

การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น
ในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน

ปริญญาโท

ของ

เปรมสุริย์ เชื้อมทอง

สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ตงมวิท 23 พระโขนง กรุงเทพฯ 11 โทร. 3921575, 3915058

23 ต.ค. 2526

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
เมษายน 2526

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

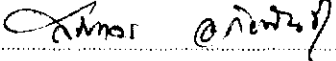
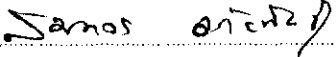
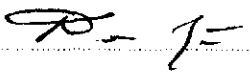
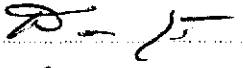
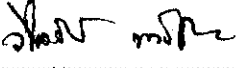
๒5105๙

152282

คณะกรรมการที่ปรึกษาประจำตัวนิสิตและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

 Samos อภิเชษฐ์	ประธาน	 Samos อภิเชษฐ์	ประธาน
 P. J.	กรรมการ	 P. J.	กรรมการ
		 Samos อภิเชษฐ์	กรรมการ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือ และคำแนะนำ
อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมควร ภูมิพันธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สอนา
พรพัฒน์กุล ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คุณละเอียก ชูประยูร นักจิตวิทยาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา
ที่ให้อืมเครื่องมือทดสอบและให้คำปรึกษา

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์กรี สุวรรณกิจ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่
ทุกท่านแห่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลประสาท โรงพยาบาล
ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และศูนย์สุขวิทยาจิต ที่ให้ความอนุเคราะห์ต่อการวิจัยนี้เป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของกรมประชาสงเคราะห์ ท่านผู้อำนวยกา และคณาจารย์
ฝ่ายแนะแนว โรงเรียนวิจิตรธรรมสาธิต และโรงเรียนมทรพรพาราม ที่ให้ความร่วมมือใน
การเก็บข้อมูล และขอขอบคุณนักเรียนทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณสุรัชย์ โกศิยะกุล คุณสรยุทธ ศรีวรกุล คุณลักษณิ มีนะนันท์
และเพื่อน ๆ ทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณค่าและประโยชน์อันพึงได้รับจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
เครื่องบูชา บิคา มารกา และพี่ ๆ ซึ่งคอยให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาของผู้วิจัย
นับแต่เริ่มเข้าเรียนจนกระทั่งปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้โดยสมบูรณ์

เปรมสุริย์ เชื่อมทอง

สารบัญ

บทที่	หน้า
1. บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
2. ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	1 ✓
ความสำคัญของ การศึกษาค้นคว้า	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
คำนิยามศัพท์เฉพาะ	6 ✓
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ความหมายของสุภาพจิต	8
เอกสารและการวิจัยในประเทศ	9
เอกสารและการวิจัยต่างประเทศ	13
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	17
3. วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	18
กลุ่มตัวอย่าง	18
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	19
การรวบรวมข้อมูล	26
การจัดกระทำกับข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	26
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	30
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	30
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	30

ฉบับที่ 100035

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	56
✓ ความมุ่งหมายของการวิจัย	56
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	56
กลุ่มตัวอย่าง	56
✓ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	56
✓ การวิเคราะห์ข้อมูล	57
✓ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
อภิปรายผล	59
ข้อเสนอแนะทั่วไป	62
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย	65
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	71

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแยกตามตัวแปรต่าง ๆ	19
2 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนโรงเรียนมทรธพารวมกับคนใช้ จิตเวช	23
3 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่น ในโรงเรียน	31
4 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตแต่ละบ้านของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน	32
5 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเด็กวัยรุ่นชายและเด็กวัยรุ่นหญิง	34
6 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตแต่ละบ้านของเด็กวัยรุ่นชายกับเด็กวัยรุ่น หญิง	35
7 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์กับ เด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์	37
8 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียนกับเด็ก วัยรุ่นหญิงในโรงเรียน	39
9 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์กับ เด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียน	41
10 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์กับ เด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียน	43
11 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเด็กวัยรุ่นคอนคันและเด็กวัยรุ่น คอนกลาง	45

12	เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้านของเด็กวัยรุ่นตอนต้นกับเด็กวัยรุ่น ตอนกลาง	46
13	เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์กับ เด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์	48
14	เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนกับเด็กวัยรุ่น ตอนกลางในโรงเรียน	50
15	เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์กับ เด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียน	52
16	เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์กับ เด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียน	54

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ระดับปัญหาของนักเรียนเปรียบเทียบกับคนไข้จิตเวช	24
2 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นใน โรงเรียน	33
3 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นชายเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นหญิง	36
4 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นหญิง ในสถานสงเคราะห์	38
5 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียนเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นหญิงใน โรงเรียน	40
6 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นชาย ในโรงเรียน	42
7 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นหญิง ในโรงเรียน	44
8 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นตอนกลาง	47
9 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับ เด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์	49
10 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่น ตอนกลางในโรงเรียน	51
11 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็ก วัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียน	53
12 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่น ตอนกลางในโรงเรียน	55

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัญหาของสังคมในปัจจุบันนี้มิใช่น้อยที่เป็นปัญหาสืบเนื่องมาจากความประพฤติในทางมิชอบของเยาวชน เช่น เด็กเถรหนีโรงเรียน ยกพวกตีกัน ดึงสิ่งเสพติด เป็นต้น ผู้ที่มีส่วนในการชี้ชะตาของเด็กเหล่านี้มิใช่ใครอื่น คือผู้ที่มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อสังคม ได้แก่ บิดา มารดา ครู อาจารย์ ผู้บังคับบัญชา และผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดก็คือ ครอบครัวซึ่งก็หมายถึง บิดา มารดาเป็นหลักนั่นเอง

ทางค่านิยมวิทยาจิตถือว่าชีวิตความเป็นอยู่ภายในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความเจริญทางบุคลิกภาพของเด็กมาก ทั้งนี้เพราะเป็นสถาบันแรกที่เด็กเกิดมาจะต้องประสบและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ เด็กที่เจริญเติบโตในครอบครัวที่พ่อแม่แยกกันอยู่ พ่อแม่หย่าร้างหรือตายจากกัน หรือต้องพลัดพรากจากพ่อแม่ไปอยู่กับผู้อื่น หรือบ้านที่พ่อแม่อยู่ด้วยกันแต่ไม่มีความผาสุก มีแต่เรื่องทะเลาะวิวาท หรือไม่สนใจซึ่งกันและกัน ต่างคนต่างอยู่อย่างเฉยชาต่อกัน ไม่มีการสนทนาเล่นหัวต่อกัน และภาวะความยากจน สิ่งเหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้บุคลิกภาพของเด็กไม่ดำเนินไปตามควรแก่วัย เด็กที่ขาดความรักความอบอุ่น มีความรู้สึกว้าสงคม แวดล้อมตัวเขาเต็มไปด้วยอันตราย ทำให้ปฏิบัติต่อผู้อื่นหรือต่อสังคมภายนอกไม่เหมาะสม สันสรกับคนอื่นยาก แยกตนเอง มองคนอื่นไม่เป็นมิตร เมื่อมีพื้นฐานทางก้นบุคลิกภาพบกพร่องก็มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ง่ายเมื่อพบอุปสรรคในชีวิต

พ่อแม่เป็นบุคคลแรกที่เด็กรู้จักและเป็นตัวแทนของบุคคลภายนอกทั้งโลก (สุภา เทวกุล 2504 : 5) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่อบอุ่นสม่ำเสมอเกิดความรู้สึกว่าสังคมนี้เป็นมิตร และจะทำหน้าที่ต่อสังคม หรือการมีสัมพันธระหว่างบุคคลไปทางที่ดี ตรงกันข้ามกับเด็กที่ได้รับการปล่อยปละละเลย นอกจากสุขภาพร่างกายจะไม่

สมบูรณ์แล้วทำให้กำลังใจของเด็กเหล่านี้ในอนาคตก็ย่อมเป็นไปได้ว่า เด็กจะคิดว่าการติดต่อกับสังคมภายนอกนั้นไม่ดี ไม่มีความสุข เต็มไปด้วยความเลวร้าย จึงหันหนีสังคมเข้ากับเพื่อน ๆ วัยเด็กด้วยกันไม่ได้และโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่เก็บตัว หนีสังคม มีความหวาดระแวง หรือไม่ไว้วางใจผู้อื่น นั่นคือรากฐานของบุคลิกภาพแบบเก็บตัวดอยหนี (Schizoid Personality) จะทำให้เป็นโรคจิตโรคประสาทได้ง่าย ทั้งนี้เพราะเป็นความรู้สึกที่เด็กมีขึ้นขณะที่ถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยวและขาดที่พึ่งในโลก

พริดา โรจนส์โรช ได้สรุปแนวคิดของฮอร์นีย์ (Horney) ไว้ว่า (พริดา โรจนส์โรช 2503 : 81) บุคคลจะกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทนั้น เป็นผู้ที่มีความวิตกกังวลเป็นพื้นฐานมาตั้งแต่วัยเด็กและจากการศึกษาของ ออสเบล (Ausubel) (สวัสดี สุวรรณอักษร 2516 : 25 อ้างอิงมาจาก ออสเบล) พบว่า เด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากพ่อแม่จะมีโอกาสเลียนแบบพ่อแม่ของตน ซึ่งขณะเดียวกันเด็กที่ไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากพ่อแม่ก็มักจะเลียนแบบหรือถือค่านิยมของกลุ่มเพื่อนมากกว่า และพบอีกว่าพ่อแม่มีอิทธิพลเหนือกว่ากลุ่มเพื่อน บ้านที่ขาดพ่อแม่จะทำให้เด็กขาดแบบอย่างในการเลียนแบบ "ดูถูกชาย" ทำให้เด็กอ่อนแอ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง จากประวัติของเด็กที่กระทำความผิดและเป็นอาชญากรส่วนมากมาจากครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์มีพ่อแม่แยกกัน พ่อหรือแม่ตาย หรือไม่ลงรอยกัน เด็กไม่ได้รับความรักความอบอุ่นเพียงพอก่อให้เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ ได้รับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมมากก็อาจจะกระทำความผิดหรือมีบุคลิกภาพแปรปรวนไปจนถึงเป็นโรคประสาทได้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือเด็กต้องการความรักและความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอจากพ่อแม่

บุคลิกภาพของเด็กแต่ละคนนั้นนอกจากจะเป็นผลมาจากพันธุกรรมที่เขาได้รับมาจากรบรพบุรุษและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวเขาแล้ว การอบรมเลี้ยงดู บรรยากาศ ของครอบครัวที่เขาเจริญเติบโตมาก็เป็นส่วนประกอบที่สำคัญยิ่งในการสร้างบุคลิกภาพ การผูกพันรักใคร่ในครอบครัว (ฝน แสงสิงแก้ว 2525 : 21 - 22) เป็นรากฐานของความสุขแห่งชีวิต เป็นรากฐานของการเป็นปึกแผ่นในสังคม ถ้าครอบครัวแตกแยกหรือขาดความรักใคร่ผูกพันกัน ชีวิตในสังคมก็จะแตกแยกไปด้วย การพลัดพรากอย่างกะทันหันของครอบครัว อาจจะทำให้เกิดจากสถานการณ์หลาย ๆ อย่าง เช่น ความตาย การเจ็บป่วย การเข้าอยู่ในโรงพยาบาล

นาน ๆ การถูกทอดทิ้ง การถูกพลัดพราก แยก หย่าร้าง การที่ต้องออกไปทำงานไกลบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการต้องจากไปรบในแดนไกล ภาวะเหล่านี้กระทบกระเทือนต่อเด็กแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่และเด็ก อย่างไรก็ตามภาวะเหล่านี้ทำให้เด็กมีความเศร้าอย่างฉับพลัน ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เป็นบ่อเกิดของการเสียใจอย่างสุดซึ้ง สิ่งเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นของสถานการณ์เลวร้ายต่าง ๆ ที่จะตามมา

พ่อแม่มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการที่จะช่วยให้ลูกมีการ เริ่มต้นชีวิตที่ดีที่สุดในที่กล่าวไว้ว่า 'การเริ่มต้นที่ดีนั้นเท่ากับทำสำเร็จไปแล้วครึ่งหนึ่ง' การอบรมเลี้ยงดูบุตรก็เช่นกัน ถ้าพ่อแม่ทุกคนรับบทบาทและหน้าที่ของตนเองและกระทำหน้าที่นั้นด้วยความรับผิดชอบ สนใจในอันที่จะเป็นทั้งผู้นำ ผู้ให้การศึกษา ที่ปรึกษา ผู้แนะนำให้กำลังใจและส่งเสริมความสามารถ อีกทั้งป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่คิดว่าจะเกิดขึ้น กอปรช่วยเหลือแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ให้บรรเทาเบาบางลง ตลอดจนดูแลเด็กให้สามารถพัฒนาเติบโตทั้งร่างกายจิตใจ และอารมณ์ เป็นไปในทางที่ถูกที่ควร จะเห็นได้ว่าตลอดชีวิตของเด็กพ่อแม่มีบทบาทมาก จะต้องทำหน้าที่ของพ่อแม่ที่ดีตลอดเวลา ถ้าหวังที่จะปลูกฝังกลมกล่อมเกล้าให้เด็กมีชีวิตที่ดีในสังคม (วารุณี บิดทสันต์ 2516 : 238) ไม่มีของขวัญหรือสมบัติอันมีค่าใด ๆ ที่จะให้เด็กเท่าเทียมกับการมีชีวิตในครอบครัวที่ผาสุก

โรคจิตนั้นมีทางป้องกันได้ โดยการศึกษาศาเหตุและหาวิธีป้องกันสาเหตุนั้น ๆ และเนื่องจากได้ทราบกันแล้วว่า สาเหตุหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตของเด็กนั้นคือ ภาวะแตกแยกและสูญเสียปิกามารคา จากการศึกษาของ วันคา ทรัพย์บุญมี (วันคา ทรัพย์บุญมี 2517 : 37) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชทั้งชายและหญิง 64% มีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปิกามารคา เช่น ขาดปิกา มารคา บิดา มารคาแยกทางกัน ซึ่งเป็นภาวะที่สะท้อนใจมากสำหรับบุตรเนื่องจากจะต้องขาดความรักความอบอุ่น ความมั่นคงปลอดภัย เกิดความเสียใจและมีปมค้อย ซึ่งจะก่อให้เกิดนิสัยก้าวร้าวคือคิ่ง ไม่เคารพและมีหลายกรณีที่เด็กมีความคิดต่อต้านปิกามารคา แต่ขณะเดียวกันก็กลัวถูกลงโทษหรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ต้องกกดเก็บความรู้สึกเช่นนี้ไว้ และระบายไปในทางคิดฝัน (Fantasy) เมื่อโคขึ้นความโกรธและความคิดต่อต้านจะย้าย

ไปสู่สิ่งอื่น บุคคลอื่นรอบตัว ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหายุ่งยากขัดแย้งภายหลังได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่เด็กมีความเคร่งเครียดทางอารมณ์ (Hurlock, 1968 : 394) และเป็นวัยแห่งปัญหา การแสดงออกก็รุนแรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ซึ่งเป็นเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดา มารดา เพราะมีปัญหหลายประการ เช่น ถูกบิดา มารดาทอดทิ้ง ฐานะของบิดามารคายากจนไม่สามารถเลี้ยงดูได้ ฯลฯ เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนที่อยู่ในครอบครัวกับบิดา มารดา ว่าจะมีปัญหาสุขภาพจิตเหมือนกัน หรือต่างกันอย่างไร ทั้งนี้เพื่อที่จะได้หาทางป้องกัน และส่งเสริมให้เด็กได้มีพัฒนาการที่เหมาะสม และมีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งเป็นการสร้างคนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความมุ่งหมาย ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นเมื่อแยกตามสถานศึกษา เพศ และอายุ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลของการศึกษาจะช่วยให้ทราบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ และเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนว่ามีปัญหาเหมือนกันหรือต่างกันอย่างไร ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมประชาสงเคราะห์ โรงเรียน นักแนะแนว นักจิตวิทยา ตลอดจนครู อาจารย์ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ และเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนให้ดียิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กวัยรุ่นชายและหญิงในสถานสงเคราะห์ เด็กชายบ้านปากเกร็ด และสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2526 จำนวน 567 คน และนักเรียนโรงเรียนวชิรธรรมสาริต ภาควิชาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2525 จำนวน 1,003 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเด็กวัยรุ่นชายและหญิงในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านปากเกร็ด และสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2526 จำนวน 114 คน ซึ่งเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์นี้ ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่ถูกบิดา มารดาทอดทิ้ง กำพร้า เร่ร่อนไร้ที่พึ่ง มีส่วนน้อยที่บิดา หรือ มารดานำมามอบให้กรมประชาสงเคราะห์ เพราะฐานะยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูได้ เด็กเหล่านี้ ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้น ป.1 - ป.6 ในโรงเรียนภายในสถานสงเคราะห์ และมีประมาณ 20 - 30 คน ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนภายนอกสถานสงเคราะห์และ อีกส่วนหนึ่งจะฝึกอาชีพต่าง ๆ เช่น ประกันรูปคอกไม้ ตัดเย็บเสื้อผ้า ฯลฯ อยู่ในสถานสงเคราะห์ และเด็กนักเรียนชั้น ม.1 - ม.5 โรงเรียนวชิรธรรมสาริต ภาควิชาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2525 จำนวน 201 คน ซึ่งเลือกมาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ก. สถานศึกษา ได้แก่

- สถานสงเคราะห์
- โรงเรียน

ข. เพศ แยกเป็น

- เพศชาย
- เพศหญิง

- ค. อายุ แบ่งเป็น
- วัยรุ่นตอนต้น
 - วัยรุ่นตอนกลาง

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

- ปัญหาสุขภาพจิต

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

1. สุขภาพจิต หมายถึง สภาพอารมณ์และจิตใจของเท็กซวัยรุ่นที่แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ปัญหาสุขภาพจิตที่สอบวัดในการวิจัยครั้งนี้มี 9 ด้านคือ

2.1 ความรู้สึกมีผิดปกติของร่างกาย (Somatization) เช่น เกี่ยวกับระบบหายใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบหัวใจ และระบบอื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง ความเจ็บปวด และความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ

2.2 การย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - Compulsive) เป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นแบบความคิด แรงผลักดัน การกระทำต่าง ๆ ที่รบกวนจิตใจ ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นแต่ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาเปลี่ยนไป

2.3 ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น (Interpersonal Sensitivity) เป็นความรู้สึกบกร่องหรือรู้สึกว่าตนเองมีปมค้อย โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ลกคานิยมในตนเอง อึดอัดและไม่สบายใจเมื่อต้องติดต่อกับคนอื่น หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองอย่างรุนแรง และคิดว่า การติดต่อกับคนอื่น จะไม่เป็นผลดี

2.4 ซึมเศร้า (Depression) มีอารมณ์เศร้า หมกความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีแรงจูงใจ ไม่มีพลัง ห่อแท้ ลึนหวัง คิดฆ่าตัวตาย

2.5 วิตกกังวล (Anxiety) มีอารมณ์หงุดหงิด กระวนกระวาย นิ่งไม่ติด กลัว ประหม่า และตื่นเกรียดย มีอาการทางกายร่วมด้วย คือสั่น

2.6 ก้าวร้าว ทำลาย (Hostility) อารมณ์ ความคิด หรือ การกระทำแบบโกรธแค้น ขุ่นเคือง รวมทั้งก้าวร้าวทำลาย ความรู้สึกโต้แย้งและ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้

2.7 กลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia) กลัวเฉพาะที่ คน สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ แบบไม่มีเหตุผลและเกินความเป็นจริง ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น

2.8 หวาดระแวง (Paranoid Ideation) โทษคนอื่น ไม่เป็นมิตร ระแวงสงสัย เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง หลงผิด สูญเสียการควบคุมตนเอง มีความคิด มักใหญ่ใฝ่สูงว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต

2.9 โรคจิต (Psychoticism) ดกดอย แยกตนเอง คิดว่าถูก ควบคุมความคิดจากภายนอก

3. เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ หมายถึง เด็กชายและเด็กหญิงที่มีอายุ ระหว่าง 11 - 17 ปี ซึ่งอยู่ในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านปากเกร็ด และสถาน สงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2526

4. เด็กวัยรุ่นในโรงเรียน หมายถึง เด็กนักเรียนหญิงและเด็กนักเรียนชาย ที่มีอายุระหว่าง 11 - 17 ปี ซึ่งอยู่โรงเรียนวชิรธรรมสาธิต ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2525 และเป็นนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดา มารดาเท่านั้น

การแบ่งอายุของเด็กวัยรุ่นนี้ อาศัยหลักเกณฑ์การแบ่งของ สwana พรพัทธน์กุล (สwana พรพัทธน์กุล 2522 : 82) ดังนี้

- ระยะเด็กวัยรุ่นตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 11 - 15 ปี

- ระยะเด็กวัยรุ่นตอนกลาง หมายถึง บุคคลที่มีอายุสูงกว่า 15 ปี และไม่

เกิน 17 ปี

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของสุขภาพจิต

ความหมายของคำว่า "สุขภาพจิต" ไม่มีข้อยุติแน่นอนอยู่ที่ความหมายใดความหมายหนึ่ง
 ได้มีผู้นิยามและให้ความหมายต่างกันไปในรายละเอียด ดังที่ สุภา มาลากุล (สุภา มาลากุล
 2521 : 1) กล่าวถึงคำว่า "สุขภาพจิต" ว่าเป็นการยากที่จะจำกัดความสั้น ๆ ได้ เพราะ
 เป็นเรื่องเกี่ยวกับการนึกคิด รู้สึกและการกระทำของบุคคล ส่วนใหญ่จะให้ความหมายไปใน
 ทางด้านอิทธิพลของการปรับตัวที่ส่งผลถึงความสุขใจ ความพึงพอใจ ดังเช่นองค์การอนามัยโลก
 (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า หมายถึงสภาพ
 ชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีสุขภาพจิตดีไม่เพียงแต่จะปราศจากโรคจิตและโรคประสาทเท่านั้น แต่ยังสามารถ
 ปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างมีความสุขอีกด้วย มีความสัมพันธ์
 กับผู้อื่นด้วยดี มีชีวิตที่สมคูลย์ สามารถสนองความต้องการของตนในโลกได้โดยไม่มีข้อขัดแย้ง
 ใด ๆ ภายในจิตใจ (สุชา จันทร์เอม และสุรางค์ จันทร์เอม 2521 : 2)

แกลสเซอร์ (Glasser. 1960 : 187 - 189) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ได้ให้ความเห็น
 ไว้ว่า เรื่องของสุขภาพจิตนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า "การปรับตัว" กล่าวคือ
 เป็นความสามารถของบุคคลที่จะสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนได้สำเร็จโดยไม่ไปขัดกับ
 ความต้องการของคนอื่นและโดยที่ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์จำแนกได้เป็น 2 ประการ คือ

1. ความต้องการที่จะรักและความต้องการที่จะเป็นที่รักของคนอื่น
2. ความต้องการที่จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีค่าทั้งต่อตนเองและคนอื่น

คนที่ปรับตัวได้ก็คือคนที่ประพฤติปฏิบัติไปในทางที่จะทำให้ตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีค่า
 ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การปรับตัวนั้นเป็นสภาวะการณที่ซับซ้อนซึ่งจะมียุ่ตลอดชีวิตและเป็นสิ่ง
 จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตดี

จอห์น ซัทตัน และเวสต์เคอร์ (John, Sutton and Webster. 1970 : 37) ได้อธิบายความหมายของสุขภาพจิตไว้คล้ายคลึงกันว่า เป็นลักษณะของความสุขสมบูรณ์ส่วนบุคคลที่เป็นผลเนื่องมาจากการที่บุคคลนั้นได้รับความพอใจเมื่อความต้องการของเขาได้รับการตอบสนองหลังจากที่ได้ปรับตัวของเขาเองและปรับตัวกับสังคมในสภาพแวดล้อมของเขามานานแล้วและในการปรับตัวนั้นบุคคลจะพยายามที่จะประพฤติปฏิบัติไปในทางที่สังคมยอมรับ ดังนั้น ลักษณะพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะบอกให้รู้ว่าบุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาอย่างตรงกับข้อเท็จจริงแค่ไหน บอกให้รู้ถึงความสามารถในการทำงานและหาความสุข ความสามารถในการแก้ปัญหาต่อความเจริญของสังคมและความสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากความหมายของสุขภาพจิตที่กล่าวมาข้างต้นนี้สรุปได้ว่า สุขภาพจิตหมายถึง ความพึงพอใจ ความสุขใจที่บุคคลได้รับอันเนื่องมาจากความต้องการได้รับการตอบสนอง และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ก็สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารและการวิจัยในประเทศ

ในจำนวนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตนับวันจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และนอกจากนี้สุขภาพจิตเสื่อมยังเกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตายของบุคคลประเภทต่าง ๆ อีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรในวัยรุ่นหรือคนชรา จากสถิติการฆ่าตัวตายของคนไทยเมื่อเร็ว ๆ นี้ ปรากฏว่า สูงขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าตัวเฉลี่ยประมาณ 15 คน ต่อประชากร 100,000 คน ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนมากมีอายุระหว่าง 15 - 25 ปี แสดงถึงแนวโน้มที่คนไทยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้เมื่อพบปัญหาในชีวิตประจำวันและหาทางออกไม่ได้ก็มักจะฆ่าตัวตาย (ไทยรัฐ 2523 : 3) สาเหตุที่ทำให้คนเรามีปัญหาสุขภาพจิตก็มีต่าง ๆ กันไป เช่น อลัน กูตมาเกอร์ (ฝน แสงสิงแก้ว 2521 : 123 อ้างอิงมาจาก อลัน กูตมาเกอร์) กล่าวไว้ว่า สุขภาพจิตของมนุษย์นั้น

จะเสื่อมในภาวะสังคม 3 ประการ คือ ความยากจน การบีบคั้นทางการเมืองและความงู้เท่าไม่ถึงการณ์ นอกจากนั้นในวงการศึกษาก็มีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตเช่นกัน (สุโท เจริญสุข 2516 : 330) โดยเห็นว่าเกิดจากปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจฝืดเคือง รายได้น้อยไม่พอจ่ายและมีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของคนเราจึงเกิดจากหลาย ๆ อย่างที่มีความสัมพันธ์กับแต่ละบุคคล ทั้งจะกล่าวต่อไป

เด็กวัยรุ่นกับสุขภาพจิต

เด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้น เห็นได้จากสีหน้า ท่าทางและอาการที่แสดงออก เด็กพวกนี้จะมีความวิตกกังวล เกร็งเครียด มักแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา เช่น ระวังสงสัยโดยไม่มีสาเหตุ โกรธโดยไม่มีเหตุผล ขาดความสามารถในการเผชิญกับความจริง มีท่าทางเหมือนคนไม่มีชีวิตจิตใจ มีความรู้สึกต่อคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตบิดเบือนไป เช่น ภูมิใจในสิ่งไร้สาระและเห็นว่าสิ่งสำคัญต่าง ๆ เป็นของไม่มีค่า นอกจากนี้ยังอาจมีความสับสนทางจิตใจซึ่งแสดงออกในรูปของความขัดแย้งระหว่างความสามารถกับการกระทำ สิ่งที่คิดกับสิ่งที่ทำตลอดจนจุดมุ่งหมายที่ต้องการกับความพยายามที่จะให้บรรลุถึงเป้าหมาย (บุปผา มาลีวงศ์ 2521 : 15)

สมทรง สุวรรณเลิศ นักจิตวิทยาท่านหนึ่ง (สมทรง สุวรรณเลิศ 2517 : 23) ได้เคยแจกแจงถึงปัญหาสุขภาพจิตที่พบในเด็กวัยรุ่นเอาไว้ว่า นอกจากมีปัญหาทางเพศแล้ว วัยรุ่นยังเป็นโรคจิตโรคประสาทกันมาก เนื่องจากเด็กวัยรุ่นนี้มีความวิตกกังวลสูงและมีปัญหาหลายอย่างที่คงเผชิญ โรคประสาทที่พบบ่อยในหมู่วัยรุ่นคือ โรคประสาทแบบฮิสทีเรีย ซึ่งเกิดจากการที่เด็กไม่สามารถทนต่อภาวะตึงเครียดที่มีอยู่ได้จึงถ่ายทอดความวิตกกังวลนั้นออกมาเป็นอาการทางร่างกาย แต่ไม่มีความผิดปกติทางสรีระแต่อย่างใด เช่น มีอาการชัก หึง ๆ ที่ไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง นอกจากนี้อาจจะพบเด็กวัยรุ่นที่มีอาการของโรคจิตเภท คือ เด็กจะมีนิสัยส่วนตัวเปลี่ยนแปลงไป เช่น เคยสะอาดแต่เปลี่ยนไปเป็นไม่สนใจความสะอาด เรียบร้อยของตนเอง เคยเป็นคนที่มีระเบียบก็กลายเป็นคนขาดความรับผิดชอบ อารมณ์

เปลี่ยนแปลงง่าย แสดงออกในทางที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ แยกตัวเอง เหม่อลอย มีความคิดแปลก ๆ ชักต่อความเป็นจริง นอกจากนี้อาจมีประสาทหลอนและหลงผิด

ลักษณะสุขภาพจิตเสื่อมของเด็กวัยรุ่นที่กล่าวมานี้ค่อนข้างจะสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีการสำรวจกันไว้ เช่น กองอนามัยโรงเรียนกับศูนย์สุขภาพจิตสำรวจพบว่า ในจำนวนนักเรียน 143 คน ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและถูกนำไปศึกษารายกรณีนั้น พบสภาพจิตแปรปรวน 75% (107 คน) ลักษณะสภาพจิตของเด็กเหล่านี้ 40% มีปัญหาการปรับตัวไม่เหมาะสม 26% มีพฤติกรรมแปรปรวนและ 9% เป็นโรคประสาท (นักศึกษาวิจัยงานจิตวิทยา 2523 : 24) ส่วนเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่อยู่ในเขตแทรกซึมของผู้อพยพร้อยคอมมิวนิสต์จังหวัดปราจีนบุรี มีปัญหาสุขภาพจิตเสื่อม 9 ด้าน คือ ความรู้สึกผิดปกติกายร่างกาย การย่ำคิดย่ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ก้าวร้าว กลัวโดยไม่มีเหตุผล ระวังสงสัยและเป็นโรคจิต (กนกวิทย์ สุขะตุงคะ 2523 : 38)

สำหรับนักเรียนวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6) นั้น เท่าที่พบปรากฏว่า มีปัญหามากในด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปรับตัวอันได้แก่ ปัญหาทางอารมณ์และสังคม พฤติกรรมที่เป็นปัญหามีทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวและถอยหนี เช่น การรังแกผู้อื่น ทำลายของผู้อื่น ขโมย การกระทำผิดระเบียบวินัยของโรงเรียน ทะเลาะวิวาทกับกลุ่มเพื่อน ความคุ้มครองตนเองไม่ได้ ส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น เก็บตัว ซึมเศร้า เหม่อลอย ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน ตีเตือนตนเอง วิตกกังวล เป็นต้น (หน่วยแนะแนว 2524 : 1 - 103) และจากการวิจัยเรื่องอิทธิพลของสังคมต่อทัศนคติของเด็กวัยรุ่น (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และบุญยิ่ง เจริญยิ่ง 2517 : 78) พบว่า สาเหตุของความวิตกกังวลใจของเด็กวัยรุ่นนั้นเนื่องมาจากบุคคลที่แวดล้อมตน ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา ครู เพื่อน และคนอื่น ๆ รวมทั้งตนเองด้วย เด็กวัยรุ่นอีกพวกหนึ่งที่เราควรให้ความสนใจก็คือ เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ซึ่งขาดความรักความอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีปมค้อย ซึ่งในเรื่องนี้ประเชิญ บัวเอี่ยม (ประเชิญ บัวเอี่ยม 2517 : 108) ได้กล่าวไว้ว่า ในเรื่องของการเป็นผู้นำและการเสียสละเพื่อส่วนรวมเด็กในสถานสงเคราะห์ยังค้อยกว่าเด็กอื่น ๆ โดยทั่วไป ซึ่งอาจเป็นเพราะความรู้สึกในเรื่องปมค้อย ไม่ยอมรับตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าอันอาจ

นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตได้

ความแตกต่างทางเพศกับสุขภาพจิต

ได้มีผู้กล่าวไว้อย่างกว้างขวางเกี่ยวกับเรื่องนี้ ดังเช่น ดนอม โถทอง (ดนอม โถทอง 2519 : 18) กล่าวว่า โดยทั่วไปเพศชายมักจะมีธรรมชาติของความอกทน เชื่อมั่นในตนเอง เปิดเผย ชอบวิพากษ์วิจารณ์ ไม่ค่อยกระตือรือร้น กล้าเสี่ยง กล้าเผชิญข้อเท็จจริง ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ แนวโน้มของความรู้สึกจึงมักจะแตกต่างจากผู้หญิงซึ่งเคร่งครัดในระเบียบแบบแผน รักสวยรักงาม ประณีต รักษาจารีตประเพณี มีความเขินอาย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ธนู ชาติชนานนท์ (ธนู ชาติชนานนท์ 2521 : 60 - 66) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดชัยนาท จำนวน 215 คน เปรียบเทียบกับคนไข้ที่มารับบริการทางจิตเวช จำนวน 68 คน ใช้แบบสอบถาม (Cornell Medical Index (C. M. I.) พบว่า กลุ่มนักเรียนวัยรุ่นร้อยละ 68.84 มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นได้และกลุ่มนักเรียนชายได้คะแนนรวมค่าปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่ำกว่านักเรียนหญิง นอกจากนี้ จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ทวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันไกรผล 2520 : 12 - 23) พบว่า นักศึกษาหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่านักศึกษาชาย และจากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้รับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต 4 ปี (อัมพร โอตระกูล 2521 : 144 - 155) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีมากในเด็กอายุ 9 - 19 ปี และชายมากกว่าหญิง ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ระดับปานกลางและทำเป็นส่วนใหญ่ และกนกรัตน์ สุชะตุงคะ (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ 2523 : 40) ได้ทำการวิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตเทศบาลของผู้อยู่อาศัยรายคอมมิวนิสต์จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า นักเรียนชายมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนหญิง 4 ด้าน คือ การติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า กลัวโดยไม่มีเหตุผลและหวาดระแวง ส่วนนักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนชายด้านการย่ำคิดย่ำทำ

จากเอกสารที่กล่าวมาทั้งหมดพอจะสรุปได้ว่า เด็กวัยรุ่นชายมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าเด็กวัยรุ่นหญิง

ความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสุขภาพจิต

จากการศึกษาของ อมรา จิตตานนท์ พบว่า ครอบครัวที่ต่างคนต่างอยู่ ไม่สนใจซึ่งกันและกันทะเลาะกันเป็นประจำในครอบครัว ไม่ช่วยเหลือกัน ไม่ลงรอยกัน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคจิต (อมรา จิตตานนท์ 2517 : 38)

เอกสารและการวิจัยต่างประเทศ

จากการศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิตในต่างประเทศโดย อเล็กซานเดอร์ เลคัน (ฝน แสงสิงแก้ว 2521 : 25) อ้างอิงมาจาก อเล็กซานเดอร์ เลคัน) มีหลักฐานว่า ในชุมชนหนึ่ง ๆ มีโรคจิตอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นพิเศษไปกว่าชุมชนอื่น ๆ ฉะนั้นไม่ต้องสงสัยเลยว่า สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและเรื่องของเศรษฐกิจสังคมในชุมชนนั้นจะต้องมีส่วนเป็น สาเหตุมากพอสมควร

เด็กวัยรุ่นกับสุขภาพจิต

เรื่องของเด็กวัยรุ่น คูเลน (Kuhlen. 1952 : 8) กล่าวว่า ผู้ใหญ่ควร ยอมรับว่าเด็กจะประสบกับคาบเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิตและอาจมีปัญหาบางอย่าง น้อยบ้างต่างกันไป ผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะสังเกต ศึกษาและพยายามให้ความรู้และช่วยเหลือ เด็กที่อยู่ในสภาพเช่นนี้ให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น ในปี ค.ศ. 1960 โคลด์ (Kolb. 1968 : 120) ได้ทำการวิจัยพบว่า โรคจิตพบได้น้อยในวัยเด็กและ จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากย่างเข้าสู่วัยรุ่น ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อมได้สำเร็จและเหมาะสมก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างราบรื่น

ความแตกต่างทางเพศกับสุขภาพจิต

จากการศึกษาของ แมนกัส และวูสเตอร์ (Obesteuffer. 1954 : 292 citing Mangus and Woodward.) ศึกษาเรื่องธรรมชาติของจิตใจและการะทาง อารมณ์ของเด็กจำนวน 805 คน โดยใช้ California Mental Health Analysis

พบว่า เด็กชายมีความแตกต่างจากเด็กหญิงในด้านความมั่นคงทางอารมณ์เช่นเดียวกับ การศึกษาของ จอห์นสัน และเทอร์แมน (Johnson & Terman. 1940 : 327 - 336) เกี่ยวกับความมั่นคงทางอารมณ์ของเด็กหญิงและเด็กชาย พบว่า เด็กหญิงมีความกลัว ความกังวลใจและตื่นตกใจมากกว่าเด็กชาย สำหรับเรื่องของการปรับตัว คาเพลน (Kaplan. 1959 : 293) กล่าวว่า เด็กหญิงมีปัญหาความคับข้องใจและการปรับตัว มากกว่าเด็กชายเนื่องจากเด็กหญิงได้รับการปกป้องมาก มีอิสระน้อยกว่าเด็กชาย ต้องทำ ตามความต้องการของพ่อแม่อย่างใกล้ชิดและยังมีความขัดแย้งอยู่ภายในใจ ซ้ำยัง เก็บ ความวิตกกังวลและความก้าวร้าว จึงเกิดความคับข้องใจ ส่วนเด็กชายมีอิสระในการ แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ หรือการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าถูกสอนและถูกจับจูงจากผู้ใหญ่ น้อยกว่า

ความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสุขภาพจิต

จากทฤษฎีของ ฟรอยด์ (Freud) ได้กล่าวไว้ว่า บุคลิกภาพของคนประกอบด้วย 3 สิ่งคือ อิด (Id) อีโก้ (Ego) และซูปเปอร์อีโก้ (Superego) ตลอดชีวิต อิดเป็น ความต้องการฝ่ายต่ำที่ติดตัวเรามาตั้งแต่กำเนิดเป็นความต้องการที่ตรงข้ามกับความคาดหวัง ของสังคมอยู่เสมอ อีโก้ เป็นการปรับตัวระหว่างอิดกับซูปเปอร์อีโก้ให้ได้สมดุล ส่วน ซูปเปอร์อีโก้ เป็นตัวต่อต้านอำนาจฝ่ายต่ำอันเป็นผลจากการศึกษาอบรม การแสดงออกที่ ต่อต้านสังคมนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเมื่ออีโก้อ่อนแอหรือทำหน้าที่เสียไปโดยสาเหตุหนึ่งก็คือ การแยกจากบิดามารดาในวัยเยาว์ ในขณะที่รวมถึงเด็กที่ขาดความเอาใจใส่จากบิดามารดา เช่น ครอบครัวที่แตกแยก บิดา มารดาขาดความรักใคร่ซึ่งกันและกัน มีข้อขัดแย้งกันอยู่เสมอ บิดา มารดา มีอิทธิพลต่ออีโก้และซูปเปอร์อีโก้ของเด็กเพราะเด็กต้องพึ่งบิดา มารดาทุกอย่าง เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนต้องการ ดังนั้น อาจจะได้ชื่อว่าบิดา มารดาเป็นผู้วางรากฐานทาง บุคลิกภาพของทารก

ซัลลิแวน (Sullivan. 1965 : 137) ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีของสิ่งแวกล่อม ว่า พัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลเป็นผลของการปรับตัวเข้ากับปัญหา บุคลิกภาพของบุคคล เปลี่ยนไปตามวัยและประสบการณ์ที่เราสัมพันธ์กับสิ่งแวกล่อมในวัยทารก บุคคลมีความสัมพันธ์

ใกล้ชิดกับบิดา มารดา ต้องพึ่งพาอาศัยบิดา มารดา เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ หากจะได้รับการถ่ายทอดความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ที่อยู่ใกล้ชิด โดยเฉพาะจากบิดา มารดาโดยตรง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ทฤษฎีนี้มีความเห็นว่า บิดา มารดา มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการดำเนินชีวิตของบุตรมาก ซึ่งโรงพยาบาลบรู๊กลิน (Brooklyn State Hospital) (โสภา ชูพิชัยกุล และคณะ 2517 : 94 อ้างอิงมาจากโรงพยาบาลบรู๊กลิน) ได้ศึกษาพบว่า มารดาคือบุคคลที่สำคัญที่สุดของครอบครัวต่อการเลี้ยงดูบุตร มีจำนวนผู้ป่วย 3 ใน 4 ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเพราะมารดา 13% เป็นบุตรที่มารดาละทิ้งและอีก 63% เป็นเด็กประเภทที่เด็กเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เกิดความว้าวุ่นและซัดเซที่ฝั่ง

จากการศึกษาของ แคนเนอร์ และคณะ (Kanner and others, 1957 : 167) พบว่า มีเด็กประมาณ 30% ที่รักษาในโรงพยาบาลโรคจิตมาจากครอบครัวที่ขาดพ่อแม่หรือขาดฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและพบว่า เด็ก 330 คน เป็นเด็กที่มาจากสภาพบ้านแตก การพลัดพรากจากครอบครัวอย่างกะทันหัน เช่น การตายจาก การเจ็บป่วย ถูกแยกจากบิดา มารดา ปัญหาการหย่าร้างของบิดามารดา ทั้งขึ้นขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดา มารดากับเด็กด้วย การขาดบิดา มารดา มีใช้เด็กจะได้รับความทุกข์อย่างเฉียบเท่า นั้น แต่ยังคงขาดสายใยแห่งความเคารพยำเกรงต่อบิดา มารดา (Parental Authority) ด้วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันและเป็นสาเหตุหนึ่งซึ่งทำให้ความเป็นระเบียบแห่งสังคมเสื่อมทรามลงไป จากการศึกษาสุขภาพจิตของเด็กที่ขาดพ่อแม่ (เฟน แสงสิงแก้ว 2510 : 67 อ้างอิงมาจาก สปีตซ์) พบว่า สภาพเด็กที่ขาดแม่ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้ามีอาการป่วยคล้ายคนที่ขาดไวตามิน และพบว่า ในเด็ก 91 รายนั้น ปรากฏว่า ถึงแก่ความตาย 27 ราย ในปีแรกและอีก 7 ราย ในปีที่สอง ที่เหลือเลี้ยงรอดเพียง 27 รายเท่านั้น จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เด็กมิได้ต้องการแต่อาหาร ความสุขสบายและการเล่นเท่านั้น แต่ยังต้องการความรักความอบอุ่นอีกด้วย การแยกจากบิดา มารดา ทำให้เกิดความผิดหวัง น้อยใจ ดับช้อยใจ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้า มีความก้าวร้าว เด็กที่เกิดมาโดยที่พ่อแม่รัก จะเจริญเติบโตอย่างมีสุขภาพจิตดีและการมีสุขภาพจิตดีช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคจิต โรคประสาทได้

จากการศึกษาของ มัวร์ (Munro, 1966 : 433 - 457) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปร้อยละ 19.5 ชาคมึคา มารคา หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งก่อนอายุ 16 ปี และเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยอารมณ์เศร้ากับคนปกติ พบว่า พวกที่มีอารมณ์เศร้าสูญเสียบิดาหรือมารคาก่อนอายุ 16 ปี มากกว่าคนปกติ

คอลเลอร์ และคาสโตนอส (Koller and Gastonos, 1970 : 371) ได้ศึกษาผู้ต้องขังสองพวกคือ พวกที่ทำผิดอุกฉกรรจ์และทำผิดลหุโทษ พบว่า การชาคมึคาทำให้เสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งตรงกับรายงานการประชุมสุขภาพจิตโลก (อรุณ เชาวนาสัย และคณะ 2514 : 2) ที่ว่า ผู้ที่เสพลิงที่ร้ายแรงและผิดกฎหมาย 90% มาจากครอบครัวที่แตกแยก

จากเอกสารที่กล่าวมาทั้งหมดพอจะสรุปได้ว่า เด็กทุกคนมีความสัมพันธ์กับบิดามารคามาก เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนกระทั่งคลอดออกมา ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดและอบอุ่นของมารคา จึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการพัฒนาทั้งทางด้านจิตใจ สติปัญญาและสังคมของเด็ก เด็กต้องการความรักความสนใจจากบิดามารคาส่งมาอย่างสม่ำเสมอ เด็กที่ขาดมารคาจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่า เหวจะแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า ร้องไห้โยเย หงุดหงิด ก้าวร้าว นอกจากนี้การที่บิดา มารคาไม่ต้องการบุตรนั้นทำให้บุตรมีความรู้สึกเสียใจ เจ็บปวดอยู่ในส่วนลึกของจิตใจ ซึ่งเขาพยายามจะลืมหรือพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เขาระลึกถึงประสบการณ์ที่ทำให้เขาเสียใจโดยการเก็บกดไว้ เมื่อมาเจอสถานการณ์หรือปัญหาที่บีบบังคับจิตใจมากจึงมีอาการทางจิตแสดงออก ซึ่งจิตแพทย์ท่านหนึ่งของเมืองไทย (ฝน แสงสิงแก้ว 2510 : 68) ได้กล่าวไว้ว่า เด็กที่ขาดสัมพันธภาพต่อบิดาหรือมารคาหรือครอบครัวนั้น เด็กจะขาดความรักความอบอุ่นอย่างมากที่สุด เมื่อเด็กโตขึ้นก็จะขาดสิ่งยึดเหนี่ยวประจำใจกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีระเบียบในชีวิต เป็นอาชญากร เป็นโรคจิต โรคประสาทและเป็นทาสยาเสพติดไปในที่สุด

สมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า

1. เด็กวัยรุ่นในโรงเรียนมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์
2. เด็กวัยรุ่นเพศชายมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าเด็กวัยรุ่นเพศหญิง
3. เด็กวัยรุ่นช่วงอายุต่างกันจะปัญหาสุขภาพจิตต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการดำเนินการเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงในปัญหาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับขั้น ดังนี้

1. การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำกับข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นเด็กวัยรุ่นชายและหญิงอายุระหว่าง 11 - 17 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านปากเกร็ดและสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ใน พ.ศ. 2526 จำนวน 567 คน และเด็กวัยรุ่นชายและหญิงอายุระหว่าง 11 - 17 ปี ในโรงเรียนวชิรธรรมสาธิต กรุงเทพมหานคร ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2525 จำนวน 1,003 คน
2. ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งกลุ่มเป็นสองตอน คือ
 - 2.1 เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ผู้วิจัยได้ขอรายละเอียดเกี่ยวกับตัวเด็กและอายุของเด็กจากแผนกทะเบียนประวัติ กองสงเคราะห์เด็กและบุคคลวัยรุ่น กรมประชาสงเคราะห์ แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยใช้เพศ สถานศึกษาและอายุเป็นเกณฑ์ในการแบ่งและนำมาเพียง 1 ใน 5 หรือประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนประชากร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 114 คน ดังรายละเอียดในตาราง

2.2 เด็กวัยรุ่นในโรงเรียน

ผู้วิจัยได้ขอรายละเอียดเกี่ยวกับตัวเด็กและอายุของเด็กจากฝ่ายแนะแนวแล้ว
ดำเนินการสุ่มเช่นเดียวกับข้อ 2.1 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 201 คน ดังรายละเอียด
ในตาราง

ตาราง 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานสงเคราะห์และโรงเรียน

ช่วงอายุของเด็กวัยรุ่น	สถานสงเคราะห์		โรงเรียน	
	ทั้งหมด	สุ่มได้	ทั้งหมด	สุ่มได้
1. เด็กวัยรุ่นตอนต้นชายอายุ 11 - 15 ปี	181	36	323	65
2. เด็กวัยรุ่นตอนต้นหญิงอายุ 11 - 15 ปี	152	31	315	63
3. เด็กวัยรุ่นตอนกลางชายอายุสูงกว่า 15 ปี และไม่เกิน 17 ปี	105	21	187	37
4. เด็กวัยรุ่นตอนกลางหญิงอายุสูงกว่า 15 ปี และไม่เกิน 17	129	26	178	36
รวม	567	114	1,003	201

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบวัดสุขภาพจิตมีชื่อว่า
Symptom Distress Checklist - 90 หรือ SCL - 90 ซึ่งคณะนักจิตวิทยาแห่ง
โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจาก Leonard R.

Derogatis, Limb Covi แห่ง Johns Hopkins University, School of Medicine
Baltimore, Maryland; Ronald S. Lipman แห่ง Psycho Pharmacology Research
Branch, National Institute of Mental Health, Rockville Maryland

แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยคำถามสั้น ๆ 90 ข้อ แบ่งตามลักษณะสุขภาพจิต 9 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization) เช่น เกี่ยวกับระบบหายใจ
ระบบย่อยอาหาร ระบบหัวใจและระบบอื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง ความ
เจ็บปวดและตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ตัวอย่างเช่น ข้อ (4) มักจะเป็นลมหรือวิงเวียนอยู่
บ่อย ๆ

2. การย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - Compulsive) เป็นพฤติกรรมที่เป็นแบบ
ความคิด แรงผลักดัน การกระทำต่าง ๆ ที่รบกวนจิตใจ ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นแต่ก็หลีกเลี่ยง
ไม่ได้ ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาเปลี่ยนไป ตัวอย่างเช่น ข้อ (38) ต้องทำงานซ้ำ ๆ
เพื่อให้แน่ใจว่าถูกต้อง

3. ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น (Interpersonal Sensitivity) เป็นความ
รู้สึกบ่งพร่องหรือรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ลกค่านิยมใน
ตนเอง อีควิดและไม่สบายใจเมื่อต้องติดต่อกับคนอื่น หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองอย่าง
รุนแรงและคิดว่า การติดต่อกับคนอื่นจะไม่เป็นผลดี ตัวอย่างเช่น ข้อ (26) ต่ำหุนิติเตียนตนเอง
ในเรื่องต่าง ๆ

4. ซึมเศร้า (Depression) มีอารมณ์เศร้า หมกความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ
ไม่มีแรงจูงใจ ไม่มีพลัง ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง คิดฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเช่น ข้อ (54) รู้สึกสิ้นหวัง
เกี่ยวกับอนาคต

5. วิตกกังวล (Anxiety) มีความกระวนกระวาย นั่งไม่ติด กลัว ประหม่าและ
ตึงเครียด มีอาการทางกายร่วมด้วยคือสั่น ตัวอย่างเช่น ข้อ 2. ประหม่าง่ายหรือกระวน
กระวายใจ

6. ก้าวร้าว ทำลาย (Hostility) อารมณ์ ความคิด หรือการกระทำ
แบบโกรธแค้น รวมทั้งก้าวร้าวทำลาย ความรู้สึกโต้แย้งและควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ตัวอย่างเช่น
ข้อ (11) ความรู้สึกโกรธและหงุดหงิดง่าย

7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia) กลัวเฉพาะที่ คน สิ่งของ หรือเหตุการณ์
ต่าง ๆ แบบไม่มีเหตุผลและเกินความเป็นจริงทำให้ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น ตัวอย่างเช่น
ข้อ (13) ความรู้สึกกลัวที่โล่งแจ้งหรือในถนน

(8. หวาดระแวง (Paranoid Ideation) โทษคนอื่น ไม่เป็นมิตร ระแวง
สงสัย เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง หลงผิด สูญเสียการควบคุมตนเอง มีความคิดมักใหญ่ใฝ่สูง
ว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต ตัวอย่างเช่น ข้อ (18) รู้สึกไม่ไว้วางใจคนอื่นมาก

9. โรคจิต (Psychoticism) ถกถอย แยกตัวเอง คิดว่าถูกควบคุมความคิด
จากภายนอก ตัวอย่างเช่น ข้อ (7) มีความคิดว่าผู้หนึ่งผู้ใดสามารถ ควบคุมความคิดของท่าน

ตัวอย่างแบบทดสอบ

ข้อที่	ท่านถูกรบกวนจากสิ่งต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.	ความรู้สึกโกรธและหงุดหงิดง่าย			✓		
2.	ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน	✓				
3.	อยากจะตะโกนและขว้างปา ข้าวของ		✓			

การตอบแบบทดสอบ

ให้ผู้ตอบอ่านคำถามแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่า อาการเหล่านั้นรบกวนจิตใจเขา
มากน้อยเพียงใด หรือไม่เลย โดยคำตอบจะแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ

- | | | | |
|---|-------------|---------|---|
| 0 | ไม่เลย | หมายถึง | ไม่มีความทุกข์หรือปัญหาเกี่ยวกับอาการนี้เลย |
| 1 | เล็กน้อย | หมายถึง | มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอยู่บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ
และเป็นจำนวนพอประมาณไม่รุนแรงนัก |
| 2 | ปานกลาง | หมายถึง | มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นค่อนข้างสม่ำเสมอ
และเป็นจำนวนพอประมาณไม่รุนแรงนัก |
| 3 | ค่อนข้างมาก | หมายถึง | มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นสม่ำเสมอและมี
จำนวนพอประมาณไปจนถึงมาก |
| 4 | มากที่สุด | หมายถึง | มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอย่างมากทั้งความถี่
และความรุนแรง |

การหาเกณฑ์มาตรฐานของแบบทดสอบ

นักจิตวิทยาแห่งโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ทำการวิจัยแบบทดสอบ SCL - 90
เพื่อหาเกณฑ์ปกติในคนไทย ปรากฏว่า ปัญหาของคนทั่วไปอยู่ระหว่างระดับที่ 1 - 3 และ
โดยเฉลี่ยจะอยู่ประมาณระดับปัญหาที่ 2 ระดับนอกเหนือไปจากนั้นจัดว่าต่างไปจากคนปกติทั่วไป

การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบทดสอบ

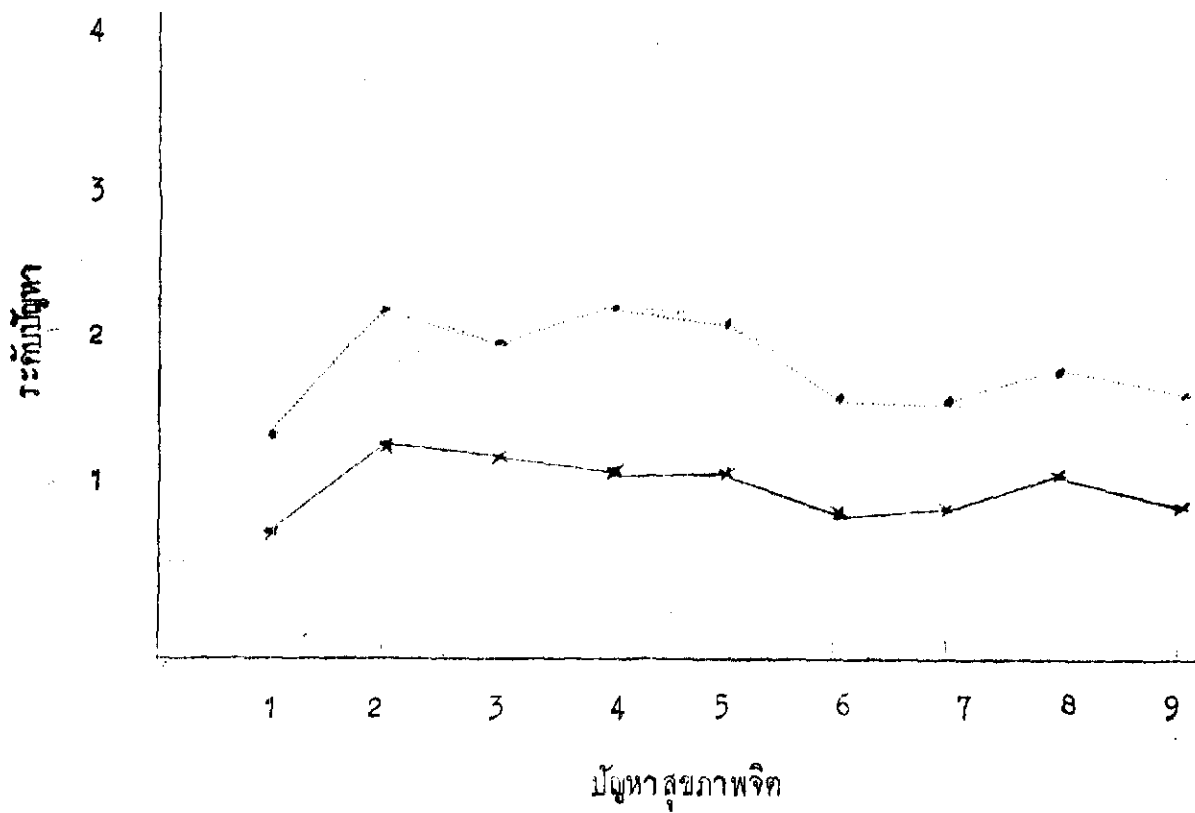
ผู้วิจัยใช้วิธี Known group technique โดยนำแบบทดสอบไปใช้กับนักเรียน
โรงเรียนมทรรัตนพาราม กรุงเทพมหานคร ชาย 25 คน หญิง 25 คน อายุอยู่ในระหว่าง
12 - 18 ปี อายุเฉลี่ย 15 ปี โดยทำการทดสอบเป็นกลุ่มและคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า
เป็นโรคประสาทจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช ศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลประสาท

และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ชาย 20 คน หญิง 30 คน อายุระหว่าง 12 - 20 ปี อายุเฉลี่ย 16 ปี โดยทำการทดสอบเป็นรายบุคคล เปรียบเทียบผลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโดยใช้ t -test ก็แสดงไว้ในตาราง 2 และภาพประกอบ 1

ตาราง 2 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนโรงเรียนมทรธพารามและคนใช้
จิตเวช

ปัญหาสุขภาพจิต	นักเรียน			คนใช้			t
	N	\bar{X}	S^2	N	\bar{X}	S^2	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	50	.66	.16	50	1.41	.57	-6.21 **
2. ย้ำคิดย้ำทำ	50	1.34	.21	50	2.07	.37	-6.78 **
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	50	1.15	.26	50	1.97	.28	-7.89 **
4. ซึมเศร้า	50	1.09	.16	50	2.11	.38	-9.81 **
5. วิตกกังวล	50	1.01	.22	50	2.05	.42	-9.19 **
6. ก้าวร้าว	50	.81	.22	50	1.59	.72	-5.69 **
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	50	.82	.31	50	1.57	.51	-5.86 **
8. หวาคระแวง	50	1.06	.36	50	1.84	.61	-5.60 **
9. โรควิต	50	.92	.20	50	1.62	.44	-6.19 **

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 1 ระดับปัญหาของนักเรียนเปรียบเทียบกับคนไข้จิตเวช

————— นักเรียน

..... คนไข้

จากตาราง 2 และภาพประกอบ 1 แสดงให้เห็นว่า สุขภาพจิตของนักเรียนก็ดีกว่าคนไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า ดังนั้นจึงถือว่า แบบทดสอบใช้วัดได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบ

ผู้วิจัย ได้นำแบบทดสอบจากนักเรียนโรงเรียนนทรณพาราม จำนวน 50 คน และเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านปากเกร็ดและสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จำนวน 50 คน สำหรับเด็กในสถานสงเคราะห์นั้นเป็นเด็กที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง มาตรวจให้คะแนนและหาค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านและทั้งหมด โดยใช้ Alpha Coefficient (Cronbach, 1970 : 161) ได้ผลดังนี้

ปัญหาสุขภาพจิต	ค่าความเชื่อมั่น	
	โรงเรียน	สถานสงเคราะห์
1. ความรู้สึกเจ็บป่วยทางกาย	.78	.77
2. ย้ำคิดย้ำทำ	.65	.64
3. ไม่ชอบคิดคอกับคนอื่น	.69	.63
4. ซึมเศร้า	.63	.74
5. วิตกกังวล	.68	.68
6. ก้าวร้าว	.66	.60
7. กล้าโดยไม่มีเหตุผล	.74	.59
8. หวาดระแวง	.72	.62
9. โรคนจิต	.68	.78
รวมทั้งฉบับ	.94	.90

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านปากเกร็ด สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี และโรงเรียนวชิรธรรมสาธิต โดยทำการทดสอบเป็นกลุ่ม ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 20 นาที

การจัดกระทำกับข้อมูล

1. นำแบบทดสอบฉบับที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แยกประเภทแบบทดสอบจำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ ที่จะวิเคราะห์
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ
4. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติพื้นฐานดังต่อไปนี้ คือ
 - 1.1 หาค่ารายเฉลี่ยใช้สูตร (Guilford, 1950 : 44)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนน

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

1.2 หากหาความแปรปรวน (Variance) ใช้สูตร (Ferguson, 1976 :

64)

$$s^2 = \frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}$$

เมื่อ s^2 แทน ความแปรปรวน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร
 (บังอร ภาวภิรมย์ขวัญ 2523 : 110)

$$F_{\max} = \frac{s_1^2}{s_2^2}$$

$$df = n_1 - 1, n_2 - 1$$

เมื่อ F_{\max} แทน ค่าสถิติในการแจกแจงแบบ F
 s_1^2, s_2^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
 โดยที่ $s_1^2 > s_2^2$

3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ในการหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และในการทดสอบสมมติฐาน ใช้สูตร (บังอร ภาวภิรมย์ขวัญ 2523 : 106 - 109)

$$\begin{aligned}
 \text{ในกรณีที่ } \sigma_1^2 &= \sigma_2^2 \\
 t &= \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}} \\
 df &= n_1 + n_2 - 2 \\
 \text{กรณีที่ } \sigma_1^2 &\neq \sigma_2^2 \\
 t &= \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} \\
 df &= \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\left[\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 2} \right]}
 \end{aligned}$$

เมื่อ t แทน ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพจิตของเด็กวัยรุ่น
 \bar{X}_1, \bar{X}_2 แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

s_1^2, s_2^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

n_1, n_2 แทน จำนวนของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

μ_1, μ_2 แทน ค่าเฉลี่ยของประชากรของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

4. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟา โคเอฟฟิเชียน (Coefficient Alpha) ใช้สูตร (Cronbach, 1970 : 161)

$$\infty = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right\}$$

เมื่อ ∞ แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งหมด

n แทน จำนวนข้อของแบบทดสอบทั้งหมด

$\sum s_i^2$ แทน ผลรวมของความแปรปรวนของแบบทดสอบแต่ละข้อ

s_t^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนแบบทดสอบทั้งหมด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อความสะดวกและการสื่อความหมายให้ตรงกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- N แทน จำนวนเด็กวัยรุ่น
- \bar{X} แทน คะแนนเฉลี่ย
- S^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนน
- t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์และแปรผลในการวิจัยครั้งนี้ จะเสนอแยกเป็นตอน ๆ ไป
รวม 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์
กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน

จากการทดสอบระดับปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ เมื่อนำไป
เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนแล้วได้ผลดังตาราง 3 และเมื่อแยกปัญหาสุขภาพจิต
ออกเป็น 9 ด้าน เปรียบเทียบกันแล้ว ได้ผลดังตาราง 4 และภาพประกอบ 2 ดังนี้

ตาราง 3 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่น
ในโรงเรียน

สถานศึกษา	N	\bar{X}	S^2	t
สถานสงเคราะห์	114	12.54	3.46	17.39 **
โรงเรียน	201	9.03	2.09	

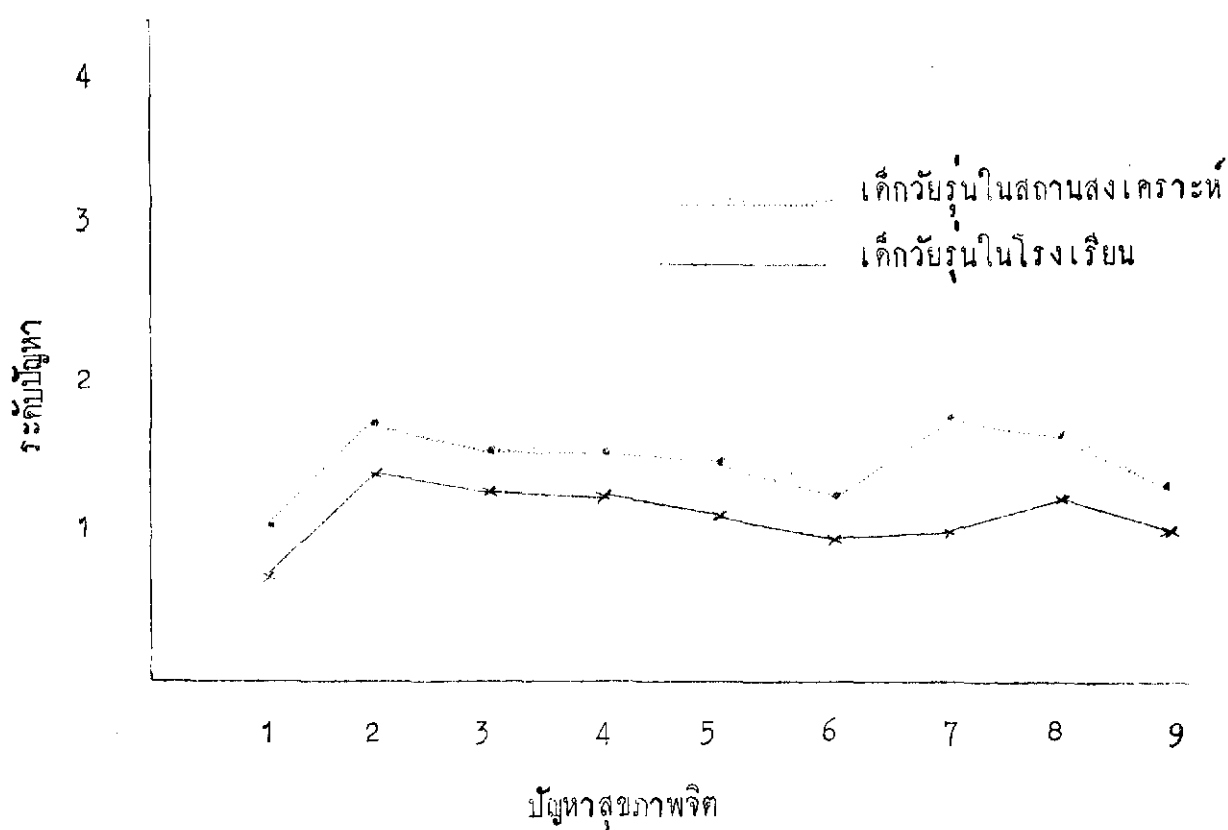
** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์มีปัญหาสุขภาพจิต
สูงกว่าเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน
ข้อ 1 และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้านของเด็กวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มข้างต้นนี้
ทั้ง 9 ด้าน ผลปรากฏดังตาราง 4 และภาพประกอบ 2

ตาราง 4 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้านของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับ
เด็กวัยรุ่นในโรงเรียน

ปัญหาสุขภาพจิต	สถานสงเคราะห์			โรงเรียน			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	114	.98	.30	201	.57	.14	7.11**
2. ย้ำคิดย้ำทำ	114	1.59	.36	201	1.34	.20	3.88**
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	114	1.48	.40	201	1.15	.25	4.79**
4. ซึมเศร้า	114	1.48	.39	201	1.11	.26	5.39**
5. วิตกกังวล	114	1.43	.32	201	1.00	.19	7.02**
6. ก้าวร้าว	114	1.15	.33	201	.88	.34	3.97**
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	114	1.67	.65	201	.93	.30	8.72**
8. หวาดระแวง	114	1.52	.36	201	1.14	.23	5.79**
9. โรคจิต	114	1.24	.35	201	.91	.18	5.24**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 2 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน

จากตาราง 4 และภาพประกอบ 2 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้านของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์สูงกว่าเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์มีระดับปัญหาสูงกว่าเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนทุกด้าน โดยเฉพาะด้านความกลัวโดยไม่มีเหตุผล มีระดับปัญหาสูงกว่าเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนมากกว่าปัญหาค้นอื่น ๆ

ตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นจำแนกตามเพศ แสดงไว้ในตาราง 5 - 10 และภาพประกอบ 3 - 7 ดังนี้

ตาราง 5 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเด็กวัยรุ่นชายและเด็กวัยรุ่นหญิง

เพศ	N	\bar{X}	S^2	t
ชาย	159	9.48	2.31	-8.73 **
หญิง	156	11.13	3.31	

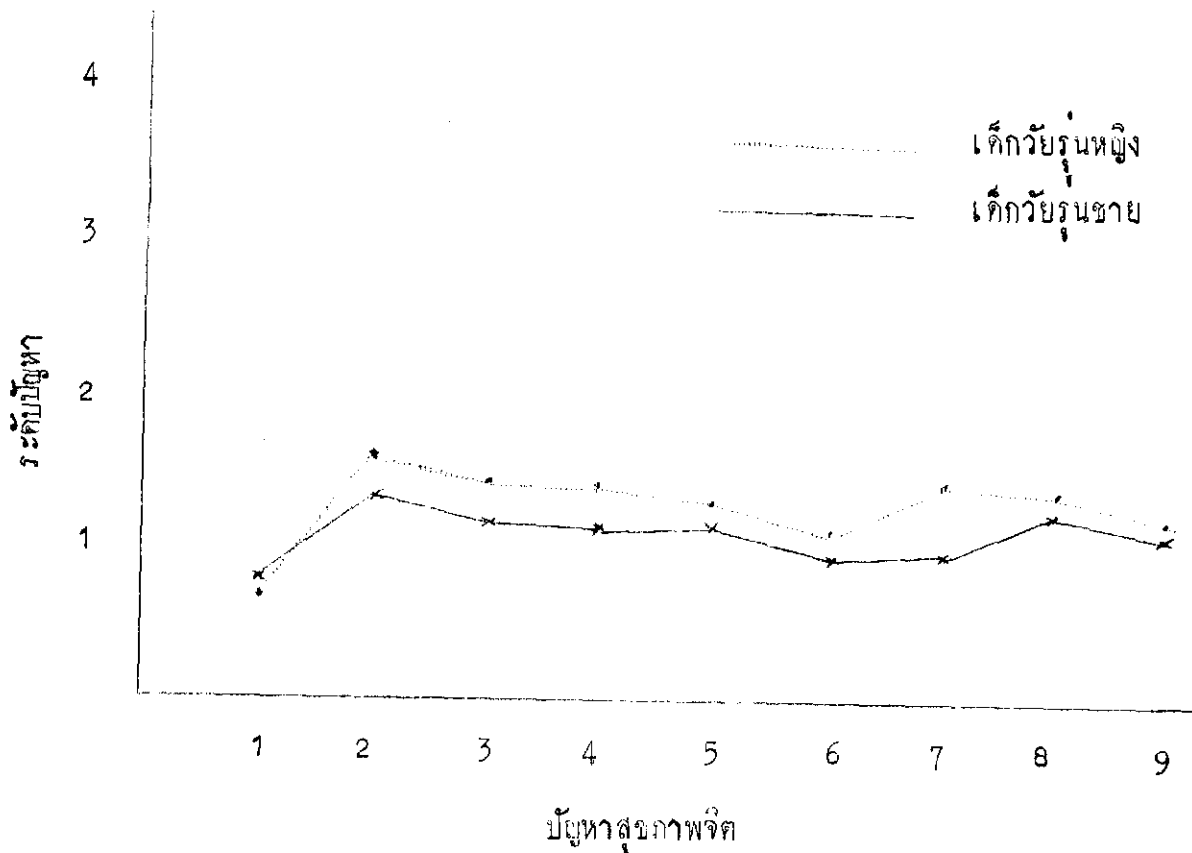
** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากรายการ 5 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าเด็กวัยรุ่นชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 และเมื่อนำปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้านของเด็กวัยรุ่นชายและหญิงทั้งหมดมาเปรียบเทียบกันในแต่ละด้าน ปรากฏผลดังตาราง 6 - 10 และภาพประกอบ 3 - 7

ตาราง 6 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้านของเด็กวัยรุ่นชายกับเด็กวัยรุ่นหญิง

ปัญหาสุขภาพจิต	เด็กวัยรุ่นชาย			เด็กวัยรุ่นหญิง			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	159	.74	.22	156	.69	.25	0.92
2. ย้ำคิดย้ำทำ	159	1.34	.19	156	1.52	.34	-3.10**
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	159	1.13	.21	156	1.42	.41	-4.61**
4. ซึมเศร้า	159	1.08	.22	156	1.40	.40	-5.09**
5. วิดกกังวล	159	1.07	.22	156	1.25	.33	-3.04**
6. ก้าวร้าว	159	.94	.35	156	1.02	.35	-1.20
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	159	.97	.40	156	1.42	.60	-5.64**
8. หวาดระแวง	159	1.20	.26	156	1.36	.34	-2.59**
9. โรครจิต	159	1.01	.24	156	1.05	.29	-0.69

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 3 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่มชายเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่มหญิง

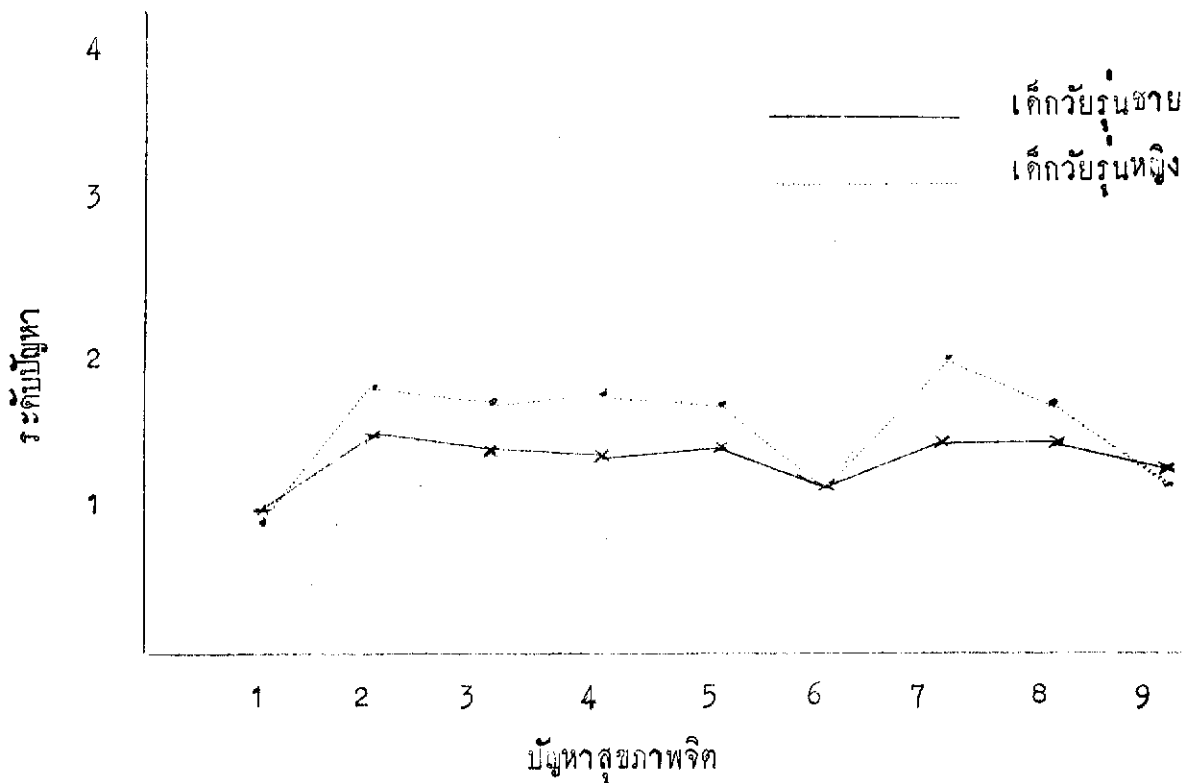
จากตาราง 6 และภาพประกอบ 3 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่มชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กวัยรุ่มหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้าน ย้ำคิย้าท่า ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ชิมเคร้า วิทกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผลและหวากระแวง ส่วนในด้านความก้าวร้าวและโรคจิต เด็กวัยรุ่มชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กวัยรุ่มหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทางด้านรู้สึกป่วยทางกายเด็กวัยรุ่มชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่าเด็กวัยรุ่มหญิงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่มชายมีระดับปัญหาใน 6 ด้าน คือ ย้ำคิย้าท่า ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ชิมเคร้า วิทกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผลและหวากระแวงต่ำกว่าเด็กวัยรุ่มหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกนั้น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 7 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นชายในสถานลงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นหญิง
ในสถานลงเคราะห์

ปัญหาสุขภาพจิต	เด็กวัยรุ่นชาย			เด็กวัยรุ่นหญิง			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	57	.99	.26	57	.96	.33	0.29
2. ย้ำคิดย้ำทำ	57	1.43	.20	57	1.74	.48	-2.84 **
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	57	1.34	.18	57	1.62	.59	-2.41 **
4. ซึมเศร้า	57	1.32	.28	57	1.63	.45	-2.74 **
5. วิดกกังวล	57	1.36	.28	57	1.58	.36	-2.08 *
6. ก้าวร้าว	57	1.15	.39	57	1.15	.26	0
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	57	1.39	.46	57	1.95	.69	-3.94 **
8. หวาคระแวง	57	1.44	.29	57	1.59	.42	-1.34
9. โรควิต	57	1.27	.26	57	1.21	.44	0.54

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 4 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นชายในสถานลงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์

จากตาราง 7 และภาพประกอบ 4 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในค่านัยสำคัญค่าทำ ไม่ชอบคิดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า และกลัวโดยไม่มีเหตุผล และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในค่านวิตกกังวล สำหรับในค่านหวากระแวงนั้นต่ำกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

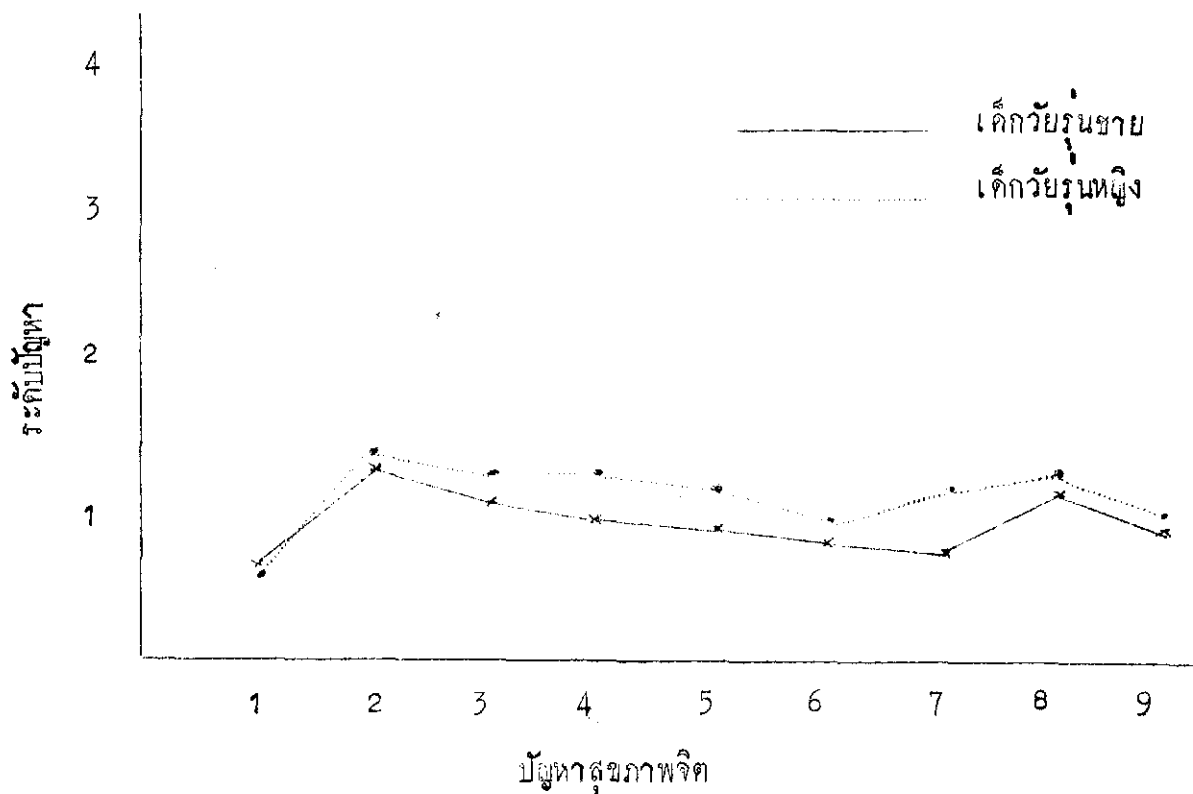
ในค่านของความรู้สึกป่วยทางกายและโรคจิตนั้น เด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันในค่านของความก้าวร้าว ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์มีระดับปัญหาใน 5 ค่าน คือ ย้ำคิดย้ำทำ ไม่ชอบคิดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า และกลัวโดยไม่มีเหตุผลต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในค่านหวากระแวงต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 8 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียนกับเด็กวัยรุ่นหญิง
ในโรงเรียน

ปัญหาสุขภาพจิต	เด็กวัยรุ่นชาย			เด็กวัยรุ่นหญิง			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	102	.60	.15	99	.54	.13	1.44
2. ย้ำคิดย้ำทำ	102	1.29	.18	99	1.39	.22	-1.59
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	102	1.01	.19	99	1.30	.27	-4.28**
4. ซึมเศร้า	102	.95	.14	99	1.27	.33	-4.66**
5. วิตกกังวล	102	.91	.12	99	1.10	.25	-3.12**
6. ก้าวร้าว	102	.83	.29	99	.94	.38	-1.35
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	102	.74	.22	99	1.12	.30	-5.29**
8. หวาระแวง	102	1.07	.20	99	1.22	.24	-2.27*
9. โรคจิต	102	.87	.17	99	.96	.18	-1.53

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 5 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียนเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียน

จากตาราง 8 และภาพประกอบ 5 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวลและกลัวโดยไม่มีเหตุผล และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านหวาดระแวง ส่วนในด้านย้ำคิดย้ำทำ ก้าวร้าว และโรคจิตนั้นต่ำกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

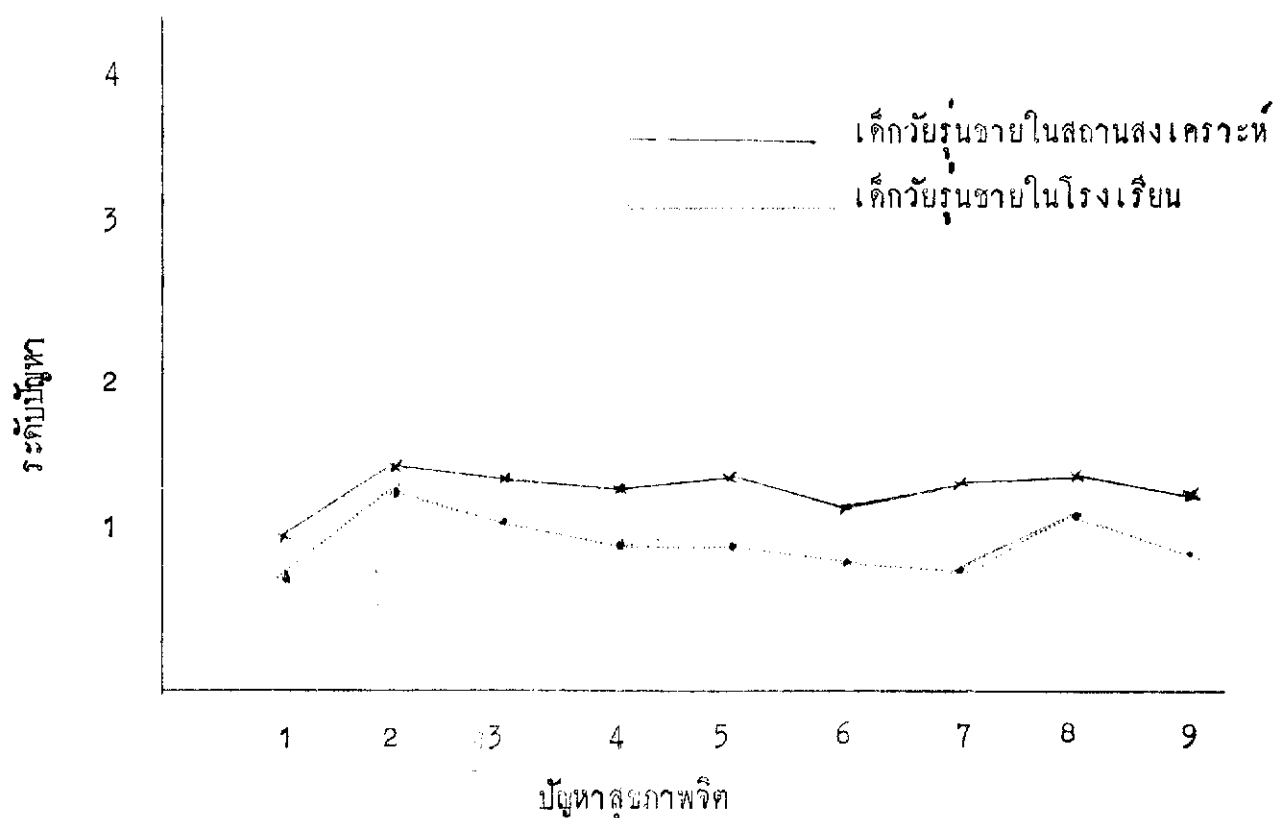
ในด้านความรู้สึกป่วยทางกายนั้น เด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียนมีระดับปัญหาใน 5 ด้าน คือ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล และกลัวโดยไม่มีเหตุผลต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และใน ด้านหวาดระแวงต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 9 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นชาย
ในโรงเรียน

ปัญหาสุขภาพจิต	สถานสงเคราะห์			โรงเรียน			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	57	.99	.26	102	.60	.15	5.02 **
2. ย้ำคิดย้ำทำ	57	1.43	.20	102	1.29	.18	1.96 *
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	57	1.34	.18	102	1.01	.19	4.62 **
4. นิมิเศร้า	57	1.32	.28	102	.95	.14	4.67 **
5. วิตกกังวล	57	1.36	.28	102	.91	.12	5.77 **
6. ก้าวร้าว	57	1.15	.39	102	.83	.29	3.39 **
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	57	1.39	.46	102	.74	.22	6.43 **
8. ทวาทระแวง	57	1.44	.29	102	1.07	.20	4.64 **
9. โรคจิต	57	1.27	.26	102	.87	.17	5.07 **

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 6 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียน

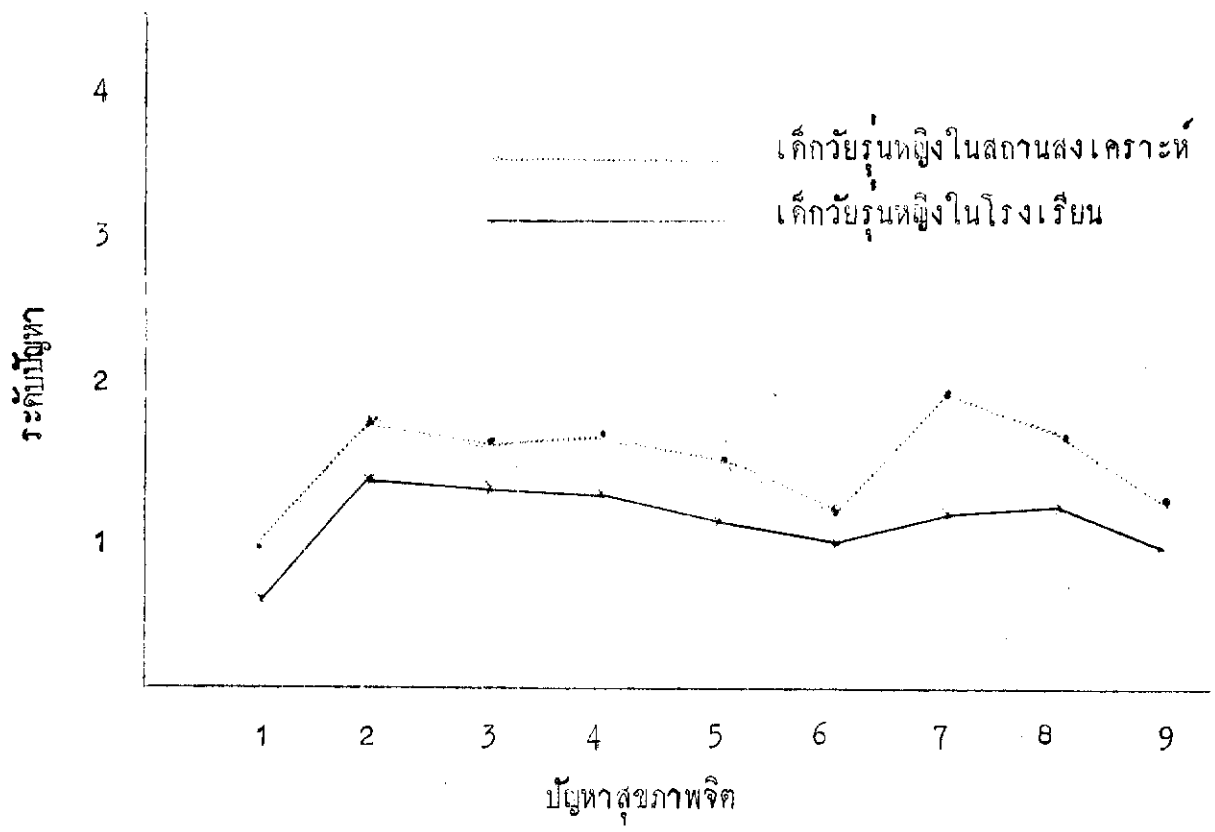
จากตาราง 9 และภาพประกอบ 6 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านรู้สึกป่วยทางกาย ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ก้าวร้าว กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวาดกระแวงและโรคจิต และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านย่ำคิดย่ำทำ ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียนมีระดับปัญหาต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์ทุกด้าน

ตาราง 10 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นหญิง
ในโรงเรียน

ปัญหาสุขภาพจิต	สถานสงเคราะห์			โรงเรียน			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	57	.96	.33	99	.54	.13	4.98**
2. ย้ำคิดย้ำทำ	57	1.74	.48	99	1.39	.22	3.39**
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	57	1.62	.59	99	1.30	.27	2.80**
4. ซึมเศร้า	57	1.63	.45	99	1.27	.33	3.54**
5. วิทกกังวล	57	1.50	.36	99	1.10	.25	4.47**
6. ก้าวร้าว	57	1.15	.26	99	.94	.38	2.18*
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	57	1.95	.69	99	1.12	.30	6.75**
8. หวาคระแวง	57	1.59	.42	99	1.22	.24	3.74**
9. โรควิต	57	1.21	.44	99	.96	.18	2.56**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 7 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียน

จากตาราง 10 และภาพประกอบ 7 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านรู้สึกป่วยทางกาย ย้ำคิดย้ำทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวอกระแวงและโรคจิต และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านก้าวร้าว ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนมีระดับปัญหาต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์ทุกด้าน

ตอนที่ 3 ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นจำแนกตามช่วงอายุ แสดงไว้ใน
ตาราง 11 - 16 และภาพประกอบ 8 - 12 ดังนี้

ตาราง 11 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นและเด็กวัยรุ่น
ตอนกลาง

ช่วงอายุ	N	\bar{X}	S^2	t
วัยรุ่นตอนต้น	195	9.82	2.88	-0.50
วัยรุ่นตอนกลาง	120	10.95	2.98	

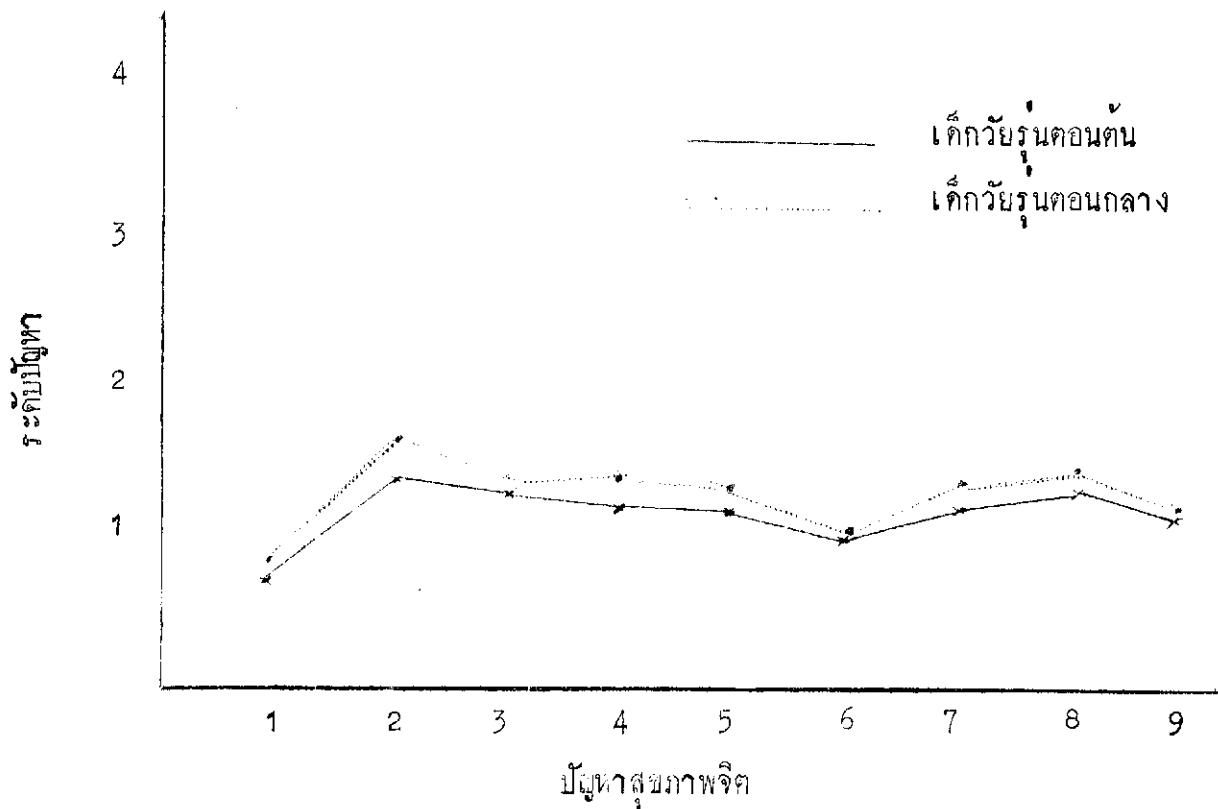
จากตาราง 11 แสดงให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นและ
เด็กวัยรุ่นตอนกลาง หรือเด็กวัยรุ่นที่มีช่วงอายุแตกต่างกันนั้น จะมีปัญหาสุขภาพจิตไม่
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 และเมื่อนำปัญหา
สุขภาพจิตทุกด้านของเด็กวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางมาเปรียบเทียบกัน ผลปรากฏดัง
ตาราง 12 - 16 และภาพประกอบ 8 - 12

ตาราง 12 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้านของเด็กวัยรุ่นตอนต้นกับเด็กวัยรุ่น
ตอนกลาง

ปัญหาสุขภาพจิต	วัยรุ่นตอนต้น			วัยรุ่นตอนกลาง			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	195	.58	.28	120	.77	.25	-3.16**
2. ย้ำคิดย้ำทำ	195	1.38	.28	120	1.53	.27	-2.46*
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	195	1.23	.33	120	1.33	.32	-1.51
4. ซึมเศร้า	195	1.16	.33	120	1.37	.32	-3.17**
5. วิดกกังวล	195	1.10	.26	120	1.26	.28	-2.67**
6. ก้าวร้าว	195	.98	.33	120	.99	.36	-0.15
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	195	1.13	.47	120	1.30	.67	-1.90
8. หวาคระแวง	195	1.24	.33	120	1.35	.25	-1.73
9. โรคจิต	195	1.02	.27	120	1.05	.26	-0.05

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

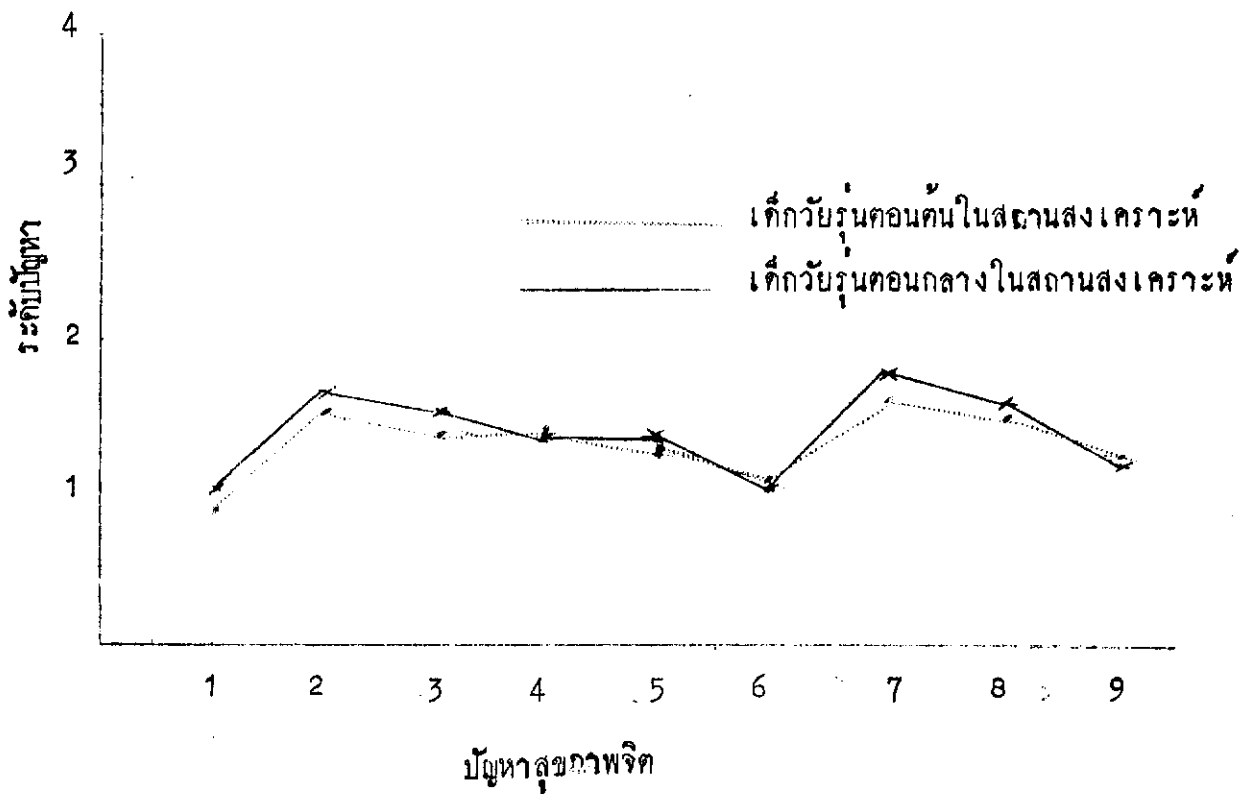


ภาพประกอบ 8 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นตอนกลาง

จากตาราง 12 และภาพประกอบ 8 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านรู้สึกป่วยทางกาย ชีบเคร่าและวิตกกังวล และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านย่ำคิดย่ำทำ ส่วนในด้านไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ก้าวร้าว กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวาดระแวงและโรคจิตนั้นต่ำกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีระดับปัญหาใน 4 ด้าน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ชีบเคร่าและวิตกกังวลต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านย่ำคิดย่ำทำต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 13 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานลงเคราะห์กับ
เด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานลงเคราะห์

ปัญหาสุขภาพจิต	วัยรุ่นตอนต้น			วัยรุ่นตอนกลาง			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	67	.95	.31	47	1.01	.27	-0.58
2. ย้ำคิดย้ำทำ	67	1.56	.41	47	1.63	.30	-0.61
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	67	1.45	.44	47	1.52	.35	-0.09
4. ซึมเศร้า	67	1.48	.44	47	1.47	.33	0.08
5. วิตกกังวล	67	1.40	.32	47	1.47	.30	-0.66
6. ก้าวร้าว	67	1.17	.33	47	1.13	.26	0.38
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	67	1.58	.56	47	1.80	.75	-1.45
8. ทวากระแวง	67	1.50	.43	47	1.54	.26	-0.37
9. โรคจิต	67	1.24	.39	47	1.23	.30	0.09



ภาพประกอบ 9 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์

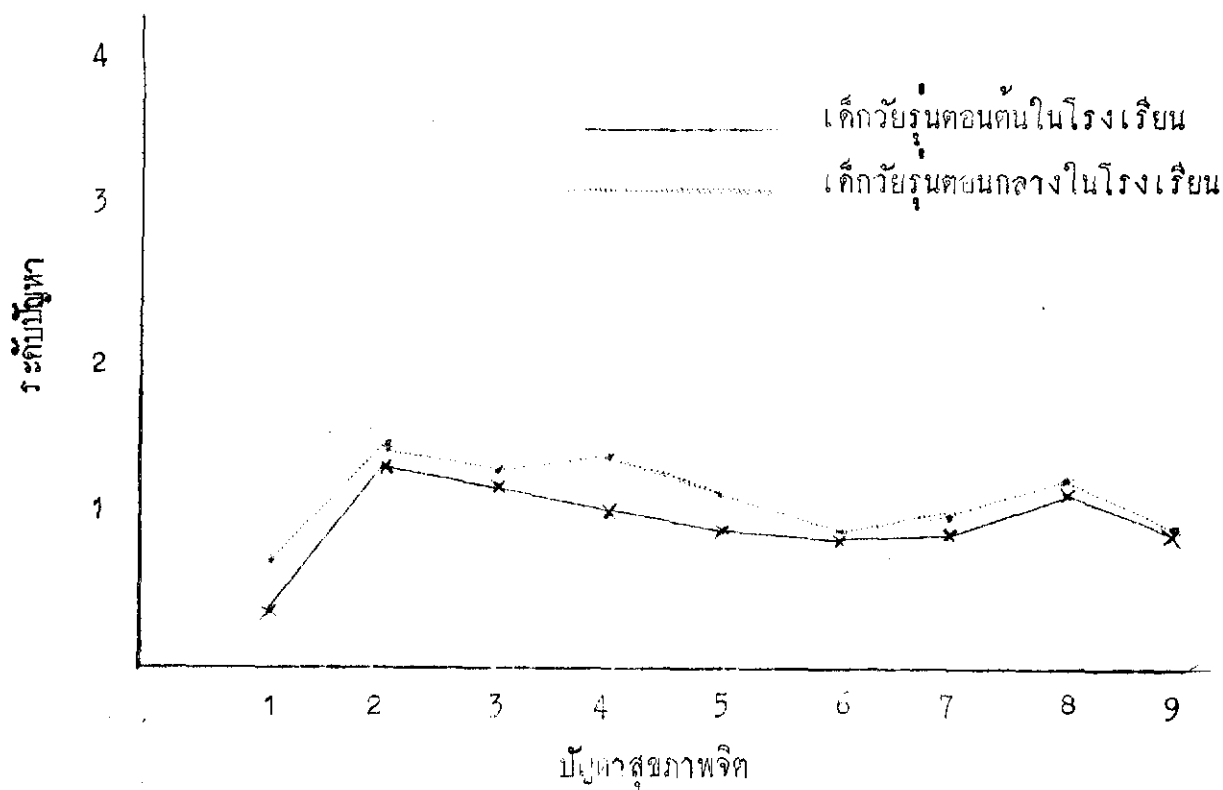
จากตาราง 13 และภาพประกอบ 9 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในความรู้สึกป่วยทางกาย ย้ำคีย้ำทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น วิทกัังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผลและหวาดระแวง และสูงกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทางก้านซึมเศร้า ก้าวร้าว และโรคจิต

ตาราง 14 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนกับเด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียน

ปัญหาสุขภาพจิต	วัยรุ่นตอนต้น			วัยรุ่นตอนกลาง			t
	n	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	128	.38	.16	73	.61	.18	-3.83 **
2. ย้ำคิดย้ำทำ	128	1.23	.18	73	1.44	.23	-2.45 *
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	128	1.12	.24	73	1.21	.27	-1.23
4. ซึมเศร้า	128	1.00	.20	73	1.30	.30	-3.98 **
5. วิดกกังวล	128	.94	.16	73	1.12	.22	-2.88 **
6. ก้าวร้าว	128	.88	.30	73	.90	.41	-0.23
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	128	.90	.26	73	.98	.36	-1.00
8. หวาดระแวง	128	1.10	.23	73	1.22	.21	-1.73
9. ไร้อารมณ์	128	.90	.17	73	.93	.20	-0.48

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



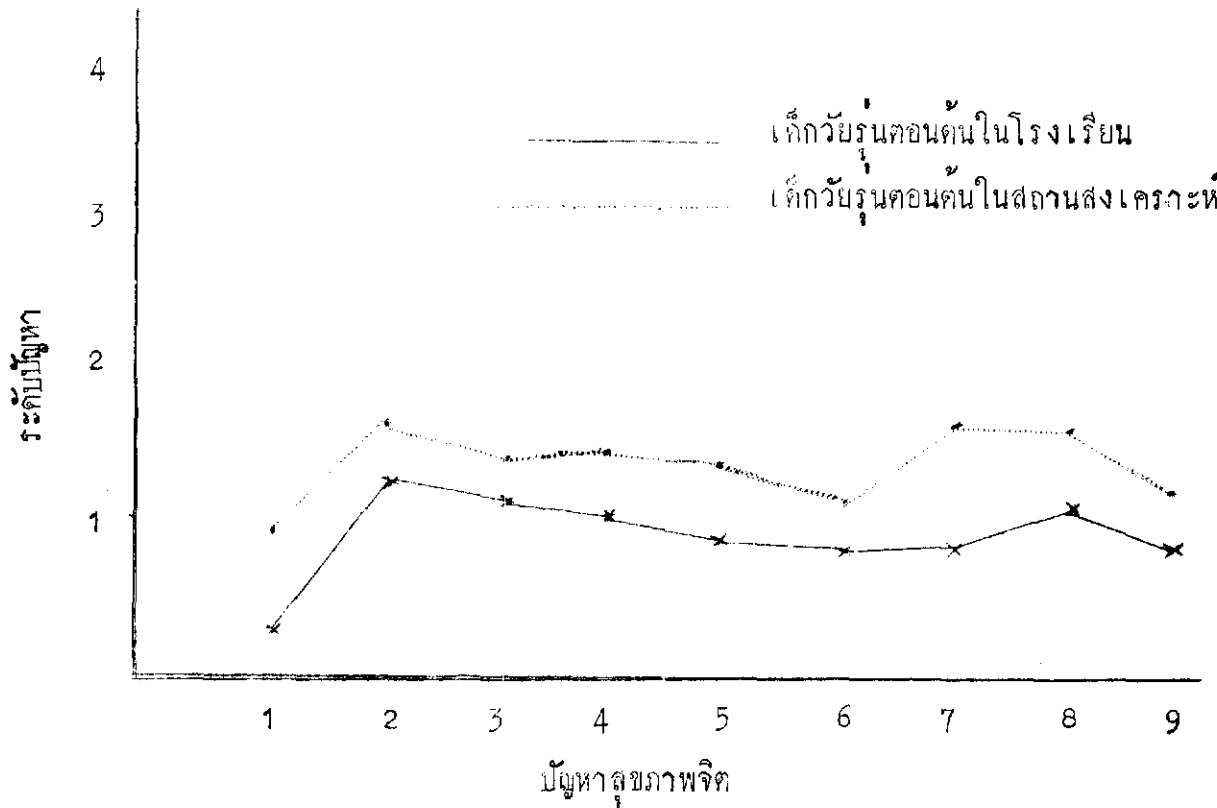
ภาพประกอบ 10 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียน

จากตาราง 14 และภาพประกอบ 10 แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านรู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านยาที่ดื้อยาทำ ส่วนในด้านไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ก้าวร้าว กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวาดระแวง และโรคจิตนั้นต่ำกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนมีระดับปัญหาใน 4 ด้าน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวลต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านยาที่ดื้อยาทำ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 15 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์กับ
เด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียน

ปัญหาสุขภาพจิต	สถานสงเคราะห์			โรงเรียน			t
	N	\bar{X}	S^2	N	\bar{X}	S^2	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	67	.95	.31	128	.38	.16	7.44**
2. ย้ำคิดย้ำทำ	67	1.56	.41	128	1.28	.18	3.23**
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	67	1.45	.44	128	1.12	.24	3.59**
4. ซึมเศร้า	67	1.48	.44	128	1.00	.20	5.32**
5. วิตกกังวล	67	1.40	.32	128	.94	.16	5.93**
6. ก้าวร้าว	67	1.17	.33	128	.88	.30	3.45**
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	67	1.58	.56	128	.90	.26	6.67**
8. หวาคระแวง	67	1.58	.43	128	1.10	.23	5.29**
9. โรครจิต	67	1.24	.39	128	.90	.17	4.02**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 11 ระดับปัญหาของเด็กรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กรุ่นตอนต้นในโรงเรียน

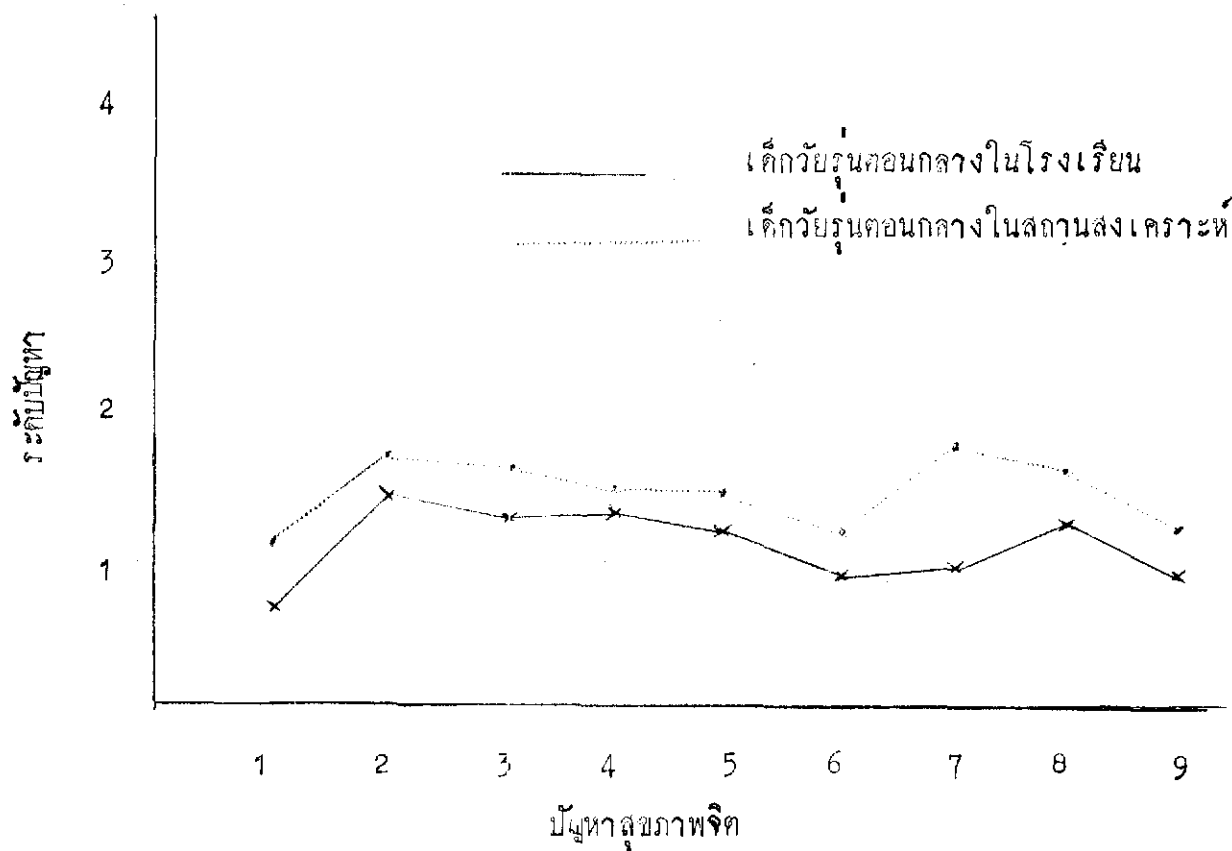
จากตาราง 15 และภาพประกอบ 11 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตของเด็กรุ่นตอนต้นในโรงเรียนต่ำกว่าเด็กรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน ซึ่งหมายความว่า เด็กรุ่นตอนต้นในโรงเรียนมีระดับปัญหาค่ากว่าเด็กรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์ทุกด้าน

ตาราง 16 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์กับ
เด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียน

ปัญหาสุขภาพจิต	สถานสงเคราะห์			โรงเรียน			t
	N	\bar{X}	S ²	N	\bar{X}	S ²	
1. รู้สึกป่วยทางกาย	47	1.01	.27	73	.61	.18	4.61**
2. ย้ำคิดย้ำทำ	47	1.63	.30	73	1.44	.23	2.00*
3. ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น	47	1.52	.35	73	1.21	.27	3.02**
4. ซึมเศร้า	47	1.47	.33	73	1.30	.30	1.63*
5. วิตกกังวล	47	1.47	.30	73	1.12	.22	3.73**
6. ก้าวร้าว	47	1.13	.26	73	.90	.41	2.18*
7. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	47	1.80	.75	73	.98	.36	5.67**
8. หวาคระแวง	47	1.54	.26	73	1.22	.21	3.57**
9. โรควิต	47	1.23	.30	73	.93	.20	3.28**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 12 ระดับปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียน

จากตาราง 16 และภาพประกอบ 12 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียนต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านรู้สึกป่วยทางกาย ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น วิดกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวกระแวงและโรคจิต และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านย้ำคิดย้ำทำ ซึมเศร้า และก้าวร้าว ซึ่งหมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียนมีระดับปัญหาต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์ทุกด้าน

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

✓ ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายที่จะเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนว่า มีปัญหาเหมือนกันหรือต่างกันอย่างไร โดยจัดเปรียบเทียบตามตัวแปรสถานศึกษา เพศและอายุ

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. เด็กวัยรุ่นในโรงเรียนมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์
2. เด็กวัยรุ่นเพศชายมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าเด็กวัยรุ่นเพศหญิง
3. เด็กวัยรุ่นช่วงอายุต่างกันจะมีปัญหาสุขภาพจิตต่างกัน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 11 - 17 ปี จำนวน 114 คน เป็นชาย 57 คน และหญิง 57 คน โดยสุ่มมาจากสถานสงเคราะห์เด็กชาย บ้านปากเกร็ดและสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ในปี พ.ศ. 2526 และจากโรงเรียน วชิรธรรมสาริต ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2525 จำนวน 201 คน เป็นชาย 102 คน และหญิง 99 คน รวมทั้งหมด 315 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบทดสอบสุขภาพจิตชื่อว่า Symptom Distress Checklist - 90 หรือ SCL - 90 วัตถุประสงค์สุขภาพจิตออกเป็น 9 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกเกี่ยวกับความ

ผิดปกติของร่างกาย การย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ก้าวร้าวทำลาย กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวาระแวง และเป็นโรคจิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) ค่าความแปรปรวน (s^2)
2. ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ F_{\max}
3. ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน เด็กวัยรุ่นชายกับเด็กวัยรุ่นหญิง และเด็กวัยรุ่นตอนต้นกับเด็กวัยรุ่นตอนกลาง โดยใช้ t - test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวแปรต่าง ๆ พบว่า

1. เด็กวัยรุ่นในโรงเรียนมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์สูงกว่าเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน โดยเฉพาะ ด้านความกลัวโดยไม่มีเหตุผลมีระดับปัญหาสูงกว่าช่วงของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนมาก

2. เด็กวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงและเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า เด็กวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใน 6 ด้าน คือ ย้ำคิดย้ำทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผลและหวาระแวง สำหรับด้านอื่น ๆ พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อแยกเปรียบเทียบกันในรายละเอียด ปรากฏผลดังนี้

\ เด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านย้ำคิดย้ำทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า และกลัวโดยไม่มีเหตุผล และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในค้ำนวิตกกังวล สำหรับค้ำนอื่น ๆ พบว่า แยกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

๒ เด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียน มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในค้ำนไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล และกลัวโดยไม่มีเหตุผล และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในค้ำนหวาดระแวง สำหรับค้ำนอื่น ๆ พบว่า แยกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

๓ เด็กวัยรุ่นชายในโรงเรียน มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใน 8 ค้ำน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ก้าวร้าว กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวาดระแวงและเป็นโรคจิต และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในค้ำนย่ำคิดย่ำทำ

๔ เด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียน มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใน 8 ค้ำน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ย่ำคิดย่ำทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวาดระแวง และเป็นโรคจิต และแยกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในค้ำนความก้าวร้าว

3. เด็กวัยรุ่นที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใน 3 ค้ำน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในค้ำนย่ำคิดย่ำทำ สำหรับในค้ำนอื่น ๆ พบว่า แยกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อแยกเปรียบเทียบในรายละเอียด ปรากฏผลดังนี้

๑ เด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกค้ำน

๒ เด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียน มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใน 3 ค้ำน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในค้ำนย่ำคิดย่ำทำ สำหรับในค้ำนอื่น ๆ พบว่า

แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

④ เด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียน มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นในสถานสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทุกด้าน

⑤ เด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียน มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใน 6 ด้าน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น วิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวาระแวง และเป็นโรคจิต และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านย้ำคิดย้ำทำ ซึมเศร้า และก้าวร้าว

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนดีกว่าสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กในสถานสงเคราะห์นั้นเป็นเด็กที่อยู่ในฐานะ "ปราศจากบ้าน" ขาดความรักความอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีปมค้อย ไม่พอใจตนเองและไม่พอใจในสิ่งแวดล้อม เทียบไขว่คว้าหาความอบอุ่นและความพอใจอย่างไม่มีวันจบสิ้น จะหงุดหงิดฉุนเฉียวและอยากทำลาย หรือในบางรายจะแสดงอาการซึมเศร้า เหนงา วิตกกังวล เสียใจ สิ้นหวัง แยกตัวเอง ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเป็นโรคจิตโรคประสาทไปในที่สุด และผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประสิทธิ์ หะรินสุต และพยอม อิงคตานุวัฒน์ (ประสิทธิ์ หะรินสุต และพยอม อิงคตานุวัฒน์ 2509 : 228) ซึ่งพบว่า เด็กที่บิดามารดาแยกจากกันหรือถึงแก่กรรม เด็กถูกทอดทิ้งถือเป็นประสบการณ์ที่สะเทือนใจ และมีผลทำให้เด็กเป็นโรคจิตโรคประสาทได้มากกว่าครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของนายแพทย์ขจร สุขพานิช (เฟน แสงสิงแก้ว 2525 : 22 อ้างอิงมาจากขจร สุขพานิช) ซึ่งทำการศึกษานานใช้โรคจิต 15 ราย พบว่า จำนวนถึง 14 รายมีพ่อแม่แยกจากกันไม่มีความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว จาก 14 รายที่กล่าวถึงแยกต่อไปได้ว่า 5 ราย

มีพ่อแม่ซึ่งตายจากกัน และ 9 รายพ่อแม่แยกกันอยู่ ตามที่ อัจฉรา สุซารมภ์ กล่าวไว้คือ (อัจฉรา สุซารมภ์ 2522 : 38) สุขภาพจิตเริ่มต้นในบ้าน ครอบครัวที่สงบสุขก่อให้เกิดสุขภาพจิตดีแก่สมาชิกในครัวเรือนและจากการศึกษาเด็กที่มีพฤติกรรมแปรปรวนอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต (ทีมจิตเวชฯ 2516 : 20) พบว่า สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาคือ ความสัมพันธ์ไม่ดีระหว่างพ่อแม่ทำให้หงุดหงิดและถกเถียงมาสู่ลูก เด็กขาดความมั่นคงและหวาดหวั่น เด็กบางคนถูกทอดทิ้งเพราะครอบครัวแตกแยก ฐานะยากจน ดังนั้น เราก็อาจสรุปได้ว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตนั้น มีสมมุติฐานจากความไม่มีสัมพันธ์รักใคร่ในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ เด็กที่ขาดบิดา มารดา จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตัวเองจะแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า ร้องไห้โยเย หงุดหงิด ก้าวร้าว และนอกจากนี้การที่บิดา มารดาไม่ต้องการบุตร หรือทอดทิ้งไว้ในความดูแลของสถานสงเคราะห์ ทำให้เด็กมีความรู้สึกเสียใจ เจ็บปวดอยู่ในส่วนลึกของจิตใจและพยายามเก็บกดความรู้สึกเหล่านี้ไว้เมื่อมีเหตุการณ์หรือปัญหาที่บีบคั้นจิตใจมาก จึงมีอาการทางจิตแสดงออกและมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเด็กที่อยู่กับบิดามารดา

2. เด็กวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิง 6 คำน คือ ย้ำติดย้ำทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิดกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผลและหวาดระแวง

จากการศึกษาของ ถนนม โภทอง (ถนนม โภทอง 2519 : 18) พบว่าเพศชายมีความอดทน เชื่อมั่นในตนเอง เปิดเผย ชอบวิพากษ์วิจารณ์ ไม่ค่อยกระดากอาย กล้าเสี่ยง กล้าเผชิญข้อเท็จจริง ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ และจากการศึกษาของ จอห์นสัน และเทอร์แมน (Johnson & Terman. 1940 : 327 - 336) พบว่า เด็กหญิงมีความกลัว ความกังวลใจ ตื่นตกใจมากกว่าเด็กชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาแพลน (Kaplan. 1959 : 293) ซึ่งกล่าวว่า เด็กหญิงมีปัญหาความคับข้องใจและการปรับตัวมากกว่าเด็กชาย เนื่องจากเด็กหญิงได้รับการปกป้องมาก มีอิสระน้อยกว่าเด็กชาย ต้องเก็บกดความวิตกกังวลและความก้าวร้าว และจากการศึกษาของ ถนนรัตน สุชะตุงคะ (ถนนรัตน สุชะตุงคะ 2523 : 40) ก็พบว่า เด็กนักเรียนชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กนักเรียนหญิงในด้านการติดต่อ

กับคนอื่น ซิมเฟร่า กลัวโดยไม่มีเหตุผล และหวาดระแวงเช่นกัน ผลของการศึกษาที่กล่าว
มานั้นสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ว่า เด็กวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงในค่านายาคิ
ย้าทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซิมเฟร่า วิทกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผลและหวาดระแวง

* ดังนั้นเพราะสังคมไทยยังให้ความสำคัญต่อเพศชายอย่างมาก ผู้ชายมักจะได้รับ การคาดหวัง
จากคนอื่นว่าจะต้องแข็งแรงและกล้าหาญ เป็นที่พึ่งของครอบครัว ดังนั้นโดยทั่วไปผู้ชายจึง
กล้าแสดงออกมากกว่าผู้หญิง

เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์และเด็กวัยรุ่นหญิง
ในสถานสงเคราะห์แล้ว พบว่า เด็กวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงใน 5 ด้าน คือ
ย้าคิย้าทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซิมเฟร่า กลัวโดยไม่มีเหตุผลและวิตกกังวล และเด็ก
วัยรุ่นชายในโรงเรียนเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนก็พบว่า เด็กวัยรุ่นชายมี
สุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิง 5 ด้าน คือ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซิมเฟร่า วิทกกังวล กลัวโดย
ไม่มีเหตุผลและหวาดระแวง ซึ่งก็เป็นการสอดคล้องกับเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวมาแล้ว
ในช่วงต้น

เปรียบเทียบสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นชายใน
โรงเรียนและเด็กวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นหญิงในโรงเรียน พบว่า
เด็กวัยรุ่นในโรงเรียนทั้งชายและหญิง มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นชายและหญิงในสถาน
สงเคราะห์ทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องมาจากเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนอยู่ในครอบครัวมีความรู้สึกอบอุ่น
เป็นที่รักและต้องการของบิดา มารดา แวดล้อมด้วยญาติมิตร ทำให้มองโลกในแง่ดีและมีชีวิต
อย่างเป็นสุขในครอบครัว ทำให้มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ซึ่งถูกทอดทิ้ง
หรือต้องแยกจากบิดา มารดา เพราะฐานะยากจน ทำให้ขาดความรัก ความอบอุ่น รู้สึกมี
ปมค้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ถึงแม้ว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์จะมีเจ้าหน้าที่ใน
สถานสงเคราะห์เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เด็กได้รับความสุข มีความอบอุ่นและเกิดความ
มั่นใจในตนเองก็ตาม แต่เจ้าหน้าที่ก็ยังทำหน้าที่ได้ไม่เท่ากับบิดา มารดา จึงทำให้เด็กวัยรุ่น
ในสถานสงเคราะห์มีปัญหสุขภาพจิตมากกว่าเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน

(3.) เด็กวัยรุ่นที่มีช่วงอายุต่างกันโดยส่วนรวม จะมีปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดก็พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลาง 4 ด้าน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า วิตกกังวล และ ย้ำคิดย้ำทำ

~~สาเหตุที่เด็กวัยรุ่นตอนต้น มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางใน 4 ด้านดังกล่าว อาจเป็นเพราะช่วงวัยรุ่นตอนกลางทั้งในสถานสงเคราะห์และในโรงเรียนมีปัญหาของชบคึก มากกว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้น เช่น เด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์กำลังจะต้องเตรียมตัวหาอาชีพที่จะเลี้ยงตนเอง เพราะสถานสงเคราะห์จะช่วยอุปการะอยู่จนถึงอายุ 18 ปี บริบูรณ์ เท่านั้น ส่วนวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียนกำลังอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อาจมีเรื่องข้องครุ่นคิดหนักเกี่ยวกับการศึกษาต่อหรือการประกอบอาชีพในอนาคต เหล่านี้อาจส่งผลถึงสุขภาพจิต ทำให้วัยรุ่นตอนกลางมีปัญหาทางความรู้สึกป่วยทางกาย ย้ำคิดย้ำทำ ซึมเศร้า และวิตกกังวล มากกว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้น~~

เมื่อเปรียบเทียบกันในรายละเอียดพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นและเด็กวัยรุ่นตอนกลางในสถานสงเคราะห์ มีปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะเด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนกันจึงทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้น มีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลาง ส่วนเด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียน 4 ด้าน คือ รู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า วิตกกังวล และย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งสาเหตุก็อาจมาจากความเคร่งเครียดในการเตรียมตัวเลือกการศึกษาและอาชีพในอนาคตดังกล่าว

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ข้อมูลที่ได้มานี้แสดงให้เห็นปัญหาหลายด้าน ซึ่งหลายฝ่ายมีส่วนร่วมในการหาทางแก้ไข ผู้วิจัยขอเสนอข้อคิดเห็นในการแก้ไขดังต่อไปนี้

1. สถาบันครอบครัว

ควรมีการเผยแพร่ให้คำแนะนำกับหนุ่มสาวในเรื่องการครองรักครองเรือนว่า นอกจากจะมีความรักความเข้าใจกันแล้ว ความมั่นคงในการเงิน ความอดทนที่จะเผชิญต่อ

ความยุ่งยาก ที่อยู่อาศัย ความจริงใจต่อกัน / ตลอดจนความสมบูรณ์แห่งสุขภาพและการสนองความต้องการทางเพศก็มีส่วนสำคัญด้วย การมีปัญหาในครอบครัวหรือระหว่างคู่สมรสจะส่งผลกระทบต่อกระเทือนถึงบุตร

ควรมีหน่วยงานที่ให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่คู่สมรสที่ประสบปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว โดยชี้ให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องจากการที่บิดามารดาทะเลาะวิวาท ไม่เข้าใจกัน หย่าร้าง จะมีผลกระทบต่อบุตรและบุคคลในครอบครัว เช่น สภาสังคมสงเคราะห์ของจังหวัดครอบครัวเป็นสถานที่แห่งแรกที่ทำให้ความอบอุ่นแก่ทุก ๆ คน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างเสริมความเจริญส่วนบุคคล ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสร้างนิสัยที่จะเอาใจใส่กับปฏิกิริยาของผู้อื่นเพื่อช่วยสร้างความก้าวหน้าและความมั่นคงให้แก่ครอบครัว ครอบครัวใดที่เด็กมีปัญหาสุขภาพจิตควรให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็กเพื่อป้องกันมิให้เด็กมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น อีกทั้งความรักความอบอุ่นยังเป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย

2. / สถาบันการศึกษา

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เด็กใช้เวลาอยู่มากพอ ๆ กับบ้าน และยังเป็นเป็นที่ที่เด็กเรียนรู้ในการปรับตัวและแสวงหาความสุขให้แก่ชีวิต โรงเรียนจึงเป็นแหล่งที่ทำให้ความสุขและส่งเสริมสุขภาพจิตแก่เด็ก

ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรและการสอนในชั้นประถมศึกษา โดยอาจจะแทรกความรู้ด้านสุขภาพจิตในวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต เพื่อให้ประชาชนมีทักษะในการแก้ปัญหาโดยครูจะต้องมีความรู้ด้านจิตวิทยา เข้าใจพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย เข้าใจปัญหา ตลอดจนวิธีการแก้ไข หรือแนะนำศูนย์บริการที่ให้บริการปรึกษาหารือในเรื่องของสุขภาพจิตและต้องไม่ลืมว่า บุคลิกภาพและพฤติกรรมที่ดีของครูจะเป็นแบบที่ดีให้เด็กเลียนแบบได้

โรงเรียนและสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ควรจะมีหน่วยแนะแนวประจำของสถาบันซึ่งจัดโดยนักแนะแนวที่มีความรู้ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อเป็นการช่วยเหลือนักเรียน นิสิต นักศึกษา ให้รู้จักตนเองดีขึ้น รู้ว่าตนเองสนใจอะไร มีปัญหาหรือข้อบกพร่องอะไร ตลอดจนแนะวิธีแก้ไขเพื่อให้มีโอกาสพัฒนาตนเอง ได้ถูกทางพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ

3. สถาบันสุขภาพ

ควรมีบริการแนะนำครอบครัว เพื่อให้บริการแนะนำช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยากในความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูเด็กในวัยต่าง ๆ และให้คำแนะนำช่วยเหลือครอบครัวที่บุตรมีพฤติกรรมผิดปกติ เชื่อว่าการช่วยเหลือแก้ไขเสียแต่ต้นโอกาสที่จะเป็นโรคจิตจะน้อยลง ปัจจุบันบริการแบบนี้มีน้อยและบริการได้ไม่ทั่วถึง และมีครอบครัวอีกจำนวนมากที่ไม่ทราบเกี่ยวกับบริการนี้ นอกจากนี้บริการดังกล่าวควรจะเข้าถึงประชาชนโดยการประสานงานร่วมมือกันกับฝ่ายโรงเรียน ฝ่ายอนามัยและฝ่ายสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางสื่อสารมวลชนให้มากขึ้น

ควรส่งเสริมบริการวางแผนครอบครัวให้กว้างขวางยิ่งขึ้น โดยเน้นให้เห็นถึงความยุ่งยาก ปัญหาต่าง ๆ ในการที่มีครอบครัวใหญ่ ซึ่งนอกจากลูกมากจะยากจนแล้วยังทำให้คนเป็นโรคจิตได้

ควรขยายงานด้านจิตเวชชุมชน เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านจิตเวชแก่ประชาชนให้กว้างขวาง ให้รู้จักสังเกตอาการป่วยขั้นต้น และมารับการรักษา ทราบถึงสถานที่ที่จะไปรับบริการได้สะดวกและรวดเร็ว ช่วยจัดทัศนคติที่ไม่ดีของชุมชนต่อการป่วยและการรักษาอาการทางจิต ตลอดจนเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกัน การรักษาและการติดตามผลการรักษา

เพิ่มบริการแนะนำให้มากและขยายไปตามชนบท เพื่อเป็นการป้องกันโรคจิตที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก เป็นการแก้ไขป้องกันล่วงหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหา

ควรมีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อสารมวลชนต่าง ๆ ถึงความสำคัญของการป้องกันและรักษาโรคจิต เพื่อผลในการรักษาและลดอัตราการป่วยเป็นโรคจิตได้

4. สถาบันสังคมสงเคราะห์

เจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์ เช่น ครู พ่อบ้าน แม่บ้าน ควรพยายามให้เด็กในสถานสงเคราะห์ยอมรับความเป็นจริง จากการศึกษาพบว่า เด็กมีสุขภาพจิตต่ำกว่าเด็กในวัยเดียวกันที่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา อาจเป็นเพราะเด็กขาดความรักความอบอุ่นและรู้สึก

ตนเองมีปณัตถ์ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างครู พ่อบ้าน แม่บ้าน และเด็กให้มากขึ้นแลเพิ่มจำนวนบุคลากร หรือคัดเลือกบุคลากรที่มีกรีฑาต่อการอยู่ร่วมกับเด็ก มีใจรักเด็กอย่างแท้จริง หรือบุคคลที่ต่อการมีบุตรแต่ไม่มีบุตรมาดูแลเด็กได้ยิ่งดี เพื่อเด็กจะได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างทั่วถึง มีความรู้สึกเหมือนอยู่ในครอบครัว จึงทำให้เด็กยอมรับ ตลอดจนเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นและถ้ามีงบประมาณเพียงพอจะจัดเด็กให้อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวมีพ่อ แม่ พี่น้องอยู่ร่วมกันในแต่ละบ้านก็จะทำให้เด็กในสถานสงเคราะห์มีความอบอุ่นและมีสุขภาพจิตดีขึ้น

ควรมีบริการแนะแนวในสถานสงเคราะห์ เพื่อให้เด็กได้มีบุคคลที่เขาจะได้ปรึกษา ปัญหาต่าง ๆ อย่างเป็นเรื่องเป็นราว และจะได้ส่งเสริมความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเองให้แก่พวกเขามากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เด็กในสถานสงเคราะห์จะได้มีสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและเป็นประชาชนที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

1. ควรศึกษาเด็กที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่น่าสนใจ เช่น เด็กในชุมชนแออัด เด็กในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง หรือเด็กพิการ เพื่อจะได้ทราบว่าสุขภาพจิตของเด็กเหล่านั้นโน้มเอียงไปด้านใด และในสิ่งแวดล้อมแต่ละอย่างจะมีผลต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันหรือไม่
2. ควรจะได้ทำการศึกษาว่า สภาพการณ์อย่างไรในครอบครัวที่มีผลทำให้ผู้ป่วยทนไม่ได้และมีอาการทางจิตมากที่สุด
3. ควรจะได้ทำการศึกษาว่า บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตนั้นจะมีผลต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตของบุตรชายและบุตรหญิงอย่างไร ในอัตราส่วนมากน้อยกว่ากันเท่าไร
4. ควรจะศึกษาถึงปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างไรในโรงเรียนที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม
5. ควรจะศึกษาว่า เมื่อพบกับภาวะแตกแยกในครอบครัวหรือสูญเสียบิดามารดาเท่าไร จึงจะเกิดปัญหาทางอารมณ์และมีอาการทางจิต
6. ควรจะศึกษาทัศนคติต่อตนเองและต่อสถานสงเคราะห์ของเด็กในสถานสงเคราะห์ว่าจะส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างไร

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ถนกรัตน์ สุชะอุ่งคะ การวิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขต
แทรกซึมของผู้ออกการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี ปรินิพนธ์ กค.ม.
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2523, 60 หน้า อักสำเนา
- ทวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันไกรผล "การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยลงชลาครินทร์" จิตวิทยาคลินิก 8(1) : 12 - 23 เมษายน 2520
"คนไทยฆ่าตัวตายเพิ่มกว่าเท่าตัว" ไทยรัฐ ฉบับที่ 8304 ปีที่ 23 วันพฤหัสบดีที่
16 ตุลาคม 2523 หน้า 3
- ทองเกื้อน พันธุมนาวิน และบุญยิ่ง เจริญยิ่ง "อิทธิพลของสังคมต่อทัศนคติของวัยรุ่น"
รายงานการวิจัยฉบับที่ 18 โรงพิมพ์สุรสภา 2517, 316 หน้า
- ถนอม โดทอง การศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของครูที่มีต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาของ
โรงเรียนในเขตการศึกษาที่ 5 ปรินิพนธ์ กค.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร 2519, 71 หน้า อักสำเนา
- ทีมจิตเวชศูนย์สุขภาพจิต "การศึกษาเด็กที่มีพฤติกรรมแปรปรวน" วารสารจิตวิทยาคลินิก
4 : 13 - 22 สิงหาคม 2516
- ธนู ชาคิชานนท์ และคนอื่น ๆ "การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัด
ชัยนาท" วารสารจิตวิทยาคลินิก 9 : 60 - 66 เมษายน 2521
- บังอร ภูภิมขันธ์ สถิติประยุกต์ทางการศึกษา ทวีกิจการพิมพ์ 2523, 200 หน้า
- บุปผา มาลีวงศ์ "สุขภาพจิตของเด็ก" คุรุปริทัศน์ 3(2) : 12 - 18 กุมภาพันธ์ 2521
- ประเชิญ บัวเยี่ยม ระดับความสามารถในการศึกษาและปรับตัวเข้ากับสังคมของเด็ก
ในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านมหาเมฆ วิทยานิพนธ์ ส.คม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2517, 109 หน้า อักสำเนา
- ประสิทธิ์ हरินสุต และพยอม อิงคตานุวัฒน์ "เด็กโรคประสาท" พัฒนาการของครอบครัว
และเด็ก กรมการฝึกหัดครู กระทรวงศึกษาธิการ 2509, 228 หน้า

- ผู้ศึกษาวิจัยงานจิตวิทยา ศูนย์สุขวิทยาจิต "ความคาดหวังของครูโรงเรียนสังกัด
กรุงเทพมหานครตอบบริการทางจิตเวช" จิตวิทยาคลินิก 11(1) : 23 - 37
เมษายน 2523
- ฝน แสงสิงแก้ว เรื่องของสุขภาพจิต โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ 2521, 221 หน้า
"ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว" การศึกษาเอกชน 7(4) : 21 - 26
มกราคม 2525
- "โรคขาดแม่" วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 12(3 - 4) :
67 กรกฎาคม - ตุลาคม 2510
- พิรา โรจนสโรช "ทฤษฎีวิชาโรคจิตของฮอร์ไนย์" รายงานการประชุมของโรงพยาบาล
โรคจิต ปี 2502 โรงพิมพ์ไทยเกษม 2503, 81 หน้า
- วันคา ทรัพย์บุญมี สาเหตุการป่วยเป็นโรคจิตของผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าพระยา พ.ศ. 2517 วิทยานิพนธ์ ค.ม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2517, 103 หน้า อักษรสำเนา
- วารุณี บินทสันต์ จิตวิทยาครอบครัวและสวัสดิภาพของเด็ก โรงพิมพ์โรงเรียนประชา
สงเคราะห์บ้านปากเกร็ด พ.ศ. 2516, 238 หน้า
- สมทรง สุวรรณเลิศ "ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียน" จิตวิทยาคลินิก 5(2) :
20 - 24 มิถุนายน 2517
- สวนา พรพัฒน์กุล จิตวิทยาทั่วไป โรงพิมพ์แสงรุ่งการพิมพ์ 2522, 357 หน้า
- สวัสดิ์ สุวรรณอักษร "พัฒนาการด้านบุคลิกภาพและสังคมของเด็ก" จันทร์เกษม
15 : 25 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2516
- สุชา จันทร์เอม และสุรางค์ จันทร์เอม จิตวิทยาวัยรุ่น โรงพิมพ์แพรวพิทยา 2521,
320 หน้า
- สุโท เจริญสุข ปกิณกะจิตวิทยา 30 เรื่อง แพรวพิทยา 2516, 397 หน้า
- สุภา เทวกุล "ทารกกับการเลี้ยงดูของแม่" สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
6(1) : 5 มกราคม 2504

- สุภา มาลากุล ณ อยุธา "สุภาพจิต" สุภาพจิตศึกษา หน้า 1 - 3 พิมพ์ครั้งที่ 3
กองสุภาพจิต กรมการแพทย์ โรงพิมพ์มิตรสยาม 2521
- โสภา ชูพิชัยกุล และคนอื่น ๆ จิตวิทยาปกติ มหาวิทยาลัยรามคำแหง 2517,
230 หน้า
- หน่วยแนะแนวโรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ "ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
ของนักเรียนโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2521 -
2523" ในผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา หน้า 1 - 101 ถึง 1 - 105
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี กันยายน 2524
- อมรา จิตตานนท์ สาเหตุการป่วยเป็นโรคจิตของเด็กในวัยเรียนที่รับไว้รักษาใน
โรงพยาบาลศรีธัญญา พ.ศ. 2515 - 2516 วิทยานิพนธ์ ค.ม. จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย 120 หน้า อัครสำเนา
- อัจฉรา สุขารมณ "ครรลองแห่งสุภาพจิตเด็ก" วารสารจิตวิทยาคลินิก 10(1) :
37 - 40 เมษายน 2522
- อรุณ เขาวนาศัย และคนอื่น ๆ "วัยรุ่นและการติดยาเสพติดในประเทศไทย" รายงาน
การบรรยายในที่ประชุมสุภาพจิตโลก ณ ประเทศสิงคโปร์ พฤศจิกายน 2514
อัครสำเนา
- อัมพร โอตระกุล "สุภาพจิตผู้รับบริการศูนย์สุขวิทยาจิต" วารสารสมาคมจิตแพทย์
2 : 144 - 155 มิถุนายน 2521
- Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. Harper and
Brothers, Inc., New York, 1972. 752 p.
- Ferguson, George A. Statistic Analysis in Psychology and Education.
3rd ed., New York, McGraw - Hill Book Company, 1971. 496 p.
- Glasser, William, Mental Health or Mental Illness. Harper & Row,
Publishers, Inc., Newyork, 1960. 206 p.
- Guilford, Joy Paul. Fundamental Statistics in Psychology and Education.
New York, McGraw - Hill Co., 1950. 633 p.

- Hurlock, Elizabeth B. Developmental Psychology. New York, McGraw - Hill Book Company, 1964. 926 p.
- Kanner and others. "The Maternal Environment," Child Psychiatry. 3rd ed., Menasha : George Banta comp., 1957. 167 p.
- Kaplan, Louis. Mental Health and Human Relation in Education. New York, Harper and Brothers, 1959. 476 p.
- Kolb, Lowrance C. and Noyes. Modern Psychiatry. 7th ed., Philadelphia : W.B. Saunders Comp., 1968. p.b.
- Koller and Castonos. "Family Background in Prison Group," A Comparative Study of Parental Deprivation. Brit., J. Psy. 117 : 1970, 371 p.
- Kuhlen, Raymond G. The Psychology of Adolescent Development. New York, Harper and Brothers, 1952. 675 p.
- Munro, A. "Parental Deprivation in Depressive Patient," Brit. J. Psychiatry. 112 : 1966. 433 - 457 p.
- Obsesteuffer, Delbert. School Mental Education. New York, Harper and Brothers, 1954. 454 p.

ภาคผนวก

เพศ อายุ ปี เดือน
การศึกษา วันที่

คำแนะนำในการตอบแบบทดสอบ

ต่อไปนี้ เป็นปัญหาซึ่งอาจจะเกิดขึ้นกับท่าน โปรดอ่านแต่ละข้ออย่างรอบคอบและ
หลังจากท่านอ่านแล้ว ให้ทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลขที่อธิบายตรงกับความรู้สึกของท่าน
มากที่สุดว่า มีปัญหานั้นรบกวนท่านมากน้อยเพียงใด ตามลำดับ 0 1 2 3 และ 4 ในสัปดาห์
ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันนี้ โดยทำเครื่องหมายวงกลมเพียงหนึ่งคำตอบในแต่ละข้อ ให้ทำทุกข้อ
โปรดใช้ดินสอ ถ้าท่านเปลี่ยนคำตอบ ให้ลบเครื่องหมายแรกออก โปรดอย่าทำ
เครื่องหมายอื่นบนกระดาษ

โปรดดูตัวอย่างก่อนทำ ดังนี้

ท่านถูกรบกวนโดยสิ่งต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

1. ปวดหลัง ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ก่อรบกวนมาก มากที่สุด
 0 1 2 3 4

หมายเหตุ แบบทดสอบนี้มีอยู่ในภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร

การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น
ในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน

บทคัดย่อ

ของ

เปรมสุริย์ เชื่อมทอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต

เมษายน 2526

วัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น
 ในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน โดยจัดเปรียบเทียบตามตัวแปร สถานศึกษา
 เพศ และอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นจากสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านปากเกร็ด ชาย
 57 คน สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี หญิง 57 คน โรงเรียนนวมวิชรธรรมสาริต์ ชาย
 102 คน หญิง 99 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 315 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ
 รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม SCL - 90 สถิติที่ใช้คือ t - test

ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนดีกว่าเด็กวัยรุ่นใน
 สถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน / เด็กวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิต
 ดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในค่านัยยาคิดย้าทำ ไม่ชอบ
 ติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผล และหวาดระแวง / เด็กวัยรุ่น
 ตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในค่าน
 ความรู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 ในค่านัยยาคิดย้าทำ นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

753

A COMPARATIVE STUDY OF MENTAL HEALTH
PROBLEMS OF THE ADOLESCENTS IN
ORPHANAGES AND IN SCHOOLS

AN ABSTRACT

BY

PREMSUREE CHUAMTHONG

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree
at Srinakharinwirot University

April 1983

The purpose of the study is to compare the mental health problems of the adolescents in orphanages with those of the adolescents in schools. They are compared according to variables, educational institutions, sexes and ages. The sample is composed of 315 adolescents who are 57 boys from Parkred Home for Boys, 57 girls from Ratchawithi Home for Girls, 102 boys and 99 girls from Wachirathamsathit School. SCL - 90 inventory is used to collect the data needed. Throughout the data analysis, t - test is applied.

The major findings of the study are as follows. The mental health conditions of the adolescents in schools are better than those of the adolescents in orphanages at .01 level of the statistically significant difference in all dimensions. The mental health conditions of the male adolescents are better than those of the female adolescents at .01 level of the statistically significant difference in Obsessive - Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Phobic anxiety, and Paranoid Ideation dimensions. The mental Health conditions of the elementary adolescents are better than those of the intermediate ones at .01 level of the statistically significant difference in Somatization, Depression, and Anxiety dimensions and at .05 in Obsessive - Compulsive dimension.