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... พวงสร้อย วรกุล

##4674783630 MAJOR : MENTAL HEALTH

KEYWORD : POST TRAUMATIC STRESS DISORDER/ TEACHERS/ YALA PROVINCE :

VITITA CHAISRI : PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF POST TRAUMATIC STRESS DISORDERS AMONG TEACHERS MEUNG YALA DISTRICT YALA PROVINCE. THESIS AVISOR : ASSOC. PROF. NANTIKA THAVICHACHAT, MD. THESIS CO-AVISOR : ASST. PROF. PUANGSOY WORAKUL, 98pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to examine the prevalence of post traumatic stress disorder and associated factors of 286 teachers meung Yala district Yala province. The self reported questionnaires was used for demographic data, Davidson trauma scale : DTS, Life stress event scale, Personal Resource Questionnaire (PRQ 85) and The Maudsley Personality Inventory (MPI). The SPSS for Windows was used for descriptive and inferential Statistical analysis. Descriptive statistics were presented as percentage, mean, standard deviation, while Inferential Statistics were done for Chi-square test, t-test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient. Stepwise multiple analysis was performed to determine for significant predictive factors.

The result of this study was found that prevalence of post traumatic stress disorder was 67.1%. Life stress event and Neuroticism scale were positively correlated to post traumatic stress disorder ($P < .001$). On the other hands, Extraversion scale was negatively correlated to post traumatic stress disorder ($P < .05$). In conclusion, high life stress event, low extraversion and high neuroticism were significantly factors in prediction of post traumatic stress disorder for these studied sample.

Department.....Psychiatry.....Student's Signature..... *Vitita Chaisri*
 Field of study.....Mental health.....Advisor's Signature..... *N. Thavichachat*
 Academic year...2006.....Co-Advisor Signature..... *Puangsoy Worakul*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดีของ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล อาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม) ผู้คอยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาต่างๆในการทำวิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์อัมพล สุอำพัน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัย และให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่บริหารงานธุรการ 6 ของสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดยะลา ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บแบบสอบถามรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ได้เป็นอย่างดีด้วย

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มกำลังจนปริญญาฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และอบรมสั่งสอนผู้วิจัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการที่คอยให้คำปรึกษาเรื่อยมา ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้จนจบการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ.....	8
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต.....	16
การสนับสนุนทางสังคม.....	16
บุคลิกภาพ.....	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
รูปแบบการวิจัย.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	36
1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	36

บทที่		
	1.2 ปัจจัยทางจิตสังคม.....	40
ส่วนที่ 2	ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	
	ในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา.....	41
ส่วนที่ 3	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	
	ในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา.....	42
	3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	
	ในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา.....	42
	3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์	
	สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม.....	48
	3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์	
	สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม.....	56
	3.4 ปัจจัยทำนายโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ.....	57
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	58
	สรุปผลการวิจัย.....	58
	อภิปรายผลการวิจัย.....	61
	ข้อเสนอแนะ.....	68
	รายการอ้างอิง.....	70
	ภาคผนวก.....	78
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	98

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	36
2	40
3	41
4	42
5	47
6	49
7	52
8	55
9	55

ตารางที่

หน้า

10	ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยทางจิตสังคม กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ.....	56
11	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญของข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา.....	57



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

ปัจจุบันสถานการณ์ในประเทศไทยต้องเผชิญกับการก่อการร้ายในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งทำให้ประชาชนทั่วไปและเจ้าหน้าที่บ้านเมืองต้องตกอยู่ในสภาพอกสั่นขวัญแขวน วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน หลังกลุ่มคนร้ายออกอาละวาดวางเพลิง วางระเบิด ใช้ปืนไล่เช่นฆ่าผู้คนและเจ้าหน้าที่บ้านเมืองอย่างต่อเนื่องไม่เว้นวัน ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2547 ที่ผ่านมา ทำให้ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีสั่งให้มีการจัดส่งกำลังทหารไปเสริมทัพรักษาความปลอดภัยในภาคใต้ แล้วในที่สุดเกิดเหตุการณ์นองเลือดครั้งใหญ่ เมื่อวันที่ 28 เมษายน พ.ศ.2547 กลุ่มผู้ก่อการร้าย ปฏิบัติการจู่โจมบุกทำร้ายเจ้าหน้าที่อีกครั้ง พร้อมกันถึง 10 จุด ใน 3 จังหวัดคือ ยะลา ปัตตานี และสงขลา จนเกิดการปะทะกันดุเดือด ผลสุดท้ายฝ่ายผู้ก่อการร้ายพลาดท่าถูกเจ้าหน้าที่ยิงเสียชีวิตไป 107 ศพ และมีทหาร-ตำรวจเสียชีวิต 5 ศพ บาดเจ็บ 15 นาย[1] และเหตุการณ์ความไม่สงบได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดมาจนถึงปัจจุบัน ทั้งการดักซุ่มยิงตำรวจ ทหารครู ไล่ฆ่าฟันพระภิกษุ สามเณร ไปจนถึงประชาชนทั่วไป

เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อบุคคลในพื้นที่ทุกอาชีพ โดยเฉพาะครูที่เป็นผู้ได้รับผลโดยตรงจากภัยผู้ก่อการร้ายมาตลอดจนถึงแต่อดีตถึงปัจจุบัน เพราะครูเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปราศจากอาวุธและกระจัดกระจายอยู่ทุกพื้นที่ ครูต้องประสบกับปัญหา สวัสดิภาพที่สืบเนื่องจากโจรก่อการร้ายต่างๆ ที่มาเผาโรงเรียน เรียกค่าคุ้มครอง จับครูเรียกค่าไถ่หรือต่อรองกับรัฐบาล จนทำให้ครูในจังหวัดชายแดนภาคใต้รวมกลุ่มชุมนุมประท้วง หุุดสอน เรียกร้องให้รัฐบาลแก้ปัญหาเพื่อให้ได้มาซึ่งสวัสดิภาพของครูอย่างทั่วถึงและจากสภาพปัญหาชายแดนภาคใต้ทำให้ครูชายแดนภาคใต้ 80% แยกกันย้ายออกนอกพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของครูที่ตกเป็นเหยื่อเป็นอย่างมาก เพราะมีความรุนแรงถึงชีวิต โดยที่ไม่รู้ว่าใครเป็นคนทำและรวมทั้งการนำเสนอข่าวอย่างเข้มข้นของสื่อมวลชน ที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวมากขึ้น

สำหรับบรรดาครูในพื้นที่ทั้งสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษายะลา เขต 1 ประกอบด้วย อ.เมือง อ.รามัน และกิ่ง อ.กรงปินัง มีโรงเรียน ทั้งเอกชนและรัฐบาลทั้งหมด 143 โรงเรียน และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษายะลา เขต 2 ประกอบด้วย อ.บันนังสตา อ.ธารโต อ.ยะหา อ.กาบัง และ อ.เบตง มีโรงเรียนเอกชนและรัฐบาลทั้งหมด 108 โรงเรียน ทั้ง 2 เขตมีโรงเรียนรวมกัน 251 โรงเรียน พร้อมกับหยุดการเรียนการสอน เนื่องจากครูไม่กล้าไปโรงเรียน ประกอบกับผู้ปกครองไม่กล้าให้ลูกไปโรงเรียน เพราะรู้สึกไม่ปลอดภัยจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะโรงเรียนในเขตพื้นที่ อ.เมือง

บรรดาผู้บริหาร โรงเรียนได้มีมติให้หยุดเรียนตั้งแต่วันที่ 26-30 มกราคม 2548 จนกว่าสถานการณ์จะเข้าสู่สภาวะปกติ นายอำเภอ จันทรสกุล ผู้อำนวยการโรงเรียน ได้ออกแถลงการณ์จากโรงเรียนสตรียะลา ถึงบรรดาครู ผู้ปกครองและนักเรียน ว่า ด้วยสถานการณ์ของ จ.ยะลา ในขณะนี้อยู่ในภาวะที่ไม่ปกติ ทางโรงเรียนมีความห่วงใยลูกหลานของท่าน ซึ่งเป็นนักเรียนจึงขอความร่วมมือจากท่านดูแลลูกหลาน ดังนี้ การเดินทางระหว่างโรงเรียนไปถึงบ้าน การออกจากบ้านในยามค่ำคืน และการออกไปเที่ยวในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม[2]

ครูเป็นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการเลือกสรรและดำเนินการในการอบรมสั่งสอนเพื่อให้เยาวชนของชาติมีการพัฒนาในด้านต่างๆ เช่น ความรู้ ความสามารถ บุคลิกภาพ ทักษะคิด ค่านิยม คุณธรรม ตลอดจนวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี เพื่อให้เป็นสมาชิกที่ดีมีคุณภาพต่อสังคม ในการที่ครูจะปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ให้ได้ตามที่กล่าวข้อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ปัจจัยอย่างหนึ่งที่ยอมรับกันว่าเป็นสิ่งสำคัญมีผลกระทบต่อการทำงานของครูก็คือเรื่องขวัญในการปฏิบัติงาน[3]

แพทย์หญิงเพชรดาว โต๊ะมีนา ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 (คูแลร์บิผิดชอบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้) และหนึ่งในคณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ (กอส.) เปิดเผยว่า หลังจากกลุ่มผู้ไม่หวังดีได้เปลี่ยนเป้าหมายการสังหารมาที่เจ้าหน้าที่ของรัฐ ทั้งตำรวจ ทหาร เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น ยอมรับว่าการกระทำดังกล่าวข้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของข้าราชการกลุ่มดังกล่าวอย่างแน่นอน สิ่งแรกที่ส่งผลให้ข้าราชการในพื้นที่เกิดความเครียดในขั้นรุนแรงคือ เรื่องความไม่ปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้เพราะหลังจากเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มาเป็นเวลาเกือบ 3 ปี ก็ยังไม่มีหน่วยงานใดหรือกระทรวงใด ออกมาให้ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตให้กับข้าราชการผู้ได้บังคับบัญชาที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ และเมื่อเหตุการณ์อันเลวร้ายต้องมาเกิดขึ้นกับข้าราชการระดับสูงในพื้นที่ แน่แน่นอนว่าข้าราชการที่ต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ต้องเกิดความกลัวและมีความเครียดเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน และจากการสำรวจพบแพทย์และพยาบาลตามโรงพยาบาลต่างๆ ใน จ.ปัตตานีเกิดความเครียดแล้ว 80 % เพราะเนื่องมาจากมีความไม่มั่นใจเรื่องความปลอดภัยในชีวิต[4]

และเหตุการณ์พิบัติภัย (disaster) ที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์เช่นนี้ ข้อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจที่ทำให้ผู้คนเกิดความเครียด หวาดกลัว ฝันร้าย ไม่อาจปฏิบัติงานได้อย่างปกติ จนอาจทำให้เกิดโรคหรือภาวะผิดปกติทางจิตขึ้นได้ เช่น โรคทางเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder)

จากการศึกษาอุบัติการณ์ของ โรคทางเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder) แสดงให้เห็นว่าโรคนี้นี้เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย เป็นอันดับ 4 โดยพบในผู้ชายร้อยละ 10.3 และผู้หญิงร้อยละ 18.3 ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิด PTSD มีสาเหตุมาจากความรุนแรงที่

เพิ่มขึ้นในสังคมปัจจุบัน[5] แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยตรง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ซึ่งอยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัยต่อความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน ได้เผชิญกับสถานการณ์ที่คับขัน ที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิต และทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครูจังหวัดยะลา ทั้งนี้เพราะจังหวัดยะลา เป็นหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเหตุที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งได้แก่ จังหวัดปัตตานี สงขลา และยะลา เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพสังคมแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ในภาคใต้ โดยพื้นที่ดังกล่าวมีเอกลักษณ์ทางภาษาและขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นของตนเอง จากสภาพพื้นฐานอันนี้ ก่อให้เกิดปัญหาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นปัญหาที่เรื้อรังมาเป็นเวลานานและมีความสลับซับซ้อน ตั้งแต่ปัญหาวัฒนธรรมและศาสนา ปัญหาทัศนคติ ปัญหาภาษา ปัญหาการเมืองและการปกครอง ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสำนึกในประวัติศาสตร์ ปัญหาโจรผู้ร้าย นอกจากนี้จังหวัดชายแดนภาคใต้มีภูมิประเทศเป็นชายแดนติดต่อระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซีย ประชาชนนับถือศาสนาและใช้ภาษาพูดอย่างเดียวกัน ทำให้การหลบหนีของผู้ก่อการร้ายเป็นไปได้ง่ายและก่อให้เกิดขบวนการแบ่งแยกดินแดนขึ้น โดยปลุกระดมชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ว่ามีชนคนไทย เพราะมีเชื้อชาติและสัญชาติมลายู มีศาสนา ภาษาและขนบธรรมเนียมประเพณีแตกต่างกันออกไป ชี้นำให้ประชาชนโดยทั่วไปเห็นว่าชาวไทยมุสลิมถูกปกครองโดยการกดขี่ข่มเหงขูดรีดเอาเปรียบด้วยประการต่างๆ มีการกีดกันเรื่องศาสนา การศึกษา และในที่สุดปลุกระดมให้จับอาวุธต่อสู้กับฝ่ายรัฐบาล ซึ่งพฤติกรรมเช่นนี้ เป็นภัยต่อประเทศ ภัยต่อความมั่นคงต่อชีวิตทรัพย์สินของประชาชน[6]

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

1. ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีเท่าใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาถึงความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โดยใช้แบบทดสอบ และแบบสอบถามมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ คือ

เพศ อายุ ศาสนา ภูมิลำเนา การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้ปัจจุบัน ปีที่เข้ารับราชการครูในจังหวัดยะลา จำนวนครั้งที่โรงเรียนเคยถูกกลุ่มโจรคุกคาม วิธีที่กลุ่มโจรใช้คุกคามโรงเรียน เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะบุคลิกภาพ

ตัวแปรตาม คือ

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder)

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

เนื่องจากการศึกษาเฉพาะข้าราชการครูในอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลาจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรข้าราชการครูภาคใต้ทั้งหมดได้

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

1. โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder) หมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังจากเผชิญความเครียดที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงมาก เช่น สงคราม ภัยธรรมชาติ วินาศภัย ภาวะจลาจล ถูกจับเป็นตัวประกันหรือไปเรียกค่าไถ่ ถูกประทุษร้ายร่างกาย เป็นต้น ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยประกอบด้วย มีความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความหวาดผวา มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนี้อยู่ตลอดเวลา มีการฝันถึง พยายามหลีกเลี่ยงที่จะคิดถึง หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง มีอาการนานกว่า 1 เดือน อาการรบกวนบทบาทหน้าที่ประจำวัน[7] ซึ่งใช้แบบทดสอบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Davidson trauma scale: DTS) ในการประเมินโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

2. ข้าราชการครู หมายถึง ครูที่รับราชการอยู่ในโรงเรียน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

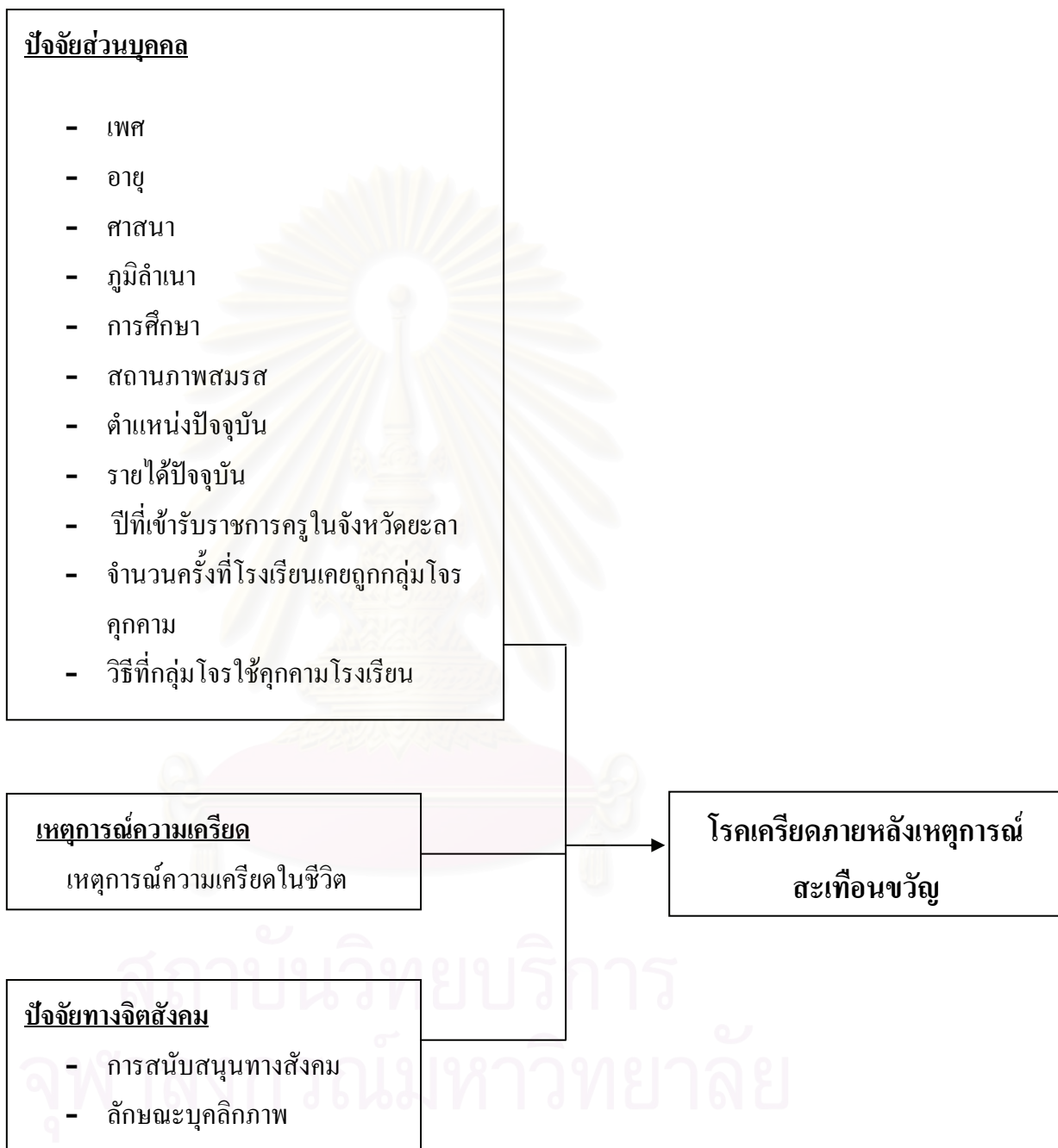


สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผน กำหนดนโยบาย ในการให้ความช่วยเหลือข้าราชการครูที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สินต่อไป
2. เพื่อที่จะเป็นข้อมูลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต และกระทรวงกลาโหม เป็นต้น ในการร่วมกันหาแนวทางในการส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครูที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สินให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder)
2. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
3. การสนับสนุนทางสังคม
4. บุคลิกภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder)

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังจากเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง หรือตกอยู่ในภาวะกดดันที่มากกว่าจะพบได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจากธรรมชาติหรือจากการกระทำของมนุษย์มักเกี่ยวข้องกับความเป็นความตาย หรือความปลอดภัย เช่น การถูกข่มขืน การถูกจับเป็นตัวประกัน การเผชิญอุบัติเหตุร้ายแรง หรือการวางระเบิด เป็นต้น ซึ่งบุคคลนั้นอาจเป็นผู้เผชิญด้วยตัวเอง หรือเป็นผู้รู้เห็นเหตุการณ์ นั้นๆ ก็ได้

แนวความคิดที่เกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป หรือผิดปกติหลังจากที่บุคคลได้สัมผัสกับเหตุการณ์รุนแรงหรืออุบัติภัยนั้น มีมานานแล้ว แต่การเรียกชื่อความผิดปกติและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายอยู่ในแนวทางการพัฒนาที่ทำให้เกณฑ์การวินิจฉัยกระชับมากขึ้นก่อให้เกิดความเข้าใจในกลไกและพยาธิสภาพของโรคมากขึ้น

ในระหว่างสงครามกลางเมืองของสหรัฐอเมริกา หลังการรบที่รุนแรงในแต่ละครั้งจะมีทหารจำนวนหนึ่งที่มีอาการเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมหัวใจจนทำให้ Jacob Da Costa ได้เขียนบทความอาการดังกล่าวในหัวข้อ “On Irritable Heart” เขากล่าวว่าพวกทหารเหล่านั้นมีอาการเจ็บหน้าอก ใจเต้น ใจสั่น และมึนศีรษะ เขาคิดว่าหัวใจทำงานผิดปกติ ทำให้มีอาการ hypersensitivity และ sympathetic overactivity หลังจากนั้นก็มีรายงานว่า กลุ่มอาการดังกล่าวอาจพบในสถานการณ์รุนแรงอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากภาวะสงครามด้วย และเรียกกันไปต่างๆ กัน เช่น soldier’s heart, effort syndrome, neurocirculatory asthenia

ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 กลุ่มอาการนี้เรียกกันว่า shell shock มีการตั้งสมมติฐานกันว่า อาจเกิดขึ้นจากการกระทบกระเทือนที่สมองซึ่งเกิดจากการระเบิดของกระสุนปืนหรือเป็น “organic brain damage” จากก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ หรือการเปลี่ยนแปลงแรงกดดันของบรรยากาศ

ในตอนต้นศตวรรษที่ 20 ซึ่งเป็นช่วงที่ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์กำลังเฟื่องฟูและมีอิทธิพลมาก ในสหรัฐอเมริกา มีการตั้งชื่อโรคนี้เป็น traumatic neurosis เพราะเชื่อกันว่ากลุ่มอาการนี้เกิดจากการที่ ความขัดแย้งในใจที่ยังไม่คลี่คลายสลายตัวออกไปซึ่งฝังลึกอยู่ในจิตใจเพราะถูกเก็บกดไว้ตั้งแต่สมัย ยังเป็นเด็ก ๆ จะถูกกระตุ้นให้กลับฟื้นตัวขึ้นมาใหม่โดยการที่ได้สัมผัสกับเหตุการณ์รุนแรง

ในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ลึกลงไม่นานก็มีรายงานพบอาการของโรคนี้ในทหาร ผ่านศึกผู้รอดตายจากค่ายกักกันนาซี และผู้รอดตายจากระเบิดปรมาณูที่ญี่ปุ่น และมีการเรียกชื่อกลุ่ม อาการเหล่านี้ต่าง ๆ กันไปเช่น “operational fatigue”, “combat neurosis”, “traumatic war neurosis”

ในปี 1941 เกิดมีเหตุการณ์ไฟไหม้ที่ “Coconut Grove” ในที่ลับที่เมืองบอสตัน สหรัฐอเมริกา Alexandra Adler เป็นผู้ตรวจวิเคราะห์ผู้ที่รอดตาย ได้รายงานว่าพบอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า อ่อนเพลีย ไม่ยินดียินร้ายกับอะไร ฝันร้ายและมีอาการตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติ อย่างรุนแรง

หลังจากนั้นก็ยังมีผู้สนใจมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีการจัดตั้งกลุ่มจิตแพทย์ขึ้นมาเพื่อศึกษาเรื่องนี้ใน ยุโรป ผลของการศึกษานี้นำไปสู่การตั้งชื่อกลุ่มอาการนี้เป็น “gross stress reaction” ขึ้นในปี 1952

DSM-I ใช้คำว่า “gross stress reaction” เช่นกัน และให้แนวทางการวินิจฉัยโรคนี้ว่าเป็น ความผิดปกติชั่วคราวที่เกิดขึ้นในคนปกติเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงและไม่คุ้นเคยมาก่อน และไม่สามารถที่จะปรับตัวได้ เนื่องจากอาการตกใจกลัวนั้นรุนแรงมาก การวินิจฉัยโรคใช้ข้อมูลทั้ง ลักษณะ stress มีการเน้นความรุนแรงในระดับคุกคามต่อชีวิต ไม่คุ้นเคย ไม่เคยคาดหวังมาก่อนและ การไม่มีทางหนีรอด ทางด้านอาการมีการเน้นพฤติกรรมที่สภาวะ fight หรือ flight เป็นไปไม่ได้ เป็น ผลทำให้ความกลัวพุ่งขึ้นสูงสุดขีด ผู้ป่วยจึงมีอาการตื่นกลัววิ่งพล่านชนิดไร้จุดหมายปลายทาง อาจ ทำลายสิ่งของที่อยู่เบื้องหน้าตนเอง บางรายมีอาการตรงกันข้ามคือ ไม่ขยับเขยื้อน หรือคล้ายคนใบ้ พุดไม่ได้ พฤติกรรมคล้ายโรคจิต โรคประสาท มีการเน้นว่ามีอาการอยู่ไม่นาน อาจเพียง 24 ชั่วโมง หรืออย่างมากไม่เกิน 1 เดือน ทางด้าน ICD-8 ก็ใช้ชื่อการวินิจฉัยว่า gross stress reaction และให้คำ จำกัดความและแนวทางวินิจฉัยโรคที่คล้ายคลึงกัน

ในช่วง 1960-1969 หัวข้อการวินิจฉัยนี้ได้รับการยอมรับดีพอควรในระดับนานาชาติ แต่จะ ด้วยเหตุผลใดไม่ทราบหัวข้อการวินิจฉัยนี้หายไปในตอนที่ DSM-II ออกมาในปี 1968 ส่วนใน ICD-9 ได้ปรากฏมีหัวข้อการวินิจฉัยที่ใกล้เคียงกันคือ “acute reaction to stress” แต่อย่างไรก็ตามต่อมา ข้อมูลอาการป่วยทางจิตของทหารอเมริกันในสงครามเวียดนาม ได้มีส่วนก่อให้เกิดการปรับปรุง แนวความคิดในเรื่อง gross stress reaction และนำไปสู่การตั้งหัวข้อวินิจฉัยใหม่เป็น “Posttraumatic Stress Disorder” ใน DSM-III ในปี 1980 หัวข้อนี้แบ่งออกเป็น acute subtype สำหรับพวกที่อาการ

เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลัง trauma และ chronic หรือ delayed subtype สำหรับพวกที่มีอาการนานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป หรือหลังจากเหตุการณ์รุนแรงจางไปแล้ว 6 เดือน จึงเริ่มมีอาการขึ้นมา ในปี 1987 มีการแก้ไข DSM-III เป็น DSM-III-R มีการเพิ่มรายละเอียดมากขึ้นในเกณฑ์การวินิจฉัยและให้ความสำคัญกับอาการที่เกิดขึ้นในเด็ก

ในปัจจุบันทั้ง ICD-10 ซึ่งออกมาในปี 1992 และ DSM-IV ซึ่งออกมาในปี 1994 มีการเรียกชื่อโรคและเกณฑ์การวินิจฉัยที่คล้ายกัน

ระบาดวิทยา

พบโรค PTSD นี้ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 1-14 แต่ถ้าศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ทหารผ่านศึก ผู้เคราะห์ร้ายเนื่องจากน้ำท่วมหรือผู้ที่ถูกประทุษร้ายร่างกายหรือทางเพศ อุบัติการณ์จะเพิ่มเป็นร้อยละ 3-58 [7]

ปัญหาโรค PTSD นี้ในเพศชายส่วนใหญ่เกิดในทหารที่ผ่านภาวะสงคราม ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่เกิดจากการที่ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกกระทำทารุณทางเพศ

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาระบาดวิทยาของโรค PTSD โดยใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยตาม DSM-III จาก St. Louis Epidemiologic Catchment Area (ECA) Survey พบว่าในเพศชายร้อยละ 0.5 ในเพศหญิงร้อยละ 1.2 ของประชากรทั่วไปมีปัญหา PTSD แต่จากรายงานส่วนใหญ่จะเน้นว่าในภาวะปกติพบ PTSD น้อย ถ้ามีภัยอันตรายเกิดขึ้นจะพบได้บ่อย เป็นได้ทุกอายุ ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นได้พอๆกัน

สาเหตุของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder)

มีการสรุปว่าสาเหตุที่ทำให้เกิด PTSD นั้น มีหลายประการผสมผสานกัน คือ ชนิดของภัยอันตรายและเหตุการณ์สะเทือนขวัญ บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคม ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา และปัจจัยทางด้านชีววิทยา

1. ชนิดของภัยอันตรายและเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ชนิดและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการ PTSD ต้องเป็นชนิดและเหตุการณ์ที่เกินขอบเขตที่เราจะเรียกว่าเป็นความเครียดทั่วไป หรือเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นบ่อยๆอย่างเช่น ความทุกข์โศกที่เกิดจากการตาย การเจ็บป่วย กิจการงานล้มเหลว มีปัญหาในชีวิตของการแต่งงาน การหย่าร้าง เหล่านี้ไม่ถือเป็นสาเหตุของ PTSD แต่จะหมายถึงเหตุการณ์ที่รุนแรง เป็นภัยอันตราย และสะเทือนขวัญ เช่น ทหารที่อยู่ในสนามรบ ความทุกข์ทรมานในค่ายกักกัน อุบัติเหตุร้ายแรงทางเครื่องบินหรือรถยนต์ อุบัติภัยร้ายแรงจากโรงงานอุตสาหกรรม ถูกข่มขู่เอาชีวิตทั้งต่อตนเองหรือครอบครัว อยู่ในเหตุการณ์ที่มีการฆาตกรรม ถูกข่มขืนหรือทำร้ายร่างกายอย่างทารุณ รวมทั้งมีหัตถ์ภัยทางธรรมชาติต่างๆ เป็นต้น อาการของ PTSD

ที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงเพียงใด มีระยะยาวนานแค่ไหน เป็นเพียงอาการเฉียบพลันหรือเป็นเรื้อรัง ย่อมขึ้นอยู่กับชนิดความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. ปัจจัยทางบุคลิกภาพและลักษณะเฉพาะของแต่ละคน มีแนวความคิดว่าแต่ละคนมีแนวโน้มที่จะเกิด PTSD ได้ไม่เหมือนกัน โดยอธิบายว่าอาการที่เกิดจากเหตุการณ์สะเทือนใจในปัจจุบันเป็นเพราะมีการกระตุ้น unresolved conflict ในอดีตหรือในวัยเด็ก เช่น พบว่าอาการของ PTSD ในผู้ที่ถูกข่มขืนมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพและการปรับตัวก่อนเกิดเหตุการณ์ หรือในบุคคลที่มีลักษณะคิดคำนึงแต่เรื่องของตนเอง มีความวิตกกังวลง่ายก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการของ PTSD ได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาทหารผ่านศึกเวียดนามซึ่งก่อนเข้าสงครามได้ทำการประเมินบุคลิกภาพไว้แล้วพบว่าอาการของ PTSD ที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับบุคลิกภาพดั้งเดิม

คนที่มีความวิตกกังวลมาก่อนจะมีอาการมากขึ้นได้เมื่อต้องเผชิญต่อเหตุการณ์สะเทือนใจ แต่อาการจะแสดงออกมาในรูปแบบของปัญหาทางจิตเวชที่เคยเป็นมาก่อน จะไม่แสดงอาการของ PTSD

พบว่าร้อยละ 60 ของ Chronic PTSD มีประวัติของพยาธิสภาพทางจิตของคนในครอบครัว เช่น อารมณ์วิตกกังวล ซึมเศร้า ดิสุรา เป็นต้น

PTSD เกิดได้ทุกวัย แต่พบบ่อยในช่วงอายุที่เริ่มเป็นผู้ใหญ่ เช่น ในทหารที่อายุน้อยๆ มีความอ่อนแอ และเกิดอาการ PTSD ได้ง่ายกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคม เหตุการณ์สะเทือนใจหรือภัยอันตรายที่เกิดขึ้นกับคนหมู่มากหรือต่อชุมชน ย่อมสร้างความเสียหายให้กับสิ่งแวดล้อมอย่างมากมาย มีทั้งการบาดเจ็บเสียชีวิต บ้านและสิ่งก่อสร้างปรักหักพัง มีการรายงานจากสื่อมวลชนซ้ำๆ เหล่านี้ย่อมทำให้ผู้คนเสียขวัญและเกิดอาการของ PTSD ได้ง่ายและเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามถ้ามีการช่วยเหลือจากสังคมภายนอกเป็นอย่างดี ปัญหาของ PTSD จะน้อยและไม่ค่อยเรื้อรัง

นอกจากการช่วยเหลือแล้ว ทักษะจิตของสังคมที่มีต่อเหตุการณ์สะเทือนใจก็มีส่วนสำคัญไม่น้อยต่อการเกิดและการดำเนินปัญหา PTSD ตัวอย่างเช่น ประชาชนผู้ได้รับความเดือดร้อนจากภัยธรรมชาติย่อมได้รับความรู้สึกและทัศนคติที่ดีจากสังคม แต่ผู้อพยพจากภัยสงครามเข้าไปพักอาศัยยังประเทศอื่นอาจได้รับความรู้สึกและทัศนคติในทางลบจากชุมชนเจ้าของประเทศ

4. ปัจจัยทางจิตใจ Freud และนักจิตวิเคราะห์ยุคต้นๆได้อธิบายอาการและการดำเนินของโรค Traumatic neurosis ว่า เหตุการณ์สะเทือนใจในปัจจุบันไปกระตุ้นหรือฟื้น Childhood neurosis โดยกลไกที่เรียกว่า regression ต่อมามีการอธิบายโดยใช้หลัก energy model ว่าเหตุการณ์สะเทือนใจที่เกิดขึ้นนี้จะไปรบกวน organism's energy จนทำให้ระบบการป้องกันตัว หรือกลไกทางจิตไม่สามารถรับสภาพที่เกิดขึ้นได้ คือมี ego exhaustion จึงเกิดอาการขึ้น

แนวความคิดอีกแนวหนึ่งคือ information-processing model กล่าวถึงความรู้ ความเข้าใจ การแก้ปัญหาทางสติปัญญา เป็นบทบาทที่สำคัญในการเผชิญต่อภาวะกดดัน โดยให้แนวคิดที่ว่าข้อมูล

และสิ่งที่มนุษย์รับรู้เข้าไป ถ้ามากมายจนเกินไปจะทำให้ขบวนการและพลังงานของร่างกายรับไม่ไหว และจะยังคงอยู่ในภาวะของความเครียดจนกว่าข้อมูลหรือสิ่งที่รับรู้ได้นั้นได้ถูกรวบรวม ปรับและแปลความหมายถึงขั้นสุดท้ายแล้ว อาการที่บ่งบอกว่าพลังงานทางด้านจิตใจปรับและรับไม่ไหวแล้ว จะแสดงออกมา 2 ระยะ คือระยะเผชิญหน้ารับเหตุการณ์ (intrusive phase) และระยะหลีกเลี่ยงมีนชา (numbling phase) ซึ่งทั้ง 2 ระยะนี้อาจเกิดขึ้นสลับกันไปมาได้ ในระยะเผชิญหน้ารับเหตุการณ์จะมีอาการสะดุ้งตกใจง่าย อารมณ์ผันแปรง่าย ทำทางระมัดระวังตัวจนเกินไป ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ เป็นต้น ส่วนระยะหลีกเลี่ยงมีนชา จะมีอาการ มีความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง มีนั่ง คิดอะไรไม่ออก ขาดความตั้งใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ไม่อยากรับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้น ความสามารถในการทำงานลดลง

5. ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัย 2 ปัจจัยที่ผสมผสานกันทำให้เกิดอาการ PTSD คือ ปัจจัยทางชีววิทยากับปัจจัยทางจิตใจ จะเห็นว่ามีอาการของระบบประสาทอิสระเกิดขึ้นทุกรายของ PTSD เช่น อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่มขึ้น กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อตึงตัว เหงื่อออก เป็นต้น ปฏิกริยาต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญนี้อาจเป็น conditioned emotional response เช่นทหารผ่านศึกที่มีอาการ PTSD พวกนี้จะมีอารมณ์ตอบสนองร่วมกับมีอาการทางระบบประสาทอิสระเมื่อได้ยินเสียงการสู้รบจากวิทยุหรือแถบเสียง

เหตุผลอื่นๆที่สนับสนุนปัจจัยทางชีววิทยาคือ พบว่า Chronic PTSD มีระดับของ catecholamine ในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ส่วนระดับ free cortisol ลดลง ซึ่งอธิบายว่าเป็นเพราะมีการยับยั้ง Pituitary-adrenal-cortical system[8]

อาการและอาการแสดง

ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตเวชเมื่อมีภัยอันตรายเกิดขึ้น เช่น น้ำท่วม ภูเขาไฟชนกัน หรือเกิดเหตุการณ์ก่อการร้าย เป็นต้น อาการทางจิตเวชที่สำคัญคือ (1) หวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ (2) ความสนใจในสิ่งต่างๆลดน้อยลงหรือหมดไป (3) มีความรู้สึกห่างเหินต่อคนที่เคยรู้จัก แม้แต่กับบุคคลในครอบครัวญาติสนิท มีอารมณ์ซึมเศร้าไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนปกติวิสัย และ(4) มีอารมณ์ตื่นเต้นตกใจง่าย สมาธิเสีย นอนไม่หลับ

การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV

หลักการวินิจฉัยโรคนี้นี้

- A. ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ โดยประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ทั้งสองข้อ
- (1) ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับ พบเห็น หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตหรือคุกคามต่อชีวิต หรือการบาดเจ็บสาหัส หรือคุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเองหรือบุคคลอื่น
 - (2) ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยประกอบด้วยความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความหวาดผวา
- B. มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนี้อยู่ตลอดเวลา โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่หนึ่งข้อขึ้นไป
- (1) มีสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ทรมานผุดขึ้นมาอยู่ซ้ำๆ ซึ่งประกอบด้วยมโนภาพ ความคิด หรือการรับรู้
 - (2) มีความฝันที่ทำให้ทุกข์ทรมานอยู่ซ้ำๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์
 - (3) มีการกระทำหรือความรู้สึกเหมือนหนึ่งเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจเกิดขึ้นมาอีก (ประกอบด้วยความรู้สึกว่าตกอยู่ในเหตุการณ์อีกครั้งหนึ่ง, illusion, อาการประสาทหลอน และ dissociative flashback episodes ซึ่งรวมถึงกรณีที่เกิดขึ้นขณะเพิ่งตื่นหรือเคลิ้มจากสาร)
 - (4) มีความทุกข์ทรมานใจอย่างมากเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาทำให้ระลึกถึง ซึ่งอาจมีความหมายต่อจิตใจ หรือเป็นจากสถานการณ์ภายนอกโดยตรง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ
 - (5) มีปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาทำให้ระลึกถึง ซึ่งอาจมีความหมายต่อจิตใจหรือเป็นจากสถานการณ์ภายนอกโดยตรง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ
- C. มีการหลีกเลี่ยงอยู่ตลอดต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจและการตอบสนองทั่วไปจะเป็นแบบเหมินเฉย (ไม่พบลักษณะนี้ก่อนเกิดเหตุการณ์) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่สามข้อขึ้นไป
- (1) พยายามเลี่ยงความคิด ความรู้สึก หรือการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น
 - (2) พยายามเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคลที่กระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์นั้น
 - (3) ไม่สามารถระลึกถึงส่วนที่สำคัญของเหตุการณ์นั้น
 - (4) ความสนใจหรือการเข้าร่วมในกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ ลดลงอย่างมาก
 - (5) รู้สึกแปลกแยก หรือเห็นห่าง ไม่สนิทสนมกับผู้อื่น

- (6) ขอบเขตของอารมณ์ลดลง (เช่น ไม่สามารถมีความรู้สึกรักชอบใครได้)
- (7) มองอนาคตไม่ยาวไกล (เช่น ไม่คิดหวังจะมีงานทำ แต่งงาน มีลูก หรือมีอายุยืนยาวตามปกติวิสัย)

D. มีอาการของภาวะตื่นตัวมากอยู่ตลอดเวลา (ไม่พบลักษณะนี้ก่อนเกิดเหตุการณ์) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่สองข้อขึ้นไป

- (1) นอนหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ
- (2) หงุดหงิด หรือแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรง
- (3) ตั้งสมาธิลำบาก
- (4) มีความระวังระไวมากกว่าปกติ
- (5) สะดุ้งตกใจมากเกินไป

E. ระยะเวลาของความผิดปกติ (อาการตามเกณฑ์ข้อ B., C., และ D.) นานกว่า 1 เดือน

F. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

ระบุ

Acute: หากระยะเวลาที่มีอาการน้อยกว่า 3 เดือน

Chronic: หากระยะเวลาที่มีอาการตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

With Delayed Onset: หากเริ่มมีอาการอย่างน้อย 6 เดือนหลังมีความกดดัน[9]

การวินิจฉัยแยกโรค

หลังจากที่เกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภัยอันตรายหรือความหายนะขึ้น ไม่ได้หมายความว่า จะมีปัญหา PTSD เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แต่จริงๆ แล้วมีปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ เกิดขึ้นได้อีกมาก และเนื่องจากอาการของ PTSD ส่วนใหญ่เป็นอาการที่ผู้ป่วยเป็นคนบอกเล่า ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยจึงต้องใช้ความระมัดระวัง โดยอาจจะไปคล้ายกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นที่แทรกซ้อนผสมเข้ามา เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง ดิสุรา ยาเสพติด เป็นต้น

พบว่าร้อยละ 80 ของ PTSD มักมีปัญหาจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย 1-2 อย่าง สำหรับ PTSD นั้นควรวินิจฉัยแยกโรคจาก

1. Adjustment disorder พวกนี้มีความรุนแรงของความเครียดและความสะเทือนขวัญน้อยกว่า และไม่มีอาการบางอย่างที่สำคัญของ PTSD คือ การหวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ และอาการทั่วไปมีความรุนแรงน้อยกว่ามาก ระยะเวลาเป็นสั้น ไม่ค่อยสูญเสียหน้าที่การทำงาน

2. Phobic disorder เป็นพวกที่มีความกลัวรุนแรงเกินกว่าเหตุและไม่สมเหตุสมผลเกิดขึ้นซ้ำบ่อยๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถระงับความกลัวนั้นได้ และไม่ใช่เป็นความกลัวเหตุการณ์ระทึกขวัญอย่างใน PTSD แต่แสดงออกในรูปของ กลัวความสูง กลัวที่โล่งแจ้ง กลัวสัตว์ เป็นต้น

3. Depressive disorders เป็นพวกที่มีอาการซึมเศร้าร่วมกับมีอาการสำคัญอื่น เช่นมีความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจในสิ่งต่างๆ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า ซึ่งอาการนี้ไม่มีสาเหตุหรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

4. Organic mental disorder ใน PTSD บางรายที่มีการกระทบกระเทือนต่อสมอง และบาดเจ็บตามร่างกาย อาจมีอาการของ PTSD ร่วมกับ Organic mental disorder ได้

5. Factitious disorder หลังสงครามเวียดนามมีการวินิจฉัยปัญหาอย่างหนึ่งเกิดขึ้นคือ Factitious Vietnam PTSD เป็นพวกที่ตั้งใจหรือแกล้งทำเป็นไม่สบาย กลัวเหตุการณ์สงครามต่างๆ ที่ไม่ได้เคยเข้าไปในสนามรบเลย

การดำเนินโรค

ส่วนมากอาการจะเกิดขึ้นที่ภายหลังเกิดภัยอันตราย แต่บางรายอาการเกิดภายหลังจากเหตุการณ์นานเป็นเดือนหรือเป็นปี โดยในช่วงเวลาที่ยังไม่มีอาการชัดเจนผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่คล้ายๆกัน

ผลของโรคต่อการดำเนินชีวิตอาจมีน้อยหรือมาก ถ้าผู้ป่วยมีความกลัวมากต่อสถานการณ์หรือกิจกรรมที่คล้ายเหตุการณ์นั้น ก็จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตมาก ความรู้สึกเหินห่าง อารมณ์ที่ซึมเศร้าตลอดจนความสนใจในสิ่งต่างๆหมดไปจะมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัวและชีวิตสมรส

เมื่อภัยพิบัติผ่านพ้นไปหรือนำผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ที่อันตรายได้ ผู้ป่วยส่วนมากจะดีขึ้นอย่างรวดเร็วและหายเป็นปกติ แต่ถ้าอันตรายมีอยู่เป็นเวลานาน อาการไม่สบายจะเป็นอยู่นานเป็นเดือนหรืออาจเป็นปี

ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้าตามมา เนื่องจากความรู้สึกผิด ความละอาย อาจคิดตำหนิตัวเองเช่น ผู้ป่วยที่เอาตัวรอดมาจากเหตุการณ์โดยละทิ้งบุตร ภรรยาไว้ หรือไม่อาจช่วยเหลือได้[7]

แต่ถ้าเป็นแล้วหากไม่ได้รักษา จะหายไปได้เองประมาณร้อยละ 30 ร้อยละ 40 ยังคงมีอาการเล็กน้อย ส่วนคนที่มีอาการยังอยู่ปานกลางพบร้อยละ 20 และอาการยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง หรืออาจจะแย่ลงเป็นร้อยละ 10 เมื่อติดตามไปครบ 1 ปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่หายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50

การรักษา

การรักษา PTSD มักใช้หลายวิธี และส่วนใหญ่มุ่งไปที่รักษาตามอาการ

1. จิตบำบัด ในรายที่เป็น PTSD เฉียบพลัน เป็นไม่มากนัก การทำจิตบำบัดแบบประคับประคองช่วงระยะเวลาสั้นๆได้ผลดี โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจบุคลิกภาพของตน ร่วมกับวิธีการปรับตัว และบูรณาการให้เกิดความเข้าใจจนสามารถทนต่อความเครียดได้มากขึ้น ระบายความรู้สึกต่างๆมากขึ้น แต่ถ้าเป็น PTSD ที่เรื้อรังการทำจิตบำบัดไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร

2. กลุ่มบำบัด ร่วมกับพฤติกรรมบำบัด ใช้ใน PTSD ที่เกิดจากภาวะสงคราม ใช้วิธี relaxation และ systematic desensitization เพื่อลดอาการกลัว

3. รักษาตัวในโรงพยาบาล ใน PTSD ที่รุนแรงเรื้อรัง เช่นมีการฆ่าตัวตาย ควบคุมความก้าวร้าวรุนแรงไม่อยู่ ติดสุรา ยาเสพติด ควรพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีการทำกลุ่มบำบัดร่วมด้วย

4. การใช้ยาทางจิตเวช ใช้ Tricyclic antidepressant รักษา PTSD ได้ผลดี เพราะนอกจากจะช่วยให้เรื่องอาการซึมเศร้าแล้ว ยังช่วยเรื่องปัญหาการนอนฝันร้าย และการหวาดหวั่นถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ใช้ขนาด 150-300 มก./วัน สำหรับรายที่มีอาการเด่นชัดอย่างมากของระบบประสาทอิสระ เช่นมือสั่น สะดุ้งตกใจง่าย แนะนำให้ใช้ Clonidine 0.1-0.2 มก./วัน ส่วนในรายที่มีอาการ Psychotic จำเป็นต้องใช้ยารักษาโรคจิต สำหรับ Benzodiazepine มักไม่ค่อยได้ผล[8]

ปัจจัยทางจิตสังคม

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง สถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไปได้[10]

Holmes & Rahe. ให้ความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตว่าเป็นความเครียดทางสังคม (Social Stressors) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ใดๆที่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นๆมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต[11]

แรมกิน และ สตรูเออนิง ให้ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิต ในความหมายของคำว่า ความเครียดทางสังคม (Social Stressors) ว่าหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของบุคคล ซึ่งทำให้สภาพทางสังคมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป เช่น ความทุกข์ยากต่างๆ การแต่งงาน การตกงาน[12]

มุลเลอร์ เอคเวอร์ด และ แอร์วิส ให้ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิตว่าหมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ หรือความเจ็บป่วยทางกาย[13]

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจจากนักวิจัยและมีการศึกษากันมากในเรื่องผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพของบุคคล จึงเกิดมีแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ กัน เช่น

ชนิดนี้ย้ คอบบ์ อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่บ่งชี้ให้เขาเชื่อได้ว่า ยังมีคนรัก มีคนดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในสังคม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน ตามแนวคิดที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

คอบบ์ แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ ว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่และได้รับความจริงใจ

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านได้รับการยอมรับ เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าเขาเองมีค่า

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แนวคิดของไวส์ (weiss) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 ด้าน

1. ด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดจะส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวมคือ จะทำให้คนรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าเหว และปกติจะพบในผู้ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่น คู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว

2. การมีส่วนร่วมในสังคม จะแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของคนที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกันหรือมาทำงานร่วมกันเพื่อวัตถุประสงค์คล้ายกัน การปฏิสัมพันธ์จะทำให้และการรับทางด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิด การที่คนขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้คนรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคมและเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย

3. โอกาสในการดูแลรับผิดชอบ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อคนเรามีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้รับ การดูแลรับผิดชอบคนที่เด็กกว่า ซึ่งหากว่าคนเราไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ ว่างเปล่า ไม่มีความหมาย

4. การได้รับการยอมรับซึ่งการยอมรับจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนมีพฤติกรรม ความสามารถตาม บทบาทของตน ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทตามหน้าที่ในอาชีพ หรือครอบครัว ถ้าคนเราไม่ได้รับ การยอมรับก็ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือ เพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเท่านั้น ซึ่งจะให้การช่วยเหลือที่ยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือขึ้นแล้วก็จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล และอ่อนแอ

6. การได้รับคำแนะนำ หรือหากคนปรึกษาที่ไว้ใจได้เป็นที่พึ่งได้ การสนับสนุนเช่นนี้มักจะ เกิดจากบุคคลที่เป็นวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล[14]

ความคิดของเฮาส์ (House) เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคมควรมี 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ การสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่รัก เป็นที่ไว้ใจ เป็นที่ห่วงใยของผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านวัตถุแรงงาน (instrumental support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล รวมทั้งการเสียเวลาเพื่อช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเอง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักการเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม[15]

แบรนท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเองและได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ

แบรนท์และไวเนอร์ท แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดสนิทสนมทำให้บุคคลเกิดความอบอุ่นใจ
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ
4. การสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
5. การสนับสนุนทางสังคมด้านได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ ซึ่งทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองได้

ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ตามการแบ่งของแบรนท์และไวเนอร์ท คือ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ การประเมินการสนับสนุนทางสังคมคำถามจะเป็นมาตรฐานประมาณค่า 7 ระดับ ซึ่งจะมีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีเกณฑ์ประเมินอย่างชัดเจน[16]

บุคลิกภาพ

ความหมายของบุคลิกภาพ

นักจิตวิทยามีความเห็นว่าคุณลักษณะบุคลิกภาพมีรูปแบบกว้างและซับซ้อนมาก จึงมีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลายคน ซึ่งแตกต่างกันไปตามแนวคิดและทฤษฎีของแต่ละคน เช่น

Allport กล่าวว่า บุคลิกภาพแบ่งเป็นหน่วยรวมที่ทรงพลังของระบบทางกายและจิตภายในตัวบุคคล ซึ่งกำหนดลักษณะการปรับตัวเป็นระบบเฉพาะของบุคคลนั้นต่อสิ่งแวดล้อมของเขา[17]

Hilgard กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะส่วนรวมของบุคคลแต่ละคนเป็นแนวทางในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ซึ่งแต่ละคนจะมีรูปแบบของการแสดงพฤติกรรมที่ต่างกัน[18]

Eysenck กล่าวว่าบุคลิกภาพเป็นลักษณะที่ยึดหยุ่นอย่างคงที่ที่อยู่ในตัวเองและเป็นโครงสร้างที่ถาวรของแต่ละบุคคล ในเรื่องบุคลิกลักษณะ (characteristic) พื้นฐานทางอารมณ์ (Temperment) สติปัญญา (Intellect) และร่างกาย (Physique) ซึ่งเป็นตัวกำหนดการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน[19]

รศ.สจิต วงษ์สุวรรณ กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ ลักษณะโดยส่วนรวมของแต่ละบุคคล ทั้งลักษณะภายนอก ภายใน และปัจจัยต่างๆ อันมีอิทธิพลต่อความรู้สึกของผู้พบเห็น[20]

ศรีเรือน แก้วกังวาล กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลในด้านต่างๆ ทั้งส่วนภายนอก และส่วนภายใน ลักษณะของบุคลิกภาพมีลักษณะซับซ้อนและมีแบบเฉพาะตน[21]

สมภพ เรื่องตระกูล สรุปความหมายของบุคลิกภาพว่า หมายถึงแบบฉบับลักษณะนิสัยของบุคคลนั้นที่แสดงต่อคนอื่น ได้แก่ กิริยาท่าทาง การแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด เจตคติ ตลอดจนพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางกายและจิตใจ ใครมีบุคลิกภาพอย่างไรก็จะเป็นอย่างนั้นตลอดไป ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา[22]

จากคำจำกัดความของบุคลิกภาพตามความเห็นของบุคคลหลายท่าน ดังกล่าว สรุปได้ว่า บุคลิกภาพคือ ผลรวมลักษณะของพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ สติปัญญา เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแบบฉบับเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล คงที่ ถาวร และเป็นตัวกำหนดให้บุคคลปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมตามแบบของแต่ละบุคคล

Eysenck ได้บรรยายลักษณะของแบบบุคลิกภาพไว้ดังนี้

บุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัว (Introversion) คือ บุคลิกภาพที่มีลักษณะเงียบเฉย ชอบเก็บตัว เมื่อไม่ชอบสังคมกับคนอื่น ๆ มองเข้าสู่ตนเอง ชอบอ่านหนังสือ และค้นคว้าตามลำพังมากกว่าที่จะทำงานร่วมกับคนอื่น ๆ สนุกกับคนยาก มีการเตรียมก่อนทำ ทำอะไรเต็มไปด้วยความระมัดระวังเกินไป ไม่ชอบกิจกรรมที่ตื่นเต้น โลกโตนดำเนินชีวิตประจำวันด้วยความเคร่งขรึม ชอบความเป็นระเบียบเรียบร้อย ควบคุมความรู้สึกพอใจไม่พอใจไว้ได้มาก มีพื้นอารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลงง่าย ดูน่าเชื่อถือ บางครั้งมองแต่ในแง่ร้าย ยึดถือแบบมาตรฐานจรรยาบรรณของสังคมมาก

บุคลิกภาพชอบแสดงตัว (Extraversion) คือ บุคลิกภาพที่มีลักษณะการแสดงออกที่มี อธิบายง่ายไม่ตรี ชอบเข้าสังคม มีเพื่อนมาก ชอบพูดคุยกับคนอื่น ไม่ชอบทำงานตามลำพัง ชอบทำ กิจกรรมที่ให้ความตื่นเต้น ชอบเสี่ยง ทำอะไรทันพลันค่อนข้างผุ่ลนผลัน ชอบทำตลกขบขัน ไม่ชอบ ความจำเจ ไม่มีความกังวล ชอบทำตามสบาย เข้าใจไหนก็ได้ มักมองแต่ในแง่ดี ชอบสนุกเร้าแรง มี แนวโน้มที่จะแสดงความก้าวร้าวและความรู้สึกออกมามาก ๆ ไม่ค่อยน่าเชื่อถือ

บุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism) คือ บุคลิกภาพที่มีลักษณะ อารมณ์รุนแรง อ่อนไหวง่าย คิดไม่จับจบ มีความรับผิดชอบเกินตัว รู้สึกวิตกกังวลต่อทุกสิ่งทุก อย่างที่เกิดขึ้น แม้ในสถานการณ์ที่รู้ว่าไม่เป็นอันตราย ไม่สามารถทนต่อสภาวะที่มีความเครียดมาก ๆ ได้ และมักมีอาการที่แสดงออกมาทางร่างกาย[19]

บุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) คือ บุคลิกภาพที่มีลักษณะที่มี สุขภาพจิตดี มีสุขภาพของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ดี รวมทั้งมีการปรับตัวให้อยู่ ในสภาพแวดล้อมได้ด้วยดี[17]

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาที่เป็นเรื่อง PTSD โดยตรงน้อย มาก ซึ่งพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

ศุภลักษณ์ เกื้อวรกุลชัย ศึกษาสภาวะสุขภาพจิตของครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้าย จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยพิจารณาสุขภาพจิตของครูแยกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ที่ พักอาศัย จำนวนปีของการสอน และการถูกคุกคามจากผู้ก่อการร้าย เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของ ครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายกับครูนอกเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูใน เขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้าย ระดับประถมศึกษา 295 คน และระดับมัธยมศึกษา 55 คน รวม 350 คน และครูนอกเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้าย ระดับประถมศึกษา 275 คน และระดับมัธยมศึกษา 65 คน รวม 340 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม SCL-90 พบว่าครูในเขต แทรกซึมของผู้ก่อการร้าย มีสุขภาพจิตมากกว่าครูนอกเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้าย ครูชายมี แนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าครูหญิง ครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายที่มีระดับอายุต่างกันมี สุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยครูที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครู ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายที่มีจำนวนปีของการ สอนต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยครูที่มีจำนวนปีของการสอน 1-3 ปี มีแนวโน้มที่จะมีปัญหา สุขภาพจิตมากกว่าครูที่มีจำนวนปีของการสอน 4-6 ปี และ 10 ปีขึ้นไป ครูในเขตแทรกซึมที่เคยถูก คุกคามจากผู้ก่อการร้ายมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครูที่ไม่เคยถูกคุกคามจากผู้ก่อการร้าย และครูใน

เขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายที่มีความแตกต่างกันทางด้านศาสนา สถานภาพสมรส และที่พักอาศัย มีสุขภาพจิตโดยทั่วไปไม่แตกต่างกัน[23]

คุรุสภา ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาองค์ประกอบของปัญหาที่มีผลต่อสวัสดิภาพของครูในสาม จังหวัดภาคใต้ พบว่าข้าราชการครูได้ผลจากการกระทำของขบวนการโจรก่อการร้ายมากที่สุด อย่าง สะดวกง่ายดายเพราะครูปราศจากอาวุธและกระจัดกระจายอยู่กันแทบทุกพื้นที่[24]

Helzer และคณะ ได้ศึกษาโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในประชากรชาว อเมริกาทั่วไป 2493 คน โดยใช้แบบสำรวจความผิดปกติทางจิตสำหรับบุคคลทั่วไป พบว่ามีความชุก ช่วงชีวิตของโรค PTSD ตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึง ร้อยละ 12.3 หญิงเป็นมากกว่าชาย[25]

Resnick และคณะ พบว่า current PTSD (มีอาการในระยะ 6 เดือน) พบความชุกร้อยละ 4.6 [26]

Breslau และคณะ ได้ศึกษาเหตุการณ์สะเทือนขวัญและโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญประชากรเมืองวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 15-54 ปี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ substantially revised version ของ DIS พบว่าเพศหญิงที่เผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีโอกาสเป็นโรค PTSD มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 10.4 และร้อยละ 5 ตามลำดับ[27]

Kessler และคณะ ได้ศึกษาโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ที่ศึกษาในประชากร ทั่วไปชาวอเมริกา ใช้แบบสัมภาษณ์ substantially revised version ของ DIS พบว่าเพศหญิง มีเพศ หญิงเป็นโรค PTSD มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 10.4 และ 5 ตามลำดับ[28]

Breslau ได้ทบทวนข้อมูลทางระบาดวิทยาของ PTSD แล้วสรุปว่าความชุกช่วงชีวิตของ PTSD อยู่ที่ร้อยละ 5-10 ซึ่งประมาณกันว่าร้อยละ 15-25 ของคนที่เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ นั้นจะเกิด PTSD[29]

Cardozo และคณะ พบว่าเพศหญิง และเพศชายใน Kosovo ในปี 1999 มีเพศหญิงเป็นโรค PTSD มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 19.7 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ[30]

Creamer และคณะ ศึกษาในออสเตรเลียพบว่าความชุกในช่วง 12 เดือนของ PTSD อยู่ที่ร้อยละ 1.3 [31] ขณะที่ Kessler และคณะ รายงานการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาในโครงการ National Comorbidity Survey (NCS) พบความชุกในช่วง 12 เดือนเท่ากับร้อยละ 3.9 เดิมเชื่อว่าอัตราความชุกในช่วง 12 เดือน จะเป็นประมาณครึ่งหนึ่งของความชุกชั่วชีวิต เพราะผู้ป่วย PTSD หลายรายนั้น เมื่อระยะเวลาผ่านไป ก็มักหายเองได้โดยไม่ต้องรับการรักษาใดๆ อย่างไรก็ตามความเชื่อดังกล่าวเริ่มเปลี่ยนไปแล้ว เมื่อพบว่า PTSD จะค่อยๆ (gradually) มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว อาการนั้นก็มักคงอยู่ไปอีกนานเป็นสิบๆปีเลยทีเดียว[32]

Van Bruggen และคณะ ได้ศึกษาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการ Trauma พบว่าชายเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 2 ครั้งขึ้นไป มากกว่าหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 64 และ 52 ตามลำดับ แต่ผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรค PTSD มากกว่าชาย คิดเป็นร้อยละ 7.8 และ 3.2 ตามลำดับ[33]

อัมพร โอตระกูลและคณะ ได้ศึกษาปฏิบัติการชุมชนต่อการตอบสนองวินาศภัย โดยศึกษาผู้ประสบน้ำท่วม ที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี และประสบภัยจากสงครามชายแดนไทยกัมพูชา ผลพบว่าปฏิกริยาของผู้ประสบวินาศภัยในระยะแรกนั้นจะมีอาการทางอารมณ์ที่สำคัญ 5 อาการ คือ โกรธแค้น วิตกกังวล หวาดระแวง เห็นภาพน่ากลัว และสิ้นหวัง ส่วนอาการทางกายที่พบมาก 5 อาการแรก คือ คิดมาก เบื่ออาหาร ใจสั่น ปวดศีรษะ และฝันร้าย พฤติกรรมที่เป็นผลกระทบคือ ไม่กล้าไปไหนคนเดียว ต้องพกอาวุธติดตัว ย้ายที่อยู่ และกักตุนอาหาร ส่วนปฏิกริยาของผู้ประสบภัยในระยะยาว พบอาการทางอารมณ์ที่สำคัญ คือ โกรธแค้น วิตกกังวล หวาดระแวง กลัวมาก และเห็นภาพน่ากลัว อาการทางกายที่พบมาก คือ แน่นหน้าอก ฝันร้าย เบื่ออาหาร มือสั่น และปวดศีรษะ ส่วนพฤติกรรมที่เกิดบ่อย คือ พกอาวุธติดตัว กักตุนอาหาร ไม่กล้าไปไหนคนเดียว ต้องมีพระติดตัว และย้ายที่อยู่ ในรายงานเดียวกันนี้ จากส่วนของวินาศภัยน้ำท่วม ที่อำเภอสวนผึ้ง พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตระยะยาวของผู้ประสบภัยมีอาการหวาดระแวง ร้อยละ 17.5 (7 ราย ใน 40 ราย) รู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 15 (6 ราย ใน 40 ราย) กลัวโดยไม่มีเหตุผลร้อยละ 7.5 (3 ราย ใน 40 ราย) มีอาการทางกาย ร้อยละ 7.5 (3 ราย) นอนไม่หลับและเบื่ออาหารร้อยละ 5 (2 ราย) [34]

สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และคณะ ได้สำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและอาการของ posttraumatic stress disorder ในระยะหลังเฉียบพลัน (post acute) และติดตามสำรวจซ้ำระยะยาว เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตในระยะต่างๆหลังประสบอุทกภัยของประชาชนอำเภอหาดใหญ่ และบริเวณใกล้เคียง โดยทำการสำรวจแบบตัดขวางซ้ำทุกๆ 2-3 เดือน จำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี

โดยสุ่มเลือกครัวเรือนเขตละ 100 ครัวเรือน ที่อยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ 3 เขต ได้แก่ บริเวณหมู่บ้านจันทร์นิเวศน์และไทยอาคาร บริเวณถนนโชคสมาน และบริเวณชุมชนข้างทางรถไฟใกล้หมู่บ้านจันทร์วิโรจน์ และพื้นที่ชนบทนอกเขตเทศบาลที่ตำบลแม่ทอม อำเภอบางกล่ำ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้ที่อยู่อาศัยในครัวเรือนที่สุ่มเลือกมาทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ผลการศึกษา ในการสำรวจครั้งที่ 1 หลังจากน้ำท่วมประมาณ 10 สัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามรวม 590 คน เป็นชาย 208 คน หญิง 382 คน (162, 140, 153 และ 135 คนจากสี่เขตตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ได้คะแนน GHQ>2 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีปัญหาความเครียดหรืออาการทางจิตเวชในช่วง 7 วันก่อนสำรวจ และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนของ IES เป็น 13.4 (SD 8.2, พิสัย 0-30, คะแนนเต็มของ IES = 45) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีอาการของภาวะความเครียดจากการเผชิญภัย (posttraumatic stress disorder symptoms) ค่อนข้างต่ำในขณะนั้น จากการสำรวจสภาพจิตใจและอาการของภาวะความเครียดจากการเผชิญภัยซ้ำในประชาชนในพื้นที่เดิมอีก 4 ครั้งห่างกันทุก 2-3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 เขตมีอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และภาวะความเครียดจากการเผชิญภัยลดลงในการสำรวจครั้งที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ แต่กลับเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยในการสำรวจครั้งที่ 5 ที่ทำในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2544 ซึ่งครบรอบ 1 ปีของการเกิดน้ำท่วม ซึ่งอาจสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกที่เกิดขึ้นในระยะนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสที่จะเกิดน้ำท่วมในฤดูกาลเดียวกัน[35]

Sadock และ Sadock สรุปว่าความชุกชั่วชีวิตของ PTSD ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 8 ขณะที่ร้อยละ 5-15 อาจมีอาการที่น้อยกว่านั้น (subclinical form) แต่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งได้ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic events) มา จะมีความชุกชั่วชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 5-75 โดยทหารผ่านศึกสงครามเวียดนามจะเกิด PTSD ประมาณร้อยละ 30 ขณะที่อีกร้อยละ 25 มีอาการน้อยกว่านั้น (subclinical) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงกับเพศชายแล้ว พบว่าผู้หญิงจะมีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 10-12 ขณะที่ผู้ชายจะมีความชุกชั่วชีวิตเพียงร้อยละ 5-6 [36]

น.พ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีประวัติป่วยเป็น Psychosis และ Anxiety มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD. มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติเป็น 3.9 เท่า (95% CI=1.71-8.85) และ 3.5 เท่า (95% CI=2.18-5.75) ตามลำดับ ,บุคคลที่เคยป่วยเป็น PD, Major Depression และ OCD. มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD. มากกว่าบุคคลที่ไม่เคยป่วยดังกล่าวเป็น 10.0 เท่า (95% CI=1.03-97.32) และบุคคลที่เคยถูกระงับ/ทำร้ายอย่างรุนแรง 2 ครั้งหรือมากกว่านั้น มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD.มากกว่าบุคคลที่ไม่ถูกระงับดังกล่าวเป็น 10.2 เท่า (95% CI=5.53-18.89) [37]

Andrews B, Brewin CR and Rose S. ได้ศึกษาเรื่องเรื่อง เพศ การสนับสนุนทางสังคม และ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ที่เป็นเหยื่ออาชญากรรม พบว่า ผู้ป่วย posttraumatic stress เพศหญิง 39 คน และเพศชาย 118 คนมีความแตกต่างกันในระดับการสนับสนุนทางสังคม เพศหญิงไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัวและเพื่อนจะมีอาการ posttraumatic stress มากขึ้นด้วย[38]

Ahern J et al ได้ศึกษาเรื่อง เพศ การสนับสนุนทางสังคม และ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญหลังสงครามโคโซโว พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน 306 คน การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีผลต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยมีผู้มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 97.4 และมีอาการ posttraumatic stress ร้อยละ 89.5 โดยเพศหญิงและคนที่มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะมีคะแนน posttraumatic stress มากขึ้น คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมจะมีคะแนน posttraumatic stress น้อยลง[39]

Davidson JR. ศึกษาเรื่อง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ: กับโรค posttraumatic stress disorder พบว่า ความชุกเป็นโรค posttraumatic stress disorder เพศหญิงร้อยละ 20 และเพศชายร้อยละ 8 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เพศหญิงเสี่ยงต่อการเป็นโรค posttraumatic stress disorder มากกว่าชาย[40]

Guo YJ et al. ได้ศึกษาเรื่อง posttraumatic stress disorder ของเจ้าหน้าที่กู้ชีวิต และ อาสาสมัครกู้ชีวิต ในเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ไต้หวัน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นเจ้าหน้าที่กู้ชีวิต 167 คน และ อาสาสมัครกู้ชีวิต 85 คน ใช้แบบสอบถาม Davidson Trauma Scale ฉบับภาษาจีน และ SPAN ฉบับภาษาจีน พบว่าเจ้าหน้าที่กู้ชีวิต และอาสาสมัครกู้ชีวิตมีความชุก posttraumatic stress disorder ร้อยละ 19.8 และ 31.8 ตามลำดับ[41]

Simenon D et al. ศึกษาเรื่อง Dissociate และ posttraumatic stress 1ปีหลังเหตุการณ์ World Trade Center ถล่ม พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ posttraumatic stress เล็กน้อย เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ และ dissociate ร่วมด้วย[42]

Davidson JR. ศึกษาเรื่อง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ: กับโรค posttraumatic stress disorder พบว่า เพศชายมากกว่าร้อยละ 60 และเพศหญิงร้อยละ 51 เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต และ พบว่าความชุกเป็นโรค posttraumatic stress disorder เพศชายร้อยละ 8 เพศหญิงร้อยละ 20 ชี้ให้เห็นว่า เพศหญิงเสี่ยงต่อการเป็นโรค[43]

Roca, Spence, and Munster ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ไฟไหม้ 43 คน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[44]

Perry และคณะ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ไฟไหม้อย่างรุนแรง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยอายุน้อยจะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูง[45]

Engdahl และคณะ ได้ศึกษาโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชุมชนเฉลยศึก สงครามโลกครั้งที่ 2 และสงครามเกาหลี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยปกป้องโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเขตสงคราม[46]

Miller และคณะ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ในภาวะสงครามและระดับความเครียดจากการถูกเนรเทศของผู้ลี้ภัยชาวบอสเนีย พบว่าการมีสังคมที่โดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ลี้ภัยชาวบอสเนีย[47]

Lawrence JW and Fauerbach JA ศึกษาความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพ กลไกทางจิต ความเครียดเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม และอาการ posttraumatic stress ในผู้รอดชีวิตจากไฟไหม้ พบว่า บุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีโอกาสเป็น posttraumatic stress disorder สูง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และ posttraumatic stress disorder[48]

Cohen S, Wills TA. ได้ศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคม เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยอธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ[49]

Paykel ES. ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนอง ภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียด และส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี[50]

บุญพา ณ นคร ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสวนสราญรมณ์พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางในทุกๆด้าน และปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ รายได้ครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนเพื่อนสนิทของผู้ป่วย ความถี่ที่ผู้ป่วยพบปะพูดคุยกับเพื่อนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน[51]

เครื่องมือส ดนัยสวัสดิ์, กนกวรรณ บุญอริยะ ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 265 คน เมื่อ พ.ศ.2545 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.4 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความแตกต่างในด้านการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ฐานะในบ้าน จำนวนคนที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และคนในบ้านที่ผู้ป่วยสนิทมากที่สุด ฐานะทางเศรษฐกิจ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันไปด้วย[52]

มาลี นอจิระพันธ์ ศึกษาการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตก่อนป่วยของผู้ป่วยโรคประสาท ศึกษาโดยใช้ Social Readjustment Rating Scale ประชากรตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคประสาทและมีอาการมานานไม่เกิน 6 เดือนจำนวน 150 ราย มีการเปรียบเทียบการเผชิญเหตุการณ์ความเครียดชีวิตในช่วงระยะเวลา 1 ปี ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมเป็นบุคคลทั่วไปซึ่งมีลักษณะจับคู่กับประชากรตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 150 ราย พบว่า มีความแตกต่างในการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยนอกและกลุ่มควบคุมได้ชัดเจนว่า ในช่วง 1 ปี ก่อนเกิดอาการผู้ป่วยจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องการการปรับพฤติกรรมในระดับสูงเพื่อให้เกิดคุ้นเคย และเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น เป็นผลทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และปฏิกิริยาของความเครียดแสดงมาในรูปของการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ส่วนการเผชิญเหตุการณ์ที่ต้องปรับพฤติกรรมระดับต่ำ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป ทำให้เกิดความเครียดเช่นกัน แต่เป็นความเครียดในระดับต่ำ ไม่มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ[53]

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive design) โดยใช้แบบทดสอบและแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ข้าราชการครูในจังหวัดยะลา

ประชากรตัวอย่าง (Sample of Population) ได้แก่ ข้าราชการครูใน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ในปีการศึกษา 2547 จำนวนทั้งสิ้น 998 คน[54]

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ข้าราชการครูใน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ในปีการศึกษา 2547 เป็นข้าราชการครูที่ให้ความร่วมมือ ไม่จำกัดเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ และศาสนา จำนวนตัวอย่าง 286 คน

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณโดยใช้สูตรยามานะ (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 [55]

$$N = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรทั้งหมดที่เป็นข้าราชการครูใน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ในปีการศึกษา 2547

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{998}{1+998(0.05)^2}$$

$$= 286$$

จากจำนวนประชากรทั้งหมด 998 คน คำนวณตัวอย่างประชากรได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 286 คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sample selection)

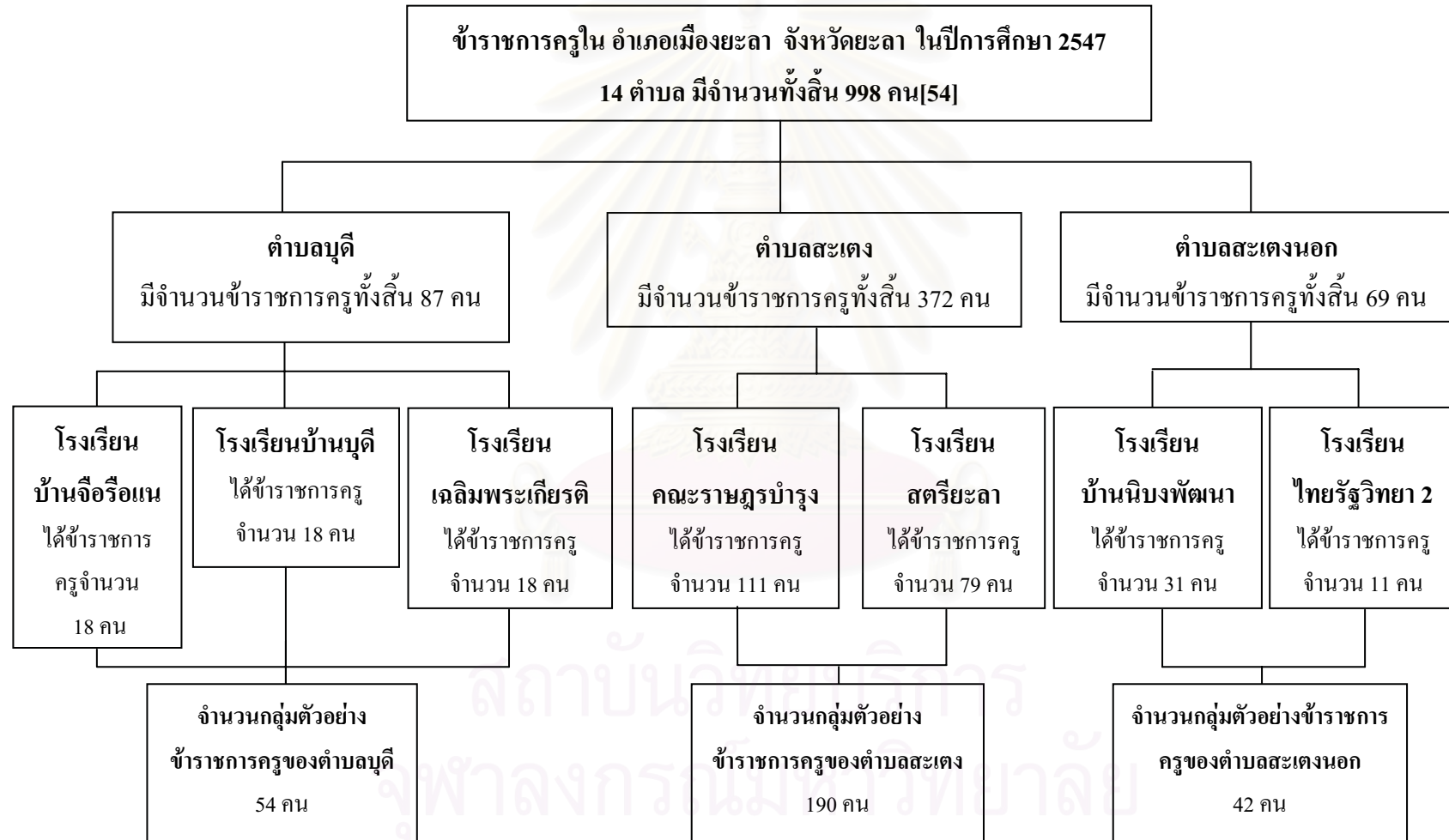
ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งหน่วยต่างๆ ในกลุ่มตัวอย่างออกเป็น พวกๆ ซึ่งในที่นี้สามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 14 ตำบล คือ ตำบลบึงนังสาเรง ตำบลบุดี ตำบลเปาะเซ้ง ตำบลยะลา ตำบลสะเตง ตำบลสะเตงนอก ตำบลท่าสาป ตำบลหน้าถ้ำ ตำบลยุโรป ตำบลตาเซะ ตำบลลำพะยา ตำบลลิคิล ตำบลลำใหม่ และตำบลพร่อน และจับฉลากขึ้นมา 3 ตำบลในการเป็นตัวแทนตำบล ซึ่งเป็นตำบลที่มีโรงเรียนที่เคยโดนผู้ก่อการร้ายเผาโรงเรียนมาก่อนรวมอยู่ด้วย ส่วนโรงเรียนอื่นๆ ที่อาจไม่ได้ถูกคุกคามโดยตรง แต่ก็ยังเป็นโรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีสถานการณ์เหตุการณ์ สะเทือนขวัญ ซึ่งมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้เช่นกัน ได้แก่ 1.ตำบลบุดี 2.ตำบลสะเตง 3.ตำบลสะเตงนอก

จากนั้นก็จับฉลากโรงเรียนที่จะมาเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างของ 3 ตำบลดังนี้ 1.ตำบลบุดี จับฉลากโรงเรียน 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านจื่อนือแร บ้านบุดี และเฉลิมพระเกียรติฯ 2.ตำบลสะเตง จับฉลากโรงเรียน 2 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนคณะราษฎรบำรุง และโรงเรียนสตรียะลา 3. ตำบลสะเตงนอก จับฉลากโรงเรียน 2 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านนิบงพัฒนา และโรงเรียนไทยรัฐวิทยา 2

แล้วจึงใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีกำกับเลขตามทะเบียนรายชื่อแล้วนำมาจับฉลากให้ได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิแสดงวิธีการสุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, ศาสนา, ภูมิลำเนา, การศึกษา, สถานภาพสมรส, ตำแหน่งปัจจุบัน, รายได้ปัจจุบัน, ปีที่เข้ารับราชการครูในจังหวัดยะลา, จำนวนครั้งที่โรงเรียนเคยถูกกลุ่มโจรคุกคาม, วิธีที่กลุ่มโจรใช้คุกคามโรงเรียน

ตอนที่ 2 แบบทดสอบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Davidson trauma scale : DTS) ซึ่งสร้างโดย J.R.T. Davidson ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ เป็น self-rating scale 5 scale ซึ่งสอดคล้องกับอาการ 17 อาการใน DSM-IV แต่ละข้อสามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้ คือ กลุ่มอาการ B เป็นกลุ่มอาการที่มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนี้อยู่ตลอด (ข้อที่ 1-4 และ 17), กลุ่มอาการ C เป็นกลุ่มอาการที่มีการหลีกเลี่ยงอยู่ตลอดต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจและตอบสนองทั่วไปแบบเหมินเฉย (ข้อที่ 5-11) และกลุ่มอาการ D เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการของภาวะตื่นตัวมากอยู่ตลอด (ข้อ 12-16) ซึ่งคะแนนแต่ละข้อมีเกณฑ์ให้คะแนน

คำตอบ	คะแนน
ไม่เคย	0
นานๆครั้ง	1
บ่อย	2
บ่อยมาก	3
สม่ำเสมอ	4

ผู้สร้างแบบสอบถามได้หาความตรงและความเชื่อมั่น Test-retest โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 353 คน ซึ่งเป็น 1 ใน 4 ของการวิจัยทางการแพทย์ คือ การศึกษาที่ 1 หญิง 78 คนที่เข้าร่วมกันการศึกษาของเหยื่อที่ถูกข่มขืน, การศึกษาที่ 2 ชาย 110 คน ที่เข้าร่วมกันการศึกษาของทหารผ่านศึก, การศึกษาที่ 3 มี 53 คนที่เข้าร่วมกันการศึกษาของเหยื่อ Hurricane Andrew และ การศึกษาที่ 4 มี 102 คนที่เข้าร่วมกันการศึกษาแบบ multicentre clinical trail ของยาด้านโรคซึมเศร้าในผู้ที่รอดชีวิตจากภัยอันตรายหลายแบบ โดยได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.86 และเมื่อเทียบความตรงระหว่าง DTS กับ CAPS จากการศึกษาในกลุ่มศึกษาที่ 1 และ 2 พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ (Correlations) = 0.78 ($p < 0.0001$) [56]

สำหรับแบบสอบถามโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Davidson trauma scale : DTS) ฉบับภาษาไทย และค่าคะแนนของแบบสอบถามโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ฉบับภาษาไทยผู้วิจัยได้อ้างอิงจากงานวิจัยของรองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ ที่ได้ทำการทดสอบแบบสอบถามเรื่องของ Davidson trauma scale เทียบกับ CAP-2 กับกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ประสภภัยสึนามิที่จังหวัดสตูล ได้คะแนน Cut of point ≥ 20 คะแนน Sensitivity เท่ากับ 100% Specificity เท่ากับ .96[57]

ตอนที่ 3 เป็นแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event) วัดเหตุการณ์ในชีวิตภายใน 1 ปีที่ผ่านมาผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของ ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ ซึ่งนำมาจาก สมจิตร์ นครพานิช สร้างโดยอาศัยแนวทางของ Holmes and Rahe และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ, ด้านครอบครัว 12 ข้อ, ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ, ด้านการทำงาน 10 ข้อและด้านสังคม 8 ข้อ โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อด้วยวิธีการของเซอร์สโตน คือ กำหนดคะแนนเป็น 1-11 คะแนน เหตุการณ์ที่รุนแรงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ที่รุนแรงมากขึ้นให้คะแนน 2,3,4,5,6,7,8,9,10 หรือ 11 ตามลำดับ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก) นำค่าคะแนนมาจัดกลุ่มเป็น สูง ปานกลาง ต่ำโดยใช้อันตรภาคชั้น(Class interval) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งคือ

อันตรภาคชั้นเท่ากับคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างหารด้วยจำนวนกลุ่ม โดยมีคะแนนสูงสุด = 109.53 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 0 คะแนน พิสัย (Range) = 109.53 คะแนน

อันตรภาคชั้นของคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต = $\frac{\text{พิสัย}}{3} = \frac{109.53}{3} = 36.51$ คะแนน

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับต่ำ คือ คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนต่ำสุด+อันตรภาคชั้น = $0-36.51$ คะแนน
- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลาง คือ คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงกว่าคะแนนต่ำสุด+อันตรภาคชั้น ถึงคะแนนต่ำสุด+2เท่าของอันตรภาคชั้น = $36.52-73.02$ คะแนน
- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง คือ คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงกว่าคะแนนต่ำสุด+2เท่าอันตรภาคชั้น ถึงคะแนนสูงสุด = $73.03-109.53$ คะแนน

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตภายในปีโดยการกำหนดคะแนนในแต่ละข้อนั้นนำแบบสอบถามที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ 8 ท่าน กำหนดคะแนนแต่ละข้อด้วยวิธีการของเซอร์สโตน คือกำหนดคะแนนเป็น 1-11 คะแนน เหตุการณ์ที่รุนแรงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ที่รุนแรงมากขึ้นให้ 2,3,4,5,6,7,8,9,10หรือ11 ตามลำดับ นำคะแนนของข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ 8 ท่าน ให้มาหาค่าเฉลี่ยซึ่งจะเป็นคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ใน

ชีวิตข้อนั้นๆ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์จำนวน 30 คน โดยการทดสอบซ้ำ (Test-Retest) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 [11]

ตอนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 85) ซึ่งสร้างโดยแบรนท์และไวเนอร์ท (Brant and Weinert) โดยอาศัยแนวคิดของไวส์ (Weiss) ผู้สร้างได้หาความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์ตรวจสอบ และหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Test-retest ในกลุ่มอายุ 30-37 ปี จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น = .93 นางชนมาศ วรรณพรศิริ นำมาแปลเป็นไทย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 โดยวิธี alpha Cronbach Coefficient แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านมีผู้ให้ความสามารถช่วยเหลือแนะนำ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 20 ข้อ และทางลบ 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อคำถามทางด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามทางด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยมากที่สุด	7	1
เห็นด้วย	6	2
ค่อนข้างจะเห็นด้วย	5	3
ไม่แน่ใจ	4	4
ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	3	5
ไม่เห็นด้วย	2	6
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	7

การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนระหว่าง 25-175 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้แอนตรภาคชั้น(Class interval) เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ซึ่งแบ่งออกเป็นระดับต่ำ ปานกลาง ระดับสูง[16] คือ

แอนตรภาคชั้นเท่ากับคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างหารด้วยจำนวนกลุ่ม โดยมีคะแนนสูงสุด = 158 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 71 คะแนน พิสัย (Range) = 87 คะแนน

แอนตรภาคชั้นของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม = $\frac{\text{พิสัย}}{3} = \frac{87}{3} = 29$ คะแนน

การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนต่ำสุด+แอนตรภาคชั้น = 71-100 คะแนน

- การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคะแนนต่ำสุด+อันตรายภาคชั้น ถึงคะแนนต่ำสุด+2เท่าของอันตรายภาคชั้น = 101-129 คะแนน
- การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคะแนนต่ำสุด+2เท่าอันตรายภาคชั้น ถึงคะแนนสูงสุด = 130-158 คะแนน

ตอนที่ 5 แบบทดสอบวัดบุคลิกภาพใช้ The Maudsley Personality Inventory (MPI) โดย H.J. Eysenck ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ ใช้แบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 2 มิติที่อิสระต่อกัน อย่างละ 24 ข้อ ดังนี้

มิติที่ 1 วัดลักษณะบุคลิกภาพชอบแสดงตัวและเก็บตัว (Extraversion-Introversion) ใช้คำย่อว่า Scale-E

มิติที่ 2 วัดลักษณะบุคลิกภาพประเภทไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism-Stability) ใช้คำย่อว่า Scale-N

1. บุคลิกภาพที่ชอบแสดงตัว (Extrovert) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-E มากกว่าหรือเท่ากับกลุ่มมาตรฐาน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะการแสดงออกที่มี อารมณ์ ไม่ตรี ชอบสังคม เป็นต้น
2. บุคลิกภาพที่ชอบเก็บตัว (Introvert) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-E ต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะเงียบเฉย ชอบเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม เป็นต้น
3. บุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neurotic) คือ บุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-N มากกว่าหรือเท่ากับกลุ่มมาตรฐาน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะ อารมณ์รุนแรง อ่อนไหวง่าย เป็นต้น
4. บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stable) คือ บุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-N ต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะที่มีสุขภาพจิตดี คือมีสภาพอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำดี ปรับตัวอยู่ในสภาพแวดล้อมได้ดี

การตรวจให้คะแนนเป็นไปตามคู่มือที่กำหนดไว้ในแต่ละ scale คือถ้าผู้ตอบตรงกับ scale ใด scale หนึ่ง ในแต่ละข้อลงในช่อง “ใช่”, “ไม่ใช่” จะได้ข้อละ 2,0 คะแนนตามลำดับ แต่ถ้าตอบในช่อง “?” จะได้ข้อละ 1 คะแนน และทั้งฉบับถ้าผู้ใดตอบลงในช่อง “?” นี้มากกว่า 10 ข้อ ถือว่าคำตอบในฉบับนั้นไม่สามารถนำมาประเมินผลได้

คะแนนของแบบทดสอบ MPI ในแต่ละ scale จะมีค่าสูงสุด 48 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนในแต่ละ scale ของแต่ละคนแล้ว นำคะแนนนั้นมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มมาตรฐาน ในแต่ละ scale ก็จะสามารถประเมินบุคลิกภาพของคนๆนั้นได้[58]

การหาค่าความตรง (Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

Bending ได้หาค่าความตรงของแบบทดสอบ (Validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า ใน scale วัดด้านแสดงตัว-เก็บตัว มีค่าความตรง = 0.64-0.78 [19]

ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการทดสอบ Test-retest กับกลุ่มนักเรียนนายเรืออากาศ จำนวน 59 นาย ได้ค่าความเที่ยงของ Scale-E = 0.91 และ Scale-N = 0.90 [59]

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ในการทำวิจัย เรื่อง “ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา” ถึงโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 โรงเรียน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 โรงเรียน ตั้งแต่วันที่ 13 ธันวาคม 2547 – 19 มกราคม 2548 โดยได้รับความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่บริหารงานธุรการ 6 ของสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดยะลา และเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดแล้วก็ส่งกลับมาให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์
3. นำเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบทดสอบบุคลิกภาพ ให้ข้าราชการครูกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง หากมีข้อสงสัยประการใด ก็สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาข้อมูล เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ chi-square, t-test , One Way Analysis of Variance และ Multiple regression

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1) ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย

- เพศ
- อายุ
- ศาสนา
- ภูมิลำเนา
- การศึกษา
- สถานภาพสมรส
- ตำแหน่งปัจจุบัน
- รายได้ปัจจุบันต่อเดือน
- ปีที่เข้ารับราชการครูในจังหวัดยะลา
- จำนวนครั้งที่โรงเรียนเคยถูกกลุ่มโจรคุกคาม
- วิธีที่กลุ่มโจรใช้คุกคามโรงเรียน

1.2) ปัจจัยทางจิตสังคมประกอบด้วย

- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
- การสนับสนุนทางสังคม
- ลักษณะบุคลิกภาพ

ส่วนที่ 2 ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู

อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

3.1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู

อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

3.2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม

3.3) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม

3.4) ปัจจัยทำนายโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1) ข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร วิธีที่ถูกคุกคามจากกลุ่มโจร ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร วิธีที่ถูกคุกคามจากกลุ่มโจร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	N =286	
• ข้อมูลทั่วไป		
เพศ		
ชาย	81	28.3
หญิง	205	71.7
อายุ		
น้อยกว่า 31 ปี	43	15
31-45 ปี	138	48.3
46-60 ปี	105	36.7
(\bar{X} = 41.33, S.D. = 9.117, Min = 22 , Max = 58)		

ตาราง 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร วิธีที่ถูกคุกคามจากกลุ่มโจร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	N =286	
ศาสนา		
พุทธ	211	73.8
คริสต์	2	0.7
อิสลาม	73	25.5
ภูมิภาคเพิ่มเติม		
ยะลา	151	52.9
นราธิวาส	34	11.9
สงขลา	25	8.8
นครศรีธรรมราช	20	7.0
ตรัง	5	1.8
ปัตตานี	33	11.5
พัทลุง	9	3.2
ภูเก็ต	1	0.3
สุราษฎร์ธานี	1	0.3
อุบลราชธานี	1	0.3
สตูล	2	0.8
เพชรบุรี	1	0.3
ราชบุรี	1	0.3
ลพบุรี	1	0.3
กรุงเทพมหานคร	1	0.3
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	4	1.4
ปริญญาตรี	271	94.8
ปริญญาโท	11	3.8

ตาราง 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร วิธีที่ถูกคุกคามจากกลุ่มโจร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
N =286		
สถานภาพสมรส		
โสด	64	22.4
สมรสและอยู่ด้วยกัน	197	68.9
สมรสแต่แยกกันอยู่ / หย่า / หม้าย	25	8.7
ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน		
อาจารย์ 1 ระดับ 3	38	13.3
อาจารย์ 1 ระดับ 4	16	5.6
อาจารย์ 1 ระดับ 5	43	15.0
อาจารย์ 1 ระดับ 6	6	2.1
อาจารย์ 2 ระดับ 6	23	8.0
อาจารย์ 2 ระดับ 7	156	54.5
อาจารย์ 3 ระดับ 7	1	0.4
อาจารย์ 3 ระดับ 8	2	0.7
อาจารย์ 3 ระดับ 9	1	0.4
รายได้ปัจจุบันต่อเดือน		
น้อยกว่า 10000 บาท	54	18.9
10000-19999 บาท	121	42.3
20000-29999 บาท	97	33.9
30000 บาทขึ้นไป	14	4.9
(\bar{X} = 17143.60, S.D. = 8059.68, Min = 5260 , Max = 71100)		
ปีพ.ศ.ที่เข้ารับราชการ		
พ.ศ. 2510-2530	94	32.9
พ.ศ. 2531-2540	106	37.0
พ.ศ. 2541 เป็นต้นไป	86	30.1

ตาราง 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร วิธีที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
N =286		
● จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร		
ไม่เคย	266	93.0
เคย 1 ครั้ง	6	2.1
เคย 2 ครั้ง	14	4.9
กรณีโรงเรียนเคยถูกคุกคามจากกลุ่มโจร		
● วิธีที่โจรคุกคาม		
ลอบวางเพลิง	20	90.9
เรียกค่าคุ้มครอง	2	9.1

จากตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี ร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.8 ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดยะลา ร้อยละ 52.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.8 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.9 ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ เป็นอาจารย์ 2 ระดับ 7 ร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่รายได้ปัจจุบันต่อเดือน 10000-19999 บาท ร้อยละ 42.3 ปี พ.ศ.ที่เข้ารับราชการ 2531-2540 ร้อยละ 37.1 จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามส่วนใหญ่ ไม่เคย ร้อยละ 93.0 และวิธีที่โจรคุกคามส่วนใหญ่ลอบวางเพลิง ร้อยละ 90.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2) ปัจจัยทางจิตสังคม

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคม จำแนกเป็นเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะบุคลิกภาพ

ปัจจัยทางจิตสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
N = 286		
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต		
ระดับต่ำ (0-36.51 คะแนน)	233	81.5
ระดับปานกลาง (36.52-73.02 คะแนน)	44	15.4
ระดับสูง (73.03-109.53 คะแนน)	9	3.1
ค่าเฉลี่ย = 22.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 20.60 คะแนนต่ำสุด = 0		
คะแนนสูงสุด = 109.53 พิสัย = 109.53 อันตรภาคชั้น = 36.51		
การสนับสนุนทางสังคม		
ระดับต่ำ (71-100 คะแนน)	13	4.6
ระดับปานกลาง (101-129 คะแนน)	170	59.4
ระดับสูง (130-158 คะแนน)	103	36
ค่าเฉลี่ย = 125.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.88 คะแนนต่ำสุด = 71		
คะแนนสูงสุด = 158 พิสัย = 87 อันตรภาคชั้น = 29		
ลักษณะบุคลิกภาพ		
<u>ลักษณะบุคลิกภาพ(Scale E)</u>		
บุคลิกภาพชอบเก็บตัว	139	48.6
บุคลิกภาพชอบแสดงตัว	147	51.4
ค่าเฉลี่ย = 27.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.62 คะแนนต่ำสุด = 10		
คะแนนสูงสุด = 42		
<u>ลักษณะบุคลิกภาพ(Scale N)</u>		
บุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์	149	52.1
บุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์	137	47.9
ค่าเฉลี่ย = 18.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.5 คะแนนต่ำสุด = 1		
คะแนนสูงสุด = 42		

จากตาราง 2 พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.5 รองลงมาเป็นเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 15.4 และ 3.1 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 36 และ 4.5 ตามลำดับ

ลักษณะบุคลิกภาพ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีบุคลิกภาพ Scale E ชอบแสดงตัว ร้อยละ 51.4 และบุคลิกภาพชอบเก็บตัว ร้อยละ 48.6 ส่วนบุคลิกภาพ(Scale N) พบว่า มีบุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 52.1 และบุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 47.9

ส่วนที่ 2 ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ตาราง 3 ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	N =286	
ไม่มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	94	32.9
มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	192	67.1
รวม	286	100.00

จากตาราง 3 ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 67.1 และไม่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 32.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู
อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

3.1) ปัจจัยที่มีผลต่อโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร เหตุการณ์
ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะบุคลิกภาพ
กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีอาการ		มีอาการ		χ^2	df	P-value
	โรคเครียดภายหลัง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ		โรคเครียดภายหลัง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ				
	(94คน)		(192คน)				
	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)			
• ข้อมูลทั่วไป							
เพศ					.030	1	.862
ชาย	26	(27.7)	55	(28.6)			
หญิง	68	(72.3)	137	(71.4)			
อายุ					1.892	2	.388
น้อยกว่า 31 ปี	15	(16.0)	28	(14.6)			
31-45 ปี	40	(42.6)	98	(51.0)			
46-60 ปี	39	(41.4)	66	(34.4)			
ศาสนา					3.834	2	.147
พุทธ	64	(68.1)	147	(76.6)			
คริสต์	0	(0)	2	(1.0)			
อิสลาม	30	(31.9)	43	(22.4)			

ตาราง 4(ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม และ ลักษณะบุคลิกภาพกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีอาการ		มีอาการ		χ^2	df	P-value
	โรคเครียดภายหลัง		โรคเครียดภายหลัง				
	เหตุการณ์สะเทือนขวัญ		เหตุการณ์สะเทือนขวัญ				
	(94คน)	(192คน)					
	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)			
ภูมิลำเนาเดิม					.009	1	.926
ยะลา	50	(53.2)	101	(52.6)			
อื่นๆ	44	(46.8)	91	(47.4)			
ระดับการศึกษา					.921	2	.631
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	(1.1)	3	(1.6)			
ปริญญาตรี	88	(93.6)	183	(95.3)			
ปริญญาโท	5	(5.3)	6	(3.1)			
สถานภาพสมรส					.555	2	.758
โสด	23	(24.5)	41	(21.3)			
สมรสและอยู่ด้วยกัน	64	(68.1)	133	(69.3)			
สมรสแต่แยกกันอยู่ /หย่า / หม้าย	7	(7.4)	18	(9.4)			
ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน					3.990	2	.136
อาจารย์ 1	30	(31.9)	73	(38.0)			
อาจารย์ 2	61	(64.9)	118	(61.5)			
อาจารย์ 3	3	(3.2)	1	(0.5)			

ตาราง 4(ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม และ ลักษณะบุคลิกภาพกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีอาการ โรคเครียดภายหลัง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (94คน)		มีอาการ โรคเครียดภายหลัง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (192คน)		χ^2	df	P-value
	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)			
รายได้ปัจจุบันต่อเดือน					4.146	3	.246
น้อยกว่า 10000 บาท	17	(18.1)	37	(19.3)			
10000-19999 บาท	33	(35.1)	88	(45.8)			
20000-29999 บาท	38	(40.4)	59	(30.7)			
30000 บาทขึ้นไป	6	(6.4)	8	(4.2)			
ปีพ.ศ.ที่เข้ารับราชการ					.587	2	.746
พ.ศ. 2510-2530	33	(35.1)	61	(31.8)			
พ.ศ. 2531-2540	32	(34.0)	74	(38.5)			
พ.ศ. 2541 เป็นต้นไป	29	(30.9)	57	(29.7)			
จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร					.918	2	.632
ไม่เคย	87	(92.6)	179	(93.2)			
เคย 1 ครั้ง	3	(3.2)	3	(1.6)			
เคย 2 ครั้ง	4	(4.2)	10	(5.2)			

ตาราง 4(ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม และ ลักษณะบุคลิกภาพกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ปัจจัยทางจิตสังคม	ไม่มีอาการ โรคเครียดภายหลัง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (94คน)		มีอาการ โรคเครียดภายหลัง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (192คน)		χ^2	df	P-value
	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)			
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต					9.391	2	.009*
ระดับต่ำ	86	(91.5)	147	(76.6)			
ระดับปานกลาง	7	(7.4)	37	(19.3)			
ระดับสูง	1	(1.1)	8	(4.2)			
การสนับสนุนทางสังคม					2.765	2	.251
ระดับต่ำ	7	(7.4)	6	(3.1)			
ระดับปานกลาง	55	(58.5)	115	(59.9)			
ระดับสูง	32	(34.0)	71	(37.0)			
ลักษณะบุคลิกภาพ							
<u>ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E)</u>					2.050	1	.152
บุคลิกภาพชอบ	40	(42.6)	99	(51.6)			
เก็บตัว							
บุคลิกภาพชอบ	54	(57.4)	93	(48.4)			
แสดงตัว							
<u>ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N)</u>					2.116	1	.146
บุคลิกภาพที่มีความ มั่นคงทางอารมณ์	56	(61.7)	93	(47.4)			
บุคลิกภาพที่ไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์	38	(38.3)	99	(52.6)			

* P < .05

จากตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปพบว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.4 มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี ร้อยละ 51.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.6 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดยะลา ร้อยละ 52.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 95.3 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.3 ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน อาจารย์ 2 ร้อยละ 61.5 รายได้ปัจจุบันต่อเดือน 10000-19999 บาท ร้อยละ 45.8 ปีพ.ศ.ที่เข้ารับราชการ พ.ศ.2531-2540 ร้อยละ 38.5 จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร ไม่เคย ร้อยละ 93.2 และปัจจัยทางจิตสังคม พบว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.6 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.9 มีลักษณะบุคลิกภาพชอบเก็บตัว ร้อยละ 51.6 และมีลักษณะบุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 52.6

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยทางจิตสังคมด้วยสถิติ Chi-Square พบว่าโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคม 1 ปัจจัย ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคม จำแนกเป็นเหตุการณ์
ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะบุคลิกภาพ
ของข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่มีอาการและมีอาการโรคเครียด
ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ปัจจัยทางจิตสังคม	ไม่มีอาการ		มีอาการ		T-value	df	P-value
	โรคเครียดภายหลัง		โรคเครียด				
	เหตุการณ์		ภายหลัง				
	สะเทือนขวัญ		เหตุการณ์				
	(94คน)		(192คน)				
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
เหตุการณ์ความเครียด ในชีวิต	16.05	15.90	25.14	21.97	-3.985	284	.000***
การสนับสนุนทาง สังคม	123.27	16.20	126.11	12.53	-1.496	284	.104
ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E)	28.32	5.50	26.95	5.64	1.947	284	.052
ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N)	16.71	9.43	19.55	9.42	-2.394	284	.017*

* $P < .05$ *** $P < .001$

จากตาราง 5 พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่มีอาการ โรคเครียด ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา เฉลี่ย 16.05 ซึ่งต่ำกว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ ที่มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา เฉลี่ย 25.14 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ ส่วนข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีคะแนนลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) เฉลี่ย 16.71 ซึ่งต่ำ กว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือน ขวัญ มีคะแนนลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) เฉลี่ย 19.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

3.2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม

ถ้าตัวแปรที่มี 2 กลุ่มใช้ t-test (จากตาราง 6) ถ้าตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มใช้ One-way ANOVA (จากตาราง 7) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe's Method (จากตาราง 8 และ 9)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 6 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม ที่ต่างกันของข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โดยทดสอบค่าที (t-test)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	P
	N =286	โรคเครียด			
		ภายหลัง			
		เหตุการณ์			
		สะเทือนขวัญ			
• ข้อมูลทั่วไป					
เพศ					
ชาย	81	25.53	12.24	-.211	.833
หญิง	205	25.88	12.67		
ภูมิลำเนาเดิม					
ยะลา	151	25.86	12.83	.116	.908
อื่นๆ	135	25.69	12.23		
• วิธีที่โจรคุกคาม					
ลอบวางเพลิง					
ไม่เคย	266	25.87	.78	.454	.650
เคย	20	24.55	2.46		
เรียกค่าคุ้มครอง					
ไม่เคย	284	25.79	12.53	.201	.841
เคย	2	24.00	16.97		

ตาราง 6 (ต่อ) แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์
สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม ที่ต่างกันของข้าราชการครู
อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โดยทดสอบค่าที (t-test)

ปัจจัยทางจิตสังคม	จำนวน (คน) N=286	ค่าเฉลี่ย โรคเครียด ภายหลัง เหตุการณ์ สะเทือนขวัญ	S.D.	t	P
<u>ลักษณะบุคลิกภาพ</u>					
<u>(Scale E)</u>					
บุคลิกภาพชอบ เก็บตัว	139	26.93	12.09	1.510	.132
บุคลิกภาพชอบ แสดงตัว	147	24.69	12.88		
<u>ลักษณะบุคลิกภาพ</u>					
<u>(Scale N)</u>					
บุคลิกภาพแบบ ที่มีความมั่นคงทาง อารมณ์	159	23.66	11.98	-3.254	.001***
บุคลิกภาพแบบที่ ไม่มีความมั่นคงทาง อารมณ์	127	28.43	12.78		

*** P < .01

จากตาราง 6 พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ย
ของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สูงกว่า เพศชาย แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทาง
สถิติ

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่จังหวัดยะลา และจังหวัด
อื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ใกล้เคียงกัน และความแตกต่าง
ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่เคยถูกกลุ่มโจรคุกคามโรงเรียนด้วยวิธีลอบวางเพลิง มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สูงกว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่เคยถูกกลุ่มโจรคุกคามโรงเรียนด้วยวิธีลอบวางเพลิง แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่เคยถูกกลุ่มโจรคุกคามโรงเรียนด้วยวิธีเรียกค่าคุ้มครอง มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สูงกว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่เคยถูกกลุ่มโจรคุกคามโรงเรียนด้วยวิธีเรียกค่าคุ้มครอง แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพชอบเก็บตัว มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สูงกว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพชอบแสดงตัว แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีลักษณะบุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ โดยพบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สูงกว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์

ตาราง 7 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโรค
 เครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม ที่ต่าง
 กันของข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N=286	ค่าเฉลี่ย โรคเครียด ภายหลัง เหตุการณ์ สะเทือนขวัญ	S.D.	F	P
• ข้อมูลทั่วไป					
อายุ					
น้อยกว่า 31 ปี	43	24.88	11.91	.930	.396
31-45 ปี	138	26.83	12.48		
46-60 ปี	105	24.77	12.86		
ศาสนา					
พุทธ	211	26.50	12.70	1.793	.168
คริสต์	2	32.00	4.24		
อิสลาม	73	23.52	11.97		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	4	24.25	8.42	.373	.689
ปริญญาตรี	271	25.93	12.51		
ปริญญาโท	11	22.73	14.71		
สถานภาพสมรส					
โสด	64	25.34	12.55	.066	.936
สมรสและอยู่ด้วยกัน	197	25.96	12.61		
สมรสแต่แยกกันอยู่/ หย่า / หม้าย	25	25.48	12.29		

ตาราง 7 (ต่อ)แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมที่ต่างกันของข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	F	P
	N =286	โรคเครียด ภายหลัง เหตุการณ์ สะเทือนขวัญ			
ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน					
อาจารย์ 1	103	26.50	11.746	.609	.544
อาจารย์ 2	179	25.49	13.031		
อาจารย์ 3	4	20.25	9.394		
รายได้ปัจจุบันต่อเดือน					
น้อยกว่า 10000 บาท	54	25.17	10.71	1.398	.244
10000-19999 บาท	121	27.46	12.66		
20000-29999 บาท	97	24.44	13.37		
30000 บาทขึ้นไป	14	22.86	11.24		
ปีพ.ศ.ที่เข้ารับราชการ					
พ.ศ. 2510-2530	97	25.03	12.11	.529	.590
พ.ศ. 2531-2540	103	25.55	12.86		
พ.ศ. 2541 เป็นต้นไป	86	26.90	12.67		
● จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร					
ไม่เคย	266	25.87	12.65	.108	.897
เคย 1 ครั้ง	6	25.00	13.04		
เคย 2 ครั้ง	14	24.36	10.54		

ตาราง 7 (ต่อ)แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม ที่ต่างกันของข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โดยใช้วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยทางจิตสังคม	จำนวน (คน) N =286	ค่าเฉลี่ย โรคเครียด ภายหลัง เหตุการณ์ สะเทือนขวัญ	S.D.	F	P
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต					
ระดับต่ำ	233	24.21	12.12	11.436	.000***
ระดับปานกลาง	44	31.75	11.62		
ระดับสูง	9	37.33	13.89		
การสนับสนุนทางสังคม					
ระดับต่ำ	13	16.92	9.38	3.506	.031*
ระดับปานกลาง	170	26.38	12.84		
ระดับสูง	103	25.91	12.02		

* P < .05 *** P < .001

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 8 แสดงการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญระหว่างข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	ค่าเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	24.21		-7.54*	-13.13*
ปานกลาง	31.75	7.54*		-5.58
สูง	37.33	13.13*	5.58	

ตาราง 9 แสดงการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญระหว่างข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	16.92		-9.45*	-8.99*
ปานกลาง	26.38	9.45*		.46
สูง	25.91	8.99	-4.6	

จากตาราง 7, 8 และ 9 พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ (จากตาราง 7 ต่อ) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงที่สุด ส่วนข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์

ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่ำสุด (จากตาราง 8)

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ (จากตาราง 7 ต่อ) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงที่สุด ส่วนข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่ำสุด (จากตาราง 9)

3.3) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม

ตาราง 10 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยทางจิตสังคม กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ความสัมพันธ์ (γ)	P-value
● ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-.004	.941
รายได้ปัจจุบันต่อเดือน	-.079	.184
● ปัจจัยทางจิตสังคม		
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.350	.000***
การสนับสนุนทางสังคม	.097	.100
ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E)	-.139	.019*
ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N)	.245	.000***

* $P < .05$ *** $P < .001$

จากตาราง 10 พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ ลักษณะบุคลิกภาพ ขอบแสดงตัว (Scale E) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ และลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

3.4) ปัจจัยทำนายโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญของข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

ลำดับตัวแปร	R	R ²	B	T	Sig.
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.350	.123	.186	5.396	.000***
ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N)	.383	.147	.211	2.834	.005**
ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E)	.405	.164	-.291	-2.399	.017*
Constant	25.714			6.956	.000***

* $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$

จากตาราง 11 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) และลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปร มีผลต่อโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001, .05, .01$ ตามลำดับ โดยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 12.3 เมื่อเพิ่มตัวแปรลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) สามารถพยากรณ์การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 14.7 และเมื่อเพิ่มตัวแปรลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) สามารถพยากรณ์การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 16.4 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 286 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Davidson trauma scale : DTS) แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 85) และแบบทดสอบวัดบุคลิกภาพ The Maudsley Personality Inventory (MPI) โดยสามารถสรุปผลได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี ร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.8 ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดยะลา ร้อยละ 52.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.8 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.9 ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ เป็นอาจารย์ 2 ระดับ 7 ร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่รายได้ปัจจุบันต่อเดือน 10000-19999 บาท ร้อยละ 42.3 ปีพ.ศ.ที่เข้ารับราชการ 2531-2540 ร้อยละ 37.0 จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามส่วนใหญ่ ไม่เคย ร้อยละ 93.0

2. ปัจจัยทางจิตสังคม

2.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.5 รองลงมาเป็นเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 15.4 และ 3.1ตามลำดับ

2.2 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 36 และ 4.5 ตามลำดับ

2.3 ลักษณะบุคลิกภาพ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) พบว่า มีบุคลิกภาพชอบแสดงตัว ร้อยละ 51.4 และบุคลิกภาพชอบเก็บตัว ร้อยละ 48.6 ส่วนลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) พบว่า มีบุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 52.1 และบุคลิกภาพแบบแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 47.9

3. ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 67.1 และไม่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 32.9

4. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม พบว่าโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคม 1 ปัจจัย ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา เฉลี่ย 16.05 ซึ่งต่ำกว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ที่มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา เฉลี่ย 25.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ ส่วนข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีคะแนนลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) เฉลี่ย 16.71 ซึ่งต่ำกว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ที่มีคะแนนลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) เฉลี่ย 19.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีลักษณะบุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ โดยพบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สูงกว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงที่สุด ส่วนข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่ำสุด

ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงที่สุด ส่วนข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่ำสุด

6. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่าลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

7. ปัจจัยทำนายโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, ลักษณะบุคลิกภาพ(Scale E) และลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) มีผลต่อโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001, .05, .01$ ตามลำดับ โดยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 12.3 เมื่อเพิ่มตัวแปรเมื่อเพิ่มตัวแปรลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) สามารถพยากรณ์การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 14.7 และเมื่อเพิ่มตัวแปรลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) สามารถพยากรณ์การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 16.4 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.7 มีอายุระหว่าง 31-45 ปี ร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.8 ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดยะลา ร้อยละ 52.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.8 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.9 ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ เป็นอาจารย์ 2 ระดับ 7 ร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่รายได้ปัจจุบันต่อเดือน 10000-19999 บาท ร้อยละ 42.3 ปี.ศ.ที่เข้ารับราชการ 2531-2540 ร้อยละ 36.0 จำนวนครั้งที่โรงเรียนถูกคุกคามส่วนใหญ่ ไม่เคย ร้อยละ 93.0 สอดคล้องกับ สุกุลลักษณ์ เกื้อวรกุลชัย ศึกษาสภาวะสุขภาพจิตของครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้าย จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.29 สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 72.29 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 76.86 [23]

2. ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 67.1 และไม่มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 32.9 ซึ่งมีความชุกใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Hull AM et al พบความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 73 ของผู้ที่รอดชีวิตจากการระเบิดและไฟไหม้ในเหตุการณ์ Piper Alpha oil rig disaster ปี 1988 [60] งานวิจัยของ Thomas A. Grieger et al พบว่าพนักงานของ Pentagon ที่เผชิญกับศพและเป็นผู้ให้คำปรึกษากับผู้สูญเสียจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญหลังเหตุการณ์ก่อการร้ายเมื่อ 11 กันยายน ค.ศ. 2001 อย่างน้อยครั้งหนึ่งใน 2 ปีหลังเหตุการณ์ก่อการร้ายเมื่อ 11 กันยายน ค.ศ.2001 อาจพบว่าเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 70 [61] ขณะที่ Helzer และคณะ ที่ศึกษาในประชากรทั่วไป โดยใช้แบบสำรวจความผิดปกติสำหรับบุคคลทั่วไป พบว่าในประชากรทั่วไปมีความชุกช่วงชีวิตของโรค PTSD ตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึง ร้อยละ 12.3 หญิงเป็นมากกว่าชาย[25] และในกลุ่มผู้หญิงที่ถูกข่มขืนจะพบ ร้อยละ 48.4 [28] ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีความแตกต่างกันไปตามชนิดของเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น โดยบุคคลที่เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงและมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มักจะลังเลที่จะบอกเล่าประสบการณ์หรือความรู้สึกเหล่านั้น เพราะไม่อยากจะสัมผัสกับปัญหาและความอ่อนแอของตน

และจากเหตุการณ์ความไม่สงบของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่ใช่คนในพื้นที่เท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อคนไทยทุกคน ซึ่งเห็นได้จากรายงานสุขภาพคนไทย 2549 มีการรายงาน 10 สถานการณ์เด่นที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อคนไทยโดยรวม เรียงตามลำดับความรุนแรงของ

ปัญหา โดยพบว่าสถานการณ์ไฟใต้เป็นอันดับ 1 ที่กระทบคนไทยมากที่สุด จะเห็นว่าปี 2548 มีความรุนแรงเกิดขึ้นมากกว่าปี 2547 ปี 2547 มีคดีด้านความมั่นคงเกิดขึ้น 975 ส่วนปี 2548 เกิดขึ้น 1,455 ครั้ง นอกจากนี้จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บยังเพิ่มมากขึ้น โดยปี 2547 มีคนตาย 389 คน ส่วนปี 2548 เพิ่มเป็น 564 คนและผู้บาดเจ็บปี 2547 มี 601 คน และเพิ่มสูงถึง 1,103 คน ทหารบาดเจ็บมากขึ้น และประชาชนทั้งบาดเจ็บและตายมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ข้าราชการครูขอย้ายออกจากพื้นที่ประมาณ 2,700 คน[62] เพราะครูต้องอยู่กันอย่างหวาดผวา ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวลตามมา ซึ่งเห็นได้จากการสุ่มตัวอย่างสอบถามประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 510 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2547 ของพ.ญ.เพชรดาว โต้ะมีนา ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 รับผิดชอบดูแลพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบผู้ป่วยมีปัญหสุขภาพจิตที่มีสาเหตุจากความกังวล ความเครียดจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ โดยแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้วิตกกังวลทั่วไป กลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเครียดรุนแรง ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดนี้พบมากที่สุดที่ จ.ยะลา โดยมีผู้ป่วยอาการเครียดรุนแรงสูงถึง 20.2 เปอร์เซนต์ กลุ่มผู้วิตกกังวลทั่วไป 8.1 เปอร์เซนต์ และกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า 7.1 เปอร์เซนต์[63]

จากเหตุการณ์ความไม่สงบที่รุนแรงขึ้นทุกวันมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตต่อครูอย่างมาก ดังนั้นสุขภาพจิตครูเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะครูเป็นแม่พิมพ์ของชาติ ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อครูเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อนักเรียนอีกด้วย เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบทำให้ต้องหยุดการเรียนการสอน นักเรียนจึงขาดโอกาสเรียนได้อย่างเต็มที่ และอาจสูญเสียโอกาสในการศึกษาต่อไป

3. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แต่จากการวิจัยนี้พบว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Helzer และคณะ (1987) ที่ศึกษาในประชากรทั่วไป โดยใช้แบบสำรวจความผิดปกติสำหรับบุคคลทั่วไป พบว่าหญิงเป็นมากกว่าชาย[25] Breslau และคณะ ที่ศึกษาในประชากรเมืองวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าเพศหญิงที่เผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีโอกาสเป็นโรค PTSD มากกว่าเพศชาย[27] Kessler และคณะ ที่ศึกษาในประชากรทั่วไปชาวอเมริกา ใช้แบบสัมภาษณ์ substantially revised version ของ DIS พบว่าเพศหญิง มีเพศหญิงเป็นโรค PTSD มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 10.4 และ 5 ตามลำดับ[28] Cardozo และคณะ พบว่าเพศหญิง และเพศชายใน Kosovo ในปี 1999 มีเพศหญิงเป็นโรค PTSD มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 19.7 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ[30] Davidson JR. ศึกษาเรื่อง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ: กับโรค posttraumatic stress disorder พบว่าเพศชายมากกว่าร้อยละ 60 และเพศหญิงร้อยละ 51 เผชิญ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต และ พบว่าความชุกเป็นโรค posttraumatic stress disorder เพศชายร้อยละ 8 เพศหญิงร้อยละ 20 ซึ่งให้เห็นว่า เพศหญิงเสี่ยงต่อการเป็นโรค[43] Van Bruggen และคณะ ได้ศึกษาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการTrauma พบว่าชายเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 2 ครั้งขึ้นไป มากกว่าหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 64 และ 52 ตามลำดับ แต่ผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรค PTSD มากกว่าชาย คิดเป็นร้อยละ 7.8 และ 3.2 ตามลำดับ[33] และ Sadock และ Sadock เปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงกับเพศชายแล้ว พบว่าผู้หญิงจะมีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 10-12 ขณะที่ผู้ชายจะมีความชุกชั่วชีวิตเพียงร้อยละ 5-6 [36]

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรค PTSD มากกว่าชาย ซึ่งน่าจะมาจากสาเหตุ ด้านชีวภาพ เช่น ฮอโมนเพศ ทำให้เพศหญิง มีปฏิกิริยาต่างๆ ทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ มากกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีโอกาสเป็นเหยื่อหรือเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้มากกว่าชาย อีกทั้งเมื่อพิจารณาในด้านความรับผิดชอบ เพศหญิงในปัจจุบันมักมีความรับผิดชอบทั้งด้านอาชีพ การงาน และยังคงแบกรับภาระการดูแลความเป็นอยู่ในครอบครัวด้วย จึงทำให้เพศหญิงเกิดความเครียด และนำไปสู่โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้มากกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีจำนวนเพศหญิงแตกต่างกับเพศชายมาก และอยู่ในวัยใกล้เคียงกัน มีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน การปรับตัว ปฏิบัติการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดจึงไม่แตกต่างกัน

อายุ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เพราะโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสามารถเกิดได้กับทุกวัย และการศึกษาในครั้งนี้ช่วงอายุมีความใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน ทำให้มีการปรับตัวที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Roca, Spence, and Munster ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ไฟไหม้ 43 คนพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[44] แต่ไม่สอดคล้องกับ Perry และคณะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ไฟไหม้อย่างรุนแรง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยอายุน้อยจะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูง[45] และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร โอตระกูล และคณะ พบว่าถ้าอายุมากขึ้นจะมีปฏิกิริยาแสดงสูงกว่าผู้มีอายุน้อย[34] ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุไม่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นกลุ่มที่โอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่สำหรับงานวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี เป็นเพราะเป็นช่วงอายุที่มีความรับผิดชอบสูงขึ้นในหน้าที่การงาน และมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อหน้าที่การงานที่สูงขึ้นสร้างความมั่นคงให้อนาคต อีกทั้งเป็นช่วงที่เพิ่งมีชีวิตครอบครัว มีบุตรต้องรับผิดชอบครอบครัวและปรับตัวมากขึ้น และเหตุการณ์การก่อความ

ไม่สงบยิ่งทำให้ไม่สามารถที่จะใช้ชีวิตให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างเต็มที่ จึงทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

ศาสนา พบว่าศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งแพทย์หญิงนงพงา ลิ้มสุวรรณ ได้กล่าวว่าปกติแล้วคนที่มีความเชื่อทางศาสนาจะฟื้นเร็วกว่าเช่น คนอิสลามถือว่ามีพระเจ้ามารับตัวไป ไม่ถือว่าเป็นเรื่องเลวร้าย เดียวก็ตามไปที่หลังได้ พระเจ้าให้ชีวิตมาตายก็ไปอยู่กับพระเจ้า ส่วนคนพุทธถือเป็นเรื่องบุญกรรม การเวียนว่ายตายเกิด[64] ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือพุทธ มีส่วนน้อยมากที่ตอบคริสต์และอิสลาม

ภูมิลำเนา พบว่าภูมิลำเนาไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แต่พบว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดยะลา อาจเป็นเพราะมีความเครียดสูงกว่าเนื่องจากเป็นพื้นที่บ้านเกิดไม่ทราบว่าจะไปไหนดี และมีความผูกพันไม่อยากจากบ้านไปไหน

ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kessler และคณะ [28] และงานวิจัยของ Breslau และคณะ (1997) [65] พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Breslau และคณะ พบว่าผู้ที่ระดับการศึกษาต่ำมีโอกาสเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงกว่าผู้ที่ระดับการศึกษาสูง[27] แต่การศึกษาคั้งนี้ศึกษาในข้าราชการครูระดับการศึกษามีระดับการศึกษาใกล้เคียงกันการปรับตัว ปฏิบัติการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดจึงไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kessler และคณะ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่แต่งงานเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงกว่าผู้ที่โสด[28] และเช่นเดียวกับ Perry และคณะ พบว่าผู้ที่แต่งงานเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[45] และงานวิจัยครั้งนี้ก็พบว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีการครบถ้วนแล้วต้องเผชิญกับความเครียด

มากกว่าผู้ที่ไม่มีครอบครัว เพราะนอกจากความหวาดกลัวของตัวเองแล้วยังจะต้องคอยเป็นห่วงและดูแลบุคคลในครอบครัวให้ปลอดภัยด้วย ความเครียดจึงเพิ่มเป็นทวีคูณ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับปัจจัยจิตสังคม

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Engdahl และคณะ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยปกป้องโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเขตสงคราม[46] งานวิจัยของ Miller และคณะ พบว่าการสังคมที่โดดเด่นมีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ลี้ภัยชาวบอสเนีย[47] เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสังคมที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ดี แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Green และ Berlin ศึกษาในผู้ขายทหารผ่านศึกเวียดนาม พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[66] เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นรายวัน ไม่สามารถที่จะคาดเดาได้ว่าจะเกิดกับตนเองเมื่อไหร่ จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถที่จะเป็นปัจจัยทำนายการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีคะแนนเฉลี่ยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา ต่ำกว่า ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ และพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .350$) กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ กล่าวคือ ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาสูง จะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูง ในทางกลับกันข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาต่ำ จะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่ำ

จากผลการวิจัยดังกล่าว จึงได้ข้อสรุปว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตนั้นมีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งสอดคล้องกับ มาลี จอจิระพันธ์ ศึกษาการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตก่อนป่วยของผู้ป่วยโรคประสาท พบว่า มีความแตกต่างในการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยนอกและกลุ่มควบคุมได้ชัดเจนว่า ในช่วง 1 ปี ก่อนเกิดอาการผู้ป่วยจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องการการปรับพฤติกรรมในระดับสูงเพื่อให้เกิดคุ้นเคย และเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น เป็นผลทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และปฏิกิริยาของความเครียดแสดงมาในรูปของการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ส่วนการเผชิญเหตุการณ์ที่

ต้องปรับพฤติกรรมระดับต่ำ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป ทำให้เกิดความเครียดเช่นกัน แต่เป็นความเครียดในระดับต่ำ ไม่มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ[53]

จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก บุคคลต้องหาวิธีทางในการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N)

พบว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่ไม่มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ (Scale N) ต่ำกว่าข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .245$)คือข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) สูงจะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูง ในทางกลับกันข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพ (Scale N) ต่ำ จะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fauerbach JA et al ศึกษาการทำนายบุคลิกภาพกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า บุคลิกภาพแบบที่ไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์สูง จะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูง[67] เช่นเดียวกับ Morgan IA et al ศึกษาในกลุ่มภัยพิบัติทางธรรมชาติ พบว่า บุคลิกภาพแบบที่ไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์สูง จะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[68] McFarlane ศึกษาในอาสาสมัครดับเพลิงพบว่าอาสาสมัครดับเพลิงที่เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะมีบุคลิกภาพแบบที่ไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์สูง[69] และ Lawrence JW and Fauerbach JA ศึกษาความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพ กลไกทางจิต ความเครียดเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม และอาการ posttraumatic stress ในผู้รอดชีวิตจากไฟไหม้ พบว่า บุคลิกภาพแบบที่ไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์ มีโอกาสเป็น posttraumatic stress disorder สูง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพแบบที่ไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์ และ posttraumatic stress disorder[48]

ดังนั้น บุคลิกภาพที่ไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์ถือได้ว่าเป็นปัจจัยทำนายกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ เนื่องจากอ่อนไหวง่าย มีความรู้สึกวิตกกังวลต่อทุกอย่างที่เกิดขึ้นได้ง่ายและไม่สามารถที่จะทนต่อสภาวะความเครียดมากๆ และเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ง่าย ขณะที่บุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์สามารถเป็นปัจจัยทำนายกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ เพราะสามารถที่จะปรับตัวให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบที่ไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์

ลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) มีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -.139$) กล่าวคือ กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) สูงจะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่ำ ในทางกลับกันข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะบุคลิกภาพ (Scale E) ต่ำ จะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fauerbach JA et al ศึกษาการทำนายบุคลิกภาพกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า บุคลิกภาพชอบแสดงตัวต่ำ จะมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูง [67] และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Carlier IVE et al พบว่า บุคลิกภาพชอบแสดงตัวต่ำ มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญหลังอุบัติเหตุเครื่องบิน 3 เดือน [70] และ Carlier IVE et al ยังศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่ตำรวจพบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีบุคลิกภาพชอบแสดงตัวต่ำมีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูง 1.5 เท่า [71]

ดังนั้น บุคลิกภาพชอบเก็บตัว ถือได้ว่าเป็นปัจจัยทำนายกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เนื่องจากการที่มีบุคลิกภาพที่เงียบเฉย เก็บตัว ไม่ชอบสังคม จึงทำให้ไม่มีใครที่จะสามารถเข้าไปให้ความช่วยเหลือ และไม่สามารถที่จะระบายความอัดอั้นใจ ความคับข้องใจจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เก็บอยู่กับตัวตลอดเวลา จนทำให้เกิดความเครียดจนเสี่ยงกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ง่าย ขณะที่บุคลิกภาพชอบแสดงตัว สามารถเป็นปัจจัยทำนายกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ เพราะการที่มีเพื่อนมาก สามารถที่จะพูดคุย ระบายความทุกข์ในใจให้ผู้อื่นฟังได้ ทำให้เกิดความสบายใจ คลายความเครียดลงได้และมีกำลังใจจากการพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นกับเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว ที่เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน ช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่รู้สึกว่าคุณทอดทิ้ง สุขภาพจิตดี แนวโน้มที่จะเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจึงเป็นไปได้ยาก

จากงานวิจัยในครั้งนี้พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง, ลักษณะบุคลิกภาพชอบเก็บตัวสูง และลักษณะบุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์สูง เป็นปัจจัยทำนายต่อการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ขณะที่ลักษณะบุคลิกภาพชอบแสดงตัว และลักษณะบุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นปัจจัยทำนายการไม่เกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะบุคคลที่เกิดอาการนี้มักไม่สามารถปรับตัว หรือตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่กระตุ้นได้อย่างเหมาะสม จึงเกิดความเครียดที่รุนแรง และมักพยายามหลีกเลี่ยงการรับรู้เหตุการณ์นั้น จนเกิดอาการ trauma ขึ้นมา

ข้อเสนอแนะ

1. เหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ การช่วยเหลือคือ การป้องกันไม่ให้มีอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นระยะเวลานาน เมื่อพบว่ามีอาการต้องรับรักษา เพื่อไม่ให้เป็นโรคเรื้อรัง และในปัจจุบันมีงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในชื่อโครงการ “การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพจิตและฐานข้อมูลพันธุกรรมของผู้รอดชีวิตจากคลื่นสึนามิในเขต 6 จังหวัดภาคใต้” งานวิจัยดังกล่าวเป็น โครงการแรกของศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีวศาสตร์ของประเทศไทย (Thailand’s Center of Excellence for Life Science:TCEIS) เพื่อหาความสัมพันธ์ของยีนส์ ว่าเป็นเพราะพันธุกรรมหรือไม่ที่มีส่วนในอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[72]

งานวิจัยที่เกี่ยวกับพันธุกรรมและยีนส์กับ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เช่น

การศึกษาในครอบครัวของ Sack และคณะ พบว่าลูกผู้ลี้ภัยชาวกัมพูชาที่มีพ่อแม่เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีโอกาสเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากกว่าลูกผู้ลี้ภัยชาวกัมพูชาที่มีพ่อแม่ไม่เป็น โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 5 เท่า[73]

การศึกษาในฝาแฝด Goldberg และคณะ ได้ประเมินผลกระทบจากการเป็นทหารในสงครามเวียดนาม โดยศึกษาถึงการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในกลุ่มชายที่เป็นฝาแฝดแท้ จำนวนมากกว่า 2,000 คน พบอัตราการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญของฝาแฝดที่ไปรบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีประมาณร้อยละ 17 ขณะที่ฝาแฝดที่ไม่ได้ไปรบมีอัตราเท่ากับร้อยละ 5 และอัตราความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในกลุ่มฝาแฝดที่สู้รบในสงครามเวียดนามพบว่ามีจำนวนสูงกว่าฝาแฝดที่ไม่ได้ไปรบถึง 9 เท่า[74] และ True และคณะ พบว่าพันธุกรรมมีอิทธิพลต่อการเกิดอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หลังพิจารณาความแตกต่างการเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงในสงคราม[75] และพบเช่นเดียวกับแฝดชายและแฝดหญิงที่ใช้ชุมชนทหารผ่านศึกด้วย[76]

และมีงานวิจัยเกี่ยวกับยีนส์ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ดังนี้

Coming และคณะ พบว่าโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ DRD2A1 allele[77]

Gelernter และคณะ พบว่าโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญไม่มีความสัมพันธ์กับ DRD2A1 allele หรือกับ single alleles หรือ alleles ร่วม DRD2[78]

Segman RH และคณะ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง polymorphism ใน dopamine transporter gene SLC6A3 3' กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[79]

และ Segman RH และคณะ ศึกษาโครงสร้าง peripheral blood mononuclear cell gene ในผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินหลังจากเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และติดตามอีก 1-4 เดือนต่อมา พบว่า มียีนส์ต่างกัน ระหว่าง คนที่เป็นและไม่เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[80]

จากงานวิจัยสรุปได้ว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งพันธุกรรมกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นเรื่องใหม่ และเคยมีการศึกษาในฝาแฝด ซึ่งพบว่าถึงแม้จะมีพันธุกรรมเดียวกัน แต่ถ้าสิ่งแวดล้อมและตัวผู้ป่วยต่างกัน ก็ทำให้มีผลต่างกัน แต่ถ้าหาได้ว่า ยีนส์อะไรทำให้เกิด จะเกิดประโยชน์อย่างมาก คือสามารถป้องกันคนที่มีพันธุกรรมแบบนี้ จากการมีอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้

2. ตำรวจปัญหา ความต้องการและดูแลสภาพจิตใจ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ให้แก่ข้าราชการครู เพื่อไม่ให้รู้สึกถูกทอดทิ้งและมีคนเข้าใจ
3. จัดอบรมเรื่องการจัดการกับความเครียด ให้สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง สามารถสังเกตอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ และควรจัดสวัสดิการเพื่อเสริมชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีและปลอดภัย แก่ข้าราชการครูและประชาชนทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครูหรือประชาชนทั่วไป จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. พัฒนาแบบสอบถามให้สามารถคัดกรองวินิจฉัยได้ทั้งความถี่ และความรุนแรงของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
3. ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
4. ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาในครั้งนี้

5. ศึกษาปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม และจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องอันนำไปสู่การเกิดโรคเครียด ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- [1] หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. ข่าวหน้า1[Online]. 2547. <http://www.thairath.co.th>. [วันที่เข้าถึง 8/5/2547].
- [2] หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. ข่าวการเมือง[Online]. 2547. <http://www.dailynews.co.th>. [วันที่เข้าถึง 31/1/2549].
- [3] นงรัตน์ วงศ์ศรี. การวิเคราะห์ตัวแปรที่สัมพันธ์กับขวัญในการปฏิบัติงานของครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- [4] หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. 2548. <http://www.bangkokbiznews.com> [วันที่เข้าถึง 9/11/2548].
- [5] รณชัย คงสกนธ์. ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหประชาพานิชย์, 2548.
- [6] โสภณ สิริกุลพิพัฒน์. ครูชายแดนภาคใต้จะร่วมเดินทางไปทางไหน. ประชาชาติรายวัน (27 กันยายน 2518) : 7.
- [7] สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7, กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2545.
- [8] เกษม ต้นดีผลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536.
- [9] ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช = DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) = DSM IV (Thai version) using ICD-10 Code. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [10] สมจิตร นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรถ์ของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- [11] ปริยนันท์ สละสวัสดิ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [12] Rabkin, Judith G. and Struening, Elmer L. Life Events, Stress and Illness. Science 194(1976): 1013-1020.

- [13] Mueller, Daneiel P., Edwards Daniel W. and Yarvis, Richard M. Stressful Life Events and Psychiatric Symptomatology : Change or Undesirability?. Journal of Health and Social Behavior 18(1977): 307-17.
- [14] Cobb and Sidney. Social Support as a Moderate of Life Stress. Journal of Psychosomatic Medicine 38(1976): 300-14.
- [15] House J. Work. Stress and social support. Philadelphia: Addison Wesley, 1981.
- [16] ชมนาด วรรณพรศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลอาชีวศึกษา และสัตวศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
- [17] Allport and G.w. Personality, New York: Holt, 1973.
- [18] Hilgard Ernest R. Introduction to Psychology. New York: Harcourt Brace and World Inc.,1965.
- [19] สุริย์ ห้วยธาร. บุคลิกภาพกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัย, 2545.
- [20] สถิต วงษ์สุวรรณ. การพัฒนาบุคลิกภาพ, กรุงเทพมหานคร: รวมสาสน์; 2540.
- [21] ศรีเรือน แก้วกั้งวาล. จิตวิทยาบุคลิกภาพ. พิมพ์ครั้งที่3, กรุงเทพมหานคร: หอมชาวบ้าน; 2536.
- [22] สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2533.
- [23] ศุภลักษณ์ เกื้อวรกุลชัย. สุขภาพจิตของครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัย, 2525.
- [24] ครูสภา. รายงานประกอบการวิจัยเรื่องการศึกษาองค์ประกอบของปัญหาที่มีผลต่อสวัสดิภาพของครูในสามจังหวัดภาคใต้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ครูสภา, 2525.
- [25] Helzer JE, Robins LN and McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. N Engl J Med. 317(1987):1630–1634.
- [26] Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., et al. Prevalence of civilian trauma and post traumatic stress disorder in a representative national sample of women. Journal of Consulting and Clinical Psychology 61(1993): 984-991.

- [27] Breslau, N, Davis, GC, Andreski, P & Peterson and E. Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. Archives of General Psychiatry 1991:48.
- [28] Kessler, RC and others. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52(12)(1995): 1048-1060.
- [29] Breslau N . The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? J Clin Psychiatry 62(2001):16-22.
- [30] Cardozo BL, Vergara A, Agani F, Gotway CA. Mental health, social functioning and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. JAMA 284(2000): 569-577.
- [31] Creamer M, Burgess P and McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of mental well-being. Psychol Med 31(2001): 1237-47.
- [32] Kessler, R.C., Borges, G. and Walters, E.E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 56(1999) :617-626.
- [33] Van Bruggen, L., and Runtz, M. Traumatic life events and trauma symptomology. Paper presented to the annual convention of the Canadian Psychological Association, Vancouver, B.C. 2002
- [34] อัมพร โอตระกูล, สุวัฒน์ ศรีสรณ์ และ ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา. ปฏิกริยาชุมชนต่อการตอบสนองวินาศภัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 33(2531): 205-10.
- [35] สาวิตรี อัยฉนังกรชัย, อานนท์ วิทยานนท์ และ อลัน กิเตอร์. การสำรวจผลกระทบต่อสุขภาพในระยะเฉียบพลันหลังเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ที่อำเภอหาดใหญ่ และบริเวณใกล้เคียง จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 21-25 พฤศจิกายน 2543. ใน: นิรันดร์ สุมาลี, บก. น้ำท่วมหาดใหญ่ 2543: ปัญหาและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮ้าส์, 2543: 199-204.
- [36] Sadock BJ and Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry, 9th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins 2003:623-32.
- [37] บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์. ปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตกึ่งหวด: การทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยา. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13, 25-27 สิงหาคม 2547, ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ, 156-157

- [38] Andrews B, Brewin CR and Rose S. Gender, social support, and posttraumatic stress in victims of violent crime. J Trauma Stress. 16(4)(2003):421-7
- [39] Ahern J, Galea S, Fernandez WG, Koci B, Waldman R and Vlahov D. Gender, social support, and posttraumatic stress in postwar Kosovo. J Nerv Ment Dis. 192(11)(2004) : 762-70
- [40] Davidson JR .Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder. Journal of Psychopharmacology, 14(2 Suppl 1)(2000): S5-S12.
- [41] Guo YJ, Chen CH, Lu ML, Tan HK, Lee HW, Wang TN. Posttraumatic stress disorder among professional and non-professional rescuers involved in an earthquake in Taiwan. Psychiatry Res 127(1-2)(2004)127:35-41
- [42] Simeon D, Greenberg J, Nelson D, Schmeidler J, Hollander E. Dissociation and posttraumatic stress 1 year after the World Trade Center disaster: follow-up of a longitudinal survey. J Clin Psychiatry. 66(2)(2005):231-7.
- [43] Davidson JR. Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder. J Psychopharmacol. 14(2 Suppl 1)(2000):S5-12.
- [44] Roca, R. P., Spence, R. J., & Munster, A. M. Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. American Journal of Psychiatry 149 (9) (1992): 1234-1238.
- [45] Perry, S. W., Cella, D. F., Falkenberg, J., Heidrich, G., & Goodwin, C. Pain perception in burn patients with stress disorders. Journal of Pain and Symptom Management 2 (1) (1987): 29-33.
- [46] Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A. Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: A normative response to severe trauma. Am J Psychiatry 154(1997): 1576-1581.
- [47] Miller KE, Weine SM, Ramic A, Brkic N, Bjedic ZD, Smajkic A, Boskailo E, Worthington G. The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. J Trauma Stress 15(2002): 377-387.
- [48] Lawrence JW and Fauerbach JA. Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. J Burn Care Rehabil 24(1)(2003) :63-72;discussion 62.
- [49] Cohen S and Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull 98(1985): 310-57.

- [50] Paykel ES. Life events, social support and depression. Acta Psychiatr Scand Suppl 377(1994):50-8
- [51] บุญพา ฌ นคร. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานการวิจัย. สุราษฎร์ธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2538.
- [52] เครือมาส ดนัยสวัสดิ์, กนกวรรณ บุญอริยะ. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษา เข้าในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต; 2545.
- [53] มาลี ฉอจระพันธ์ .ศึกษาการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตก่อนป่วยของผู้ป่วยโรคประสาท ศึกษาโดยใช้ Social Readjustment Rating Scale. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัย, 2529.
- [54] เขตพื้นที่การศึกษาเขต 1, สำนักงาน. อัตราค่าจ้างข้าราชการครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 ปีการศึกษา 2547. เขต: กลุ่มงานบริหารบุคคล, 2547. (อัดสำเนา)
- [55] สุรินทร์ นิยมางกูร. เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่3, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2541.
- [56] J. R. T. Davidson et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychological Medicine 27(1997):153-160.
- [57] Nuntika Thavichachart. Post Traumatic Mental Health and Genetic Database Establishment of the Tsunami Survivors in Thailand. Presented in International Society for Traumatic Stress Studies 22nd Annual Meeting November 4-7 ,2006, pp.196. Renaissance Hollywood Hotel Hollywood, California, USA, 2006.
- [58] ประธาน รัชต์จารุญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเข้าใจกับการคิดสารแอมเฟตามีน ของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- [59] สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- [60] Hull AM, Alexander DA and Klein S. Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study. Br J Psychiatry 181(2002):433–8.
- [61] Thomas A. Grieger, Douglas A. Waldrep, Monica M. Lovasz and Robert J. Ursano. Follow-Up of Pentagon Employees Two Years After the Terrorist Attack of September 11. Psychiatr Serv 56(2001):1374-1378.

- [62] ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. สุขภาพจิตคนไทย 2549. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2549.
- [63] หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. ข่าวการเมือง[Online]. 2548. <http://www.komchadluek.net/news> [วันที่เข้าถึง 15/1/2550].
- [64] สุชาภา ประพันธ์วงศ์, PTSD โรคผิดปกติทางใจ "เด็กอับดามัน"เหยื่อสึนามิ, มติชนรายวัน (21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548): 33.
- [65] Breslau, N., Davis, G., Andreski, P, Peterson, E., & Schultz, L.. Sex differences in posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry 54 (11) (1997):1044-1048.
- [66] Green MA, Berlin MA. Five psychosocial variables related to the existence of post-traumatic stress disorder symptoms. J Clin Psychol 43(1987): 643-649.
- [67] Fauerbach, J., Lawrence, J., Schmidt, C., Munster, A. & Costa, P. Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. Journal of Nervous & Mental Disease 188 (8)(2000): 510-7.
- [68] Morgan IA, Matthews G, Winton M. Coping and personality as predictors of posttraumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: a study of victims of the Perth flood. Behav Cogn Psychotherapy 23(1995):251-64.
- [69] McFarlane, A.C. The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. British Journal of Psychiatry 152(1988): 116-121.
- [70] Carlier IVE, Gersons EPR. Stress reactions in disaster victims following the Bijlmermeer plane crash. J Trauma Stress 10(1997):329-35.
- [71] Carlier IVE, Lamberts, R.D., & Gersons, B.P.R. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. Journal of Nervous and Mental Disease 185(1997):498-506.
- [72] หนังสือพิมพ์. ชุมชนเมือง [Online]. 2548. <http://www.manager.co.th>. [วันที่เข้าถึง 20/06/2548].
- [73] Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34(9) (1995):1160-1166.
- [74] Goldberg, J. and others. A Twin study of the effect of the Vietnam War on posttraumatic stress disorder. JAMA 263(9) (1990): 1227-1232.

- [75] True WJ, Rice J, Eisen SA et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. Arch Gen Psychiatry 50(4) (1993): 257-264 [see comment].
- [76] Stein MB, Jang KJ, Taylor S et al. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a twin study. Am J Psychiatry 159(10) (2002): 1675-1681.
- [77] Comings DE, Muhleman D, Gysin R. Dopamine D2 receptor (DRD2) gene and susceptibility to posttraumatic stress disorder: a study and replication. Biol Psychiatry 40(5) (1996): 368-372.
- [78] Gelernter J, Southwick S, Goodson S et al. No association between D2 dopamine receptor (DRD2) "A" system alleles, or DRD2 haplotypes, and posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry 45(5) (1999): 620-625.
- [79] Segman RH, Cooper-Kazaz R, Macciardi F, Goltser T, Halfon Y, Dobroborski T, Shalev AY. Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder. Mol Psychiatry 7(8) (2002):903-7.
- [80] Segman RH, Shefi N, Goltser-Dubner T et al. Peripheral blood mononuclear cell gene expression profiles identify emergent post-traumatic stress disorder among trauma survivors. Mol Psychiatry 10(5) (2005): 500-513, 425.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษาประมาณ 286 คน ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย วางแผน ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้าราชการครูที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัยต่อความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน ให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษามีขึ้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยจะสอบถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เหตุการณ์ความเครียดจากปัจจัยอื่น การสนับสนุนทางสังคม และบุคลิกภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 5 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อ, ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จำนวน 17 ข้อ, ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดจากปัจจัยอื่น จำนวน 42 ข้อ, ส่วนที่ 4 เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 25 ข้อ และส่วนที่ 5 เป็นแบบทดสอบบุคลิกภาพจำนวน 48 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การตอบแบบสอบถามทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

ประการที่สำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ โดยตรง และการเข้าร่วมในการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อสวัสดิภาพที่ผู้เข้าร่วมวิจัย จะได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาว วิทิตา ไชยศรี ภาควิชาจิต
เวชศาสตร์ ดิถนาการกรุงเทพ ชั้นล่าง หรือโทร. 09-533-4295 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุก
ประการ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่าน ณ ที่นี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้การทำวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
ในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. 2547

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์หรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง “ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในข้าราชการครู อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา” ด้วย
ความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับใดๆทั้งสิ้น และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม _____ ผู้ยินยอม

(_____)

ลงนาม _____ พยาน

(_____)

ลงนาม _____ ผู้วิจัย

(นางสาว วิทิตา ไชยศรี)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในกรอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

เลขที่ _____

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. ปัจจุบันอายุ _____ ปี

3. ศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ (ระบุ) _____

4. ภูมิลำเนาเดิม

1. ยะลา 2. จังหวัดอื่นๆ (ระบุ) _____

5. ระดับการศึกษา

1. ต่ำกว่าปริญญาตรี (ระบุ) _____
 2. ปริญญาตรี
 3. ปริญญาโท
 4. ปริญญาเอก

6. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. สมรสและอยู่ด้วยกัน
 3. สมรสแต่แยกกันอยู่ 4. หย่า
 5. หม้าย

7. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง (ระบุ) _____

8. รายได้ปัจจุบันต่อเดือนของท่าน _____ บาท

9. เข้ารับราชการครูในจังหวัดยะลาเมื่อ พ.ศ. (ระบุ) _____

10. จำนวนครั้งที่โรงเรียนที่ท่านสอนถูกคุกคามจากกลุ่มโจร (ระบุ) _____

11. โรงเรียนของท่านเคยถูกคุกคามจากกลุ่มโจรโดยวิธีใด

1. ลอบวางเพลิงโรงเรียน
 2. จับครูเป็นตัวประกัน
 3. ทำร้ายร่างกายหรือฆ่าครู
 4. เรียกค่าคุ้มครอง
 5. อื่นๆ (ระบุ) _____

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Davidson Trauma Scale : DTS)

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่องว่างข้างท้ายคำถามของแต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านมากที่สุดในอดีตก่อน คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด

ความหมายคำตอบในแต่ละระดับ

สม่ำเสมอ	=	ทุกวัน
บ่อยมาก	=	4 หรือ 5 ครั้ง ต่ออาทิตย์
บ่อย	=	2 หรือ 3 ครั้ง ต่ออาทิตย์
นานๆครั้ง	=	1 ครั้ง ต่ออาทิตย์
ไม่เคย	=	ไม่เคยเป็นเลยใน 1 อาทิตย์

ข้อที่	คำถาม	สม่ำเสมอ	บ่อยมาก	บ่อย	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1.	ท่านเคยมีความทรงจำ หรือ ความคิดที่เจ็บปวดเกี่ยวกับ เหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้น					
2.	ท่านเคยมีความเครียดเกี่ยวกับ ความฝันในเหตุการณ์สะเทือน ขวัญที่เผชิญมา					
3.	ท่านเคยมีความรู้สึกเหมือนกับว่า เหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เคย เกิดขึ้นแล้วจะกลับมาเกิดขึ้นใหม่ อีก					
4.	ท่านรู้สึกหดหู่ เมื่อเห็นสิ่งที่ทำให้ท่านระลึกถึงเหตุการณ์ สะเทือนขวัญที่เคยเกิดขึ้นกับ ท่าน					
5.	ท่านหลีกเลี่ยงความคิดหรือ ความรู้สึกใดๆที่เกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น					

ข้อที่	คำถาม	สม่ำเสมอ	บ่อยมาก	บ่อย	นานๆครั้ง	ไม่เคย
6.	ท่านหลีกเลี่ยงที่จะทำสิ่งต่างๆ หรือเข้าไปในสถานที่ที่ทำให้ท่านระลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เคยเกิดขึ้น					
7.	ท่านไม่สามารถจำบางส่วนของเหตุการณ์สำคัญที่เคยเกิดได้					
8.	เหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ผ่านมาทำให้ท่านไม่ค่อยมีความสุขในชีวิต					
9.	ท่านรู้สึกไม่อยากพบปะหรืออยากตัดขาดจากผู้อื่น					
10.	ท่านไม่สามารถแสดงความรู้สึกเสียใจ หรือแสดงความรู้สึกรักผู้ใดออกมาได้					
11.	ท่านพบว่าเป็นการยากที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตได้					
12.	ท่านนอนหลับยากหรือหลับไม่สนิท					
13.	ท่านเคยหงุดหงิดหรือโกรธจนระงับอารมณ์ไม่ได้					
14.	ท่านทำจิตใจให้มีสมาธิเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ยาก					

ข้อที่	คำถาม	สม่ำเสมอ	บ่อยมาก	บ่อย	นานๆครั้ง	ไม่เคย
15.	ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่ายวอกแวกง่าย หรือต้องคอยระวังตัวอยู่เสมอ					
16.	ตั้งแต่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญมา ท่านสะอึกตกใจง่าย					
17.	เมื่อนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ท่านมีอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น เหงื่อออก ใจสั่น เป็นต้น					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียด

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตท่าน ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
สุขภาพ		
1.ท่านเจ็บป่วยมากถึงกับต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล		
2.ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ		
3.ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ		
4.ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ (เช่น นอนไม่หลับ เวลานอนไม่แน่นอน.....)		
5.ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่น ออกกำลังกายมากกว่าปกติ ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ.....)		
6.ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง.....)		
7.ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค โรคเอดส์.....)		
ครอบครัว		
8.คู่สมรสเสียชีวิต		
9.หย่าแยก		
10.คู่สมรสเจ็บป่วยหนัก		
11.บุตรเสียชีวิต		
12.บุตรเจ็บป่วยหนัก		
13.ท่านและคู่สมรสมีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น คู่สมรสนอกใจ คู่สมรสชอบเที่ยว.....)		
14.ท่านและคู่สมรสมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์		
15.บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก		
16.บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต		
17.มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย.....)		
18.มีการโยกย้ายที่อยู่		
19.ท่านและคู่สมรสต้องจากกันนานๆ (6 เดือนขึ้นไป)		

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
เศรษฐกิจ		
20.การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขาดสน ฝืดเคือง		
21.ท่านหรือคู่สมรมีหนี้สินล้นพ้นตัว		
22.ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง(เช่นบ้าน ที่ดิน.....)		
23.ครอบครัวของท่านถูกยึด หรือไล่ที่		
24.กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป		
25.ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว		
การงาน		
26.ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก		
27.ท่านถูกให้ออกจากงาน		
28.คู่สมรสให้ออกจากงาน		
29.ท่านตกงาน		
30.คู่สมรสตกงาน		
31.ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
32.ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ		
33.ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว		
34.ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา		
35.คู่สมรสต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
สังคม		
36.ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุจนทรัพย์สินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้ บ้าน น้ำท่วมบ้าน.....)		
37.ท่านต้องโทษสถานเบา (สถานเบาโดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
38.คู่สมรสต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกคุมขังไม่เกิน 3 เดือน)		
39.ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
40.คู่สมรสถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
41.เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต		
42.ท่านหรือคู่สมรสเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท ถูกประจาน.....)		

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
43.สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัว ไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อยๆ มีเสียงดังรบกวน.....)		



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย /
ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตท่าน ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิต	คะแนน
สุขภาพ	8.35
1.ท่านเจ็บป่วยมากถึงกับต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	
2.ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ	4.88
3.ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ	2.5
4.ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ (เช่น นอนไม่หลับ เวลานอนไม่แน่นอน.....)	4.63
5.ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่น ออกกำลังกายมากกว่าปกติ ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ.....)	2.75
6.ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง.....)	3.38
7.ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคร้ายแรง (เช่น วัณโรค โรคเอดส์.....)	6.38
ครอบครัว	10.75
8.คู่สมรสเสียชีวิต	
9.หย่าแยก	9.25
10.คู่สมรสเจ็บป่วยหนัก	9.88
11.บุตรเสียชีวิต	10.75
12.บุตรเจ็บป่วยหนัก	9.75
13.ท่านและคู่สมรสมีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น คู่สมรสนอกใจ คู่สมรสชอบเที่ยว.....)	8.50
14.ท่านและคู่สมรสมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	6.38
15.บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก	9.63
16.บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต	10.50
17.มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย.....)	4.13
18.มีการโยกย้ายที่อยู่	4.13
19.ท่านและคู่สมรสต้องจากกันนานๆ (6 เดือนขึ้นไป)	6.0

เหตุการณ์ในชีวิต	คะแนน
เศรษฐกิจ	6.63
20.การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขาดสน ฝืดเคือง	
21.ท่านหรือคู่สมรสมีหนี้สินล้นพ้นตัว	8.13
22.ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง(เช่นบ้าน ที่ดิน.....)	6.25
23.ครอบครัวของท่านถูกยึด หรือไล่ที่	8.13
24.กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป	8.88
25.ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว	8.38
การงาน	
26.ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก	5.63
27.ท่านถูกให้ออกจากงาน	8.88
28.คู่สมรสให้ออกจากงาน	6.75
29.ท่านตกงาน	7.63
30.คู่สมรสตกงาน	7.25
31.ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว	5.0
32.ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ	5.88
33.ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว	4.38
34.ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา	5.88
35.คู่สมรสต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว	5.75
สังคม	9.13
36.ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุภัยอันตรายภัย (เช่น ไฟไหม้ บ้าน น้ำท่วมบ้าน.....)	
37.ท่านต้องโทษสถานเบา (สถานเบาโดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	7.88
38.คู่สมรสต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกคุมขังไม่เกิน 3 เดือน)	7.38
39.ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	8.0
40.คู่สมรสถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	7.63
41.เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต	7.25

เหตุการณ์ในชีวิต	คะแนน
42.ท่านหรือคู่สมรสเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท ถูกประจาน.....)	8.38
43.สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัว ไม่มีความปลอดภัยในชีวิต หรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อยๆ มีเสียงดังรบกวน.....)	7.63



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด เลขหมายเหล่านี้มีความหมายดังนี้

- 7 เห็นด้วยมากที่สุด
6 เห็นด้วย
5 ก่อนข้างจะเห็นด้วย
4 ไม่แน่ใจ
3 ก่อนข้างจะไม่เห็นด้วย
2 ไม่เห็นด้วย
1 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

1. ฉันมีคนที่เมื่อได้อยู่ใกล้ซิดแล้วฉันรู้สึกปลอดภัย	7	6	5	4	3	2	1
2. ฉันรู้สึกเป็นคนมีความสำคัญกับคนรอบข้าง	7	6	5	4	3	2	1
3. คนอื่นมักบอกให้ฉันรู้ว่าฉันทำงานได้ดี	7	6	5	4	3	2	1
4. เมื่อนั้นมีปัญหาฉันไม่สามารถที่จะพึ่งพาใครให้ช่วยเหลือได้	7	6	5	4	3	2	1
5. ฉันมีโอกาสมากเพียงพอในการพบปะกับคนที่ทำให้ฉันมีความรู้สึกว่าเป็นคนพิเศษ	7	6	5	4	3	2	1
6. ฉันใช้เวลาอยู่กับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน	7	6	5	4	3	2	1
7. ฉันมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะให้ความช่วยเหลือและดูแลคนอื่น	7	6	5	4	3	2	1
8. คนอื่นทำให้ฉันรู้ว่าพวกเขาชอบทำงานกับฉัน (งาน, การประชุม, โครงการ)	7	6	5	4	3	2	1
9. ฉันพอจะหาคนช่วยฉันได้ถ้าฉันต้องการ	7	6	5	4	3	2	1
10. ฉันไม่มีใครที่พอจะบอกได้ว่าฉันรู้สึกอย่างไร	7	6	5	4	3	2	1
11. ในกลุ่มเพื่อนของฉันเราต่างช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	7	6	5	4	3	2	1
12. ฉันมีโอกาสที่จะส่งเสริมให้กำลังใจคนอื่น	7	6	5	4	3	2	1
13. ครอบครัวของฉันทำให้ฉันรู้สึกว่ามีความสำคัญในการใช้ชีวิตในครอบครัว	7	6	5	4	3	2	1
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ฉัน แม้เขาจะรู้สึกว่ามันไม่อาจจะตอบแทนเขาได้	7	6	5	4	3	2	1

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 15. เมื่อฉันอารมณ์ไม่ดีจะมีบางคนที่ฉันสามารถระบายความรู้สึกให้ฟังได้ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. ฉันคิดว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนกัน | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. ฉันชอบที่จะทำอะไรเป็นพิเศษเล็กๆน้อยๆเพื่อให้คนอื่นรู้สึกมีชีวิตชีวา | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. ฉันคิดว่าคนอื่นรู้สึกนิยมชมชอบในตัวฉัน | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. บางคนรักและห่วงใยฉัน | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. ฉันมีคนที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมต่างๆ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. ฉันมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่คนอื่นต้องการ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. เมื่อฉันต้องการคำแนะนำจะมีคนช่วยวางแผนที่จะจัดการกับปัญหานั้น | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. ฉันมีความรู้สึกที่ฉันเป็นที่ต้องการของคนอื่น | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. มีคนคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีทั้งที่ฉันคิดว่าฉันเป็นเพื่อนที่ดีของเขา | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. เมื่อฉันไม่สบายจะมีคนมาแนะนำวิธีการดูแลตัวเอง | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบวัดบุคลิกภาพ (MPI)

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับแนวทางที่ท่านรู้สึกและกระทำ ในแต่ละคำถามให้ตอบว่า “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ”

จงพยายามและตัดสินใจว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” สำหรับสิ่งที่ท่านกระทำหรือรู้สึกตามปกติ แล้วทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องว่างข้างท้ายคำถามของแต่ละข้อ ถ้าท่านเห็นว่าตัดสินใจไม่ได้จริงก็ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่แน่ใจ” แต่ให้ทำเช่นนี้ได้เมื่อไม่แน่ใจจริงๆ เท่านั้น

โปรดทำอย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องใช้เวลาคิดแต่ละข้อนานเกินไป ขอให้ท่านตอบทันทีเมื่อท่านอ่านจบประโยค คือให้ตอบตามความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องคิดต่อไปอีก คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก และไม่ใช่การวัดเขาวนปัญญา หรือความสามารถ แต่เป็นการดูวิธีการปฏิบัติตามปกติวิสัยต่างๆไปเท่านั้น

เมื่อท่านเข้าใจคำแนะนำแล้วโปรดลงมือทำได้ ให้ทำอย่างรวดเร็วและโปรดทำทุกข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
1	ท่านมีความสุขที่สุด เมื่อท่านมีส่วนร่วมในงานที่ต้องทำอย่างรวดเร็ว			
2	บางครั้งท่านรู้สึกมีความสุขหรือเศร้าใจโดยปราศจากเหตุผลที่แน่ชัด			
3	ท่านคิดฟุ้งซ่านบ่อยๆเมื่อท่านต้องการคิดอย่างมีสมาธิ			
4	โดยปกติท่านเป็นผู้ริเริ่มสร้างมิตรภาพ			
5	ท่านมีความโน้มเอียงที่จะทำอะไรอย่างรวดเร็ว และด้วยความมั่นใจ			
6	เมื่อท่านกำลังสนทนาอยู่ มีบ่อยครั้งที่ท่านไม่เอาใจใส่เรื่องที่กำลังพูดอยู่ แต่คิดถึงเรื่องอื่นแทน			
7	มีบ้างไหมที่บางครั้งท่านรู้สึกเต็มไปด้วยพลังกำลังและในบางครั้งรู้สึกเมื่อยๆ			
8	ท่านคิดว่าท่านเป็นคนที่เต็มไปด้วยชีวิตชีวา			
9	ท่านจะรู้สึกไม่มีความสุขมาก ถ้าท่านถูก (บังคับ) ไม่ให้ได้มีโอกาสพบปะใครๆ			
10	ท่านมีความโน้มเอียงที่จะเป็นคนเศร้า			

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
11	ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขึ้นๆลงๆ โดยปราศจากสาเหตุ แน่ชัดบ่อย			
12	ท่านเป็นคนชอบลงมือทำอะไร โดยทันทีมากกว่าจะ วางแผนการซะใหม่			
13	ความคิดคำนึง(ฝันกลางวัน)ของท่านนั้นมักจะ เกี่ยวกับสิ่งที่ไม่สามารถจะเป็นจริงขึ้นมาได้ซะใหม่			
14	ท่านเอนเอียงที่จะอยู่เบื้องหลังในงานสังคมต่างๆซะ ใหม่			
15	ท่านเป็นคนที่ชอบใช้เวลาคิดถึงเกี่ยวกับเรื่องในอดีต ของท่านอย่างมาก			
16	เวลาท่านไปในงาน ท่านรู้สึกยากที่จะปล่อยตัวเอง ให้สนุก แม้ว่างานนั้นจะสนุกสนานเต็มที่			
17	ท่านเคยรู้สึกเป็นทุกข์โดยไม่มีเหตุผลอะไร			
18	ท่านมีความโน้มเอียงที่จะเป็นคนซื้อตรงเกินไป			
19	มีบ่อยครั้งที่ท่านนอนไม่หลับเพราะกลัวใจ			
20	มีบ่อยครั้งที่ท่านตัดสินใจช้าเกินไป			
21	ท่านชอบที่จะมีส่วนร่วมในงานสังคมบ่อยๆ			
22	ท่านเป็นคนที่ จะให้ความสนับสนุนกับคนบางคน เท่านั้นซะใหม่			
23	มีบ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจเพราะรู้สึกว่าตน ผิด			
24	ท่านเคยคิดถึงเกี่ยวกับงานหรืออาชีพของท่านในแง่ ความเป็นความตาย			
25	ท่านรู้สึกว่าท่านน้อยใจ			
26	ท่านชอบที่จะมีการนัดพบปะ (ทางสังคม)บ่อยๆ			
27	ท่านคิดว่าท่านเป็นคนทีเครียด			
28	โดยทั่วไปท่านชอบที่จะริเริ่มหรือนำในกิจกรรม ของกลุ่ม			

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
29	ท่านเคยรู้สึกว่ามีหัวบ่อ			
30	ท่านเป็นคนขี้อายเมื่ออยู่ต่อเพศตรงข้าม			
31	ท่านชอบที่จะปล่อยตัวเองให้จมอยู่กับความคิด คำหนึ่ง (ฝันกลางวัน)			
32	ท่านมักจะมีคำตอบที่เตรียมไว้สำหรับข้อคิดเห็นที่ คนอื่นจะพูดเกี่ยวกับท่านใหม่			
33	ท่านมักจะใช้เวลาส่วนมากคิดเกี่ยวกับอดีตที่แสน หวานหรือไม่			
34	ท่านคิดว่าตัวท่านเป็นคนที่ทำอะไรไปตามโชค ไม่ มีวิตกกังวลใหม่			
35	ท่านรู้สึกซาเหินไม่สนใจ และเหนื่อยโดยไม่มี สาเหตุอะไรบ่อยครั้ง			
36	ท่านมักจะเป็นคนเงียบ เมื่ออยู่ในสังคม			
37	หลังจากเกิดเหตุการณ์สำคัญผ่านไป โดยปกติท่าน มักจะคิดถึงสิ่งที่ควรจะทำ แต่ไม่ได้ทำ			
38	โดยปกติท่านสามารถจะปล่อยตัวท่านให้ความ สนุกสนานอย่างเต็มที่ในงานสังคมรื่นเริง			
39	ความคิดต่างๆที่มีอยู่ในตัวท่าน เคยทำให้ท่านนอน ไม่หลับบ้างไหม			
40	ท่านชอบทำงานที่จะต้องให้ความสนใจมากๆ			
41	ท่านรู้สึกรำคาญที่ความคิดไร้สาระรksomองที่คอย จะคิดซ้ำๆ			
42	ท่านมักจะมีคามโน้มเอียงที่จะทำงานอย่างสบายๆ ไม่เอาจริงจัง โดยถือว่าเป็นงานในหน้าที่			
43	ท่านเป็นคนรู้สึกอ่อนไหวเป็นคนพิเศษกับเรื่อง ต่างๆ			
44	คนอื่นๆคิดว่าท่านเป็นคนที่เต็มไปด้วยชีวิตชีวา			
45	ท่านเป็นคนรู้สึกไม่พอใจอะไรบ่อยๆ			

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
46	ท่านคิดว่าท่านเป็นคนช่างพูด			
47	ท่านเคยรู้สึกกระสับกระส่ายจนนั่งไม่ติด			
48	ท่านชอบที่จะเล่นตลกกับคนอื่น			



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิฑิตา ไชยศรี เกิดเมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนมัธยมวัดคูลีตาราม พ.ศ. 2538 จากนั้น พ.ศ. 2539 ได้เข้าศึกษาต่อจนจบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย แผนกศิลป์ – ฝรั่งเศส ที่โรงเรียนสามเสนวิทยาลัย และสำเร็จการศึกษาปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปีการศึกษา 2542 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2546



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย