



การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นใน โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา

บุญวดี เพชรรัตน์, กศ.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษาคูดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านเพศ ระดับชั้นเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการสมรสของบิดามารดาและที่อยู่อาศัยต่อความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด อาการเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจากวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา 2 แห่ง สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มีจำนวน 600 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง 60 (Suangprung Stress Test-60) บางส่วน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ t-test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในระดับปานกลางและแสดงอาการเครียดในระดับมาก โดยแสดงออกทางอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือระบบภูมิคุ้มกัน ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนาและพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันเท่านั้น มีความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดและอาการเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับชั้นเรียนและเพศที่แตกต่างกันมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารการศึกษาในโรงเรียน พยาบาลชุมชนหรือพยาบาลประจำโรงเรียนในการกำหนดแนวทางการช่วยเหลือดูแล ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียน โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยด้านสุขภาพร่างกายที่อาจมีสาเหตุจากปัญหาสุขภาพจิต

คำสำคัญ : ความเปราะบางต่อความเครียด , อาการเครียด , วัยรุ่นในโรงเรียน, การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



Mental Health Self - Care Behaviors of Adolescents in Secondary Schools, Songkla Province, Thailand.

*Boonwadee Petcharat, MEd**

Abstract

The objective of this descriptive research was to compare the scores of susceptibility to stress, symptoms of stress and mental health self care behaviors (MHSC) according to sex, educational level, learning achievement, parent's marital status and accommodation during studying. Six hundred adolescents were stratified randomly collected from two urban government secondary schools in Songkhla Province. Spearman Stress Test -60 (SPST-60) and the MHSC questionnaires were adapted as research instruments. Percentage, mean, standard deviations, t-test were used for data analysis. The finding showed that most subjects had moderate level of susceptibility to stress and responded to stress as emotional symptoms at highest level. Generally, the MHSC score was rated at moderate level. The highest score of MHSC was general self care and the lowest was religious practice. Only subjects who had different in learning achievement present statistically significant different mean values of both susceptibilities to stress and symptoms of stress and subjects with different in educational levels and sex present statistically significant different mean value of MHSC behaviors. This finding can guide school administrators, community mental health nurses or school nurses to manage the appropriate mental health promotion and also prevention mental illness projects for school adolescents. Especially school nurses should be more concerned with physical illness of school adolescents that may be caused by mental health problems.

Key words : susceptibility to stress, stress symptom, school adolescent, mental health self-care

**Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University.*

บทนำ

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อในการเรียนรู้ระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ เรียนรู้สังครอบข้างเพื่อแสวงหาเอกลักษณ์ (identity) ของตนเอง โดยเฉพาะมีความเปลี่ยนแปลงด้านจิตอารมณ์ที่มีลักษณะอ่อนไหว หวือหวาและรุนแรง ต้องการเป็นอิสระ บางครั้งก็ต้องการความช่วยเหลือ มักมีความคิดและการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ มีความคิดซ้วกับการปรับตัวให้เข้ากับสังคมใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการเหล่านี้ยังมีขอบเขตแตกต่างกันตามลักษณะของวัยรุ่นรายบุคคลฐานะสังคมวัฒนธรรม เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจได้อย่างมาก¹ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดันจะยิ่งมีความเปราะบาง (susceptibility) ต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดต่างๆ ได้ง่ายยิ่งขึ้น เช่นวัยรุ่นที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของการแข่งขัน ถูกคาดหวังจากสังครอบข้าง จะมีปัญหาพฤติกรรมและมีปัญหาทางอารมณ์เพิ่มขึ้นกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมเช่นนั้นอย่างชัดเจน² หากวัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของตนเองไม่เหมาะสมด้วยแล้ว โอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตย่อมมีมากขึ้น โดย **Worley** พบว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การมีเพื่อน การมีทักษะทางสังคม และ การเข้าร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรมีผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นอย่างชัดเจน³ โดยอาจแสดงอาการเครียด (stress symptoms) ต่าง ๆ เช่น มีปัญหาสุขภาพหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่าง ๆ เช่น หนีเรียน มั่วสุม และใช้สารเสพติด⁴ ซึ่งจากข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาเสพจิตในศูนย์บำบัดรักษาเสพจิตภาคใต้ จังหวัดสงขลา⁵ พบว่าในปี 2543 มีวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี เข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกรวม 743 รายมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในจำนวน

นี้มีวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน/นักศึกษาอยู่ถึง 242 รายหรือร้อยละ 32.57 หรือจากข้อมูลของสำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดสงขลา⁶ พบว่าในปี 2544 มีนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดสงขลาที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเช่น หนีโรงเรียน ดิศาจเสพจิต มีเรื่องทะเลาะวิวาท เป็นต้น มีจำนวนกว่า 200 ราย ที่ต้องเข้ารับการฝึกอบรมในโครงการค่ายสานฝันสานใจเยาวชน 44 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสุขภาพจิตของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาที่มีชื่อเสียง สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตเมือง จังหวัดสงขลา เนื่องจากในวัยนี้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าความเครียดมากขึ้น จากการเรียนที่มีการแข่งขันกันสูง ขาดผู้ดูแลใกล้ชิดโดยเฉพาะพ่อแม่ วัยรุ่นต้องสูญเสียความเป็นธรรมชาติไปเพราะขาดความเป็นอิสระ หากปรับตัวไม่ได้จะมีผลทำให้การเรียนต่ำลง ต้องพักการเรียน หนีเรียน มีความภูมิใจในตัวเองต่ำ โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านเพศ ระดับชั้นเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการสมรสของบิดามารดาและที่อยู่อาศัยต่อความเปราะบาง ต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด อาการเครียดและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นในโรงเรียนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และลักษณะเฉพาะตัวของวัยรุ่น อันจะส่งผลถึงทรัพยากรมนุษย์ของประเทศให้มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ประชากร ได้แก่ วัยรุ่นอายุระหว่าง 12-19 ปี ซึ่งกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญ กระทรวงศึกษาธิการในเขตเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสงขลาภาคการศึกษาที่ 1/2543 จำนวน 2 โรงเรียนมีนักเรียนประมาณ 6,000 คน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ชั้นปีละ 100 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 600 คนหรือร้อยละ 10 ของประชากร ความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.01 ตามตารางการเลือกขนาดตัวอย่างของ **Hendel** ใน สมบูรณ์ ชิตพงษ์⁸

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่

1. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST- 60)

ของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วนิตา พุ่มไพศาลชัยและพิมพ์มาส ตาปัญญา⁹ ซึ่งเป็นแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย โดยใช้เฉพาะในส่วนของแบบวัดความเปราะบางต่อความเครียด (susceptibility to stress section) จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับคือน้อย ปานกลาง มากและรุนแรง ให้ความหมายของคะแนนรวมดังนี้ คะแนน 0-20 แสดงว่าไวต่อความเครียดน้อย คะแนน 21-26 แสดงว่าไวต่อความเครียดปานกลาง คะแนน 27-33 แสดงว่าไวต่อความเครียดมาก และคะแนน > 33 แสดงว่าไวต่อความเครียดในระดับรุนแรง แบบวัดอาการเครียด (symptoms of stress) จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับเช่นเดียวกันโดยจำแนกเป็นอาการเครียดของระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ระบบประสาทซิมพาเทติก อารมณ์ ความคิด ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน โดยให้ความหมายของคะแนนอาการเครียดโดยรวมดังนี้ 0-17 คะแนน หมายถึงเครียดน้อย 18-36 คะแนน หมายถึง มีอาการเครียดระดับปานกลาง 37-57 คะแนน หมายถึง มีอาการเครียดระดับมาก และ > 57 คะแนน หมายถึง มีอาการเครียดระดับรุนแรง โดยผู้วิจัยได้ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาช (Alpha Cronbach coefficient) ของเครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นในการใช้เครื่องมือวิจัยนี้กับกลุ่มประชากรวัยรุ่น เนื่องจากแบบวัดความเครียดสวนปรุงใช้ทดสอบกับประชาชนทั่วไป โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 20 รายพบว่าแบบวัดความเปราะบาง

ต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดมีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.73 ส่วนแบบวัดอาการเครียดทั้งฉบับมีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.96 เมื่อจำแนกอาการเครียดตามระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ระบบประสาทซิมพาเทติก อารมณ์ ความคิด ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันพบว่า มีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.77, 0.73, 0.82, 0.91, 0.85, 0.82 และ 0.93 ตามลำดับ

2. แบบสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพจิต สร้างโดยจินตนา ชูนิพันธุ์¹⁰ ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบประเมินค่า (ratings scale) 4 ระดับคือมีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้งและเกือบหรือไม่เคยทำ มีจำนวนทั้งสิ้น 60 ข้อ จำแนกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุน การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลตนเองทั่วไป โดยให้ความหมายของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในภาพรวมดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.50-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำและโดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยนี้กับประชากรวัยรุ่นอีกครั้งหนึ่งเช่นกัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาช (Alpha Cronbach coefficient) ของเครื่องมือวิจัยนี้ เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นในการใช้เครื่องมือกับกลุ่มประชากรวัยรุ่น เนื่องจากแบบสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับประชาชนทั่วไปในภาคกลาง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายพบว่า มีค่าแอลฟาทั้งฉบับ 0.94 และมีค่าแอลฟารายด้านเท่ากับ 0.71, 0.54, 0.63, 0.90, 0.66, 0.82 และ 0.78 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ **t-test** กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.05**

ผล

1. ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ **64.70** นับถือศาสนาพุทธร้อยละ **98.20** ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย มีจำนวนร้อยละ **50** เท่ากัน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในภาคการศึกษาที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ ร้อยละ **56.50** รับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว พอมีพอใช้ร้อยละ **90.70** บิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ **79.20** พักอาศัยระหว่างศึกษากับบิดามารดาร้อยละ **63.20** และเป็นที่น่าสังเกตว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ **14.00** ที่บิดามารดาหย่าหรือแยกทางกัน พักอาศัยระหว่างการศึกษากับญาติ พักหอพักเช่าบ้านพักอยู่ตามลำพัง หรือพักวัด ร้อยละ **24.8**

2. ความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดและอาการเครียดพบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในระดับปานกลาง และมีอาการที่แสดงถึงภาวะเครียดในระดับมาก โดยเป็นอาการเครียดที่แสดงออกทางอารมณ์มากที่สุดและรองลงมาแสดงออกในระบบภูมิคุ้มกันเป็นอาการในระดับมากดังตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดและอาการเครียดระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านเพศ ระดับชั้นเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการสมรสของบิดามารดาและที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน พบว่า เฉพาะผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันเท่านั้น มีความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดและมีอาการเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

3. ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตพบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าได้ปฏิบัติมากกว่าพฤติกรรมอื่น ๆ คือ การดูแลตนเองทั่วไป ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าได้ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อและศาสนาดังตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านเพศ ระดับชั้นเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการสมรสของบิดามารดาและที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศและระดับการเรียนเท่านั้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

1. กลุ่มตัวอย่างมีความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดระดับปานกลาง เป็นไปได้ว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีพื้นฐานทางสติปัญญาค่อนข้างดี โดยทั้งหมดได้ผ่านการคัดสรรของโรงเรียนรัฐบาลที่มีชื่อเสียงเรื่องการเรียนมาแล้ว ซึ่งความสามารถในการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถด้านสติปัญญาในการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอย่างไร¹¹ ซึ่งแม้พบว่าวัยรุ่นในโรงเรียนจะต้องอยู่ท่ามกลางปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตอารมณ์และสังคมมากมาย¹² อาจทำให้มีความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดน้อยลงได้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี-พอใช้และอยู่อาศัยกับบิดามารดา ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนช่วยเหลือหรือเป็นจุดพลังในการเผชิญปัญหา¹¹ จึงทำให้ความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดบรรเทาลง ส่วนการแสดงอาการเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเครียดในระดับมาก โดยแสดงออกทางอารมณ์มากที่สุด รองลงมาแสดงออกในระบบภูมิคุ้มกัน สอดคล้องกับรายงานวิจัยของ **Nancanoward Banos**¹³ ที่ศึกษาพบว่า ร้อยละ

50 ของนักเรียนวัยรุ่นมีปัญหาทางอารมณ์และยังพบว่าร้อยละ 48 มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะ เป็นลักษณะพัฒนาการด้านอารมณ์ตามธรรมชาติในช่วงวัยรุ่นจะปรากฏเด่นชัดกว่าช่วงวัยอื่นๆ อยู่แล้ว¹⁴ ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยรุ่นในโรงเรียนที่มีชื่อเสียง ต้องเผชิญกับสถานการณ์เครียดต่างๆ มากกว่าวัยรุ่นทั่วไปเช่น การแข่งขันด้านการเรียน ความวิตกกังวลกับความคาดหวังของบิดามารดา ครูอาจารย์การปรับตัวในการเรียน ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ยิ่งแสดงออกทางอารมณ์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ Walker ที่พบว่า วัยรุ่นมักแสดงออกทางอารมณ์มากเช่น โกรธ ระบายอารมณ์วิธีต่างๆ เมื่อเผชิญกับความทุกข์โศก และความเครียดที่เกิดกับวัยรุ่นในโรงเรียนมักเป็นความเครียดเกี่ยวข้องกับการเรียนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาของการเรียน เพิ่มความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดและส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งพบว่าบุคคลที่อยู่กับความเครียดนาน ๆ จะมีเม็ดเลือดขาวลดลงโดยพบว่า คนกลุ่มนี้เป็นหวัดหรือติดเชื้อไวรัสได้ง่ายหรือเป็นสิ่วได้มากขึ้นในวัยรุ่น เป็นต้น¹⁴

เมื่อเปรียบเทียบความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดและอาการเครียดระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศระดับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการสมรสของบิดามารดา และที่อยู่อาศัยในระหว่างการเรียนที่แตกต่างกัน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกันเท่านั้น ที่ทำให้กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนมีความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดและมีอาการเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มที่มีผลการเรียนไม่ดี มีความเปราะบางและอาการเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีผลการเรียนดี แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนโดยตรงอาจส่งผลกระทบต่อความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดน้อยและทำให้มีอาการที่แสดงถึงภาวะเครียดไม่ชัดเจน และผลการเรียนอาจเป็นส่วนหนึ่งของผลที่เกิดจากการ

เผชิญกับสิ่งเร้าความเครียดที่ประสบความสำเร็จหรือไม่ ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าวัยรุ่นที่เรียนในโรงเรียนที่มีชื่อเสียงด้านการเรียนและมีผลการเรียนไม่ดีต้องเผชิญกับความกดดันหลายด้านมากขึ้น โดยเฉพาะความรู้สึกต่อตนเอง เช่น ความรู้สึกด้อย ไม่เหมือนเพื่อน ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dierker ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของวัยรุ่นในโรงเรียนจะสัมพันธ์กับอาการเครียดอย่างชัดเจน¹⁵ และผลการเรียนที่ต่ำจะสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นเสมอ¹⁶ ดังนั้นครูอาจารย์และพยาบาลประจำโรงเรียนควรให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนที่มีปัญหาในการเรียนและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่ดี โดยเฉพาะการแสดงออกด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ หรือสุขภาพร่างกายในระบบภูมิคุ้มกันเช่น เจ็บป่วย เป็นหวัดบ่อย ๆ ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาวะสุขภาพจิตก็ได้

2. เกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นตนเองด้านสุขภาพจิตผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเล่นตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพทั่วไป เนื่องจากการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาด้านอารมณ์นั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanson และคณะ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่พบว่า นักเรียนวัยรุ่นมากกว่า 3 ใน 4 รายงานว่า ได้ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง โดยการตรวจร่างกายประจำปีในปีที่ผ่านมาตามบริการที่โรงเรียนจัดขึ้น¹⁷ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีการจัดบริการการดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนประจำปี ตามนโยบายของรัฐ โดยครูพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อนามัยโรงเรียน จึงอาจทำให้วัยรุ่นในโรงเรียนเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการกระตุ้นในการดูแลสุขภาพ เช่นการให้ความรู้ในเรื่องการกินอยู่ การออกกำลังกาย โดยจัดเป็นวิชาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือการติดตามดูแลสุขภาพของ

เจ้าหน้าที่อนามัยโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของ **Balaban** และ **Zaletel** พบว่า การให้ความรู้ของครูพยาบาล ทำให้เด็กวัยรุ่นเกรด 6 และ 7 มีความรู้และมีพฤติกรรมการกินอาหารเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก¹⁸ จากเหตุผลดังกล่าวอาจทำให้วัยรุ่นในโรงเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยทั่วไปมากกว่าการดูแลสุขภาพจิตในเรื่องอื่น ๆ ก็ได้ อย่างไรก็ตามพบว่ามีการวิจัยอื่น ๆ ที่บ่งชี้ถึงการดูแลสุขภาพจิตเป็นส่วนของการดูแลสุขภาพร่างกายที่ไม่เหมาะสมโดยพบว่า พฤติกรรมการกินของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 72 กินอาหารพวกผักและผลไม้ น้อยและร้อยละ 39 กินอาหารพวกไขมันสูงและคิดว่าตนเองมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 41 กำลังพยายามลดน้ำหนัก พบว่าวัยรุ่นที่กินอาหารไม่เหมาะสมยังมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยด้วย พบว่าวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษา 1 ใน 3 ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นต้น¹⁹ ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดได้แก่ การปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนา ผลการวิจัยดังกล่าวไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่า วัยรุ่นในโรงเรียนที่มีอายุ 13-17 ปี ร้อยละ 95 มีความเชื่อในพระเจ้า ร้อยละ 76 เชื่อว่าพระเจ้าเฝ้าดูพฤติกรรมของพวกเขาและสามารถให้รางวัลหรือลงโทษได้ และร้อยละ 91 เชื่อว่าสวรรค์มีจริง ร้อยละ 76 เชื่อว่านรกมีจริง²⁰ และ **Donahue** และ **Benson** ศึกษาพบว่า ร้อยละ 42 ของวัยรุ่นในโรงเรียนได้ปฏิบัติตามกรรมทางศาสนา โดยสวดภาวนาตามลำพังบ่อย ๆ และร้อยละ 48 ไปโบสถ์เป็นประจำ เป็นต้น²¹ อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนา น้อยที่สุดนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หรือร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเน้นทางปัญญานิยม ให้ความสำคัญอิสระในการปฏิบัติตามกรรมทางศาสนา ทำให้ไม่สามารถสังเกตเห็นการปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เช่นวัยรุ่นที่นับถือศาสนาอื่น ดังนั้นในการส่งเสริมการ

ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นกลุ่มนี้จึงควรศึกษาแนวทางที่จะช่วยให้วัยรุ่นปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อ ทำให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์หรือใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาได้

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการสมรสของบิดามารดา และที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน พบว่า เฉพาะระดับชั้นเรียนและเพศที่แตกต่างกันเท่านั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่า วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นจะดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นหรือการเรียนในระดับชั้นที่สูงขึ้นนั่นเองอาจเนื่องมาจากพัฒนาการทางสติปัญญาที่สมบูรณ์เต็มที่ ประกอบกับประสบการณ์ที่มากขึ้น ทำให้สามารถคิดและตัดสินใจทางเลือกที่รอบคอบขึ้นกว่าวัยเด็กที่ผ่านมา²² และพบว่าวัยรุ่นที่อายุมากจะใช้บริการด้านสุขภาพจิตที่แผนกผู้ป่วยนอก น้อยกว่าวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า²³ รวมทั้งมีรายงานการศึกษาที่สนับสนุนการดูแลตนเองไม่เหมาะสมของวัยรุ่นตอนต้น พบว่ากลุ่มวัยรุ่นอายุน้อยเหล่านี้มักมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ มากมาย เช่น การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมทางเพศในวัยที่ไม่สมควร การมีพฤติกรรมรุนแรง เป็นต้น²⁴ ส่วนในด้านเพศของกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบว่า วัยรุ่นในโรงเรียนเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย ผลการศึกษานี้ต่างกับการผลการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ไม่พบความแตกต่างในการดูแลตนเองระหว่างเพศชายและหญิงอย่างชัดเจน²⁵ ผลการวิจัยแตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า วัยรุ่นในโรงเรียนเพศหญิงจะเข้าร่วมในโครงการ

สุขภาพจิตของโรงเรียนมากกว่าเพศชาย สะท้อนให้เห็นว่า การเลือกหาแนวทาง แหล่งช่วยเหลือของเพศหญิงอาจมีมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะการขอรับการปรึกษา อาจแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีมุมมองต่อการรับบริการการปรึกษาทางบวกมากกว่า²⁶ สำหรับประเทศไทยจากการค้นเอกสาร ยังไม่พบรายงานการสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนหรือการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพจิตของโรงเรียน จึงจำเป็นต้องศึกษาต่อไป ผลการวิจัยดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการจัดโครงการช่วยเหลือส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับความเป็นเฉพาะของกลุ่มวัยรุ่น ไม่ให้ปัญหาสุขภาพจิตถูกกลืนเป็นปัญหาอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการของโรงเรียนมหาวิทยาลัยราชภัฏ วิทยาลัยนวมินทราชินติ จังหวัดสงขลา นักศึกษาสาขาการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดสงขลาที่ช่วยประสานงานเก็บข้อมูลรวมทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธิรังษี หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนการศึกษาคั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการวิชาการงาน 60 ปี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี. ความรู้เรื่องสุขภาพจิตสำหรับประชาชน : 60 คำถาม 60 คำตอบ. สุราษฎร์ธานี : โรงพิมพ์อุดมลาก ; 2540.
2. Liu X, Sun Z, Neidethiser JM, Uchiyama M, Okawa M & Rogan W. Behavioral and emotional problems in Chinese adolescents : Parent and teacher reports. J Am Acad Adolesc Psychiatry 2001; 40 : 828-36.

3. Worley NK. Mental health nursing in community. St. Louis : Mosby ; 1997.
4. Bonny AE, Britto MT, Klosternann BK, Homung RW, Slap GB. School disconnectedness : identifying adolescents at risk. Pediatrics 2000 ; 106 : 1017-21.
5. ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติภคาคได้ จังหวัตสงขลลา. ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาประจำปี 2543 ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติภคาคได้ จังหวัตสงขลลา; 2544.
6. สำนักงานสามัญศึกษา จังหวัตสงขลลา. โครงการค่ายสานฝันสานใจเยาเวาชน 44 ประจำปี 2544. สงขลลา : สำนักงานสามัญศึกษา จังหวัตสงขลลา ; 2544.
7. Bear J. Adolescent development and the junior high school environment . Soc Work Educ 1999 ; 21 : 238- 48.
8. สมบูรณ์ ชิตพงศ์. การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ; 2525.
9. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัยและพิมพ์มาศ ดาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง 2541; 13 : 1- 20.
10. จินตนา ยูนิพันธุ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย ภาคกลาง. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2535; 4 : 36-53.
11. Lazarus RS , Folkman S. Stress appraisal and coping. New York : Springer Publishing company ; 1984.
12. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression : the role of age , pubertal status and pubertal timing. Psychol Med 1998 ; 28 : 51-61.
13. Nancarrow FN, Barros J. Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape Verde and Portugal. J Psychol 2000 ; 135 : 503-14.
14. Walker J. Adolescent stress and depression. Regents of the University of Minnesota, Fs- 03083-GO [Online] Apr 2002. Available from : <http://www.extension.unmedu/item.html?item=03083> [2003 Feb 13].
15. Dierker L. Screening for anxiety and depression in early adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 ; 40 : 929- 44.
16. Lynch A, Glod CA, Fitzgerald F. Psychopharmacologic treatment of adolescent depression . Arch Psychiatr Nurs 2001; 15 : 41-7.

17. Hanson CL, Kittleson M, Welshimer KJ, Ritzel DO, Woehlke PL, Isbeme FR. Rural school health service : an assessment of adolescents' felt needs. *Int Electronic J Health Edu* 1999; 2: 18- 27.
18. Balaban M, Zaletel M. The impact of health education on the eating habits of primary school children (Slovenian). *Obzornik Zdravstvene Nege* 2000; 34 : 143- 9.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Leading causes of mortality and morbidity and contributing behaviors in the United States [Online] 1997. [22 screens] Available from: http://www.Cdc.gov/youthcampaign/research/pdf/Life's_Frist_Crossroads.pdf [2003 Feb 12]
20. Hyde KE. Religion in childhood and adolescence : a comprehensive review of the research. Birmingham AL : Religious Educational Press ; 1990.
21. Donahue MJ, Benson PL. Religion and the well - being of adolescents. *J Soc Issues* 1995 ; 51 : 145- 60.
22. Orem D. *Nursing Concepts of Practice*. (4th ed.) St. Louis : Mosby Year Book ; 1991.
23. Cohen P, Hesselbart CS. Demographic factors in the use of children's mental health services. *Am J Public Health* 1993; 83 : 49-52.
24. Zimmernan DJ, Santelli JS. School and adolescent health and manage care. *Am J Prev Med* 1998; 14 suppl : 60-6.
25. Carty-Mitchell J. Life change events, hope, and self-care agency in inner-city adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2001; 14 : 18-31.
26. Weist MD, Proescher EL, Freedman AH, Paskewitz Da, Flaherty LT. School based health services for urban adolescents : psychosocial characteristics of clinic users vs nonusers. *J Youth & Adolesc* 1995 ; 24 : 251-65.

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการที่แสดงถึงภาวะเครียดในระบบต่างๆ

ระบบทางร่างกายและจิตอารมณ์	n= 600
	อาการเครียด X (S.D)
ระบบกล้ามเนื้อ	7.15(2.88)
ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก	6.67(3.02)
ระบบประสาทซิมพาเทติก	7.39(3.51)
ระบบภูมิคุ้มกัน	9.02(5.12)
ระบบต่อมไร้ท่อ	8.77(3.92)
อารมณ์	11.59(4.07)
ความคิด	7.80(3.42)
รวม	58.42(19.67)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	n= 600
	X (S.D.)
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	2.78(0.42)
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	2.68(0.49)
การใช้เวลา	2.75(0.45)
การเผชิญปัญหา	2.69(0.49)
การพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคม	2.85(0.53)
การปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อและศาสนา	2.64(0.43)
การดูแลตนเองทั่วไป	2.90(0.45)
รวม	3.02(0.39)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเปราะบางต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด อาการเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตามปัจจัยด้านเพศ ระดับชั้นเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการสมรสของบิดามารดาและที่อยู่อาศัย

ตัวแปร	n	ความเปราะบางต่อความเครียด		อาการเครียด		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
		X ± S.D.	t	X ± S.D.	t	X ± S.D.	t
ระดับชั้นเรียน							
มัธยมศึกษาตอนต้น	300	23.18±5.35	1.66	59.52±18.84	1.37	178.67±26.75	2.94*
มัธยมศึกษาตอนปลาย	300	22.51±4.47		57.32±20.44		184.25±18.99	
สถานภาพสมรสของบิดามารดา							
ไม่อยู่ด้วยกัน	125	23.00±4.67	0.41	59.85±20.80	0.91	183.67±20.71	1.18
อยู่ด้วยกัน	475	22.80±5.00		58.04±19.36		180.88±23.98	
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน							
ต่ำ-ปานกลาง	338	23.27±5.15	2.43**	60.58±19.53	3.07*	179.94±23.51	1.81
ดี	262	22.29±4.59		55.63±19.53		183.42±23.02	
เพศ							
ชาย	212	23.06±5.26	0.81	58.66±08.04	0.22	178.18±26.12	2.55**
หญิง	388	22.72±4.75		58.28±20.53		183.25±21.51	
ที่อยู่อาศัยระหว่างการศึกษา							
อยู่กับบิดามารดา	379	23.08±5.27	1.59	57.50±09.11	1.50	180.20±23.25	1.72
อยู่กับผู้อื่น	221	22.42±4.28		60.00±20.53		183.61±22.17	

*p<0.01 **p<0.05