

สถานะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

ในเขตสาธารณสุขที่ 14 พ.ศ. 2551

Mental Health Status and Related Factors among Grade 8 Secondary School

Students in Public Health Region 14 in 2008

จันทกานต์ วลัยเสถียร สด.บ.

Juntakarn Valaisathien B.SW.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5

Office of Disease Prevention and Control 5th

นครราชสีมา

Nakhonratchasima

บทคัดย่อ

การสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในเขตสาธารณสุขที่ 14 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์และชัยภูมิโดยกลุ่มตัวอย่าง 2,358 คนได้มาจากการสุ่มเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตการศึกษาละ 1 โรงเรียน รวม 17 โรงเรียนเสร็จแล้วสุ่มเลือกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของแต่ละโรงเรียนมาจำนวนเท่า ๆ กัน โดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากเลขประจำตัวนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทั้งโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้คือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือแบบแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 42.4 เพศหญิงร้อยละ 57.6 อยู่ในช่วงอายุ 14 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.9 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 83.5 ผลการเรียนรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคงที่ ร้อยละ 48.9 และสัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติร้อยละ 69.2 จากการวิเคราะห์พบว่านักเรียนร้อยละ 24.0 มีสถานะสุขภาพจิตต่ำกว่ามาตรฐานซึ่งมีความสัมพันธ์กับเพศผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย แนวโน้มผลการเรียน สัมพันธภาพในครอบครัว เรื่องที่ไม่สบายใจและผู้ที่เด็กปรึกษาปัญหาเป็นคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นโรงเรียนควรให้ความสำคัญเรื่องปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น ครูและผู้ปกครองต้องให้ความสนใจใส่ใจอย่างใกล้ชิด การแก้ไขปัญหาต้องคิดให้ครบวงจรโดยโรงเรียนต้องมีระบบให้คำปรึกษาที่เหมาะสมตลอดจนสร้างความรู้ความเข้าใจให้ครูและชุมชนมีการเฝ้าระวังปัญหาอย่างใกล้ชิด

Abstract

The objectives of this cross-sectional survey were to study about mental health status and related factors of grade 8 secondary school students in public health region 14. 2,358 students from 17 secondary schools which got by simple random sampling from every educational zone (one school per one educational zone) were selected by systematic random sampling from overall grade 8 student numbers of each school equally. Data were collected by using brief Thai Mental Health Indicator (TMHI-15) developed by department of mental health which got Cronbach's alpha coefficient 0.81 and were analyzed by descriptive statis-

tics and Chi-Square test. The results showed that 52.0 % of students had normal mental health but 24.0 % had lower standard level of mental health which associated with sex, trend of learning results, domestic relationship, type of problem and counselor person ($p < 0.05$). Based on the finding of this study, it is suggested that mental health problem of adolescent became serious problem now, every part should realize and join together to solve this problem that including family, school and community.

ประเด็นสำคัญ-

สถานะสุขภาพจิต

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

Keywords

Mental Health Status

Secondary School Students

บทนำ

วัยรุ่นนับเป็นทรัพยากรที่มีค่าของประเทศไทย แต่เนื่องจากในทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่รวดเร็วเข้าสู่ระบบทุนนิยมเสรี มีการขยายตัวของการสื่อสารและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาก ส่งผลให้เกิดความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพที่ผิดๆ ในหมู่วัยรุ่น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การเสพยาเสพติดและเกิดลัทธิวัตถุนิยม อันก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมา รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัว การศึกษา ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น การพัฒนาการวัยเด็ก พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต⁽¹⁾

พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง โดยเฉพาะปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือการที่เด็กมีปัญหาสุขภาพจิตหรือการปรับตัวที่ไม่ดี ซึ่งพบว่ามีสาเหตุมาจากปัญหาการเรียน ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างแม่กับเด็ก ครอบครัวแตกแยก เศรษฐฐานะต่ำ การคบเพื่อนที่มีปัญหาและการไม่มีที่ปรึกษาเมื่อทุกข์ใจ⁽²⁾ ถึงแม้ปัญหาสุขภาพจิตจะไม่ทำให้เสียชีวิตมาก เมื่อเทียบกับโรคทางกายอื่นๆ แต่เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มเป็นอันดับหนึ่งในอนาคตโดยพบว่ามีมากกว่า ร้อยละ 1 ของการตายเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและ ร้อยละ 11 เป็นภาระโรคที่มีต่อโลก (Global Burden of Disease) ซึ่งคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ.2020⁽³⁾ ทว่าปัญหานี้กลับได้รับการดูแลน้อยมากโดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้ม

ปัญหา ความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น ตัวเลขการนำเข้าและการผลิตยาคลายเครียดจึงเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้ยาคลายเครียด เป็นยาควบคุมพิเศษ จากข้อมูลการใช้สายด่วนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตพบว่า ร้อยละ 8.2 เป็นเรื่องปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น นับเป็นอันดับ 3 รองจากการปรึกษา ความรู้เรื่องเพศ และปัญหาผิดปกติทางเพศ⁽⁴⁾ และจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ เมื่อปี 2544 โดยเก็บข้อมูลจากเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จาก 6 โรงเรียนในกรุงเทพฯ และ 1 โรงเรียนในต่างจังหวัด พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มี ร้อยละของผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด คือ ร้อยละ 54⁽⁴⁾ และจากการศึกษาของสกล ด้านภักดี เมื่อ พ.ศ.2540 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิมีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมถึงร้อยละ 15.6⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุพื้นฐานของจิตลักษณะที่ไม่เหมาะสม หลายประการเช่น ทำให้เกิดทัศนคติค่านิยมผิดๆ ในเรื่องต่างๆ ทำให้เกิดการขาดเหตุผลเชิงจริยธรรม ขาดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ขาดความคิดมุงอนาคตและควบคุมตน ตลอดจนขาดความเชื่ออำนาจในตน อันจะส่งผลให้วัยรุ่นไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม หลายอย่างในอนาคตได้เช่น พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการขยันเรียน พฤติกรรมของคนดีและคนเก่ง พฤติกรรมการทำงาน พฤติกรรมพัฒนาสังคมและพฤติกรรมพลเมืองดี ฯ⁽⁶⁾

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิต

ของวัยรุ่นเป็นเรื่องที่สำคัญของสังคมไทยซึ่งยังขาดข้อมูลที่แสดงขนาดของปัญหาที่ชัดเจน แต่มีหลักฐานว่าปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังขาดการติดตามเฝ้าระวังควบคุมป้องกันและแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงสถานะสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในเขตสาธารณสุขที่ 14 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์และชัยภูมิ

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) เพื่อเก็บข้อมูลสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้คือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือ แบบแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

2. กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียน 17 แห่งในเขตสาธารณสุขที่ 14 ซึ่งได้มาจากการสุ่มเลือกจากทุกเขตการศึกษา เขตการศึกษาละ 1 โรงเรียน เสร็จแล้วสุ่มเลือกนักเรียน

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของแต่ละโรงเรียนมาจำนวนเท่าๆกันโดยการสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling) จากเลขประจำตัวนักเรียนทั้งชั้น

3. ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยอาศัย Software EpiInfo 2000 version3 (October 31, 2003) โดยกำหนดค่า Confidence level ไว้ที่ร้อยละ 95 และค่า Power ไว้ที่ ร้อยละ 80 ได้ขนาดตัวอย่าง 1,782 คน แต่ในการศึกษาจริงเก็บตัวอย่างได้ 2,358 คน

4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC+ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-Square test

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพจิตในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในเขตสาธารณสุขที่ 14 จำนวน 2,358 คน ได้ผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 999 คน คิดเป็น ร้อยละ 42.4 เพศหญิง 1,359 คน คิดเป็น ร้อยละ 57.6 และอยู่ในช่วงอายุ 14 ปี มากที่สุดคือ 1,459 คน คิดเป็น ร้อยละ 61.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

ตัวแปร	ลักษณะย่อย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	999	42.4
	หญิง	1,359	57.6
2. กลุ่มอายุ	12 ปี	19	0.8
	13 ปี	842	35.7
	14 ปี	1,459	61.9
	15 ปี	34	1.4
	16 ปี	4	0.2

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

พบว่าส่วนมากพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ 1,968 คน คิดเป็น ร้อยละ 83.5 แนวโน้มผลการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับคงที่ 1,155 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.9 สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ

1,633 คน คิดเป็น ร้อยละ 69.2 เรื่องที่นักเรียนไม่สบายใจมากที่สุดคือเรื่องการเรียนรู้ 1,564 คน คิดเป็น ร้อยละ 66.3 และบุคคลแรกที่นักเรียนปรึกษามากที่สุดเมื่อมีปัญหาคือผู้ปกครอง 1,588 คน คิดเป็น ร้อยละ 67.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ตัวแปร	ลักษณะย่อย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. พักอาศัยอยู่กับ	พ่อแม่	1,968	83.5
	ญาติ	199	8.4
	เพื่อน	7	0.3
	หอพัก	17	0.7
	อื่นๆ	167	7.1
2. แนวโน้มผลการเรียน	ดีขึ้น	877	37.2
	คงที่	1,155	48.9
	แย่ลง	326	13.9
3. สัมพันธภาพในครอบครัว	ปกติ	1,633	69.2
	มีปัญหาบ้าง	681	28.9
	มีปัญหามาก	44	1.9
4. เรื่องที่ไม่สบายใจมากที่สุด	การเรียน	1,564	66.3
	ครอบครัว	277	9.6
	เพื่อน	156	6.6
	ความรัก	155	6.6
	สุขภาพ	215	9.2
	อื่นๆ	41	1.7
5. คนแรกที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา	พ่อแม่	1,588	67.3
	เพื่อน	620	26.3
	ครู	34	1.4
	ญาติพี่น้อง	51	2.2
	อื่นๆ	65	2.8

3. สถานะสุขภาพจิต ร้อยละ 52.0 แต่มีถึงร้อยละ 24.0 ที่มีสถานะสุขภาพจิต
พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติ ต่ำกว่ามาตรฐาน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงสถานะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

สถานะสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าปกติ	565	24.0
ปกติ	1,228	52.0
สูงกว่าปกติ	565	24.0

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับปัจจัยต่างๆ

จากการทดสอบด้วย Chi-Square พบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีความสัมพันธ์กับเพศ ผู้ที่เด็กพักอาศัยอยู่ด้วย แนวโน้มผล

การเรียนรู้ สัมพันธภาพในครอบครัว เรื่องที่ไม่สบายใจมากที่สุด และผู้ที่เด็กขอรับคำปรึกษาเป็นคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	ลักษณะย่อย	สถานะสุขภาพจิต		
		ต่ำกว่าปกติ N = 565 คน	ปกติ N = 1,228 คน	สูงกว่าปกติ N = 565 คน
1. เพศ p-value = 0.002*	ชาย	275	497	227
	หญิง	290	731	338
2. กลุ่มอายุ p-value = 0.488	12 ปี	5	9	5
	13 ปี	207	450	185
	14 ปี	341	752	366
	15-16 ปี	12	17	9
3. พักอาศัยอยู่กับ p-value = 0.028*	พ่อแม่	448	1,040	480
	ญาติ	54	103	42
	เพื่อน/หอพัก	5	12	7
	อื่นๆ	58	73	36
4. แนวโน้มผลการเรียน p-value = 0.00*	ดีขึ้น	127	459	291
	คงที่	305	630	220
	แย่ลง	133	139	54
	ปกติ	320	875	438
5. สัมพันธภาพในครอบครัว p-value = 0.000 *	มีปัญหาบ้าง	217	341	123
	มีปัญหามาก	28	12	4
6. เรื่องที่ไม่สบายใจมากที่สุด p-value = 0.000*	การเรียนรู้	357	824	383
	ครอบครัว	76	109	42
	เพื่อน	38	95	23
	ความรัก	45	79	31
	สุขภาพ	40	111	64
	อื่นๆ	9	10	22
7. คนที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา p-value = 0.000 *	พ่อแม่	309	859	420
	เพื่อน	202	303	115
	ครู	11	16	7
	ญาติพี่น้อง	19	22	10
	อื่นๆ	24	28	13

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

1. สถานะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ต่ำกว่าระดับปกติมีถึงร้อยละ 24 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของสกล ด้านภักดีเมื่อปี พ.ศ. 2540 ที่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมร้อยละ 15.6⁽⁵⁾ แต่ก็ยังต่ำกว่าการสำรวจของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงศึกษาธิการ เมื่อปี 2544 ซึ่งพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีพฤติกรรมเสี่ยงอันเป็นผลจากปัญหาสุขภาพจิต เช่น พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมความสัมพันธ์กับเพื่อนฯ สูงที่สุด ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ร้อยละ 54⁽⁴⁾ และต่ำกว่าการเฝ้าระวังของศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับคณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ปี 2548 ที่ทำการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กนักเรียนมัธยมของจังหวัดนครพนม พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตร้อยละ 39.3⁽⁷⁾ ทั้งนี้ อาจจะเนื่องมาจากการใช้เครื่องมือคนละชนิดกัน ช่วงเวลาที่ทำการสำรวจแตกต่างกันหรือว่าในแต่ละพื้นที่มีวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ตลอดจนโรงเรียนต่างๆ มีนโยบายในเรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน จึงควรทำการศึกษาในพื้นที่เดิมเป็นระยะๆ เพื่อดูแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงได้

2. เพศชายมีสถานะสุขภาพจิตต่ำ 275 คนคิดเป็น ร้อยละ 27.5 ซึ่งมากกว่าเพศหญิงซึ่งมีเพียงร้อยละ 21.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการเฝ้าระวังของศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับคณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ปี 2548 ที่ทำการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กนักเรียนมัธยมของจังหวัดนครพนม พบว่าเพศชายมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 42.1 ส่วนเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็น ร้อยละ 36.5 ทั้งนี้ อาจจะเนื่องมาจากการปัจจัยทางชีวภาพและเพศหญิงมีการปรับตัวได้ดีกว่า⁽⁷⁾

3. เด็กนักเรียนกลุ่มที่มีสถานะสุขภาพจิตต่ำพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับผู้ที่เด็กพักอาศัยอยู่ด้วยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและบุคคลแรกที่ให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ และคณะที่พบว่าเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ไม่ดี ซึ่งปัจจัยครอบครัวนี้ยืนยันได้ชัดเจนโดยพบว่า กลุ่มเด็กสถานแรกรับซึ่งถูกครอบครัวทอดทิ้งหรือมีปัญหาครอบครัวรุนแรง จะมีระดับสุขภาพจิตต่ำและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มนักเรียนและเด็กในชุมชนทุกประเภท⁽²⁾

4. เด็กนักเรียนที่มีแนวโน้มผลการเรียนไม่ดีและมีปัญหาเกี่ยวกับการเรียน มักมีสถานะสุขภาพจิตต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ และคณะ⁽²⁾ และพบว่าเป็นปัจจัยนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ตามมา เช่น การหนีเรียน การสูบบุหรี่ การบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การคบเพื่อนที่มีปัญหา เกเรก้าวร้าว และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

5. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) ที่ใช้ในการศึกษานี้ ถึงแม้จะขาดความละเอียดไปบ้างแต่มีความครอบคลุมทุกองค์ประกอบหลักและเหมาะกับการประเมินที่ต้องการความรวดเร็วและความสะดวกของผู้ตอบ

ข้อเสนอแนะ

1. จากสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตพบว่า มีปัจจัยสำคัญหลักมาจากสถานภาพครอบครัว ดังนั้นควรมีมาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว สนับสนุนให้ครอบครัวร่วมกิจกรรมกับโรงเรียน มีระบบติดตามพฤติกรรมเด็กและเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาในอนาคต ทุกภาคส่วนควรตระหนักและให้ความสำคัญมากขึ้นกับปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นซึ่งจะเป็นรากฐานให้เด็กมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพอื่นๆ ได้ เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์และการมี

เพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ตลอดจน พฤติกรรม ความรุนแรง⁽⁴⁾

2. เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 12-16 ปีซึ่งเป็นวัยรุ่นระยะต้น และโดยทั่วไปจะมีความเครียดสูงทั้งเรื่องการเปลี่ยนแปลงทาง สรีระวิทยาและการเรียน เป็นช่วงสำคัญที่ต้องพัฒนา จิตใจให้เกิดลักษณะจริยธรรมในเรื่องการควบคุมตน มีเหตุผล ผลการรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา เพื่อเป็นรากฐาน ไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมดีในอนาคต เด็กในวัยนี้จะมีพฤติกรรมลด ความใกล้ชิดพ่อแม่ แต่สนใจ เพื่อนและ เพศตรงข้าม ต้องการอิสระมากขึ้น เพื่อค้นหา เอกลักษณะของตน ตลอดจนมีอาการผองผางรุนแรง ขาดความยั้งคิด ดังนั้น ผู้ปกครองและครูจะต้องเข้าใจ และควรจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความใกล้ชิดระหว่างกัน และช่วยกันปรับประคับประคองจนผ่านวัยนี้ไปได้ด้วยดี

3. ครูอาจใช้ผลการเรียน สัมพันธภาพใน ครอบครัว และการมาขอรับการปรึกษาของเด็กนักเรียน เป็นตัวเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเป็นการป้องกันระดับ ปฐมภูมิ เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันก่อนเกิด ปัญหา ซึ่งน่าจะเหมาะสมกว่าการสำรวจสุขภาพจิต โดยตรง ซึ่งทำได้ค่อนข้างยาก และต้องการความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้านและจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กจะ ปรึกษาครู เมื่อมีปัญหาไม่มากนักเพียง ร้อยละ 1.4 เท่านั้น ดังนั้นครูต้องปรับท่าทีเพื่อให้ให้นักเรียนกล้าเข้ามา มากขึ้นตลอดจนควรเน้นการสร้างสัมพันธภาพส่วนบุคคล ความเป็นมิตรและการเข้าถึงง่าย โดยอาจมีกิจกรรมเสริมเช่น คลินิกแนะแนววัยรุ่นในโรงเรียน กิจกรรม เพื่อนช่วยเพื่อน เช่น friend corner ก็ได้

4. โรงเรียนต้องจัดกิจกรรมที่สามารถ บูรณาการงานการสร้างสุขภาพจิตเข้ากับภาระงานด้าน วิชาการ ต้องจัดให้มีระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนซึ่งควร เน้นการช่วยเหลือนักเรียนในการปรับตัวจากการที่มีพื้น ฐานด้านบุคคลและครอบครัวที่แตกต่างกัน

5. การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตต้องคิดให้ ครบวงจร คือครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โรงเรียน ต้องมีระบบให้คำปรึกษาที่เหมาะสม เพื่อช่วยเหลือเด็กที่

มีปัญหา มีการสร้างครูผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตขึ้นมา และชุมชนควรมีการเฝ้าระวังปัญหาอย่างใกล้ชิดด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม, กาญจนา นาคะพินธุ, วรรณภา อธิตะ. ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547: 2-28.
2. สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์. พัฒนาการของวัยรุ่น. ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพฯ. 2551: 7-17.
3. Murray JL, Lopez AD. The global burden of diseases: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: MA: Cambridge University Press, 1996.
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2546 . บริษัทอมรินทร์ พรินติ้งแอนด์ พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน) . กรุงเทพฯ. 2547: 28-29, 89-91.
5. สกล ด้านภักดี. สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 1999; 44 (3): 213-227.
6. ดวงเดือน พันธุมนาวิน. ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม การวิจัยและการพัฒนาบุคคล. โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2539: 1-16.
7. รายงานการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม : พฤติกรรมเสี่ยงของเด็กในจังหวัดนครพนม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. กรุงเทพฯ. 2548: 20-21.