

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิต
วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช
ชื่อและนามสกุล นางพัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล
วิชาเอก การพัฒนาครอบครัวและสังคม
สาขาวิชา มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์อำไพรัตน์ อักษรพรหม
2. อาจารย์ศศิสัย คุ่มทรัพย์อนันต์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

.....
..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์วันทนี วาสิกะสิน)

.....
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์อำไพรัตน์ อักษรพรหม)

.....
..... กรรมการ
(อาจารย์ศศิสัย คุ่มทรัพย์อนันต์)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอก
การพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

.....
..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สิริวรรณ ศรีพหล)

วันที่ 8 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2550

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตวัยรุ่น
ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้วิจัย นางพัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล **ปริญญา** ทดกกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์อ่ำไพรัตน์ อักษรพรหม (2) อาจารย์ศดโส คุ้มทรัพย์อนันต์
ปีการศึกษา 2549

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น (2) รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว (3) เปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย เปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น ที่บิดา มารดามีอาชีพต่างกัน และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษาคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 42,826 คน ได้ขนาดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 396 คนด้วยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการทดสอบสมมติฐานใช้ค่าที่การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง (1) มีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 77.53 (2) มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาคือรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดร้อยละ 38.6 (3) กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.8 ซึ่งมากกว่าเพศหญิง และเป็นกลุ่มที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.2 บิดาและมารดามีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.7 และ 24.7 ตามลำดับ (4) รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 ส่วนรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดและรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

คำสำคัญ การสื่อสารในครอบครัว สุขภาพจิตของวัยรุ่น

Thesis title: Relationships Between the Family Communication Patterns and the Mental Health of Adolescents in Nakhon Si Thammarat Province

Researcher: Mrs. Pucharaporn Khajornwatanagul; **Degree:** Master of Home Economics (Family and Social Development); **Thesis advisors:** (1) Ampairat Aksornprom, Associate Professor; (2) Miss Sodsai Khumsabanan; **Academic year:** 2006

ABSTRACT

The purposes of this research were to study (1) mental health of the adolescents, (2) compare family communication patterns between male and female adolescent, (3) compare mental health of adolescents studying in Mathayom Suksa 1, 2, and 3, compare mental health of adolescent whose fathers and mothers had different occupations, and find relationships between family communication patterns and the mental health of adolescences in Nakhon Si Thammarat Povince.

Population for this study were 42,826 lower secondary school students in Nakhon Si Thammarat province. The 396 research samples were drawn by the multi-stage sampling technique. The instrument used for data collection was a questionnaire constructed by the researcher. Statistics used for data analysis were percentage, mean, and standard deviation and the statistics used for hypothesis testing were t-test, one way analysis of variance and Pearson's product moment correlation.

The research found that the samples (1) had normal mental health (77.53 %), (2) most of used open family communication pattern (46 %) and close family communication pattern (38.6 %), respectively. (3) Most of the samples who had abnormal mental health were male more than female (52.8 %), studying at Mathayom Suksa 2 (41.2%), their fathers and mothers were in service work (42.7 % and 24.7 % respectively). (4) The family communication patterns had relationships with the state of mental health of adolescents who had free family communication pattern in the same direction at the 0.01 level of statistical significance, while open and close family communication patterns had no relationships with the mental health of adolescents.

Keywords: Family communication, Mental health of the adolescent

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความช่วยเหลือจากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์อำไพรัตน์ อักษรพรหม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อาจารย์สศไส คุ่มทรัพย์อนันต์ อาจารย์ที่ปรึกษา และรองศาสตราจารย์วันทนีย์ วาสิกะสิน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสนอแนะในส่วนที่ยังมีข้อผิดพลาดและข้อบกพร่อง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ/อาจารย์ โรงเรียนกัลยาณีศรีธรรมราช ที่ได้อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง และผู้อำนวยการ/อาจารย์ โรงเรียนหัวไทร บำรุงราษฎร์ โรงเรียนท่านครูฉนวนโรภาสอุทิศ โรงเรียนก้างปลาวิทยาคม โรงเรียนท่าศาลาประสิทธิ์ศึกษา ที่ได้อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ขอบคุณเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมรุ่นที่ช่วยเหลือ สนับสนุนด้านการศึกษาและการค้นคว้า ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และสุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณมารดา และขอบคุณ สามี รวมทั้ง บุตร 2 คน ที่คอยให้กำลังใจ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงด้วยดี

พัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล

กันยายน 2550

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามหรือปัญหาการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
วัยรุ่น.....	9
สุขภาพจิตวัยรุ่น.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารของครอบครัว.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือการวิจัย.....	38
ความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา.....	43
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	58
สรุปผลการวิจัย	59
อภิปรายผล.....	61
ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ	64
ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา	65
ข้อเสนอแนะการวิจัย.....	66
บรรณานุกรม	67
ประวัติผู้วิจัย.....	72

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	ลักษณะประชากร จำแนกตามเพศและระดับการศึกษา.....	43
ตารางที่ 4.2	ลักษณะประชากร จำแนกตามอาชีพของบิดาและอาชีพของมารดา.....	44
ตารางที่ 4.3	จำนวนและร้อยละจำแนกตามรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว.....	45
ตารางที่ 4.4	รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิด.....	46
ตารางที่ 4.5	รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด.....	47
ตารางที่ 4.6	รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย.....	48
ตารางที่ 4.7	สุขภาพจิตวัยรุ่น.....	49
ตารางที่ 4.8	สุขภาพจิต จำแนกตามเพศ.....	49
ตารางที่ 4.9	สุขภาพจิต จำแนกตามระดับการศึกษา.....	49
ตารางที่ 4.10	สุขภาพจิต จำแนกตามลักษณะอาชีพของบิดาและมารดา.....	50
ตารางที่ 4.11	สุขภาพจิตผิด จำแนกตามอาการแสดง.....	51
ตารางที่ 4.12	วัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ จำแนกตามอาการแสดงด้านทางกาย.....	51
ตารางที่ 4.13	วัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ จำแนกตามอาการแสดงด้านทางวิตกกังวล และนอนไม่หลับ.....	52
ตารางที่ 4.14	วัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ จำแนกตามอาการแสดงด้านความบกพร่อง ทางสังคม.....	52
ตารางที่ 4.15	วัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติจำแนกตามอาการแสดงด้านซึมเศร้าอย่างรุนแรง.....	53
ตารางที่ 4.16	เปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชเพศชายกับเพศหญิง.....	53
ตารางที่ 4.17	เปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชตามระดับการศึกษา.....	54
ตารางที่ 4.18	เปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชตามอาชีพของบิดา.....	54
ตารางที่ 4.19	เปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชตามอาชีพของมารดา.....	55
ตารางที่ 4.20	ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิต ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช.....	55
ตารางที่ 4.21	ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับอาการแสดง ของสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช.....	56
ตารางที่ 4.22	สรุปผลการศึกษากับสมมุติฐาน.....	57

๑

สารบัญภาพ

หน้า

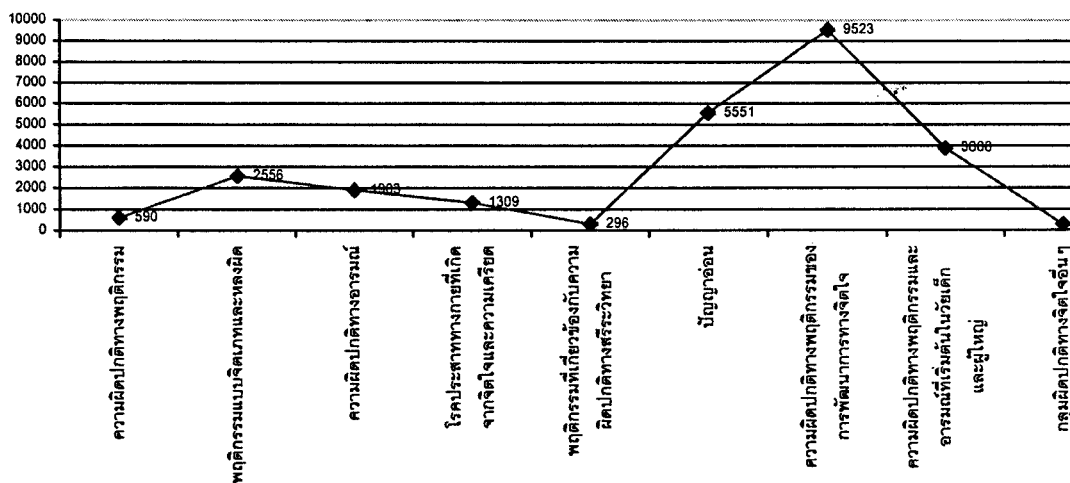
ภาพที่ 1.1	จำนวนเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำแนกตามโรคและปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545	1
------------	---	---

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจและเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่า และเป็นปัจจัยในการพัฒนาประเทศในอนาคต ถ้าวัยรุ่นมีคุณภาพและไม่มีปัญหา วัยรุ่นเหล่านี้จะเป็นพลังที่เข้มแข็ง แต่สภาพความเป็นจริงแล้วพบว่าวัยรุ่นมีปัญหามากมาย เช่น ปัญหาทางเพศ ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตพบว่ามีส่วนสัมพันธ์กับการสร้างปัญหาให้กับสังคมโดยรวม ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้จากการกระทำความคิดต่างๆ ของวัยรุ่น ได้แก่ การลักทรัพย์ การคิดยาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม ฯลฯ ที่มีจำนวนมากขึ้นตามสภาพปัญหาของสุขภาพจิตวัยรุ่น โดยสถิติผู้มารับบริการในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตของกลุ่มเด็กและวัยรุ่นปี 2545 ตามตารางที่ 1 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขสุขภาพจิตไทย 2545-2546)



ภาพที่ 1.1 จำนวนเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำแนกตามโรค และปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545

จากตารางแสดงให้เห็นจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งแสดงเฉพาะผู้ที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลเท่านั้น ยังไม่นับวัยรุ่นอีกจำนวนมากที่มีอาการของโรคแต่ไม่ได้รับการรักษา ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญของเด็กวัยรุ่นในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการในหลายศตวรรษที่ผ่านมา เรียกวัยรุ่นนี้ว่า “วัยวิกฤต” โดยอิริคสันแสดงทัศนะว่า วัยรุ่นเป็นระยะเวลาที่มีความสับสนทางจิตใจมากที่สุดยิ่งกว่าวัยอื่น ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น อายุ 13-15 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวด้านต่าง ๆ เป็นอย่างมาก วัยนี้จึงมีลักษณะอารมณ์ที่มีความแรงและความไวมาก นั่นคือมีความอ่อนไหวไปตามสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายและมาก เช่น โกรธง่าย กังวลง่าย เครียดง่าย เสียใจง่าย เหตุผลเหล่านี้อาจจะเกิดปัญหาทางอารมณ์และสุขภาพจิตได้มาก บางครั้งผู้ใหญ่อาจจะมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยแต่วัยรุ่นอาจนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์รุนแรงและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ง่าย เช่น การหนีออกจากบ้าน การฆ่าตัวตาย เป็นต้น รวมทั้งปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว บิดา มารดา ต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น จึงมีเวลาให้ครอบครัวและบุตรน้อยลง ความสนใจต่อกันและการพูดกันน้อยลง ส่งผลให้ความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลงไปด้วย ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ ความคับข้องใจตามมา โดยมีงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า พฤติกรรม และปัญหาทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นส่วนหนึ่งมาจากครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารในครอบครัวไม่เหมาะสม เนื่องจากกระบวนการสื่อสารเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ขั้นพื้นฐานของบุคคลในครอบครัว โดยการใช้สื่อที่ให้ความหมายทั้งความรู้สึกและความเข้าใจตรงกันระหว่างสมาชิกของครอบครัว ดังนั้นการที่บิดา มารดา พูดจากับวัยรุ่นในลักษณะตำหนิ ดุถูก ดุด่า ประชด ประชัณหรือเฉยเมย การไม่ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การลงโทษโดยไม่บอกเหตุผล การถูกบังคับให้ทำตามความคิดเห็นของผู้ใหญ่ ลักษณะการสื่อสารดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเช่นการเบี่ยงเบนทางเพศ ก้าวร้าว การติดสารเสพติด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นรวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพจิต (ชินานาฎ จิตตารมย์ และคณะ, 2545)

แมคคลาวด์ และเชฟเฟ้ ได้นำทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวในครอบครัว (Family Communication Pattern Theory) มาใช้เรื่องการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม ทางสังคม และการเมืองแก่เยาวชน เขากล่าวว่าวัยรุ่นคือช่วงเวลาที่สำคัญของชีวิตและครอบครัวมีอิทธิพลในการถ่ายทอด โดยวัยรุ่นจะรับการถ่ายทอดและสะสมไว้จนกระทั่งได้รับการถ่ายทอดหรือขัดเกลาจากสถาบันสังคมอื่น ๆ (McLeod, Chafee and Eswara, 1966 quoted in Sheinkopf, 1973 :26)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (2546) ได้มีบทความเกี่ยวกับครอบครัวกับยาเสพติด ซึ่งได้สรุปว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้พ่อแม่ ประสบความสำเร็จในการสร้างสัมพันธ์

กับบุตรหลาน การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือทางลบ ทำให้บุตรมีความเครียดและส่งผลให้ไป
ใช้ยาเสพติดได้

จิตแพทย์แฮรี สแตค ซัลลิแวน (Harry Stack Sullivan, 1953 อ้างใน ลิขิต กาญจนภรณ์,
สุขภาพจิต.2547 : 111) ได้อธิบายเกี่ยวกับสุขภาพจิตกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยได้เสนอ
แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับสุขภาพจิต ว่า การสื่อสารและปรองดอง เป็นกระบวนการที่
บุคคล 2 บุคคลหรือมากกว่าได้ใช้กระบวนการการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพในลักษณะการ
ยอมรับซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิด ความสนใจและตอบสนองความพึงพอใจซึ่งกันและกัน
ได้ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและพึงพอใจกันทุกฝ่าย โดยธรรมชาติบุคคลจะสื่อสารผ่านภาษา
และภาษาพูด ในกระบวนการสื่อสารนั้นบุคคลต้องตีความที่อีกฝ่ายหนึ่งสื่อเข้ามาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง
การสื่อสารของบุคคลในครอบครัว สามี ภรรยา และลูก การตีความผิดนำไปสู่ความขัดแย้งและ
ความไม่ปรองดอง การมีสัมพันธภาพไม่ดี แนวคิดนี้เชื่อว่าเกิดจากปัญหาการสื่อสาร ปัญหาการ
ตีความการสื่อสาร ปัญหาการขัดแย้งในการสื่อสาร ในขณะที่เดียวกันคุณภาพของสัมพันธภาพมีผล
ต่อคุณภาพการสื่อสาร คือทัศนคติระหว่างกันทำให้การสื่อสารระหว่างกันมีปัญหาหรือไม่มีปัญหา
ปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ในที่ทำงานเป็นผลกระทบจากการสื่อสารและส่งผลถึงการปรองดอง
ความสามัคคีและความเป็นหนึ่งเดียวกัน

ดังนั้นการสื่อสารในครอบครัวนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างเสริมความเข้าใจ
อันดี ระหว่างพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ของวัยรุ่นซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัว การอบรมสั่งสอนของพ่อ
แม่ ต้องให้ความสำคัญต่อการสื่อสารที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ประกอบกับเนื้อหาสาระของการ
สื่อสาร รวมทั้งการแสดงส่งเสริมให้กำลังใจ แนะนำและสนับสนุน เปิดโอกาสให้ลูกๆแสดง
ความคิดเห็น ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จํานำมาซึ่งความรัก ความเข้าใจ และการอบรมสั่งสอนให้เรียนรู้กฎเกณฑ์
ของสังคม ปลูกฝังจริยธรรม และศีลธรรมอันดีของวัยรุ่น ซึ่งในปัจจุบันถ้าครอบครัวไม่ได้ให้ความ
สนใจหรือไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างสมบูรณ์ อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะส่งผลให้เกิดปัญหา

จากผลการศึกษาดังกล่าว เห็นได้ชัดว่าการสื่อสารในครอบครัวที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อ
สุขภาพจิต พฤติกรรมและบุคลิกภาพของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ปัญหาเหล่านี้เป็นลูก ไข่ที่มีผลกระทบ
ต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนและประเทศชาติ จึงมีความจําเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง
หาแนวทางแก้ไข โดยให้ผู้ปกครอง ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไปได้เข้าใจในวัยรุ่นอย่างเพียงพอ
รวมทั้งได้รับทราบถึงความสำคัญของการสื่อสารของครอบครัวที่มีอิทธิพลกับวัยรุ่น ดังนั้น
การศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะการสื่อสารของครอบครัวกับปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัด
นครศรีธรรมราช ทำให้สามารถทราบสุขภาพจิตทั่วไปของวัยรุ่น ลักษณะการสื่อสารของครอบครัว
กับวัยรุ่น รวมทั้งลักษณะการสื่อสารของครอบครัวมีผลกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นอย่างไร ซึ่งผล

การศึกษาดังกล่าวทำให้ครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช และลักษณะการสื่อสารของครอบครัวการสื่อสารอย่างไรที่จะส่งผลให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตดี เป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว ทำให้ลดปัญหาวัยรุ่นในอนาคตส่งผลให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาเป็นผู้ใหญ่มีคุณภาพต่อไป

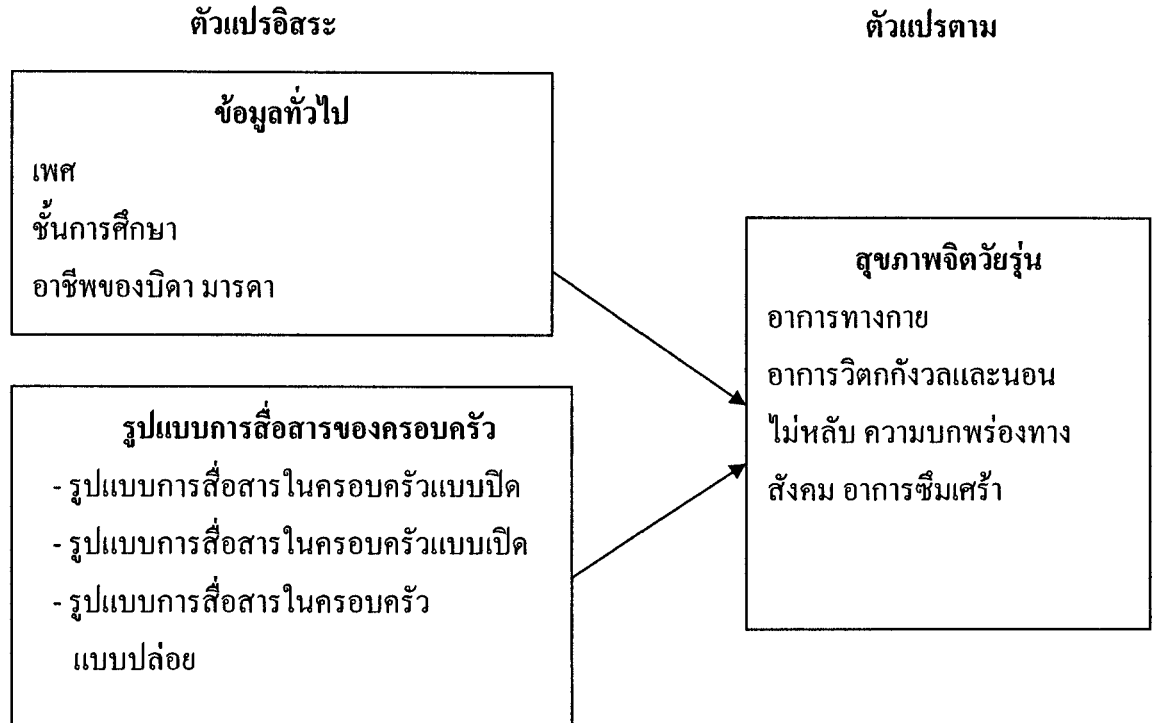
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2.2 เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย
- 2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชระหว่างชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3
- 2.5 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่บิดามารดามีอาชีพต่างกัน
- 2.6 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช

3. คำถาม หรือปัญหาการวิจัย

- 3.1 วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะสุขภาพจิตเป็นอย่างไร
- 3.2 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นอย่างไร
- 3.3 วัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันหรือไม่
- 3.4 วัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, 3 ในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันหรือไม่
- 3.5 วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่บิดามารดามีอาชีพต่างกันจะมีภาวะสุขภาพจิตต่างกันหรือไม่
- 3.6 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างไร

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



5. สมมุติฐานการวิจัย

5.1 วัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน โดยวัยรุ่นเพศหญิงจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าวัยรุ่นเพศชาย

5.2 วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่กำลังศึกษาชั้น ม.1 , ม.2 และ ม.3 มีสุขภาพจิตต่างกัน โดยวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในชั้น ม.3 จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในชั้น ม.1 และ ม.2

5.3 วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่บิดา มารดามีอาชีพต่างกันจะมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน

5.4 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของเด็กวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวัยรุ่นที่ครอบครัวที่มีการสื่อสารครอบครัวแบบปิดและการสื่อสารครอบครัวแบบปล่อยจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผิดปกติในทิศทางเดียวกัน

6. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ดังนี้

6.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาคเรียนที่ 2/2549 จำนวน 42,826 คน

6.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น ในจังหวัดนครศรีธรรมราชประกอบด้วยเนื้อหาด้านต่างๆ ดังนี้

6.2.1 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว โดยศึกษาถึงรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ตามแนวคิดของ David Kantor และ William Lehr (David Kantor and William Lehr , 1976) ซึ่งได้แบ่งรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวออกเป็น 3 แบบ คือ

แบบที่ 1 การสื่อสารในครอบครัวแบบปิด (Closed Family Communication)

แบบที่ 2 การสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด (Opened Family omunication)

แบบที่ 3 การสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย (Random Family Communication)

6.2.2. สุขภาพจิตวัยรุ่น ศึกษาภาวะสุขภาพจิตวัยรุ่น โดยทดสอบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตออกจากผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมอาการทางสุขภาพจิต 4 กลุ่ม ได้แก่ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้า

7. นิยามศัพท์

7.1 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมที่เด่นชัดหรือการกระทำที่เป็นกิจวัตรในการสื่อสารระหว่างบุคคลของสมาชิกในครอบครัวหนึ่งๆ โดยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาถึงรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวตามแนวคิดของ David Kantor และ William Lehr (David Kantor and William Lehr, 1976) ซึ่งได้แบ่งรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวออกเป็น 3 แบบ คือ

แบบที่ 1 การสื่อสารในครอบครัวแบบปิด (Closed Family Communication)

แบบที่ 2 การสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด (Opened Family Communication)

แบบที่ 3 การสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย (Random Family Communication)

7.2 วัยรุ่น หมายถึง วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) อายุ 13-15 ปี ที่กำลังศึกษา
ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช

7.3 สุขภาพจิตวัยรุ่น หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นที่จะปรับตัวให้มีความสุข อยู่
กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพที่ดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตได้ด้วยความ
สมดุลอย่างสุขสบาย โดยสามารถทดสอบวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตออกจากวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหา
สุขภาพจิตด้วยการใช้เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับบุคคลซึ่งเป็นแบบทดสอบสุขภาพจิต
ของคนไทย ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก General Health Questionair (GHQ) ของ David
Golberg เป็นแบบทดสอบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตออกจากผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุม
อาการทางสุขภาพจิต 4 กลุ่ม ได้แก่ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความบกพร่อง
ทางสังคม และอาการซึมเศร้า

โดยสุขภาพจิตดี หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์ปกติ และสุขภาพจิตไม่ดี
หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์ปกติ

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 องค์ความรู้ใหม่ โดยผลการวิจัยทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความ
สัมพันธ์ของการสื่อสารในครอบครัวและสุขภาพจิตวัยรุ่นมากขึ้น

8.2 การแก้ปัญหาทางวิชาการ โดยผลการวิจัยช่วยสนับสนุนให้นักวิชาการด้านครอบครัว
และเยาวชน ได้ศึกษาและนำมาใช้เพื่อการพัฒนา และส่งเสริมศักยภาพของบิดา มารดา และ
ผู้ปกครอง ในการสื่อสารกับบุตรหลานอย่างถูกต้องและเหมาะสมที่มีผลต่อสุขภาพจิตวัยรุ่น

8.3 การนำไปใช้ประโยชน์ ผลการวิจัยช่วยให้หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
ให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่น
สามารถจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสมส่งผลให้
บุตรซึ่งอยู่ในระยะวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตวัยรุ่น ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและ ได้กำหนดแนวทางในการทำวิจัย โดยมีประเด็นการทบทวนวรรณกรรมออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. วัยรุ่น
 - 1.1 ความสำคัญของการศึกษาวัยรุ่น
 - 1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น
 - 1.3 ลักษณะที่สำคัญของวัยรุ่น
 - 1.4 ธรรมชาติของวัยรุ่น
 - 1.5 เป้าหมายการพัฒนาวัยรุ่น
2. สุขภาพจิตวัยรุ่น
 - 2.1 ความหมายของสุขภาพจิต
 - 2.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี
 - 2.3 สาเหตุปัญหาสุขภาพจิต
 - 2.4 สุขภาพจิตในวัยรุ่น
 - 2.5 การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตดี
 - 2.6 การแสดงออกของวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต
3. รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว
 - 3.1 ความหมายของครอบครัว
 - 3.2 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว
 - 3.3 พฤติกรรมที่แสดงออกในครอบครัวที่สุขภาพจิตไม่ดี
 - 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัว
 - 3.5 การสื่อสารที่วัยรุ่นต้องการ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. วัยรุ่น

1.1 ความสำคัญของการศึกษาวัยรุ่น

นักจิตวิทยาหลายคนให้ความเห็นว่า วัยรุ่นเป็นวัยวิกฤตแห่งชีวิต (Critical period) เช่น อีริกสัน(Erikson) มีความเห็นว่าวัยรุ่นเป็นวัยวิกฤตแห่งพัฒนาการ ส่วนฮอลล์ (Hall) เห็นว่าวัยรุ่นเป็นวัยแห่งความเครียด และความรุนแรงซึ่งก็คือวัยวิกฤตแห่งการพัฒนานั่นเอง วิกฤตการณ์ (Crisis) หมายถึง วิกฤติทางจิต ทางกายภาพ และทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนั้นมีผลต่อพัฒนาการในขั้นต่อไปของชีวิต

ความสำคัญวัยรุ่น(วินัดดา ปิยะศิลป์, 2548) ได้สรุปว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ที่ซับซ้อนที่สุด เป็นวัยต่อของชีวิตจากเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเจริญเติบโตทางเพศที่ชัดเจนพร้อมกับการเจริญพันธุ์ มีระดับฮอร์โมนที่สูง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในวัยของพ่อแม่ซึ่งมักจะอยู่ในวัยกลางคนและมีปัญหาที่ต้องสะสาง ส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่และวัยรุ่นได้ง่าย เนื่องจากมีความแตกต่างในเรื่อง อารมณ์ พฤติกรรม และความคิดอย่างมาก

วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายและรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น ทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งของตนเอง พ่อ แม่ และสังคม อีกทั้งเป็นวัยที่มองหาตัวตนและแนวทางอาชีพของตน อันจะเป็นเอกลักษณ์และการยังชีพต่อไป ปัญหาของการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดาต้องอาศัยกลวิธีในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมเพื่อเป็นพื้นฐานของความเข้มแข็งด้านจิตใจ ในการเผชิญกับปัญหาในกายภาพหน้า และจัดการให้ผ่านพ้นไปได้อย่างชาญฉลาด การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง เช่นพื้นฐานทางจิตใจที่มั่นคงของวัยรุ่น ความอบอุ่นและความเข้าใจจากครอบครัว แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมของพ่อแม่ กลุ่มเพื่อนที่เกื้อหนุนกันไปในทางที่ถูกต้อง ฯลฯ และในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า เด็ก ๆ เข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเดิม เนื่องจากสภาพทางโภชนาการที่ดีขึ้น แต่พ้นจากความเปราะบางของวัยรุ่นช้าลงเนื่องจากสภาพสังคมที่ซับซ้อนมากกว่าเดิม วัยรุ่นอาจต้องอยู่ในสถานศึกษานานกว่าในอดีต จึงทำให้พบปัญหาในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น

1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น

สุชา จันท์ธรม (2529) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

1.2.1 ระยะเวลาวัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) ตั้งแต่อายุ 13-15 ปี ร่างกายมีการเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย

1.2.2 **ระยะวัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence)** ตั้งแต่อายุ 15-18 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และความนึกคิด

1.2.3 **ระยะวัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence)** ตั้งแต่อายุ 18-21 ปี พัฒนาเริ่มเข้าสู่ภาวะอย่างสมบูรณ์แบบ ซึ่งมักมีการพัฒนาการด้านจิตใจมากกว่าทางร่างกาย

ทั้งนี้ในระหว่างช่วงระยะวัยรุ่นเด็กบางคนอาจเข้าสู่วัยก่อนหรือหลังอายุที่กำหนดได้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคลและการเลี้ยงดู

วัยรุ่น เป็นวัยที่บุคคลมีพัฒนาการต่างๆ ด้าน เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากวัยเด็กทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม การให้ความสนใจต่อพัฒนาการเหล่านั้นให้ดำเนินไปอย่างมีระบบ วันเพ็ญ บุญประกอบ (2545: 21-26) ได้อธิบายพัฒนาการของวัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) ที่สำคัญ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น โดยเฉพาะตอนต้น (Pubertal phase) เด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมากในช่วงระยะ 11-13 ปี ฮอโมนทางเพศเริ่มทำหน้าที่เพิ่มขึ้นทั้งเด็กหญิงและเด็กชายเมื่ออายุประมาณ 8-10 ปี มาแล้ว พอเข้าวัยรุ่นตอนต้นจะพบว่าเด็กมี growth spurt เด็กจะเติบโตรวดเร็วโดยเฉพาะส่วนคอ แขน ขา มากกว่าลำตัว ทำให้เด็กมีลักษณะเก้งก้าง เด็กมีกล้ามเนื้อเพิ่มมีไขมันสะสมตามที่ต่าง ๆ เด็กหญิงจะขยายส่วนเต้านมและสะโพกในขณะที่ผู้ชายจะขยายส่วนไหล่ แต่ไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในผู้ชายจะลดลงแต่การเติบโตและการขยายของร่างกายแต่ละส่วนอาจเกิดขึ้นไม่พร้อมกันหรือไม่เป็นไปตามขั้นตอน (Arynchrony) เช่น ร่างกายซิกขวาเจริญกว่าซ้าย แต่จะเจริญเท่ากันในระยะท้ายของวัย จึงควรให้ความมั่นใจกับวัยรุ่นเมื่อมีความวิตกกังวล ระยะการเจริญนี้เด็กจะกินจุ และนอนมากขึ้น ร่างกายต้องการพักผ่อนและต้องการแคลอรีมากกว่าเดิม ต่อมฮอโมน pituitary gland และ hypothalamic region เจริญขึ้นหลัง growth hormone, gonadotropic hormone adreno corticotropic hormone เพิ่มขึ้น ทำให้กระตุ้นต่ออวัยวะเพศให้หลั่งฮอโมน เป็นผลให้อวัยวะเพศเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงในรูปร่าง เช่น เด็กหญิงมีเต้านมขยายโตขึ้น มีขนรักแร้ มีขนที่อวัยวะเพศและมีประจำเดือนตามมาหลังการเจริญของอวัยวะเพศในเด็กชายจะมีอวัยวะเพศขยายใหญ่ขึ้น และมีการหลั่งน้ำกาม หรือฝิ่นเปียก (seminal emission) มีขนที่รักแร้ ที่อวัยวะเพศ ต่อมาเสียงจะใหญ่ ห้าวขึ้น มีหนวด ขนตามตัว และมี spermatogenesis, spermatozoa จะตรวจพบได้ในเด็กชายอายุ 13 ปี แต่ mature spermatozoa จะพบเมื่อเลยวัยรุ่นตอนกลางไปแล้ว

การที่เด็กมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายมากนี้ทำให้บางคนวิตกกังวลกับรูปลักษณ์ของตน โดยเฉพาะเมื่อต่อมไขมันได้ผิวหนัง และต่อมเหงื่อทำงานมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นประสบปัญหาหาหาเรื่องสิวลและกลิ่นตัว หรือกลัวความอ้วน ในระยะนี้เด็กจะประสบกับปัญหาสายตาสั้น โดยเฉพาะที่

เป็นอยู่แล้วจะสั้นเพิ่มขึ้น การที่เด็กเติบโตเข้าวัยรุ่นเร็วหรือช้า นั้น จะรู้สึกอาย กังวล และอึดอัด ประหม่าต่อการถูกล้อเลียน หรือต่อสายตาผู้ชาย เพราะสภาพจิตใจยังเป็นเด็ก ยังไม่พร้อมรับสภาพความเป็นสาว เด็กหญิงจึงมักขี้อาย สมยอม มักเป็นผู้ตาม ไม่กว้างขวาง เหมือนเด็กหญิงที่เติบโตช้ากว่า มีเวลาเป็นเด็กเล่นสนุก และค่อย ๆ เตรียมตัว เตรียมใจรับเข้าสู่วัยรุ่น ในทางตรงข้ามเด็กชายที่เติบโตเข้าสู่วัยรุ่นเร็ว จะมีความสามารถในการกีฬา ฟังตนเอง เป็นผู้กล้าได้ดีกว่ากลุ่มเพื่อชายที่โตช้า ในกลุ่มที่เข้าสู่รุ่นช้าหลังผู้อื่นจะถูกล้อเลียนกลั่นแกล้ง มีความภูมิใจต่ำ

การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (masturbation) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นด้วยการลูบคลำสำรวจอวัยวะเพศเป็นการสร้างความรู้สึกคุ้นเคยกับอวัยวะเพศของตนโดยวิธีหนึ่ง เด็กชายวัยรุ่นส่วนใหญ่จะปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศโดยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ซึ่งไม่ได้ถือเป็นเรื่องเสียหายต่อร่างกาย ถ้าเด็กไม่ได้หมกมุ่นทำเกินไป ควรให้เด็กเข้าใจว่าแม้เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติก็ตาม เขาควรจะใช้วิธีคลายเครียดอย่างอื่นแทน เช่น การออกกำลังกายซึ่งเป็นเรื่องสำคัญมากในวัยนี้ และควรช่วยไม่ให้รู้สึกอาย หรือเข้าใจผิดในเรื่องนี้

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การสนใจตนเอง ในวัยรุ่นตอนต้นเด็กจะหันมาสนใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองมากขึ้น บางคนใช้เวลาอยู่กับหน้ากระจกนาน ๆ สำรวจใบหน้า และรูปร่างของตน จะมีความกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และกลัวว่าจะแตกต่างไปจากคนอื่น เด็กวัยนี้จะมีความรู้สึกไวต่อคำวิจารณ์ ต่อสายตา ท่าทีของผู้อื่น กลัวการถูกตำหนิ และการก่อกวน ขอบเขตเปรียบเทียบ ไม่ชอบให้ใครมาพูดถึง เด็กจึงจำเป็นต้องทำตามเพื่อน และปฏิบัติตามลัทธิหมู่เพื่อน เช่น แต่งตัวตามสมัยนิยม เป็นต้น

ความต้องการเป็นอิสระ วัยนี้เป็นระยะที่เด็กมีความต้องการเป็นตัวของเขาเองและแยกเป็นอิสระ ฟังตนเอง (secondary separation individuation) ไม่ชอบให้ผู้ใหญ่มาจัดการหรือออกคำสั่งควบคุมส่วนใหญ่แล้วเด็กวัยนี้จะทำอะไรได้ด้วยตนเองแล้วมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น รู้จักตกลงใจตัดสินใจเรื่องส่วนตัวบางอย่างได้ เด็กจะวางตัวห่างพ่อแม่ไม่ค่อยอยากไปไหนมาไหนด้วย และมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง เริ่มวิพากษ์วิจารณ์แสดงความคิดเห็นไม่ตรงกับพ่อแม่อันเป็นเหตุให้เกิดการขัดแย้งกันได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะกับแม่ แต่ถึงกระนั้นเด็กก็ยังต้องการความสนใจ ความเอาใจใส่อยู่เป็นครั้งคราวถ้าไม่ได้รับก็จะแสดงความขุ่นเคือง ไม่พอใจ การที่เด็กวัยนี้เข้ามาช่วยเข้าหรือโต้เถียงกับแม่จะเป็นลักษณะที่เขาต้องการความใกล้ชิดอยู่แต่แสดงแตกต่างไปจากวัยเด็กเล็ก เด็กมีความสับสน กังวลในเบื้องต้น ระหว่างความต้องการเป็นอิสระกับความกลัวการรับผิดชอบและฟังตนเองตามลำพัง ลักษณะหลายอย่างจะคล้ายวัยอนุบาล เป็นการรื้อฟื้น Oedipal conflict ทำให้เด็กหญิงมีการแสดงขัดแย้งกับแม่ได้บ่อย เด็กทั้งสองเพศจะหันเข้าหาพ่อมากขึ้นให้ความนับถือเชื่อ

ฟังและให้เป็นที่ปรึกษา ในขณะที่เด็กจะหันเข้าหาเพื่อนมากขึ้นและสนใจรับฟังคนนอก
ครอบครัว นับถือความคิดของครูและญาติผู้ใหญ่ ตลอดจนเริ่มสนใจบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคม

3. การพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและความคิด (Formal operation) เมื่อเข้าสู่
วัยรุ่น เด็กมีความคิดเปลี่ยนจากรูปธรรม เป็นนามธรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ความคิดเพิ่มกว้าง
มากขึ้น เข้าใจตามความเป็นจริงได้มากขึ้นและสามารถคิดในเชิงทฤษฎี เป็นเหตุเป็นผล
มีสมมุติฐานและพิสูจน์ความจริง Piaget เรียกความคิดชนิดนี้ว่า Formal operation เด็กสามารถ
จินตนาการเข้าใจมโนทัศน์ (ความคิดรวบยอด) ที่ลึกซึ้งขึ้นได้ สามารถวิจารณ์เปรียบเทียบบรรยาย
ได้ละเอียดขึ้น รู้จักคิดแก้ปัญหาได้เอง รู้จักตั้งสมมุติฐาน พิสูจน์ในแง่มุมต่าง ๆ ดึงเอาข้อมูลมา
สรุปเป็นเหตุผล สนใจเกี่ยวกับมนุษยศาสตร์ปรัชญา วิทยาศาสตร์ ศาสนา คุณธรรม และในเรื่อง
อื่น ๆ แต่เด็กวัยรุ่นจะจริงจังกับความคิดของตนเองและยึดเอาเป็นเลิศและถูกต้อง (idealism) เด็กจึง
แสดงอาการรุนแรง และกลุ่มหลงมีความเชื่อมั่นอย่างเอาเป็นเอาตาย บางคนถึงกับเลิกสิ่งเก่า ๆ และ
รับบทความ หรือค่านิยมใหม่บางคนจะยึดถือ idealism นี้ไปจนโต ถ้าเด็กสามารถนำความคิด
เหล่านี้ไปใช้เป็นประโยชน์ที่ดีจะช่วยให้เขาคำเนินชีวิตไปถูกต้องเด็กบางคนชอบศิลปะจะแสดง
ความคิดเชิงศิลป์ออกมาทางวาดรูป รูปปั้น แต่งโคลง กลอน นิยาย ฯลฯ หรือชอบเชิงวิทยาศาสตร์
จะประดิษฐ์เครื่องมือ เครื่องใช้ใหม่ ๆ ได้ เด็กจะทุ่มเทความสนใจของตนอย่างจริงจัง จึงทำให้เด็ก
อาจถูกดึงไปเป็นกำลังไปเป็นพวกในเรื่องลัทธิต่าง ๆ และในเรื่องการเมือง เป็นต้น เด็กวัยรุ่นจะ
แสดงออกอย่างรุนแรง และประกอบกับวัยรุ่นมีความโน้มเอียงที่จะคิด หรือมองสิ่งรอบตัวในด้าน
ลบคิดถึงความสามารถของตนเมื่อเทียบกับผู้ที่โตกว่าอันทำให้ถูกชักนำง่ายไปในทางที่ไม่ดี
เช่นการทดลองในสิ่งต่าง ๆ หรือเข้ากลุ่มเข้าพวกที่ต่อต้านสังคม

Piaget แบ่งลักษณะความคิดของวัยรุ่นเป็น 2 ลักษณะคือ Hypothetico-deductive
reasoning เด็กวัยรุ่นจะคิดในสิ่งที่เป็นไปได้หลาย ๆ อย่างที่ทำให้เกิดผลนั้น ๆ และตามมาด้วยความเป็นจริง
ที่เกิดขึ้นในขณะที่เด็กวัยเรียนมี concrete operational thinking จะตั้งต้นจากความจริงก่อน และ
เมื่อติดขัดก็ยังไม่สามารถหาวิธีการอื่น ๆ มาแก้ปัญหาได้ เช่น Piaget ถ้ามถึงปัญหาที่เกี่ยวกับการ
แกว่งลูกตุ้ม โดยเอาเชือกมาจำนวนหนึ่งที่มีความยาวต่าง ๆ กัน และเอาลูกตุ้มที่มีน้ำหนักต่าง ๆ กัน
มาผูกติดกับเชือกและแขวนเชือกบนบาร์ เขาให้วัยรุ่นคิดออกมาว่าอะไรจะทำให้ลูกตุ้มแกว่งเร็วกว่า
อันอื่นๆ เด็กวัยรุ่นจะคิดความเป็นไปได้ 4 อย่างคือ

1. ความยาวของเชือก
2. น้ำหนักของลูกตุ้ม
3. ความสูงที่ตั้งวัตถุขึ้นไปก่อนปล่อยตกลงมา
4. ความแรงที่ผลักลูกตุ้มให้แกว่ง

เมื่อเด็กพยายามทดลองต่อไปพบว่า ความยาวของเชือกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ลูกตุ้มแกว่งเร็วหรือช้า แต่เด็กที่มี concrete operational จะไม่สามารถทำเป็นระบบอย่างวัยรุ่นได้หรือไปมุ่งที่ความยาวอย่างเดียว โดยไม่ได้ให้น้ำหนักคงที่ และยังไม่ได้สังเกตความแตกต่างที่ควบคุมความผันแปรของความเร็ว นั้น

Propositional in nature วัยรุ่นมีความสามารถใช้ภาษาพูด เพื่อยื่นหยัดความคิดของเขาและสามารถสำรวจประเมินข้อเท็จจริง เหตุผลด้วยความคิดตัวเองโดยไม่ต้องอ้างความเป็นจริงอื่น ๆ แต่ concrete operational จะคิดได้ เฉพาะเหตุผลที่มีอยู่เท่านั้น

Adolescent idealism และ egocentrism ความคิดของวัยรุ่นจะเป็นลักษณะที่ให้ดีที่สุด และเกี่ยวข้องกับสิ่งที่จะเป็นไปได้มากกว่าความเป็นจริง เช่นในเรื่องศีลธรรมจรรยา ศาสนา สังคมการเมือง และในปรัชญาอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะวัยรุ่นยังขาดประสบการณ์อย่างมาก ความคิดจึงเป็นลักษณะเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง คิดอย่างเข้าข้างตัวเองและต้องการให้เป็นไปตามตนคิด และค่อนข้างไปทางความยิ่งใหญ่ วัยนี้จะมีพอใจที่จะมีความลับ และเก็บความลับไว้เป็นส่วนตัว

Elkind (1976, 1981) ได้บรรยายลักษณะ egocentrism ของวัยรุ่นไว้เป็น 2 ลักษณะคือ

Imaginary audience วัยรุ่นสามารถคิดได้ว่าคนอื่นจะคิดอย่างไร แต่เชื่อว่าคนอื่นจะคิดและเป็นห่วง และวิจารณ์อย่างที่เขาคิด และเป็นอยู่เช่นกันซึ่งพบในอายุระหว่าง 14-16 ปี ฉะนั้นเมื่อเริ่มคิดถึงคนอื่นก็เลยคิดว่าคนอื่นจะคิดเกี่ยวกับตัวเขา จะตำหนิติเตียนเขาหรือรู้สึกว่ามีคนคอยจ้องมองและจับผิด ลักษณะเหล่านี้พบได้ในวัยรุ่นที่ไม่มีความสุขและมีอารมณ์เศร้า

เมื่อวัยรุ่นเติบโตขึ้น ความคิดเกี่ยวกับตนเองจะลดลงไป และมีความคิดแบบนามธรรม (abstract thinking) เพิ่มมากขึ้น ภาษาเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา วัยรุ่นจะมี abstract concept ได้มากขึ้นเช่น รู้ว่าความจริงคืออะไร ความยุติธรรมเป็นอย่างไร ความอิสระ และประชาธิปไตยเกี่ยวข้องกับอย่างไร เป็นต้น

personal fable เป็นความเชื่อที่ค่อนข้างซับซ้อน เรื่องธรรมดาที่จะคิดเป็นเรื่องมากและพิเศษสำหรับตัวเขาวัยรุ่นจะเชื่อความคิดและความรู้สึกของตนเอง และจะเห็นเรื่องของตนถูกต้องดีงามไปหมด พยายามหาเหตุผลมาประกอบความเชื่อของตน

Freud กล่าวว่าระยะนี้เป็นระยะที่เด็กมีการรักหลงตัวเองได้สูง (narcissism) แม้ว่าเขาจะคิดเชิงเหตุผล และพิจารณาตามความเป็นจริงได้บ้างแล้วก็ตาม formal operational thought จะปรากฏได้ชัดเจนเมื่อวัยรุ่นสามารถแยกแยะระหว่างความครุ่นคิดหมกมุ่นของตนเอง และความคิดของผู้อื่นได้และสามารถสร้างสัมพันธไมตรีคุ้นเคยกับผู้อื่นได้อย่างดี

4. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ในช่วงต้นของวัยรุ่น เด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ง่ายและบางครั้งโดยที่ไม่มีเหตุผล เด็กอาจมีความวิตกกังวล หงุดหงิด ไม่สบายใจ เครียด

หรืออารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอน หวั่นไหวง่าย สับสน ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของวัยที่กำลังผ่านจากเด็กไปสู่ ผู้ใหญ่นั้นพบได้เสมอ วัยรุ่นอาจแสดงกิริยาอาการรุนแรง บางคนถึงก้าวร้าวกับผู้ใหญ่ พุดจาไม่น่าฟัง อาจปฏิกิริยากระแทกกระทั้น ทำให้วัยรุ่นมีปัญหาเกี่ยวกับพ่อแม่พี่น้องได้บ่อย ๆ ระยะวัยรุ่นตอนต้นจะทำให้มีอารมณ์ พฤติกรรมถอยหลังได้ เช่นชอบขี้แหย่น้องทะเลาะกับคนอื่น คิดพึ่งพาแม่มากขึ้น ไม่อยากทำอะไรจนดูเป็นจี้เกียจ แยกตัวเอง โกรธง่าย กังวลง่าย แต่บางขณะก็เป็นผู้ใหญ่ขึ้น รับผิดชอบได้บ้าง ไม่ต้องการให้ผู้ใหญ่มาบอกมาบังคับหรือบงการ วัยช่วงนี้จะเป็นวัยที่จะมีความเครียด ความกังวลได้หลายอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและฮอร์โมน อวัยวะเพศ การต่อสู้กับจิตใจที่อยากเป็นอิสระ ทำอะไรเองได้ กับความกลัวที่จะต้องเผชิญเหตุการณ์ตามคำพัง และมีความรับผิดชอบ การปรับตัวกับเพื่อนและการคบเพื่อนต่างเพศ การปรับตัวต่อชั้นเรียน ที่เติบโตขึ้นในชั้นมัธยม บางคนต้องเปลี่ยน โรงเรียนและมีเพื่อนใหม่ ความกังวลสับสนต่อตนเองในภาพลักษณ์ การสร้างสัมพันธ์กับเพื่อน การคาดหวังของพ่อแม่และผู้ใหญ่ต่อตน ฯลฯ ทำให้เด็กมีความเครียด กังวลได้มาก ๆ เด็กวัยรุ่นบางคนจะแสดงอารมณ์มากและเป็นไปสุดขีดได้ เช่นคุยกันดั่ง หัวเราะส่งเสียงกรี๊ดร้อง หรือร้องไห้อย่างมากต่อเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย หรือวิตกกังวลเกินเหตุ มีความรู้สึกรุนแรงทั้งความเกลียด หรือความรัก จะทุ่มเทความสนใจกับคนที่ตนชอบ ได้มาก ๆ อารมณ์วัยรุ่นจึงค่อนข้างวู่วามและเป็นไปรวดเร็ว บางคนมีลักษณะก้าวร้าว

ฉะนั้นจึงจำเป็นที่จะอธิบายให้วัยรุ่นรู้จักสาเหตุและความเป็นไปในช่วงเปลี่ยนวัย ให้ความเข้าใจในเรื่องวิตกกังวล หรือสิ่งที่เขาเป็นห่วง แม้อารมณ์จะเกิดขึ้นโดยควบคุมไม่ได้ แต่ให้วัยรุ่นรู้ว่าเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมแสดงออกได้ ความรู้สึกสนใจทางเพศเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ และมีแรงขับทางเพศเป็นเรื่องของธรรมชาติ วัยรุ่นจึงต้องเรียนรู้เรื่องการชมอารมณ์ และรู้จักระบายความเครียด ความกังวลถูกทาง เช่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย เล่นดนตรี ทำศิลปะ หากิจกรรมให้ตนเพลิดเพลินและสร้างสรรค์

5. การพัฒนาทางด้านสังคม การมีเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์เด็กวัยชั้นประถมจะต้องรู้จักคบเพื่อน มีเพื่อนสนิท มีเพื่อนเล่น เพื่อเตรียมตัวต่อไปในการปรับตัวเข้าวัยรุ่น มีการศึกษาว่าถ้าเด็กวัยเรียน ไม่มีเพื่อนจะเป็นข้อบ่งชี้ถึงการปรับตัวอย่างลำบากต่อไปในวัยรุ่น

การมีเพื่อนส่งเสริมให้เด็กมีความรู้สึกมั่นใจ เข้มแข็ง มีพลังอำนาจ มีพวก การยอมรับของเพื่อน และคลุกคลีในหมู่เพื่อนจึงเสริมความภาคภูมิใจและเอกลักษณ์ หรือภาพพจน์ต่อตนเองที่ดี วัยรุ่นจะเลือกคบเพื่อนที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน และมีอะไรทำด้วยกันได้ การให้เป็นที่ยอมรับในหมู่เพื่อนวัยรุ่นจึงจำเป็นต้องมีลักษณะคล้ายหรือเหมือนกลุ่มเพื่อนของตน เช่น การพุดจา กิริยา

ท่าทาง การแต่งตัว ความชอบ เป็นต้น ผู้ใหญ่จึงมองเห็นการลอกเลียนแบบซึ่งกันและกัน และการเชื่อฟังเพื่อน เห็นดีเห็นงามตามเขา ทำให้ขัดกับความต้องการของพ่อแม่ผู้ปกครองได้อย่างมาก เพื่อนมีอิทธิพลอย่างสูง เด็กจะได้เรียนรู้ความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นได้ รู้จักอาหาร ห่วงใยผู้อื่นเป็นเพื่อนที่พักพิงของวัยรุ่น ทำให้เขาห่างพ่อแม่ได้ เป็นอิสระมีที่ ๆ เขาจะอยู่ร่วมด้วยกัน ปรึกษาหารือกันได้ เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ถ้าวัยรุ่นขาดเพื่อนจะทำให้เขามีปมด้อย ขาดมนุษยสัมพันธ์ มีภาพพจน์ตนเองไม่ดี ความคิดไปทางลบมีอารมณ์ซึมเศร้า และหันเข้าหายาเสพติด หรือประพฤติดูผิด และมีโอกาสเป็นโรคจิตประสาทได้ การมีเพื่อนทำให้เสริมเอกลักษณ์แห่งเพศของตน ช่วยให้เด็กได้รู้จักบทบาทการคบหาเพื่อนเพศเดียวกันและต่างเพศได้เหมาะสม การแสดงออกของวัยรุ่นไปตามสมัยนิยมที่ตามกันขณะนั้น ๆ จึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตลอดการเวลา ผู้ใหญ่ควรสนับสนุนให้วัยรุ่นมีทางออกที่เหมาะสม และมีตัวอย่างที่ดีให้

การคบเพื่อนของวัยรุ่นนั้นจะคบกันได้สนิทสนมอย่างมาก เด็กควรมีเพื่อนคู่หู มีเพื่อนที่เขาไว้วางใจปรึกษาความลับแก่กันและกันได้ เด็กอาจสนิท รักกันไปไหนมาไหนด้วยกันในระหว่างเพื่อนเพศเดียวกัน โดยไม่มีความรู้สึกทางเพศเข้ามาปะปน เพื่อนเหล่านี้จะคบกันได้ยึดไปจนโต และช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันได้ สังคมวัยรุ่นขณะนี้มีความเข้าใจผิด ที่เมื่อคบกันสนิทแล้วจะไปทักท้วงว่าเป็นเรื่องลับเพศ ทำให้เด็กจำนวนไม่น้อย ไม่กล้าสนิทสนมกันเพราะกลัวถูกล้อเลียน สังคมจึงมีส่วนทำให้มิตรภาพที่ดีไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ ผู้ใหญ่จึงควรแยกแยะความถูกต้อง ปกติ และผิดปกติให้เด็กวัยรุ่นได้รู้ชัดเจน กลุ่มเพื่อนมีประโยชน์มากที่ต้องสนับสนุนแต่ถ้ากลุ่มเพื่อนนั้นเป็นเด็กมีปัญหาพฤติกรรมไม่ดี เกเร อันธพาล ทำผิดกฎหมาย ก็อาจชักจูงเด็กไปในทางผิดได้ พ่อแม่จึงควรใกล้ชิดลูก ปรึกษาหารือกันเรื่องคบเพื่อน สนับสนุนส่งเสริมการมีเพื่อนที่ดีและเปิดโอกาสให้ลูกคบ ถ้าพ่อแม่เห็นไม่เหมาะสมควรชี้แนะและสนทนากับลูกรับฟังเรื่องราวปัญหาของเขา สอนให้เขาคิดแยกแยะสิ่งถูกต้องจากสิ่งไม่เหมาะสมให้เป็น แทนที่จะไปห้ามปรามและตำหนิติเตียนอยู่เสมอ ถ้าพ่อแม่เข้าใจถึงภาวะการเปลี่ยนวัยและภาวะวิตกกังวลที่เด็กมีโดยธรรมชาติแล้ว จะช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวได้ดีและผ่านพ้นวัยนี้ไปได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ต่อกันมาตั้งแต่แต่วัยเด็ก เด็กที่เจริญพัฒนาตามวัยมีความสัมพันธ์ดีกับพ่อแม่มาตั้งแต่ต้นจะมีอาการต่าง ๆ น้อยมาก และผ่านพ้นระยะต้นของวัยรุ่นไปได้ดี ตรงข้ามเด็กที่มีสัมพันธ์กับบุคคลไม่ดีมาก่อน หรือมีปัญหามาแล้วเบื้องต้นจะเข้าสู่วัยรุ่นและปรับช่วงนี้ได้ลำบากและจะเป็นสาเหตุอันหนึ่งที่จะนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวชอย่างแท้จริง โรคทางจิตเวชหลายโรคแสดงอาการเริ่มต้นในช่วงระยะวัยรุ่นตอนต้นได้ เช่น Mood disorders, Anorexia Nervosa, Schizophrenia, Suicide, Panic disorders, Obsessive Compulsive disorders เรื่องทางเพศ เป็นต้น วัยรุ่นตอนต้นจึงเป็นวัยที่สำคัญที่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่ปัญหา

จริงได้ พ่อแม่จึงควรเข้าใจวัยนี้และมีการให้คำปรึกษาและความรู้ที่จะช่วยเด็กเริ่มวัยรุ่นปรับตัวต่อไป

1.3 ลักษณะที่สำคัญของวัยรุ่น

1.3.1 เป็นวัยแห่งหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ผลลัพธ์ของพฤติกรรมในวัยนี้จะมีผลต่อบุคคลในระยะยาวในช่วงวัยอื่น ต่อมา ทั้งด้านการเรียน การทำงาน การใช้ชีวิตคู่ เจตนาคติที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ในสังคม ความสับสนในบทบาทที่ไม่ชัดเจนของตนเอง เช่น ไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นเด็กหรือเป็นผู้ใหญ่ ความคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่นี้ มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดของเด็กมาก เด็กจะรู้สึกวางตัวยาก ไม่รู้ว่าจะทำตัวอย่างไรจึงจะถูกต้องและเหมาะสม

1.3.2 เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและเจตนาคติในวัยรุ่นจะคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงความสนใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับความสามารถและความถนัดของตนเอง

1.3.3 เป็นวัยแห่งปัญหา อาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยเข้าปัญหามากที่สุด ส่วนใหญ่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากสาเหตุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนั่นเอง ภาวะความวุ่นใจ ไม่สบายตัว ไม่สบายใจ ทำให้เกิดความหงุดหงิด วิตกกังวล อารมณ์เสื่อง่าย ไม่อยากพูดคุยกับใครหรือพูดจาขี้นจวนจนทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันในกลุ่มเพื่อน หรือพี่น้อง เกิดเป็นปัญหาทางอารมณ์และปัญหาทางสังคมของเด็กวัยนี้

1.3.4 เป็นวัยที่ต้องการเรียนรู้ความเป็นตัวของตัวเอง เด็กจะแสดงให้เห็นว่าเขาต้องการยอมรับจากกลุ่ม และถือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม แต่กระนั้น เด็กเองยังไม่แน่ใจในบทบาทของตน เขาต้องการรู้ว่าเขาต้องแสดงบทบาทใดในสังคม เขามีความสำคัญอย่างไรในสังคม หรือเขายังเป็นเด็กอยู่หรือเป็นผู้ใหญ่แล้ว สิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าเขาต้องการความเป็นตัวของตัวเองคือ การพยายามหาเอกลักษณ์ของตนเองจากการแต่งกาย การใช้คำพูดที่เข้าใจกันเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นเท่านั้น

1.3.5 เป็นช่วงวัยแห่งจินตนาการ วัยรุ่นชอบฝันสร้างวิมานในอากาศ จินตนาการตนเองเป็นสิ่งต่าง ๆ หรือบุคคลต่าง ๆ ที่ตนเองชอบ เด็กสามารถแสดงออกในรูปของการประพันธ์เพลงเขียนบทกลอนประกอบเพลง หรือแม้กระทั่งการแต่งกายตามแบบบุคคลในสังคมที่ตนชื่นชอบและต้องการเอาอย่าง

1.4 ธรรมชาติของวัยรุ่น

ธรรมชาติของวัยรุ่นที่แสดงออกมามีลักษณะดังนี้

1.4.1 เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกลักษณะ นอกจากจะมีรูปร่างลักษณะที่เหมือนกับผู้ใหญ่มากขึ้นแล้ว เด็กยังมีความคิดอยากใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ใหญ่โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการแสดงความคิดเห็นของตนเองบ้าง ทั้งนี้เพื่อต้องการให้ผู้ใหญ่ยอมรับว่าตนไม่ใช่เด็กอีกต่อไป

1.4.2 เป็นวัยที่ต้องการอิสรภาพมาก การคืนรนเป็นอิสระของเด็กคือ การปลีกตัวออกจากการเกี่ยวพันทางบ้าน รวมทั้งจะไม่ชอบให้พ่อแม่พี่น้องมายุ่งเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของเขา อิสรภาพที่เด็กวัยรุ่นต้องการ ได้แก่ อิสรภาพทางการแต่งกาย อิสรภาพทางการคบเพื่อน อิสรภาพด้านการเที่ยวเตร่

1.4.3 เป็นวัยที่รักความยุติธรรมอย่างรุนแรง เด็กวัยรุ่นมักจะทนไม่ได้ และมีปฏิกิริยาทันที ถ้าได้พบเห็นบุคคลไม่ได้รับความเป็นธรรม เด็กจะกระหายต้องการจะเข้าช่วยเหลือ

1.4.4 เป็นวัยที่รักและต้องการเพื่อนมาก เด็กวัยรุ่นอยากอยู่กับเพื่อนมากกว่าอยู่บ้าน มักจะเชื่อเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ เด็กจะเลียนแบบซึ่งกันและกันทางด้าน การแต่งกาย การพูดจา การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เนื่องจากต้องการให้เพื่อนในกลุ่มยอมรับการเป็นสมาชิกของกลุ่ม

1.4.5 เป็นวัยที่เริ่มให้ความสนใจในเพศตรงข้าม ธรรมชาติของวัยรุ่นทำให้มีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจเพศตรงข้ามในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การแต่งกายให้สะดุดตา การแสดงความสนใจด้วยการให้ดอกไม้ ใ้รูปถ่าย ใ้สิ่งของต่าง ๆ เป็นที่ระลึกล หรือมีการเขียนจดหมาย การพูดคุยทางโทรศัพท์ ในทางตรงข้าม หากเด็กวัยรุ่นคนใดไม่มีความสนใจในเพศตรงข้าม และมีพฤติกรรมถูกเหยียดหยาม หรือฝึกฝัในเพศเดียวกันตลอดเวลา นั้นแสดงถึงความผิดปกติของวัยรุ่น ผู้ใหญ่ต้องหมั่นสังเกตพฤติกรรมของเด็กและหาทางป้องกันแก้ไขก่อนที่จะสายเกินไป

1.4.6 เป็นวัยที่ต้องการให้ผู้ใหญ่ยอมรับ เด็กวัยรุ่นจะพยายามเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่เพื่อแสดงให้เห็นว่าเขาเป็นผู้ใหญ่แล้ว เช่น เด็กชายจะเริ่มสวมกางเกงขายาว พิถีพิถันกับทรงผม รูปร่างหน้าตามากขึ้น หัดสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เที่ยวเตร่ยามวิกาล บางรายต้องการได้งานทำเพื่อจะได้ไม่ต้องขอเงินจากพ่อแม่ ส่วนวัยรุ่นหญิงเริ่มใช้เครื่องสำอาง สวมรองเท้าส้นสูง แต่งกายแบบผู้ใหญ่ เป็นต้น

1.4.7 เป็นวัยที่ต้องการค้นพบความถนัดความสนใจของตนเองอย่างแท้จริง ความเจริญเติบโตทางสมองอย่างเต็มที่ของเด็กทำให้เด็กสามารถคิดเป็นของตนเอง แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ตัวอย่างเช่น การพิจารณาตัดสินใจเลือกเรียนสายวิชาต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับอาชีพที่ตนสนใจในอนาคต เด็กจะมีความพยายามสืบหา ติดตามเรื่องราวเกี่ยวกับอาชีพที่ตนสนใจเพื่อการ

ตัดสินใจที่แน่นอน ความเป็นตัวของตัวเองในระยะนี้ทำให้บางครั้งผู้ใหญ่อาจเห็นเป็นความดื้อรั้น ทำทาย ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน

1.4.8 เด็กวัยรุ่นไม่ชอบให้ผู้ใหญ่ปฏิบัติต่อเขาอย่างเด็ก ๆ และเขาต้องการให้ผู้ใหญ่รับฟังความคิดเห็นของเขาด้วย รวมทั้งไม่ชอบสภาพที่ผู้ใหญ่คิดว่าตนถูกเสมอไป

1.4.9 เด็กวัยรุ่นไม่ต้องการเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้พ่อแม่รู้ทั้งหมด เขาต้องการเก็บบางสิ่งบางอย่างไว้เป็นความลับบ้างในขณะเดียวกันก็ไม่ต้องการให้ใคร ๆ ในบ้านมายุ่งเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของเขา เช่น มารื้อของ เปิดจดหมายส่วนตัวอ่าน แอบฟังการพูดโทรศัพท์ เป็นต้น

1.4.10 เด็กวัยรุ่นไม่ชอบให้พ่อแม่ทะเลาะกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทะเลาะวิวาทนั้นมิสาเหตุมาจากตน เด็กจะเกิดความไม่สบายใจและหนีออกจากบ้านเพื่อหาความสุข และระบายอารมณ์ที่อื่น

1.4.11 เด็กวัยรุ่นไม่ชอบให้ผู้ใหญ่เปรียบเทียบตนกับคนอื่น ไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียน รูปร่างหน้าตา หรือความประพฤติของตน การเปรียบเทียบไม่ช่วยให้เด็กต้องการปรับตัวดีขึ้น แต่ยิ่งทำให้เด็กต่อต้าน และมีพฤติกรรมที่ไม่ดีมากขึ้น

1.4.12 ชอบแสดงออก เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมการแสดงออกหลายลักษณะที่แสดงให้เห็นว่าเด็กอยากทำตัวเด่น เพราะอยากเด่น อยากดัง

1.5 เป้าหมายการพัฒนาวัยรุ่น

เป้าหมายการพัฒนาวัยรุ่นเพื่อให้ได้ผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2548 : 4)

1.5.1 ร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากความบกพร่องทางกาย มีความสมบูรณ์ มีภูมิต้านทานโรค และปราศจากภาวะเสี่ยงต่อปัญหาทางกายต่าง ๆ

1.5.2 เอกลักษณ์แห่งตนดี

- บุคลิกภาพดี ทักษะส่วนตัว และทักษะสังคมดี
- เอกลักษณ์ทางเพศเหมาะสม
- เลือกการเรียนและอาชีพได้ตามศักยภาพของตน ตามความชอบ ความถนัด และความเป็นไปได้ ทำให้มีความพอใจต่อตนเอง

- การดำเนินชีวิต สอดคล้องกับความชอบ ความถนัด มีการผ่อนคลาย และความเป็นไปได้ ทำให้มีความพอใจต่อตนเอง

- มีมโนธรรมดี เป็นคนดี

1.5.3 มีการบริหารตนเองได้ดี สามารถบริหารจัดการตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น วางตัวได้อย่างเหมาะสม

1.5.4 มีความรับผิดชอบ ทำตัวให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ประเทศชาติ และสิ่งแวดล้อม

1.5.5 มีมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี

1.5.6 มีสุขภาพจิตดี หมายถึงสภาพจิตใจที่เป็นสุข สร้างสัมพันธภาพ และรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น ทำคนให้เป็นประโยชน์ ภายใต้วงแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงวางตัวได้อย่างเหมาะสม และปราศจากอาการป่วยของโรคทางจิตใจและร่างกาย

2. สุขภาพจิตวัยรุ่น

วัยรุ่นที่ได้รับการส่งเสริมดีและเหมาะสม มีสุขภาพจิตดี สามารถมีความสัมพันธภาพ และรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้อย่างราบรื่น ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข เรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพที่มี ดำเนินชีวิตได้อย่างมีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น ไม่เกิดอาการทางจิตเวช หรือโรคทางจิตเวชได้ง่ายถึงแม้ชีวิตจะเผชิญปัญหาหนัก ก็สามารถแก้ไขปัญหานั้นผ่านไปได้ด้วยดี คนที่สุขภาพจิตไม่ดี มักมีปัญหาในการปรับตัว มีอาการทางจิตเวช เช่น ความเครียด ซึมเศร้า แม้ว่าจะเจอปัญหาเล็ก ๆ ก็ปรับตัวได้ลำบาก ก็มีปัญหาวุฒิกรรมได้บ่อย มักเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้ง่าย (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2548 : 5)

2.1 ความหมายของสุขภาพจิต

การให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพจิตค่อนข้างยาก ทั้งนี้เพราะแต่ละคนจะมีการรับรู้ถึงระดับของสุขภาพจิตแต่ละคนที่แตกต่างกัน สุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ครอบคลุมพฤติกรรมหลายด้านของบุคคล เช่นเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ การปรับตัวต่อสถานการณ์และการปรับตัวทางสังคมกับคนอื่น ๆ ดังนั้นความหมายของสุขภาพจิตน่าจะเป็นการให้ความหมายกว้างๆ เป็นการกล่าวถึงภาพรวมของการปรับตัวที่ดีในด้านต่างๆ (กรมสุขภาพจิต, 2547) โดยมีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลกที่ให้ความหมายสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตหมายถึงสภาพจิตใจที่มีความสุขสามารถมีสัมพันธภาพ และรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้ ตลอดจนสามารถวางตัวได้อย่างเหมาะสม และดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ปราศจากอาการของโรคจิต (WHO, 1976 อ้างใน กรอบการวิจัยสุขภาพจิต 2548-2552 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

กรมสุขภาพจิต (2547) กล่าวว่าสุขภาพจิตหมายถึงสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีวิถีการมองคน มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การแสดงออกต่อตนเอง ต่อผลอื่น และสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนไป

2.2 ลักษณะของวัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตดี

จากการศึกษาแนวความคิดของนักจิตวิทยากลุ่มต่างๆ พบว่าการให้แนวคิดอธิบายลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ต่างกันไปตามความเชื่อของแนวคิด ดังนี้

อิริค อีริกสัน (Erikson, 1980 อ้างใน ลิขิต กาญจนารณ์. 2547: 25) มีทัศนะเกี่ยวกับสุขภาพจิตของคนว่า คนที่จะมีสุขภาพจิตดีคือคนที่สามารถเอาชนะอุปสรรคอันเกิดจากความขัดแย้งในใจ อันมีสาเหตุจากภาวะวิกฤติตามขั้นแห่งพัฒนาการแต่ละวัย คนที่จะสุขภาพจิตดีจะประกอบด้วยคุณลักษณะของความรู้สึกไว้น้อยเชื่อใจ รู้สึกว่าตนเป็นที่รักของพ่อ แม่ มีความอิสระเป็นตัวของตัวเอง ไม่รู้สึกว่าตนถูกคุกคามสวัสดิภาพ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่ม มีความต้องการที่จะสร้างสรรค์และกระทำต่อสิ่งแวดล้อม การได้ทำให้เป็นสุขใจ มีความเข้าใจและรู้จักตนเองตามสภาพ สามารถให้ความรักและความเข้าใจผู้อื่น สามารถสร้างหลักฐานของตนให้เป็นปึกแผ่นและเป็นผู้นำของคนรุ่นหลังได้ และมีความรู้สึกภาคภูมิใจในผลงานชีวิตของตนเท่าที่ผ่านมา ส่วนคนที่สุขภาพจิตไม่ดีจะมีลักษณะของผู้ที่ไม่ได้รับความรัก การยอมรับจากพ่อ แม่ หรือคนเลี้ยง ไม่ได้ใช้อิสระ ไม่เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคามด้วยอำนาจอื่นๆ ไม่สามารถที่จะแสดงความคิดริเริ่มของตนได้อย่างเสรี ขาดโอกาสที่จะได้สร้างสรรค์ผลงาน ทำให้ขาดความเข้าใจในสถานภาพของตนเอง ไม่สามารถที่จะให้ความรักและการสนิทสนมกับคนอื่น ๆ ได้ ไม่สามารถที่จะสร้างตนให้เป็นปึกแผ่นแน่นอนหนาได้ ไม่รู้สึกภาคภูมิใจผลงานที่ผ่านมา

มาสโลว์ (Maslow, 1856-1970 อ้างใน ลิขิต กาญจนารณ์. 2547:27) ได้ให้ความเห็นว่า การที่คนจะมีสุขภาพจิต ให้อูจากที่บุคคลนั้นได้พัฒนาความสามารถที่จะหนักในคุณค่าของตัวเองอย่างแท้จริงซึ่งหมายถึงความสามารถที่จะรู้จักตัวเองในทุก ๆ ด้านและนำเอาสิ่งที่ดีเหล่านั้นมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ มาสโลว์เชื่อว่าคนเราแต่ละคนจะต้องมีความต้องการพื้นฐานอยู่ 5 ประการซึ่งความต้องการเหล่านั้นจะพัฒนาขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน ความต้องการของมนุษย์ทั้ง 5 ชั้น และที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมีดังนี้

1. ความต้องการทางสรีระ (Physical needs) เป็นความต้องการที่ส่งเสริมให้เราสามารถมีชีวิตอยู่ได้ เช่น ชีวิตต้องการอากาศหายใจ น้ำ อาหาร ที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ต้องการพักผ่อน

2. ความต้องการปลอดภัย (Safety needs) ได้แก่ความต้องการที่จะให้ร่างกายปลอดภัยจากความเจ็บปวด

3. ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ (Love and belonging needs) ความต้องการที่จะให้ตนเองเป็นที่รักของคนอื่น

4. ความต้องการยอมรับตนเอง (Esteem needs) เป็นความต้องการที่จะยอมรับและนับถือตนเองพร้อมกับความต้องการยอมรับคนอื่น

5. ความต้องการที่จะใช้ความสามารถหรือศักยภาพในตนเองอย่างเต็มที่ (Self-actualization)

การที่คนพัฒนามาถึงจุดสูงสุดแห่งความต้องการนี้ จะทำให้มีความสุข ความพอใจ ความพอใจในชีวิตตนเอง เป็นผู้มีสุขภาพจิตดี ลักษณะที่แสดงถึงการตระหนักในคุณค่าของตนเองอย่างแท้จริงจะแสดงได้ใน 15 ลักษณะคือ

1. มีการรับรู้ตรงสภาพที่เป็นจริง
2. มีการยอมรับตนเองและคนอื่น รับรู้สภาพแวดล้อมต่างๆตามความเป็นจริง
3. เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นในชีวิต และมีการแสดงออกที่เป็นไปตามธรรมชาติ
4. เป็นผู้ที่ไต่ร่ตรงแสวงหาต้นเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างสร้างสรรค์
5. เป็นผู้ที่มีความพอใจในสภาพความเป็นไปของชีวิตตน
6. มีทัศนคติต่อชีวิตในลักษณะตนเป็นที่พึงแห่งตน
7. เป็นผู้ที่มีความชื่นชมและเห็นคุณค่าของประสบการณ์ชีวิตทั้งของตนเองและผู้อื่น
8. เป็นผู้ที่สามารถรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นความสุขสูงสุดของชีวิต เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าจากประสบการณ์นั้น
9. เป็นผู้ที่มีความสนใจการอยู่ร่วมกันอย่างสันติในสังคม สามารถสร้างมิตรกับคนทั่วไปได้
10. เป็นผู้ที่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่แนบแน่นลึกซึ้งกับคนใดคนหนึ่งได้
11. เป็นผู้ที่มีทัศนคติและเห็นคุณค่าของความเป็นประชาธิปไตย
12. เป็นผู้ที่มีโลกทัศน์กว้าง
13. เป็นผู้ที่มีอารมณ์ขัน
14. เป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์
15. เป็นผู้ที่มีความยินดีที่จะแสวงหาประสบการณ์ใหม่

2.3 สาเหตุปัญหาสุขภาพจิต

ในทางจิตวิทยาเชื่อว่าปัญหาสุขภาพจิตมีสาเหตุแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มปัจจัยคือ (<http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c4t1.html>)

2.3.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล แบ่งออก เป็น 2 ประการ ได้แก่

1) สาเหตุของร่างกาย

ซึ่งมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ โดยโครโมโซม (Chromosome) เช่นเดียวกับโรคเบาหวาน มะเร็งตับ และความพิการของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ในกลุ่มบิดา มารดา พี่น้องที่เคยเป็นโรคจิตมีโอกาสที่จะเป็นได้ร้อยละ 7-16 แต่ในคนทั่วไปจะเป็นโรคจิตเพียงร้อยละ 0.9 เท่านั้น หรือ คู่แฝดของผู้ป่วยโรคจิตจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเป็นโรคจิตด้วยร้อยละ 70-90 นอกจากนี้ความเจ็บป่วยทางกาย ความพิการ หรือมีโรคเรื้อรังจะทำให้บุคคลนั้นมีอารมณ์แปรปรวน เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ คิดมาก มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ ดังนี้

(1) โรคทางสมอง โรคทางสมองที่พบบ่อย ได้แก่

- ความเสื่อมของสมองตามวัย (Senile dermentia)
- ความเสื่อมจากหลอดเลือดสมองตีบ (Arteriosclerosis dermentia)
- การอักเสบของสมอง (Encephalitis)
- เนื้องอกของสมอง (Intracranial Neoplasm)
- สมองพิการจากซิฟิลิส (Syphilis Meningoencephalitis)

พยาธิสภาพดังกล่าว ทำให้เซลล์ของสมองถูกทำลาย และเกิดความเสื่อมของเซลล์สมองอันเป็นสาเหตุทำให้เกิดความผิดปกติของจิต

(2) สารจากต่อมไร้ท่อ สารจากต่อมต่าง ๆ ในร่างกายมีผลต่อร่างกาย

เช่น ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) มีอาการหงุดหงิดกระวนกระวาย มีความเครียด มีอาการซึมเศร้าและเฉื่อยชา ความจำเสื่อมเมื่ออาการทางจิตเป็นมาก อาจกลายเป็นโรคจิตหรือโรคจิตเภท สำหรับโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ไม่อยากพูด ประสาทหลอน และมีอาการซึมเศร้า

(3) อุบัติเหตุทางสมอง เมื่อสมองได้รับอุบัติเหตุ เช่น กระทบศีรษะ

ได้รับอุบัติเหตุ กระทบศีรษะฟาดพื้นหรือของแข็ง และสมองได้รับความกระทบกระเทือนมากจนเกิดพยาธิสภาพของเซลล์สมอง หรืออาจมีเลือดออกภายในเนื้อสมองจนเลือดไปกดดันเนื้อเยื่อของสมองยอมทำให้เซลล์ของสมองเสื่อมไปตามความรุนแรงของอุบัติเหตุ และพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความผิดปกติ และความแปรปรวนของจิตได้

(4) สารพิษต่าง ๆ ถ้ำร่างกายได้รับสารพิษ เช่น ภัยพิษ มอร์ฟีน เฮโรอีน ฟีน โคเคอีน ขานอนหลับ แอมเฟตามีน(ยาบ้า) เมื่อใช้สารต่าง ๆ เหล่านี้จนติด หากไม่ได้กินหรือเสพจะทำให้เกิดอาการแปรปรวนของจิตได้ เช่น หงุดหงิด ทุรนทุราย หาวนอน ประสาทหลอน หมดความละเอียด ก้าวร้าว ชอบทะเลาะวิวาท คุมสติไม่อยู่และมักทำร้ายร่างกายผู้อื่น

(5) โรคพิษสุราเรื้อรัง สุราที่มีสารที่สำคัญคือแอลกอฮอล์ เมื่อแอลกอฮอล์อยู่ในกระแสเลือดสามารถทำลายเซลล์ของสมองให้เสื่อมลงตามลำดับ ถ้าดื่มสุรามากและดื่มทุกวัน สมอง จะเสื่อมมากขึ้น จนเกิดความวิปริตทางจิต หรือเกิดโรคจิตได้หลายอย่าง เช่น มีอาการหลง หลาน อาละวาด คุ้ยเขี่ยจนถึงขั้นทำร้ายร่างกาย และทำลายชีวิตผู้อื่นได้

(6) การทำงานหนักเกินกำลัง การทำงานหนักเกินกำลังของตนเองทุก ๆ วันจะก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล ความหงุดหงิด คิดมาก นอนไม่หลับ อ่อนเพลียจนเกิดความ สับสน และตัดสินใจผิดพลาด ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจและเป็นเหตุของโรคประสาทได้

2.3.2 สาเหตุทางจิตใจ

เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการด้านจิตใจอยู่เสมอตราบใดที่ยังมีชีวิตอยู่ ความ ต้องการดังกล่าว คือ ความต้องการพื้นฐานที่เป็นแบบแผนเดียวกันกับทฤษฎีของมาส โลว์ ซึ่งแบ่ง ออกเป็น 5 ชั้นดังนี้

ขั้นที่ 1 ต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ต้องการอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค

ขั้นที่ 2 ต้องการความปลอดภัย ไม่ต้องการให้ชีวิตได้รับอันตราย

ขั้นที่ 3 ต้องการความรัก เช่น ความรักจากพ่อแม่ เพื่อน เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ต้องการมีชื่อเสียง เช่น อยากให้เป็นที่รู้จักของสังคม

ขั้นที่ 5 ต้องการประสบความสำเร็จ เช่น ประสบความสำเร็จด้านการ ประกอบอาชีพ เป็นต้น

ในความต้องการพื้นฐานทั้ง 5 ชั้นดังกล่าว บางคนก็สมปรารถนาทุกชั้น บางคน ก็ได้เพียง 2-3 ชั้น และกว่าจะได้ตามความต้องการก็จะพบกับอุปสรรคมากมาย แม้จะต่อสู้ก็ไม่สม กับที่หวังไว้และไม่อาจทำได้ หรือทำให้เกิดความผิดหวังรุนแรง เกิดความทุกข์ความไม่สบายใจ เป็นเวลานาน จนอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต หรือเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้จากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้

1) ความผิดหวังรุนแรง คนที่ไม่เคยผิดหวัง เมื่อมาผิดหวังย่อมทำให้เกิด อารมณ์เศร้าและเสียใจได้มาก เช่น สอบไล่ตก สอบเข้าทำงาน ไม่ได้หรือออกหัก บางครั้งต้องร้องไห้ อยู่คนเดียว มีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย กินข้าวไม่ได้ หงุดหงิด

2) การสูญเสียบุคคลที่รัก การสูญเสียบิดามารดาและบุคคลที่ตนรัก เป็นเหตุให้เกิดความ เสียใจอย่างรุนแรง จนมีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ หดหู่ใจ หงุดหงิด โกรธง่ายกว่า ธรรมดา รู้สึกท้อแท้และเบื่อชีวิต

3) การตัดสินใจผิด ทุกคนที่มีความคิด ต่างก็คิดว่าตน ได้คิดดีและตัดสินใจดี ที่สุดแล้ว แต่กลับได้รับความล้มเหลวและความเสียหายจากการตัดสินใจของตนเอง เช่นเดียวกับการสอบไล่ตก จึงทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และหมดความสุข มีความเสียใจเศร้าอย่างรุนแรง

4) การสูญเสียทรัพย์สินเงินทอง การสูญเสียทรัพย์สินเงินทองมาก ๆ ของคนบางคนรุนแรงพอ ๆ กับการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก เพราะจิตใจมุ่งมั่นอยู่แต่เรื่องทรัพย์สินของตน และส่วนมากมีแต่ทาง ได้เงินมามาก ๆ เสมอ ครั้นมาสูญเสียครั้งเดียวและเป็นเงินจำนวนมาก ทำให้เสียใจมาก คิดมาก ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ

2.3.3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล แบ่งออกเป็น 6 ประการ ได้แก่

1) สาเหตุจากครอบครัวและสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่ ลูก บุคคลที่ไม่ได้รับความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่ อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีความสุข ไม่ได้รับประสบการณ์ของสัมพันธ์ภาพที่ดีจากครอบครัว เมื่อโตขึ้นจึงไม่สามารถปรับตัวได้ จิตใจไม่เข้มแข็ง ไม่สามารถเผชิญปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ของชีวิตซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต

2) สาเหตุจากฐานะเศรษฐกิจ เงินเป็นปัจจัยสำคัญ หากครอบครัวใดไม่สามารถแก้ปัญหาเศรษฐกิจให้สมดุลกับรายจ่ายได้ จึงเกิดหนี้สินก็กระทบกับสุขภาพจิตของครอบครัวได้

3) การขาดการศึกษาอบรม การขาดการศึกษาอบรมสั่งสอนที่ดี ทำให้ชีวิตหมกมุ่นอยู่แต่ในความมึนงง หมดหวังยอมทำให้จิตใจหดหู่เกิดความเสื่อมของสมองเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้

4) สภาพชีวิตสมรสหรือชีวิตโสดที่มีปัญหายุ่งยาก ในชีวิตสมรสมีปัญหาเกิดขึ้นได้เสมอ เช่น ความขัดแย้ง การตั้งครรภ์ การมีบุตร สิ่งเหล่านี้นำปัญหาเข้ามาในชีวิตสมรส ถ้าทางออกไม่ได้ก็จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต สำหรับคนเป็น โสดอาจเกิดปัญหา เช่น ว่าเหวขาดเพื่อน เหงา คิดมาก นอนไม่หลับ เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน

5) สาเหตุจากสภาวะการณ์แวดล้อมต่าง ๆ เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงวัยต่าง ๆ ที่คนต้องปรับตัวตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนั้นการประสพภัยธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ไฟไหม้ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

6) สาเหตุจากวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคม ในสังคมปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม และค่านิยมอย่างรวดเร็ว เด็กและวัยรุ่น มักรับวัฒนธรรมที่เปลี่ยนใหม่ได้ง่ายและรวดเร็ว ซึ่งจะเกิดความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ใหญ่ไม่พอใจ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่

2.4 สุขภาพจิตในวัยรุ่น

ทุกช่วงวัยของชีวิต ควรได้รับการดูแลในเรื่องของสุขภาพจิต โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นวัยที่เกิดปัญหาสุขภาพจิต มากที่สุด หากไม่ได้รับการเข้าใจ ดูแล เอาใจใส่ ให้คำแนะนำ และลักษณะอารมณ์ที่เกิดขึ้นอาจสืบเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

กรมสุขภาพจิต ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นไว้ว่าวัยรุ่นหมายถึงช่วงชีวิตระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญยิ่ง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงอันซับซ้อนและสับสนร่วมกันหลายด้าน ในระบบต่างๆของร่างกาย รวมทั้งระบบเพศ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นและการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปของแต่ละบุคคล

กรมวิชาการ (2543, หน้า 36-37) กล่าวถึงสุขภาพจิตวัยรุ่นไว้ว่า อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประเดี๋ยวดีประเดี๋ยวร้าย ไม่คงเส้นคงวา บางครั้งจะเกิดความเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร บางคราวแม้แต่จะทนใครเขาพูดอะไรให้ฟัง ยังทนไม่ได้ ทำให้เกิดความหงุดหงิด สุขภาพจิตเสีย ความไม่ได้ตั้งใจอะไรเหล่านี้ล้วนทำให้สุขภาพจิตเสียทั้งนั้น เด็กวัยรุ่นมักจะคิดถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างทะลุปรุ ไปร่ำตามการคิดคำนึงเอาเองมากกว่าจะลองทำแล้วดูผล ระยะเวลาวัยรุ่นเป็นระยะที่สามารถจะเรียนรู้ได้เร็วเนื่องจากการเติบโตทางสมอง เป็นวัยที่สมรรถภาพแตกต่างจากคนทั่วไป เช่น สมรรถนะในการเรียนรู้แขนงวิชาสาขาต่าง ๆ สมรรถนะพิเศษในทางศิลปะ การกีฬา การศึกษาวิชาที่ตนรัก การได้จัดกิจกรรมที่ตนถนัด การมีงานอดิเรกที่พอใจทำ จะช่วยให้วัยรุ่นมีทางออกชดใช้ความยุ่งยากใจ ความถนัดของคนเราจะสำแดงออกมาชัดเจนเมื่ออายุประมาณ 18 ปี การเลือกวิชาเรียน เลือกงาน ให้ถูกกับความถนัดของตนจะเป็นการทะนุบำรุงสุขภาพจิต ได้เป็นอย่างดีอย่างหนึ่ง คนที่ศึกษาธรรมชาติของเด็กวัยรุ่นเป็นอย่างดี จึงสามารถปลูกฝังอุดมคติที่ตนยึดมั่นให้เด็กวัยรุ่นเขาไปปฏิบัติได้อย่างง่ายดาย โดยการแนะนำชักจูงเกลี้ยกล่อมและ โดยการกระทำ เด็กวัยรุ่นมีธรรมชาติจิงรักภักดีต่อหมู่คณะ เพื่อน สถาบันที่ตนเป็นเจ้าของ นับแต่ครอบครัว โรงเรียน ลัทธิที่ตนนิยม ไปจนถึงชาติบ้านเมือง ศาสนาพระมหากษัตริย์ มีความรู้สึกต่อสิ่งที่ตนมีส่วนเป็นเจ้าของรุนแรง และมักแสวงหาโอกาส โดยเฉพาะ โอกาสในขณะที่มีวิกฤติการณ์เกิดขึ้นที่สามารถพิสูจน์ได้ว่าตนเป็นคนมีประโยชน์ ไม่ว่าจะต่อบุคคลหรือสถาบันที่ตนมีส่วนเป็นเจ้าของ ธรรมชาตินี้ช่วยให้วัยรุ่น

สามารถรวมกลุ่มกันกระทำการหนึ่งสิ่งใดโดยง่าย จึงควรส่งเสริมให้เด็กรวมกลุ่มกับคนที่ทำกิจกรรมดี และเป็นประโยชน์

2.5 การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตดี

หน้าที่อันสำคัญของพ่อแม่คือ การส่งเสริมให้ลูกวัยรุ่นมีบุคลิกภาพที่ดี มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีไปพร้อม ๆ กัน พ่อแม่สามารถทำได้ด้วยการยึดหลักปฏิบัติต่อไปนี้ (พรพิมล เขียมนาครินทร์, พัฒนาการวัยรุ่น, 2539:143)

2.5.1 สุขภาพของสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะต้องดี การมีสุขภาพดีต้องประกอบไปด้วยการรักษาสุขภาพ และการสร้างระวังโรคภัยไข้เจ็บ การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การมีบุคคลในครอบครัวเจ็บไข้ได้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีความเครียด ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของทุกคนในครอบครัว

2.5.2 เป็นเพื่อนที่ดีของลูก รากฐานความสัมพันธ์ที่มั่นคงของพ่อแม่และลูกเป็นเครื่องช่วยสนับสนุนให้ลูกมีความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก การสื่อสารที่ดีของพ่อแม่ที่แสดงต่อลูกเป็นสิ่งสำคัญที่ลูกจะได้เรียนรู้เพื่อเป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น เช่น การยิ้มที่จริงใจ การทักทายที่นอบนวล การสัมผัสที่อ่อนโยน และการแบ่งปันสิ่งต่าง ๆ ให้กัน สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่เด็กเรียนรู้จากพ่อแม่ทั้งสิ้น

2.5.3 หลีกเลี่ยงการโต้เถียงต่อหน้าลูก มิงานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนในเรื่องนี้ เพราะในขณะที่พ่อแม่มีปากเสียงกันนั้น ท่าทีของผู้ใหญ่ดูก้าวร้าว ดุร้าย การโต้เถียงด้วยอารมณ์ และถ้อยคำที่รุนแรงมีผลต่อบุคลิกภาพของเด็กมาก เพราะเด็กจะรับเอาเป็นตัวอย่างของการแสดงอารมณ์

2.5.4 หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธด้วยวิธีการด่าทอ ประชด ประชัณ ถากถาง เมื่อเด็กทำผิดหรือผิดสัญญาที่ตกลงกันไว้ เช่น การกลับบ้านไม่ตรงเวลา หรือเมื่อผลการเรียนตกลงมากจะประณามเด็กว่า “โง่” หรือ “เซ่อ” สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่ความโกรธ แต่เป็นการแสดงออกที่ได้เยื่อใย ทั้งขว้าง เป็นการทารุณทางจิตใจมากเกินไป และสามารถทำลายความเชื่อมั่นและภาพพจน์ของตัวเอง การแสดงความโกรธต่อลูกควรเป็นไปอย่างตรงไปตรงมา ไม่ใช่อารมณ์ แต่ยังมี ความหมายถึงพ่อแม่ก็รัก และเมื่อเด็กประพฤติดีขึ้นทุกอย่างเข้าสู่สภาพปกติ

2.5.5 อย่ามีความลับกับลูก แม้ว่ามนุษย์ทุกคนจะต้องการความเป็นส่วนตัวด้วยกัน แต่การมีความลับในบ้านระหว่างพ่อแม่ทำให้เด็กเกิดความสงสัย ความสับสน และคิดไปเองว่าจะต้องเป็นในสิ่งที่เลวร้ายที่สุดของความลับคือการก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความยุ่งยากมากกว่า การบอกความจริง ความลับเป็นตัวทำลายความใกล้ชิดสนิทสนมที่เคยมีมาแต่ก่อน และปิดโอกาสให้กับความซื่อสัตย์และความกล้าหาญ การบอกเล่าปัญหาให้กับลูกเท่ากับเพิ่มความไว้วางใจ

ความเคร่งขรึมบดื้อ และความหนักแน่นมั่นคงให้เกิดในครอบครัวแม้ความจริงนั้นจะเป็นสิ่งที่เจ็บปวด แต่การพูดความจริงจะทำให้เกิดความผ่อนคลาย เด็กวัยรุ่นของเราจะสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาหนัก ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความตาย การหย่าร้าง หรือสถานภาพทางการเงิน การบอกความลับกับลูกไม่จำเป็นต้องบอกอย่างละเอียด เพราะรายละเอียดบางอย่างเป็นเรื่องส่วนตัวของพ่อแม่ ควรบอกอย่างกว้าง ๆ ว่าเกิดอะไรขึ้น จะช่วยลดความกระวนกระวายเพราะถึงอย่างไรก็ตามเด็กก็สามารถรู้ได้โดยสัญชาตญาณอยู่แล้ว การเปิดโอกาสให้เด็กวัยรุ่นแสดงความคิดเห็นนอกเหนือใจพ่อแม่บ้างจะทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญกับครอบครัวเมื่อลูกย่างเข้าสู่วัยรุ่น ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับลูกวัยรุ่นนั้นจะแปรสภาพต่างไปจากวัยเด็กมาก เด็กจะค่อย ๆ เป็นอิสระจากพ่อแม่ เริ่มต้นหาค่าเอกลักษณ์ให้ตัวเอง ซึ่งเขาต้องการพ่อแม่ที่เข้าใจเขา เมื่อเด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้พ่อแม่ควรให้ความสนใจและเอาใจใส่เพราะเด็ก ๆ ต้องการคำแนะนำ คำอธิบายถึงแม้ว่าเด็กในยุคสมัยนี้จะเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ จากเนื้อหลักสูตรของโรงเรียน หรือเรียนรู้จากสื่อโฆษณาตาม โทรทัศน์ ภาพยนตร์ มาบ้างแล้วก็ตาม แต่พ่อแม่ก็ยังคงมีความสำคัญอยู่มาก เนื่องจากเป็นบุคคลที่เด็กใกล้ชิดที่สุด เด็กหญิงควรได้เรียนรู้เรื่องราวการเปลี่ยนแปลงทางเพศจากแม่ และในบางกรณี พ่ออาจต้องให้การอบรมสั่งสอนแก่ลูกสาวบ้างในเรื่องการวางตัวต่อเพื่อนต่างเพศ การแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่น่าไว้วางใจ หรืออันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับลูกสาวได้ แม่ควรเป็นเพื่อนที่ดีของลูกสาว ในขณะที่พ่อควรเป็นเพื่อนที่ดีของลูกชาย การให้ความเป็นเพื่อนคือการให้เวลา ให้โอกาสลูกพูดคุยใช้เหตุผลในการอบรมสั่งสอน พ่อควรใกล้ชิดกับลูกชายเป็นพิเศษเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศเพราะพ่อคือแบบอย่างของความเป็นผู้ชายที่ลูกจะเรียนรู้ ไม่ใช่ให้ลูกเรียนรู้จากรุ่นพี่ หรือจากกลุ่มเพื่อนตัวเอง เพราะการเรียนรู้บางอย่างจะเป็นแบบผิด ๆ กระทำการโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์หลักในการพูดคุยสำหรับลูกวัยรุ่นคือต้องตรงไปตรงมา สภาพอ่อนโยน ธรรมชาติของวัยรุ่นนั้นเริ่มอยากแสดงความเป็นตัวของตัวเอง จะยอมรับฟังคำพูดเชิงแนะนำมากกว่าการสั่งให้ทำ ควรเปิดโอกาสให้ลูกกล้าพูดในสิ่งที่เขาอยากรู้ หวาดกลัว หรือไม่แน่ใจ แล้วอธิบายให้เขาเข้าใจอย่างซื่อสัตย์ และมีความเป็นมิตร

2.6 การแสดงออกของวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีอาการที่ตนรู้สึกได้เอง หรือจะแสดงอาการที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้แต่ตนเองไม่รู้ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่

อาการทางกาย มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความกังวลทำให้ระบบหัวใจผิดปกติ มีอาการใจสั่น ใจเต้น แสดงอาการหอบ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ความกังวลทำให้รับประทานอาหารไม่ได้

หรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ประจำเดือนไม่มาตามปกติ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ เป็นลม ชักเกร็ง ปวดข้อ ปวดหลัง เป็นต้น

อาการทางใจ มีอาการแสดงออกทางความรู้สึก ความคิด อารมณ์ ความจำ สมาธิ เช่น ด้านความรู้สึก ได้แก่ รู้สึกไม่สบาย น้อยใจ ไม่รักใคร หลงตัวเอง ด้านความคิด ได้แก่ หมกมุ่น ฟุ้งซ่าน สับสน คิดมาก หลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว เบื่อชีวิต คิดอยากตาย มีความคิดแปลก ๆ

ด้านอารมณ์ ได้แก่ ซึมเศร้า กังวล อารมณ์อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงง่าย ครั่นคราง มากเกินไป อารมณ์ไม่เหมาะสม ไม่มีสมาธิและความจำเสื่อม

อาการทางพฤติกรรม มีการแสดงออกแตกต่างจากปกติหรือลักษณะทางสังคมไม่ยอมรับ เช่น ก้าวร้าว ทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายผู้อื่น แยกตัว ดัดยาเสพติด ประพฤติผิดทางเพศ เข้าระเบียบเกินไป ย้ำคิด ย้ำทำ ฟุ้งพาผู้อื่น แต่งกายไม่เหมาะสมกับเพศและวัย ลักษณะ โหมย พุดปด เป็นต้น ปัญหาสุขภาพจิตที่แสดงออกทางพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศพวกนี้จะไม่สามารถเก็บกอดความรู้สึกได้ เมื่อมีโอกาสเวลาใดจะมีความต้องการอย่างผิดปกติและรุนแรงแสดงออกโดยไม่รู้ตัว

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารของครอบครัว

3.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวจัดเป็นสถาบันพื้นฐานในทุกๆสังคม และเป็นสถาบันแรกของมนุษย์ทุกคน เราใช้เวลาอยู่กับครอบครัวมากกว่าอยู่ในที่อื่นใด โดยเฉพาะวัยเด็กถึงวัยรุ่น เนื่องจากไม่สามารถพึ่งพา

William Rogers ได้ให้ความหมายครอบครัว คือระบบของการปฏิสัมพันธ์ที่มีการจัดระเบียบซึ่งประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยปกติประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกอย่างน้อย 1 คน อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลานานพอสมควรและมีการสร้างความคิดเห็นต่าง ๆ ร่วมกัน โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันเป็นระยะเวลานาน (William Rogers, 1884:133 อ้างในประมวลสาระชุดจิตวิทยาครอบครัวและสังคม หน่วย 1-4 มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมาราช ,2545 :261-262)

หน้าที่ของครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดี

1. เป็นแกนกลางของการเงินและเศรษฐกิจ
2. เป็นแกนกลางของการศึกษา และช่วยให้มีการปรับตัวตามวัฒนธรรมและสังคมที่ดำรงชีวิตอยู่
3. เป็นแกนกลางของศาสนาและปฏิบัติตัวอยู่ในศีลธรรมอันดีงาม

4. เป็นที่ปกป้องดูแลเวลาที่สมาชิกในครอบครัวเวลาเจ็บป่วยหรือมีอันตราย
5. เป็นที่รวมของการพักผ่อน พุดเล่น หยอกล้อ
6. เป็นที่ปรึกษาเวลาที่มีปัญหาเป็นที่รวมของความรักด้วยความอบอุ่นและความสามัคคี

3.2 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว

สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวมีองค์ประกอบสำคัญคือ การปฏิบัติตามบทบาท และพันธกิจของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว การใช้หลักมนุษยสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว

ซึ่งการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ และมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิก การสื่อสารนั้นมียุทธศาสตร์หลายรูปแบบและมีผู้ให้ความหมายไว้หลายประการ โดยสรุปการสื่อสารคือกระบวนการร่วมรับรู้ข่าวสาร ความคิดเห็น ค่านิยม ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น และเป็นวิถีทางที่จะได้รู้จักตนเองและผู้อื่นดียิ่งขึ้น

ในครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีจะสามารถทำหน้าที่ได้ดี ทั้งนี้ เป็นเพราะการสื่อสารที่ดีจะทำให้สมาชิกเข้าใจซึ่งกันและกัน ยอมรับความคิดเห็น เหตุผลที่แตกต่างกัน ปรับพฤติกรรมเข้าหากัน ได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีความราบรื่นในการดำเนินชีวิตครอบครัว แต่ถ้าครอบครัวมีการสื่อสารไม่ดี เกิดความเข้าใจกัน มีความระแวง ไม่ไว้วางใจกัน ไม่สามารถปรับพฤติกรรมเข้าหากันได้ เพราะสมาชิกไม่สามารถบอกให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้ถึงความรู้สึก ความคิดเห็นของตนเองได้ ในที่สุดก็จะมาถึงความแตกแยก (ประมวลสาระชุดจิตวิทยาครอบครัวและสังคม หน่วย 1-4 มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ศรีนครินทร์ราช ,2545 :261-262)

3.3 พฤติกรรมที่แสดงออกในครอบครัวที่สุขภาพจิตไม่ดี

พฤติกรรมรุนแรง (Violence Behavior) จะมีได้ตั้งแต่รุนแรงน้อยไปจนถึงอาชญากรรมในครอบครัวซึ่งเห็นได้บ่อยในปัจจุบันถือว่าเป็นอาการป่วยของสังคมยุค Hi-tech

1. verbal violence เกิดขึ้นภายในครอบครัว ที่สมาชิกใช้ภาษาพูดที่ไม่สุภาพ วาจาหยาบคาย พุดคำด่าคำ เป็นเหมือนกันหมดทั้งพ่อแม่ลูก
2. violent action เป็นพฤติกรรมโวยวาย ขว้างปาข้าวของจนบาดเจ็บและข้าวของเสียหาย
3. Physical assault มีการทำร้ายร่างกายด้วยการทุบตี ตบตะ บีบคองจนกระดูกหัก หัวแตกอาจถึงแก่ชีวิต
4. Sexual assault ถูกข่มขืนจากพ่อผู้ให้กำเนิดหรือพ่อเลี้ยง

3.4 รูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัว (Family communication pattern)

รูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัว หมายถึงรูปแบบหรือลักษณะของพฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัวระหว่างพ่อ-แม่ ผู้ปกครองกับบุตรหลาน ซึ่งรูปแบบหรือพฤติกรรมดังกล่าวแสดงออกโดยวิธีอบรมสั่งสอนของพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่มีบุตรต่อหลานในช่วงวัยเด็กจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ (วัชรภรณ์ รังษีกุลพิพัฒน์, 2546:10)

ตามแนวคิดของ Mcloed และคณะ(1975 : 35 อ้างใน วัชรภรณ์ รังษีกุลพิพัฒน์ ,2546:10) อธิบายว่าลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมี 2 แบบ คือ Socio-Orientation และ Concept-Orientation ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 การสื่อสารในครอบครัวแบบเน้นสังคม (Socio – Orientation) คือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในครอบครัวที่เข้ากันได้ ครอบครัวแบบนี้จะอบรมให้เด็กรักษาความสามัคคีกลมเกลียวเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับพ่อแม่และบุคคลอื่นในครอบครัว พ่อ แม่จะสนับสนุนให้เด็กปรับตัวเข้ากับสมาชิกอื่นในครอบครัวและเพื่อนๆ พ่อแม่จะสอนให้ลูกหลีกเลี่ยงการโต้เถียง ความขัดแย้ง เด็กจะต้องรู้จักระงับความโกรธ และยอมจำนนในกรณีถกเถียงปัญหา เพื่อมิให้การขัดแย้งหรือมีความยุ่งยากเกิดขึ้น ครอบครัวแบบนี้จะสอนให้เด็กเคารพผู้ใหญ่

ลักษณะของเด็กที่จะพบในครอบครัวที่เป็น Socio-Orientation คือ

1) เด็กจะมีลักษณะยอมจำนนต่อการยอมรับโดยเฉพาะผู้ใหญ่ ไม่ให้ตอบโต้หรือโต้เถียง ผู้ใหญ่กว่าตนและมีประสบการณ์มากกว่า

2) เด็กถูกเรียนรู้ให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์จริงๆ โดยถูกสอนว่าหนทางที่ดีที่สุดในการหลีกเลี่ยงความเดือดร้อนคือ หนีจากสิ่งนั้น เมื่ออยู่ในสังคม ทางเลือกของพวกเขาเมื่อเกิดความขัดแย้งคือ การเปลี่ยนจุดยืนของตนในประเด็นที่เป็นปัญหานั้น ไปในทางที่สนับสนุนผู้อื่น

3.4.2 การสื่อสารในครอบครัวแบบเน้นเหตุผล (Concept-Orientation) จะสนับสนุนให้เด็กแสดงความคิดเห็นของตนเอง โดยยึดแนวความคิด ข้อเท็จจริง ความถูกต้อง ความเป็นไปได้ของเนื้อหาที่สื่อสารเป็นหลัก เด็กจะได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ ให้รู้จักแสดงความคิดเห็นของตนเองออกมาอย่างเปิดเผย รู้จักโต้แย้งผู้อื่นในขณะที่เดียวกันก็รู้จักยอมฟังความคิดเห็นผู้อื่น ความเชื่อของผู้อื่นด้วย พ่อแม่จะสนับสนุนให้ลูกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับบุคคลอื่น รู้จักแสดงความคิดเห็นไม่ตรงกัน หรือมีความขัดแย้งก็ตาม เด็กมักจะร่วมถกเถียงปัญหากับบิดามารดาหรือผู้อื่นประจำ และรู้จักประเมินปัญหาอย่างรอบคอบ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญของครอบครัว ซึ่งมีการสื่อสารภายในกลุ่มเล็กของตนเองและมีรูปแบบเฉพาะตัวตามแนวคิดของ David Kantor และ William Lehr

ตามแนวคิดของ David Kanator และ William Lehr ผู้เชี่ยวชาญการศึกษาวิจัยในสาขาการสื่อสารในครอบครัว ได้แบ่งคุณลักษณะหรือแบบวิธีของการสื่อสารในครอบครัวออกเป็น 3 ประเภท คือ (David Kanator และ William Lehr 1976 : 17)

1. การสื่อสารในครอบครัวแบบปิด (Closed Family Comunication)
2. การสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด (Open Family Comunication)
3. การสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย (Random Family Comunication)

การสื่อสารในครอบครัวแต่ละแบบมีข้อดี และข้อด้อยในตัวเอง และอาจเป็นวิธีสร้างสรรค์หรือไม่ก็ได้ในแต่ละสถานการณ์

1. การสื่อสารในครอบครัวแบบปิด หมายถึง แบบวิธีการสื่อสารในครอบครัวที่เข้มงวดมีการวางระเบียบกฎเกณฑ์อย่างรัดกุม ผู้ที่กำหนดกติกากฎเกณฑ์คือผู้ที่มีอำนาจสูงสุด ซึ่งมักได้แก่หัวหน้าครอบครัว ผู้ที่กำหนดกฎเกณฑ์จะเป็นผู้ให้คำแนะนำและควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ประเด็นของการสนทนาและข้อมูลข่าวสารที่ผ่านสื่อต่างๆ เข้ามาจะต้องถูกกั้นกรองด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของครอบครัว ซึ่งจะกำหนดว่าอะไรบ้างที่สมาชิกควรจะได้ประสบพบเห็นและอะไรบ้างที่ไม่ควร

ในครอบครัวที่เด็กกว่านอนสอนง่ายจะรับรางวัลเป็นสิ่งตอบแทน ในทางตรงกันข้ามก็ใช้การลงโทษสำหรับเด็กที่ไม่เชื่อฟังผู้ใหญ่ เรื่องของเวลามักเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดในครอบครัวแบบนี้ว่ามีการวางระเบียบในเรื่องเวลาไว้อย่างเคร่งครัด มีตารางเวลาสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และทุกคนต้องรักษาระเบียบ เช่น จะต้องกลับถึงบ้านไม่เกิน 17.00 น จะต้องเข้านอน 22.00 น. ข้อความที่ผู้ใหญ่มักพูดกับเด็กในครอบครัวแบบนี้ได้แก่ ข้อความในทำนองชี้ให้เห็นความสำคัญของเกียรติยศของวงศ์ตระกูล

ข้อดีของครอบครัวแบบปิด

ครอบครัวแบบนี้มักจะแก้ไขสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้โดยอาศัยวิธีการเชิงอำนาจนิยมซึ่งมีคุณประโยชน์หลายประการ ประการแรกการใช้อำนาจนิยมมักจะเน้นให้เกิดประสิทธิผล ประการที่สองวินัยและการควบคุมพฤติกรรม สามารถให้ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยแก่สมาชิกได้เป็นอย่างดี ในกรณีที่สมาชิกประพฤติตามครรลองของกฎระเบียบ ประการที่สามการจัดสรรทรัพยากรในครอบครัวแบบนี้ มักจะเป็นการจัดสรรอย่างรอบคอบ ไม่ปล่อยให้แต่ละคนทำอะไรตามอำเภอใจ

ข้อเสียของครอบครัวแบบปิด

ทำให้บุตรหลานไม่มีอิสระอย่างเต็มที่ ปิดกั้นตนเองจากบุคคลภายนอก ดำเนินกิจวัตรอย่างเต็มไปดด้วยข้อกำหนด

2. การสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด หมายถึง แบบวิธีการสื่อสารที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจความเป็นต่างๆภายในครอบครัวสูง แต่ละคนมีบทบาทค่อนข้างมาก และมีความยืดหยุ่นสูง แม้ว่าโดยปกติแล้วพ่อแม่จะมีอำนาจมากกว่าลูก แต่ก็มีความยืดหยุ่นที่จำเป็น กฎระเบียบของครอบครัวเป็นสิ่งที่ผ่อนผันและเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่นเวลาร่วมรับประทานอาหารเย็น อาจจะเปลี่ยนแปลงโดยการตัดสินใจของคนส่วนใหญ่ในบ้านหรือบางคนอาจจะไม่มารับประทานอาหารที่บ้านก็ได้ ประเด็นต่างๆ เป็นเรื่องที่ถูกพูดคุยถกเถียงกันได้ การโน้มน้าวใจสมาชิกคนอื่นๆ ให้ทำในสิ่งที่ตนต้องการ แม้ว่าโดยปกติพ่อแม่จะเป็นหัวหน้าครอบครัว มีอำนาจการจัดการต่างๆภายในบ้าน แต่โครงสร้างของอำนาจก็ไม่ได้เป็นไปอย่างตายตัว แต่ละคนมีสิทธิที่จะร่วมเสนอร่วมตัดสินใจและดำเนินการได้ ครอบครัวแบบนี้มีการสื่อสารกับบุคคลภายนอกมาก พร้อมกันนั้นก็ได้รับอิทธิพลจากภายนอกอยู่เสมอ ไม่มีการสกัดกั้นข้อมูลจากข่าวสารจากสื่อต่างๆ ที่หลั่งไหลสู่ครอบครัวเหมือนครอบครัวแบบปิด

ข้อดีของครอบครัวแบบเปิด

สมาชิกของแต่ละคนมีสิทธิที่จะปรับความต้องการของตนเองให้ตรงกับครอบครัวเพราะใช้วิธีการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจและยืดหยุ่นเสียงข้างมากเป็นสำคัญ แต่ละคนสามารถมีอิทธิพลต่อครอบครัวได้ ครอบครัวแบบเปิดให้โอกาสแต่ละคนในการเจริญเติบโตทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม และสติปัญญา

ข้อเสียของครอบครัวแบบเปิด

สมาชิกในครอบครัวมักมีจุดยืนที่จะเอาชนะกัน การหวังที่จะให้ทุกคนเห็นพ้องต้องกันเป็นเอกฉันท์นั้นยาก

3. การสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย หมายถึง แบบวิธีการสื่อสารในครอบครัวที่สมาชิกแต่ละคนสามารถทำอะไรก็ได้ตามที่ต้องการ กฎระเบียบต่างมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวแบบนี้เป็นไปตามสบายในแบบฉบับของแต่ละคน เรื่องที่แต่ละคนสนใจมักเป็นเรื่องปัจจุบัน ไม่มีเป้าหมายระยะยาวสำหรับอนาคต การใช้ทรัพยากรหรือดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวแบบนี้ มักเป็นไปตามปัญหาเฉพาะหน้า ครอบครัวแบบนี้ติดต่อสื่อสารกับบุคคลภายนอกสูง และรับอิทธิพลจากภายนอกมากตามอัธยาศัยของสมาชิกแต่ละคน ความเป็นอยู่ตามความพอใจของสมาชิกแต่ละคน เช่น ในขณะที่คนอื่นๆนอนหลับ อาจจะมียางคนทำงานหรือรับประทานอาหาร เวลารับประทานอาหารแต่ละมื้อไม่คงที่ ขึ้นอยู่กับการจัดการในชีวิตประจำวันของสมาชิกแต่ละคนในสภาพที่ทำอะไรตามสบาย หากเมื่อใดที่ดำเนินไปอย่างราบรื่น ดังนั้นเรามองเห็นว่าครอบครัวแบบนี้ให้โอกาสแก่บุคคลที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีเสรีภาพ

สร้างสรรค์ แต่หากว่าเมื่อใดดำเนินการไปอย่างขรุขระเราจะมองเห็นได้ว่าครอบครัวแบบนี้เป็น
หนทางไปสู่ความแตกร้างได้ง่าย เด็กๆ อาจจะถูกละเลยพลละเลยไม่ได้รับการเอาใจใส่อย่างเพียงพอ

3.5 การสื่อสารที่วัยรุ่นต้องการ

วัยรุ่นแม้จะเป็นเด็กที่เริ่มเปลี่ยนวัย แต่ต้องการความรัก ความอบอุ่น ความสนใจ
จากพ่อแม่ เช่นเดียวกับเด็กวัยอื่นๆ เพียงแต่รูปแบบของความรักความสนใจอาจจะแตกต่างกันไปบ้าง
เช่น

3.5.1 ต้องการความชื่นชมในสิ่งที่เขาได้รับผิดชอบได้ หรือสิ่งที่เขาตั้งใจทำแม้จะไม่
เก่งไม่ฉลาดกว่าคนอื่น แต่เป็นความสามารถและความเป็นตัวของตัวเอง

3.5.2 ต้องการให้คำปลอบใจ ให้กำลังใจเมื่อคราวผิดพลาด หรือท้อแท้

3.5.3 ต้องการความรักที่ให้อิสระ ให้โอกาสเป็นส่วนตัวในขอบเขตที่เป็นธรรม

3.5.4 ไม่ต้องการสื่อสารทางลบ เช่นการดูค่า ประชดประชัน เปรียบเทียบเพื่อให้ด้อย

3.5.5 ต้องการคำพูดที่อ่อนโยน ไพเราะ ในการตักเตือน หรือชี้แนะในการปรับตัว

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสาร
และภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยตรงพบว่ามึ้น้อยมาก ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ ได้ศึกษาเอกสาร
และรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตวัยรุ่นและรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวได้
ดังนี้

สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์และคณะ (2544) รายงานการศึกษาความชุกและลักษณะ
อาการซึมเศร้ารวมทั้งปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นซึ่งกำลังศึกษามัธยมศึกษาปีที่
1-3 ในพื้นที่เขตเมือง พบว่าวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 40.8
และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงร้อยละ 13.3 นอกจากนี้จากการศึกษาเด็กและวัยรุ่นที่มาโรงพยาบาล
ด้วยอาการเจ็บป่วยทางกาย พบว่ามีความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 38 ลักษณะของพฤติกรรม
ฆ่าตัวตายแบ่งเป็นความคิดจะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 91.4 การชู่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 2.9 และการพยายาม
จะฆ่าตัวตายร้อยละ 5.7 และเมื่อศึกษาภาวะอุปาทานระบาศในเด็กและวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช
พบว่าเด็กร้อยละ 8.6 มีอุปาทานระบาศ และร้อยละ 44 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางจิตเวช

วารุณี จิวหลง (2542) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของ
วัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความชุกของ
ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 42.5

ส่วนความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษา ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในเพศหญิง รูปแบบของการอบรมเลี้ยงดู ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับวัยรุ่น ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมครู ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับวัยรุ่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนนักเรียนกับวัยรุ่น การรับสื่อโทรทัศน์และเนื้อหาของสื่อ

สาโรช คำรัตน์ (2522 ,หน้า 102 -103 ; อ้างถึงในอุไร สุมาริธรรม ,2545 ,หน้า 103) ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตของผู้ที่อยู่ในวัยรุ่นพบว่าวัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียน ร้อยละ 35 มีแนวโน้มอารมณ์อ่อนไหวง่าย คิดมาก มีความวิตกกังวลสูง เมื่อมีปัญหาสะท้อนอารมณ์ มีแนวโน้มเป็นโรคประสาททางย และปัญหาภายในบ้านที่ไม่สบายใจมากที่สุด คือปัญหาการเงิน รองลงมาคือ พ่อแม่ไม่เข้าใจกัน

พรพิมล เขียวนาครินทร์ (2539, หน้า 232-240) กล่าวถึงปัญหาทางอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น โดยสรุปว่าอาจเกิดขึ้นในลักษณะต่อไปนี้

1. อารมณ์เครียด วัยรุ่นมีอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย หากมีปัญหาในเรื่องใดๆ มักเกิดความเครียดได้ง่าย โรคเครียดในวัยรุ่นส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพการณ์ในครอบครัว เช่นการทะเลาะกันอย่างรุนแรงของพ่อแม่

2. ความขัดแย้งในใจ เด็กที่มีความขัดแย้งในใจจะมีพฤติกรรมไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น มีความคับข้องใจตลอดเวลา

3. ความกดดัน เด็กวัยรุ่นที่ได้รับการกดดันในเรื่องต่างๆ จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบด้วยวิธีการสร้างเกราะป้องกันตนเองให้มากที่สุด เช่นการแสดงอาการเฉยเมย เหมือนไม่รู้ร้อนรู้หนาว

4. ความทุกข์และวิตกกังวล

5. ปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเรียน

ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2539) ชัยนตร์ธร ปทุมานนท์ (2543) และ จิราภา เวคะวนิชย์ (2542) ได้ศึกษาและวิจัย เกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว และลักษณะทางสังคมที่นำไปสู่ความรุนแรงและการกระทำผิดของวัยรุ่น พบว่า การสื่อสารในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม มีผลกับพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมในวัยรุ่นเป็นอย่างมาก โดยทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการสื่อสาร หรือมีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตัวเองหลายอย่าง ทำให้ไม่รักบ้าน มีผลกับสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ก้าวร้าว การเบี่ยงเบนทางเพศ การคิดสารเสพติด

นันทา อักษรแก้ว (2548) รายงานการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีอาการของโรคประสาท ภาวะซึมเศร้าต่อการฆ่าตัวตาย แต่เมื่อพิจารณาลงในรายละเอียดของแต่ละบุคคล พบว่ามีอาการของโรคประสาท ที่พบคือ รู้สึกกลัวใจ เหนื่อยง่าย และปวดศีรษะบ่อยๆ ภาวะซึมเศร้า อาการ

หลงลืมง่าย รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตัวเอง และคิดอะไรไม่ออก จากการศึกษาดังกล่าวทำให้ทราบว่ามีนักเรียนเป็นจำนวนมากที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

เพลินพิศ จันทรศักดิ์ (2541) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวในส่วนของคุณภาพการสื่อสารของบิดาอยู่ในระดับปานกลาง ของมารดาอยู่ในระดับสูง รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวเป็นแบบเน้นเหตุผล สุขภาพจิตวัยรุ่นพบว่า อาการซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย สถานภาพสมรสของบิดามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการสื่อสารในครอบครัว ทักษะคิดที่มีต่อบุตรยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของวัยรุ่นในด้านความไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกเกลียดชังไม่เป็นมิตร และอาการทางจิต นอกจากนี้ทักษะคิดต่อผู้ปกครองที่มีต่อบุตรยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการสื่อสารในครอบครัวของบิดา มารดา คุณภาพการสื่อสารในครอบครัวของบิดามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในด้านความรู้สึกเกลียดชังเป็นมิตร คุณภาพการสื่อสารในครอบครัวของมารดามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่นในด้านความรู้สึกไม่ชอบการติดต่อกับผู้อื่น ด้านซึมเศร้า และด้านความรู้สึกเกลียดชังไม่เป็นมิตร

อาริยา นุชอนงค์ (2541) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับความก้าวร้าวของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า เพศ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่อยู่ด้วยในปัจจุบัน การศึกษา และอาชีพของบิดา มารดาของวัยรุ่น ไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความก้าวร้าวของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยวัยรุ่นที่มีการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดจะมีความก้าวร้าวต่ำ วัยรุ่นที่มีการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดมีความก้าวร้าวปานกลาง วัยรุ่นที่มีการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยจะมีความก้าวร้าวสูง

ขวัญใจ ผลิเจริญสุข (2539) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การสื่อสารในครอบครัวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด และรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับยาบ้า

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีวิธีการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่วัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปีซึ่งกำลังศึกษาระดับมัธยมต้นสังกัดกรมสามัญในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2549 ภาคเรียนที่ 2 จำนวนโรงเรียน 75 โรงเรียน จำนวนประชากร 42,826 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนจริงของนักเรียนซึ่งกำลังศึกษาระดับมัธยมต้น โรงเรียนสังกัดกรมสามัญเขตพื้นที่การศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งหมด โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1973 อ้างในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540 : 13) คำนวณหาจำนวนของกลุ่มตัวอย่างโดยสูตร

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

เมื่อ

n	=	ขนาดตัวอย่าง
N	=	จำนวนประชากรทั้งหมด (42,826 คน)
e	=	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ในที่นี้ e = 5%)

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร} &= 41,826 \text{ คน} \\ &= \frac{41,826}{1 + 42826 (.05)^2} \\ &= 396 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากสูตรผู้วิจัยได้แทนค่าซึ่งได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 396 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธี Multi stage sampling ในการสุ่มตัวอย่างได้แบ่งขั้นตอนออกเป็นขั้นตอนดังนี้

- 1.1 จำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน 42,826 คนแบ่งประชากรออกเป็นชั้นภูมิตามเขต
- 1.2 จำนวนสัดส่วนตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

$$n_1 = \frac{n N_1}{N}$$

เมื่อ n_1 = จำนวนตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ
 N = จำนวนประชากร
 n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
 N_1 = จำนวนประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิดังนี้

เขตพื้นที่การศึกษานครศรีธรรมราช	ประชากร (คน)	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
เขตที่ 1	9,925	91	23.18
เขตที่ 2	12,523	115	29.24
เขตที่ 3	11,864	112	27.70
เขตที่ 4	8,514	78	19.88
รวม	42,826	396	100

1.3 เลือกโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยผู้วิจัยหยิบฉลากโรงเรียนในจังหวัดนครศรีธรรมราชเขตพื้นที่การศึกษาละ 1 โรงเรียน จากเขตพื้นที่การศึกษาทั้งหมด 4 เขต จำนวนโรงเรียนทั้งหมด 75 โรงเรียน และหยิบฉลากได้โรงเรียนในแต่ละเขตพื้นที่การศึกษา ได้โรงเรียนดังนี้

- เขตพื้นที่การศึกษานครศรีธรรมราชเขตที่ 1 โรงเรียนท่านครุณานวโรภาสอุทิศ
 เขตพื้นที่การศึกษานครศรีธรรมราชเขตที่ 2 โรงเรียนก้างปลาวิทยาคม
 เขตพื้นที่การศึกษานครศรีธรรมราชเขตที่ 3 โรงเรียนหัวไทรบำรุงราษฎร์
 เขตพื้นที่การศึกษานครศรีธรรมราชเขตที่ 4 โรงเรียนท่าศาลาประสิทธิ์ศึกษา

1.4 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เนื่องจากโรงเรียนแต่ละชั้นมีจำนวนห้องเรียนหลายห้องเรียน ผู้วิจัยหยิบฉลากห้องเรียนของกลุ่มตัวอย่างทุกชั้น ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 แต่ละชั้นเรียนเพียง 1 ห้อง

1.5 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นด้วยการหยิบฉลากเลขที่ประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับจำนวนที่กำหนดในแต่ละระดับชั้นเพื่อเป็นกระจายตัวในแต่ละช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยกระจายกลุ่มตัวอย่างให้มีโอกาสเท่ากันทั้ง 3 ห้อง ดังนี้

โรงเรียน	จำนวนนักเรียน	ม.1	ม.2	ม.3
โรงเรียนท่านครุณานวโรภาสอุทิศ	91	31 (34%)	30(33%)	30(33%)
โรงเรียนก้างปลาวิทยาคม	115	38(33.1%)	39(42.9%)	38(33.1%)
โรงเรียนหัวไทรบำรุงราษฎร์	112	37(33.03%)	38(32.8%)	37(32.8%)
โรงเรียนท่าศาลาประสิทธิ์ศึกษา	78	26(32.8%)	27(32.8%)	25(32.8%)
รวม	396(100%)	132 (33.4%)	134(32.8%)	130 (32.7%)

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

เป็นคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ชั้นการศึกษา อาชีพของบิดา มารดา จำนวนคำถาม 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว เป็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวตามแนวคิดของ Kantor และ Lehr โดยใช้แบบทดสอบซึ่งดัดแปลงและพัฒนาจากแบบสอบถามงานวิจัยรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ของอักษณิภรณ์ นิลอรุณ (2542) ศักดา ขำคม (2540) และ ขวัญใจ ผลิเจริญสุข (2539) ซึ่งศึกษารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวตามแนวคิดของ Kantor และ Lehr มีข้อคำถาม 21 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่มีรายละเอียดของการสื่อสารในครอบครัว 3 แบบ ได้แก่

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิด	ข้อ 1-7
รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด	ข้อ 8-14
รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย	ข้อ 15-21

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น ใช้เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับบุคคล โดยใช้แบบทดสอบสุขภาพจิตของคนไทย ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก General Health Questionair (GHQ) ของ David Golberg ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางมากที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น และได้ Pre-test รวมทั้งหาหาค่าความเชื่อมั่นรายข้อและรายฉบับ รวมทั้งการปรับปรุงให้เป็นแบบสำรวจฉบับสมบูรณ์สามารถคัดกรองสุขภาพจิตได้ดี โดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด

แบบสำรวจ GHQ (General Health Questionair) มีฉบับเต็มคือ GHQ-60 และมีการตัดตอนจากฉบับเต็ม ได้แก่ GHQ-30 , GHQ-28 , และ GHQ-12 (ตัวเลขหมายถึงข้อ) ซึ่งมีความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้ GHQ-28 ในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตวัยรุ่น ซึ่งเป็นแบบทดสอบผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตออกจากผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มีข้อคำถาม 28 ข้อซึ่งครอบคลุมอาการทางสุขภาพจิต 4 กลุ่ม ได้แก่ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้า ความไว ความจำเพาะของการทดสอบที่ระดับความมั่นใจร้อยละ 80 และอัตราความผิดพลาดในการจำแนกผู้ที่เป็นโรคกับผู้ไม่เป็นโรคไม่เกินร้อยละ 20

- กลุ่มที่ 1 ข้อ 1-7 เป็นอาการทางกาย
- กลุ่มที่ 2 ข้อ 8 - 14 เป็นอาการวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ
- กลุ่มที่ 3 ข้อ 15-21 เป็นความบกพร่องทางสังคม
- กลุ่มที่ 4 ข้อ 22-28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง

3. ความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

3.1 หาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 เรื่องรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว จากการค้นคว้าจากตำราและผู้วิจัยอื่นๆ นำมาดัดแปลงและแก้ไขเพิ่มเติม และขอคำแนะนำจากคณะกรรมการที่ปรึกษา จากนั้น ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และเพื่อให้คำถามเข้าใจง่ายและครอบคลุมเนื้อหายิ่งขึ้น

3.2 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขไปทำการทดสอบก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง (Pre-test) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, 3 ในโรงเรียนที่ไม่ได้รับการคุ้มครองตัวอย่างจริง จำนวนร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็น 40 คน โดยแบ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นละ 13 คน ในการทดสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach คือ Coefficient Alpha ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ได้ผลจากการคำนวณความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม .7768

สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 3 เรื่องสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแบบทดสอบสุขภาพจิตของคนไทย ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก General Health Questionair (GHQ) ของ David Golberg ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้ GHQ-28 ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ Pre-test หาค่าความเชื่อมั่นรายข้อ รายฉบับ รวมทั้งได้ปรับปรุงให้เป็นแบบสำรวจฉบับสมบูรณ์และเผยแพร่ให้หน่วยงานต่าง ๆ และผู้สนใจนำไปใช้สามารถคัดกรองสุขภาพ โดยมีความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.84-0.94

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

4.1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมด้วยหนังสือจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช เพื่อขอความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดนครศรีธรรมราช และสถานศึกษากลุ่มตัวอย่าง

4.2. ผู้วิจัยจะเข้าไปในโรงเรียนที่ได้สุ่มเลือกและเก็บข้อมูลในชั้นเรียน โดยมีหนังสือขอความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ไปยื่นให้กับผู้อำนวยการแต่ละโรงเรียนและประสานงานกับอาจารย์ที่ผู้อำนวยการมอบหมายให้ดำเนินการเพื่อแจ้งระดับชั้น และจำนวนที่ผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูล และนัดหมายเวลาที่ทางโรงเรียนสามารถให้เข้าไปเก็บข้อมูลได้

4.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเข้าไปเก็บข้อมูลด้วยการให้แบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองตามวัน เวลาที่ทางโรงเรียนตอบรับมา และชี้แจง แนะนำการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละห้องอย่างใกล้ชิด

4.4. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ มาตรฐานตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมดแล้วจะตรวจสอบถูกต้อง ครบถ้วนของทุกคำตอบ คัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ครบถ้วนและถูกต้องนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไปโดยอาศัยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/WIN ช่วย ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไป

วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Description Statistics) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ แสดงค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย

5.2 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Description Statistics) ได้แก่การแจกแจง ความถี่ แสดงค่าร้อยละ ของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของแต่ละด้าน โดยการให้คะแนนการตอบ แบบ Likert scale ซึ่งมีเกณฑ์ให้คะแนนเป็นช่วง ๆ เท่า ๆ กัน โดยกำหนดในคำตอบแต่ละข้อดังนี้

คำตอบ	คะแนนที่ให้
ทุกครั้ง	5
เป็นประจำ	4
บ่อยครั้ง	3
นานๆครั้ง	2
ไม่เคยเลย	1

ในการพิจารณารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวจะพิจารณาคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือ แบบปิด แบบเปิด และแบบปล่อย แล้วเปรียบเทียบคะแนนรวมของรูปแบบการสื่อสารทั้ง 3 ด้าน ถ้าวัยรุ่นคนใดมีคะแนนรวมด้านใดสูงสุดจะถือว่านักเรียนมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบนั้น กรณีมีคะแนนรวม 3 ด้านไม่แตกต่างกันให้ถือว่าวัยรุ่นมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบผสมผสาน ดังนี้

ได้คะแนนรวมข้อที่ 1-6 มากที่สุด แสดงว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิด

ได้คะแนนรวมข้อที่ 7-12 มากที่สุด แสดงว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด

ได้คะแนนรวมข้อที่ 13-18 มากที่สุด แสดงว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย

ได้คะแนนรวมข้อที่ 1-6 ข้อที่ 7-12 และข้อที่ 13-18 เท่ากัน 2 ด้านขึ้นไปแสดงว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบผสมผสาน

5.3 ภาวะสุขภาพจิตวัยรุ่น

วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Description Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การให้คะแนนแบบสอบถาม ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) หมายถึงคำตอบข้อที่ 1 ข้อที่ 2 ได้คะแนนเท่ากับ 0 และคำตอบข้อที่ 3 ข้อที่ 2 ได้คะแนนเท่ากับ 1 ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ แบบ Likert scale (0-1-2-3) โดยพบว่า correlation 2 วิธีนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94

การแปลผลคะแนน ใช้จุดตัดแยกที่ 5/6 คะแนน สูงกว่า 6 คะแนนถือว่าผิดปกติ (แบบประเมินสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2545, หน้า 47-49)

5.4 สมมุติฐานข้อที่ 1 วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่ระดับการศึกษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตต่างกัน โดยวัยรุ่นที่ระดับการศึกษามากกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่า

ใช้สถิติเชิงอนุมาน ด้วย t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต ระหว่าง กลุ่มของตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ เพศ เนื่องจากเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ กับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีระดับการวัดแบบอัตราส่วน

5.5 สมมุติฐานข้อที่ 2 วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชในชั้นการศึกษาต่างมีสุขภาพจิตต่างกัน โดยวัยรุ่นที่กำลังศึกษาชั้นสูงกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นที่กำลังศึกษาชั้นต่ำกว่า

ใช้สถิติเชิงอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน(One way Analysis of Variance) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลระหว่าง กลุ่มของตัวแปรอิสระที่ศึกษามากกว่า 2 ตัว เนื่องจากเป็นข้อมูลคุณภาพ กับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีระดับการวัดแบบอัตราส่วน

5.6 สมมุติฐานข้อที่ 3 วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชในชั้นการศึกษาต่างมีสุขภาพจิตต่างกัน โดยวัยรุ่นที่กำลังศึกษาชั้นสูงกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นที่กำลังศึกษาชั้นต่ำกว่า

ใช้สถิติเชิงอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลระหว่างกลุ่มของตัวแปรอิสระที่ศึกษามากกว่า 2 ตัว เนื่องจากเป็นข้อมูลคุณภาพ กับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีระดับการวัดแบบอัตราส่วน

5.7 สมมุติฐานข้อที่ 4 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของเด็กวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวัยรุ่นที่ครอบครัวที่มีการสื่อสารครอบครัวแบบปิด และการสื่อสารครอบครัวแบบปล่อยจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผิดปกติในทิศทางเดียวกัน

ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson 's Product Moment Correlation coefficient) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีระดับการวัดแบบอัตราส่วน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของประชากร

ส่วนที่ 2 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตของวัยรุ่น

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มประชากร

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารกับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากร

ตารางที่ 4.1 ลักษณะประชากร จำแนกตามเพศและระดับการศึกษา

ลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	195	49.2
หญิง	201	50.8
รวม	396	100
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	132	33.3
มัธยมศึกษาปีที่ 2	134	33.8
มัธยมศึกษาปีที่ 3	130	32.8
รวม	396	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชายร้อยละ 49.2 เพศหญิงร้อยละ 50.8 และมีระดับการศึกษาชั้น ม.1 ร้อยละ 33.3 ชั้น ม.2 ร้อยละ 33.8 และชั้น ม.3 ร้อยละ 32.8

ตารางที่ 4.2 ลักษณะประชากร จำแนกตามอาชีพของบิดาและอาชีพของมารดา

ลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของบิดา		
ค้าขาย	66	16.7
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	45	11.4
รับจ้างทั่วไป	153	38.6
พนักงานบริษัทเอกชน	3	.8
พ่อบ้าน	16	4.04
เกษตรกร	96	24.24
อื่นๆ ได้แก่ ลูกจ้างชั่วคราวของรัฐ	7	1.77
รวม	396	100
อาชีพของมารดา		
ค้าขาย	81	20.5
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	12	3.0
รับจ้างทั่วไป	114	28.8
พนักงานบริษัทเอกชน	10	2.52
แม่บ้าน	89	22.5
เกษตรกร	84	21.2
อื่นๆ ได้แก่ เสริมสวย ลูกจ้างชั่วคราวของรัฐ	6	1.5
รวม	396	100

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา บิดามีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาเป็นเกษตรกรร้อยละ 24.4 และน้อยที่สุดคืออาชีพพนักงานเอกชนร้อยละ .8 ส่วนอาชีพของมารดามีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาเป็นแม่บ้านร้อยละ 22.5 และน้อยที่สุดคืออาชีพอื่นๆ ได้แก่ เสริมสวย ลูกจ้างชั่วคราวของรัฐ ร้อยละ 1.5

ส่วนที่ 2 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แบบปิด	153	38.64
แบบเปิด	182	45.96
แบบปล่อย	50	12.62
แบบผสมผสาน	11	2.78
รวม	396	100

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมามีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิด รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย และรูปแบบการสื่อสารแบบผสมผสาน คิดเป็นร้อยละ 38.6 ,12.62 และ 2.78 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิด

ลักษณะการสื่อสาร	ความถี่					ค่าเฉลี่ย
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย	
1. ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง เมื่อต้องการออกไปเที่ยวที่บ้าน	191 (48.2%)	128 (32.3%)	23 (5.8%)	51 (12.9%)	3 (.8%)	4.14
2. สมาชิกในครอบครัวต้องทำกิจกรรม ประจำวันให้ตรงเวลาอย่างเคร่งครัด เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร อาหาร	78 (19.7%)	137 (34.6%)	77 (19.4%)	64 (16.2%)	40 (10.1%)	3.38
3. เมื่อสมาชิกในครอบครัวทำความผิด หรือฝ่าฝืนกฎของครอบครัวจะได้รับ การลงโทษ หรือถูกตำหนิ	83 (21%)	112 (28.3%)	59 (14.9%)	114 (28.8%)	28 (7.1%)	3.27
4. มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัว ได้แก่ พ่อ หรือแม่ หรือผู้ปกครอง ที่มีอำนาจและสิทธิ์ขาดในการ ตัดสินใจทุกเรื่อง	95 (24.%)	132 (33.3%)	61 (15.4%)	79 (19.9%)	29 (7.3%)	3.47
5. สมาชิกในครอบครัวจะกระทำใด ๆ ต้องคำนึงถึงเกียรติยศวงศ์ตระกูล เป็นเรื่องสำคัญ	99 (25%)	97 (24.5%)	90 (22.7%)	87 (22%)	23 (5.8%)	3.41
6. จะมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง เป็นผู้กำหนด ประเด็นในการพูดคุย และการสนทนาในครอบครัว	33 (8.3%)	72 (18.2%)	70 (17.7%)	121 (30.6%)	100 (25.3%)	2.54
7. การทำกิจกรรมพักผ่อนในยามว่างหรือ งานอดิเรกของท่าน ต้องได้รับ คำแนะนำหรือการควบคุมจาก ผู้ปกครอง	33 (8.3%)	79 (19.9%)	65 (16.4%)	144 (36.4%)	75 (18.9%)	2.62

ค่าเฉลี่ย = 3.2614 S.D. = 1.225

จากตารางที่ 4.4 พบว่ารูปแบบการสื่อสารแบบปิดของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย อยู่ในช่วง 2.54-4.14 สำหรับลักษณะการสื่อสารในครอบครัวที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง เมื่อต้องการออกไปเที่ยวที่บ้าน (ค่าเฉลี่ย 4.14) รองลงมา คือ มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ได้แก่ พ่อ หรือแม่ หรือผู้ปกครอง ที่มีอำนาจและสิทธิ์ขาดในการตัดสินใจทุกเรื่อง (ค่าเฉลี่ย 3.47) และน้อยที่สุดคือจะมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง เป็นผู้กำหนดประเด็นในการพูดคุยและการสนทนา ในครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 2.61)

ตารางที่ 4.5 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด

ลักษณะการสื่อสาร	ทุกครั้ง	ความถี่				ค่าเฉลี่ย
		เกือบ ทุกครั้ง	บ่อย ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย	
1. สมาชิกในครอบครัวมีสิทธิเท่าเทียมกันในบทบาท หน้าที่ตามความเหมาะสม โดยไม่จำเป็นว่าผู้ชายหรือ จะต้องมีอำนาจเสมอไป	65 (17%)	101 (26.4%)	73 (19.1%)	87 (22.8%)	56 (14.7%)	3.08
2. สมาชิกในครอบครัว สามารถแสดงความคิดเห็น หรือ ถกเถียง ในประเด็นต่าง ๆ เช่น เรื่องสังคม การเมือง บ้านเทิง	57 (14.9%)	90 (23.6%)	73 (19.1%)	106 (27.7%)	56 (14.7%)	2.96
3. ทุกคนในครอบครัวสามารถเลือกดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านนิตยสารชม ภาพยนตร์ วิดีโอ ได้อย่างเสรีตาม ความชอบของแต่ละคน	187 (49%)	90 (23.6%)	57 (14.9%)	40 (10.5%)	8 (2.1%)	4.07
4. เมื่อมีปัญหา หรือความขัดแย้ง ทุกคนสามารถ ผลัดกันโต้แย้ง และให้เหตุผล เพื่อปรึกษาหา ทางแก้ไข	69 (18.1%)	116 (30.4%)	76 (19.9%)	87 (22.8%)	34 (8.9%)	3.26
5. สมาชิกในครอบครัวสามารถเลือกคบหาเพื่อน หรือ บุคคลอื่นได้อย่างอิสระ	148 (38.7%)	97 (25.4%)	72 (18.8%)	49 (12.8%)	16 (4.2%)	3.82
6. สมาชิกในครอบครัวจะผลัดกันเลือกกิจกรรม ที่ทำร่วมกันในยามว่างหรือวันหยุด	51 (13.4%)	97 (25.4%)	74 (19.4%)	115 (30.1%)	45 (11.8%)	2.98
7. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนด กฎระเบียบและภาระกิจของครอบครัว	97 (25.4%)	77 (20.2%)	83 (21.7%)	77 (20.2%)	27 (7.1%)	3.42

ค่าเฉลี่ย = 3.37 S.D. = 1.242

จากตารางที่ 4.5 พบว่ารูปแบบการสื่อสารแบบเปิดของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.96-4.07 สำหรับลักษณะการสื่อสารในครอบครัวที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือทุกคนในครอบครัวสามารถเลือกดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านนิตยสาร ชมภาพยนตร์ วิดีโอ ได้อย่างเสรีตามความชอบของแต่ละคน (ค่าเฉลี่ย 4.07) รองลงมา คือสมาชิกในครอบครัวสามารถเลือกคบหาเพื่อนหรือบุคคลอื่นได้อย่างอิสระ (ค่าเฉลี่ย 3.82) และน้อยที่สุดคือสมาชิกในครอบครัว สามารถแสดงความคิดเห็นหรือ ถกเถียงในประเด็นต่าง ๆ เช่น เรื่องสังคม การเมือง บ้านเทิง (ค่าเฉลี่ย 2.96)

ตารางที่ 4.6 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย

ลักษณะการสื่อสาร	ทุกครั้ง	ความถี่			ไม่เคย	ค่าเฉลี่ย
		เกือบ ทุกครั้ง	บ่อย ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง		
1. ไม่กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของสมาชิก ในครอบครัว ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจและความ รับผิดชอบของแต่ละคน	40 (10.5%)	83 (21.7%)	78 (20.4%)	91 (23.8%)	90 (23.6%)	2.72
2. สามารถเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองสนใจได้ อย่างอิสระโดยไม่ต้องคำนึงถึงสมาชิกในครอบครัว คนอื่น	51 (13.4%)	79 (20.7%)	68 (17.8%)	124 (32.5%)	60 (15.7%)	2.84
3. สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ ในปัจจุบัน มากกว่าจะคำนึงถึงเป้าหมายและอนาคต ของครอบครัว	46 (12.0%)	75 (19.6%)	78 (20.4%)	116 (30.4%)	67 (17.5%)	2.78
4. สมาชิกในครอบครัวมีอิสระในการใช้จ่าย และ ไม่จำเป็นต้องปรึกษาสมาชิกในครอบครัว	21 (5.5%)	56 (14.7%)	52 (13.6%)	125 (32.7%)	128 (33.5%)	2.26
5. สมาชิกในครอบครัวสามารถวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับ เรื่องต่างๆของครอบครัวได้ตามความชอบใจ โดยไม่ต้องสนใจผู้อื่น	17 (4.5%)	38 (9.9%)	53 (13.9%)	133 (34.8%)	141 (36.9%)	2.10
6. เมื่อมีปัญหาในครอบครัวและต้องการหาทางแก้ปัญหา สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งสามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาได้ โดยไม่ต้องถามความคิดเห็นผู้อื่น	24 (6.3%)	50 (13.1%)	46 (12.0%)	163 (42.7%)	99 (25.9%)	2.31
7. สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจเรื่องราวและ สถานการณ์ต่าง ๆ ของครอบครัว	25 (6.5%)	30 (7.9%)	32 (8.4%)	60 (15.7%)	235 (61.6%)	1.82

ค่าเฉลี่ย = 2.4042 S.D. = 1.24

จากตารางที่ 4.6 พบว่ารูปแบบการสื่อสารแบบปล่อยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 1.82-2.84 สำหรับลักษณะการสื่อสารในครอบครัวที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองสนใจได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องคำนึงถึงสมาชิกในครอบครัวคนอื่น (ค่าเฉลี่ย 2.84) รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน มากกว่าจะคำนึงถึงเป้าหมายและอนาคตของครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 2.78) และน้อยที่สุดคือสมาชิกในครอบครัวไม่สนใจเรื่องราวและสถานการณ์ต่าง ๆ ของครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 1.82)

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตของวัยรุ่น

ตารางที่ 4.7 สุขภาพจิตวัยรุ่น

สุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (< 5)	307	77.53
ผิดปกติ (> 6)	89	22.47
	396	100

จากตารางที่ 4.7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตปกติ คิดเป็นร้อยละ 77.53 และมีสุขภาพจิตผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 22.47

ตารางที่ 4.8 สุขภาพจิตจำแนกตามเพศ

เพศ	ปกติ		ผิดปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	148	48.2	47	52.8
หญิง	159	51.8	42	47.2
รวม	307	100	89	100

จากตารางที่ 4.8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.8 และเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 47.2

ตารางที่ 4.9 สุขภาพจิตจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ปกติ		ผิดปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาปีที่ 1	111	36.2	21	23.6
มัธยมศึกษาปีที่ 2	97	31.6	37	41.6
มัธยมศึกษาปีที่ 3	99	32.2	31	34.8
	307	100	89	100

จากตารางที่ 4.9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติกำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมากำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 34.8, 23.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.10 สุขภาพจิตจำแนกตามลักษณะอาชีพของบิดาและมารดา

อาชีพ	ปกติ		ผิดปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของบิดา				
ค้าขาย	56	18.2	10	11.2
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	33	10.7	12	13.5
รับจ้างทั่วไป	115	37.5	38	42.7
พนักงานบริษัทเอกชน	1	.3	2	2.2
พ่อบ้าน	2	.7	4	4.5
เกษตรกร	73	23.8	13	14.6
อื่น ๆ ได้แก่ ลูกจ้างชั่วคราวของรัฐ	27	8.8	10	11.2
รวม	307	100	89	100
อาชีพของมารดา				
ค้าขาย	60	19.5	21	23.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	2.6	4	4.5
รับจ้างทั่วไป	92	30	22	24.7
พนักงานบริษัทเอกชน	2	.7	3	3.4
แม่บ้าน	68	22.1	21	23.6
เกษตรกร	58	5.9	13	14.6
อื่น ๆ ได้แก่ เสริมสวย ลูกจ้างชั่วคราวของรัฐ	1	.3	5	5.6
รวม	307	100	89	100

จากตารางที่ 4.10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีบิดาและมารดามีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.7 และ 24.7 ตามลำดับ รองลงมามีบิดาเป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 14.6 และมีมารดาเป็นแม่บ้านและค้าขายคิดเป็นร้อยละ 23.6

ตารางที่ 4.11 สุขภาพจิตผิดจำแนกตามอาการแสดง

สุขภาพจิต	ปกติ		ผิดปกติ	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
อาการทางกาย (ข้อ 1-7)	0.29	.69357	2.60	1.4446
อาการวิตกกังวล (ข้อ 8-14)	0.24	.62563	3.06	1.5385
ความบกพร่องทางสังคม (ข้อ 15 -21)	0.33	.58211	1.78	1.0877
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (ข้อ 16 - 28)	0.25	.63699	2.55	1.3950

จากตารางที่ 4.11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติมีอาการแสดงด้านอาการทางวิตกกังวลสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.06) รองลงมาคือมีอาการทางกาย (ค่าเฉลี่ย 2.6) อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (ค่าเฉลี่ย 2.55) และความบกพร่องทางสังคม (ค่าเฉลี่ย 1.78)

ตารางที่ 4.12 วัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติจำแนกตามอาการแสดงด้านทางกาย

สุขภาพจิต	ความถี่	
	ปกติ	ผิดปกติ
1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี	70 (78.7%)	19 (21.3%)
2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา	60 (67.4%)	29 (32.6%)
3. รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี	58 (65.2%)	31 (34.8%)
4. รู้สึกไม่สบาย	47 (52.8%)	42 (47.2%)
5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	45 (50.6%)	44 (49.4%)
6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	44 (49.4%)	45 (50.6%)
7. มีอาการวูบร้อนหรือหนาว	67.4 (91.7%)	29 (32.6%)

จากตารางที่ 4.12 พบว่าวัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีอาการแสดงทางกายในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด คือมีอาการรู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะคิดเป็นร้อยละ 50.6 รองลงมา คือ เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 49.4 รองลงมา คือ รู้สึกไม่สบาย คิดเป็นร้อยละ 47.2 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตที่มีอาการแสดงทางกายน้อยที่สุด คือ รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 21.3

ตารางที่ 4.13 วัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติจำแนกตามอาการแสดงด้านทางวิตกกังวลและนอนไม่หลับ

สุขภาพจิต	ความถี่	
	ปกติ	ผิดปกติ
1. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	48 (53.9%)	41 (46.1%)
2. ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว	59 (66.3%)	30 (33.7%)
3. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	45 (50.6%)	44 (49.4%)
4. รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี	40 (44.9%)	49 (55.1%)
5. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	58 (65.2%)	31 (34.8%)
6. รู้สึกเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว	48 (53.9%)	41 (46.1%)
7. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา	52 (58.4%)	37 (41.6%)

จากตารางที่ 4.13 พบว่าวัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีอาการแสดงทางวิตกกังวลและนอนไม่หลับในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาที่สุด คือรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมา รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 49.4 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแสดงทางวิตกกังวลและนอนไม่หลับน้อยที่สุดคือ ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว คิดเป็น ร้อยละ 33.7

ตารางที่ 4.14 วัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติจำแนกตามอาการแสดงด้านความบกพร่องทางสังคม

สุขภาพจิต	ความถี่	
	ปกติ	ผิดปกติ
1. หออะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	61 (68.5%)	28 (31.5%)
2. ทำอะไรช้ากว่าปกติ	70 (78.7%)	19 (21.3%)
3. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี	64 (71.9%)	25 (28.1%)
4. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป	74 (83.1 %)	15 (16.9%)
5. รู้สึกว่าทำได้ทำให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ	68 (76.4%)	21 (23.6%)
6. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้	65 (73.0%)	24 (27.0%)
7. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	62 (69.7%)	27 (30.3%)

จากตารางที่ 4.14 พบว่าวัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีอาการแสดงทางความบกพร่องทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาที่สุด คือหาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้ คิดเป็นร้อยละ 31.5 รองลงมา คือสามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้ คิดเป็นร้อยละ 30.3 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแสดงทางความบกพร่องทางสังคม น้อยที่สุดคือพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไปคิดเป็นร้อยละ 16.9

ตารางที่ 4.15 วัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตผิดปกติจำแนกตามอาการแสดงด้านซึมเศร้าอย่างรุนแรง

สุขภาพจิต	ความถี่	
	ปกติ	ผิดปกติ
1. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	60 (67.4%)	29 (32.6%)
2. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวัง โดยสิ้นเชิง	65 (73.0%)	24 (27.0%)
3. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	65 (73.0%)	24 (27.0%)
4. คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง	47 (52.8%)	42 (47.2%)
5. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก	59 (66.3%)	30 (33.7%)
6. พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ	60 (67.4%)	29 (32.6%)
7. พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ	40 (44.9 %)	49 (55.1%)

จากตารางที่ 4.15 พบว่า วัยรุ่นที่สุขภาพจิตผิดปกติ มีอาการแสดงอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด คือ พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมา คือคิดว่ามีเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 47.2 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีมีแสดงอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงน้อยที่สุดคือรู้สึกว่ชีวิตนี้หมดหวัง โดยสิ้นเชิง รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป คิดเป็นร้อยละ 27

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มประชากร

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชเพศชายกับเพศหญิง

เพศ	จำนวน	\bar{X}	S.D	F	p
ชาย	195	3.1590	4.2910	.075	.784
หญิง	201	3.0995	4.766		

จากตารางที่ 4.16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	\bar{X}	S.D	F	p
มัธยมศึกษาปีที่ 1	132	2.4394	3.9078		
มัธยมศึกษาปีที่ 2	134	3.5149	4.3782		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	130	3.4308	4.7706	2.482	.085

จากตารางที่ 4.17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชตามอาชีพของบิดา

อาชีพบิดา	จำนวน	\bar{X}	S.D	F	p
1. ค้าขาย	66	2.1667	2.6694		
2. รับราชการ	45	3.4222	5.2807		
3. รับจ้าง	153	3.5686	4.7886		
4. พนักงานบริษัท	2	4.000	3.4641		
5. พ่อบ้าน	6	6.4936	6.4936		
6. เกษตรกร	86	2.5465	3.7688		
7. อื่นๆ	37	3.3514	4.5718	1.849	.089

จากตารางที่ 4.18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามีอาชีพแตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชตามอาชีพของมารดา

อาชีพมารดา	จำนวน	\bar{X}	S.D	F	p
1. ค้าขาย	81	3.7037	5.0409		
2. รับราชการ	12	3.5833	4.5017		
3. รับจ้าง	114	2.8070	4.3414		
4. พนักงานบริษัท	5	4.4000	4.1593		
5. แม่บ้าน	89	3.3708	4.5287		
6. เกษตรกร	71	2.6479	3.7913		
7. อื่นๆ	24	2.7826	3.3023	.552	.794

จากตารางที่ 4.19 พบว่าวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่มารดามีอาชีพแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับสุขภาพจิตวัยรุ่น

ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว	สุขภาพจิต
รูปแบบการสื่อสารแบบปิด	-.001
รูปแบบการสื่อสารแบบเปิด	.048
รูปแบบการสื่อสารแบบปล่อย	.183 **

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 4.20 พบว่า วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 ส่วนรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดและรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับอาการแสดงของสุขภาพจิต
ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว	อาการ ทางกาย	อาการ วิตกกังวล	ความบกพร่อง ทางสังคม	อาการซึมเศร้า ที่รุนแรง
รูปแบบการสื่อสารแบบปิด	-.015	.043	.112**	.052
รูปแบบการสื่อสารแบบเปิด	.004	.102*	-.055	.076
รูปแบบการสื่อสารแบบปล่อย	.069	.170**	.140*	.205**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 4.21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการความบกพร่องทางสังคมในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 กลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการวิตกกังวลในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าที่รุนแรงในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.22 สรุปผลการศึกษากับสมมุติฐาน

สมมุติฐาน	ผลการศึกษา	สรุป
1. วัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน	วัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	ปฏิเสธสมมุติฐาน
2. วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่กำลังศึกษาชั้น ม.1 , ม.2 และ ม.3 มีสุขภาพจิตต่างกัน	วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่กำลังศึกษาชั้น ม.1 , ม.2 และ ม.3 มีสุขภาพจิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	ปฏิเสธสมมุติฐาน
3. วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่บิดา มารดามีอาชีพต่างกันจะมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน	วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่บิดา มารดามีอาชีพต่างกันมีสุขภาพจิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	ปฏิเสธสมมุติฐาน
4. รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของเด็กวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช	รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช	ยอมรับสมมุติฐาน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชระหว่าง

เพศหญิงกับเพศชาย

4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชระหว่างชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 , 2 และ 3

5. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่บิดามารดามีอาชีพต่างกัน

6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ทั้งนี้ได้มีการตั้งสมมุติฐานในการวิจัยดังนี้

1. วัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน โดยวัยรุ่นเพศหญิงจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าวัยรุ่นเพศชาย

2. วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่กำลังศึกษาชั้น ม.1 , 2 และ 3 มีสุขภาพจิตต่างกัน โดยวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในชั้น ม,3 จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในชั้น ม.1 และ ม.2

3. วัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่บิดา มารดามีอาชีพต่างกันจะมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน

4. รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของเด็กวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวัยรุ่นที่ครอบครัวที่มีการสื่อสารครอบครัวแบบปิดและการสื่อสารครอบครัวแบบปล่อยจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผิดปกติในทิศทางเดียวกัน

ลักษณะการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษากระทรวงศึกษาธิการจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2/2549 โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ คำนวณหาจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 396 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธี Multi stage sampling เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามซึ่งมี 2 ส่วน ได้แก่ รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว เป็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวตามแนวคิดของ Kantor และ Lehr โดยใช้แบบทดสอบซึ่งดัดแปลงและพัฒนาจากแบบสอบถามงานวิจัยรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของอชฌิภรณ์ นิลอรุณ (2542) ศักดา จำคม (2540) และ ขวัญใจ ผลิเจริญสุข (2539) และ ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น ใช้แบบทดสอบสุขภาพจิตของคนไทย ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก General Health Questionair (GHQ) ของ David Golberg สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Description Stastistics) ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ หัวย่อและค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว และสุขภาพจิต สำหรับการทดสอบสมมติฐานใช้ t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (One way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2,3 ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' s Product Moment Correlation cofficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐานใช้โปรแกรม SPSS for Window

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชายและเพศหญิงและระดับการศึกษามีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 19.2 และร้อยละ 50.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีบิดาอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาเป็นเกษตรกรร้อยละ 24.24 ส่วนอาชีพของมารดามีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาเป็นแม่บ้านร้อยละ 22.5

2. ข้อมูลรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมามีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิด รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยและแบบผสมผสานคิดเป็นร้อยละ 38.6 , 12.62 และ 2.78 ตามลำดับ

3. ข้อมูลสุขภาพจิตวัยรุ่น

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตปกติมากกว่าสุขภาพจิตผิดปกติโดยมีสุขภาพจิตปกติคิดเป็นร้อยละ 77.53 กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ เป็นเพศชายมากกว่าเป็นเพศหญิงโดยเป็นเพศชายร้อยละ 52.8 กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.2 มีบิดาและมารดามีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.7 และ 24.7 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุดในด้านมีอาการทางวิตกกังวลโดยมีค่าเฉลี่ย 3.06 รองลงมาคือมีอาการทางกาย อาการซึมเศร้าที่รุนแรง และความบกพร่องทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 2.60 , 2.55 และ 1.78 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการทดสอบสมมุติฐาน

จากการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชระหว่างเพศชายและเพศหญิงและระดับการศึกษาที่แตกต่างกันตามตารางที่ 16 และตารางที่ 17 พบว่ามีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษากการปฏิเสธสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าเพศชายและเพศหญิงจะมีสุขภาพจิตต่างกัน โดยเพศหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศชาย

การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่บิดาและมารดามีอาชีพแตกต่างกันตามตารางที่ 18 และตารางที่ 19 พบว่าวัยรุ่นที่มีบิดาและมารดามีอาชีพแตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษากการปฏิเสธสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่บิดาและมารดามีอาชีพแตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับสุขภาพจิตตามตารางที่ 20 พบว่าวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 ส่วนรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดและรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษายอมรับกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผิดปกติในทิศทางเดียวกัน และปฏิเสธสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผิดปกติในทิศทางเดียวกัน

และเมื่อหาความสัมพันธ์รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแต่ละรูปแบบกับอาการของสุขภาพจิตแต่ละด้านตามตารางที่ 21 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการความบกพร่องทางสังคมในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01 กลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการวิตกกังวลในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า

ที่รุนแรงในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชสามารถอภิปรายผลในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว

จากตารางที่ 3 พบว่าวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.96 รองลงมามีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิด และรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉนิภรณ์นิลกุล (2542) ที่ศึกษาการเปิดรับข่าวสารการสื่อสารในครอบครัวและการตัดสินใจในครอบครัวของกลุ่มสตรีและขวัญใจ ผลิเจริญสุข (2539) ที่ศึกษาการสื่อสารในครอบครัวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานครที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมากที่สุด รองลงมามีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดและมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยตามลำดับ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ดา ขำคม (2540) ที่ศึกษารูปแบบการศึกษาในครอบครัว ตามการรับรู้ของเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายและไม่กระทำผิดกฎหมายในกรุงเทพมหานครที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดมากที่สุดรองลงมาคือรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดและมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยตามลำดับ

2. สุขภาพจิต

จากตารางที่ 7 พบว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตปกติมากกว่าสุขภาพจิตผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 77.53 และร้อยละ 22.47 ซึ่งไม่แตกต่างจากผลการศึกษาของไฉยวรรณ ลิ่มเสรีตระกูล (2548) ที่ศึกษาสุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพจิตโดยวิธีทางภูมิปัญญาของวัยรุ่นไทยในระดับมัธยมศึกษาจังหวัดสงขลาที่พบว่าวัยรุ่นมีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 46.97 และดีกว่าคนทั่วไปร้อยละ 30.05 และผลการศึกษาของปนัดดา ดอกอินทร์ (2544) ที่ศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมกรเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนสงเคราะห์เชียงใหม่ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติคิดเป็นร้อยละ 93.20 แต่ขณะเดียวกันพบว่าแตกต่างกับผลการศึกษาของวารุณี จิวหลง (2542) ที่ศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นพบว่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 42.5

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติพบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยทิพย์ ทองอยู่ (2545) ที่ศึกษาเรื่องศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสันป่าตองวิทยาคมจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมา กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 34.8, 23.6 ตามลำดับ ซึ่งอาจเนื่องจากวัยรุ่นที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และปีที่ 1 ผู้ปกครองและ อาจารย์ให้การดูแลที่ใกล้ชิด และให้ความสนใจกว่าวัยรุ่นที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทำให้วัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปัญหาเรื่องสุขภาพจิตสูงสุด นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติมีเวลาให้กับบุตรหลานน้อยรวมทั้งและลักษณะอาชีพใช้ทักษะในการสื่อสารระหว่างบุคคลน้อยกว่าอาชีพอื่น

เมื่อจำแนกสุขภาพจิตแต่ละด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติจะมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านมีอาการทางจิตกังวลและนอนไม่หลับ (ค่าเฉลี่ย 3.06) โดยมีอาการในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด คือรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมาคือด้านมีอาการแสดงทางกาย (ค่าเฉลี่ย 2.6) โดยในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด คือมีอาการรู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะคิดเป็นร้อยละ 50.6 ด้านมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (ค่าเฉลี่ย 2.55) โดยระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการมากที่สุด คือ พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะฆ่าตัวตายตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ คิดเป็นร้อยละ 55.1 และด้านความบกพร่องทางสังคม (ค่าเฉลี่ย 1.78) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอาการในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด คือหาอะไรทำ ให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้ คิดเป็นร้อยละ 31.5 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาสภาวะสุขภาพของเยาวชน โดยประภาเพ็ญ ชูสุวรรณ (2535) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.4 ระบุว่าคิดว่าตนเองไม่มีค่าร้อยละ 11.1 ระบุว่า มีความเป็นไปได้ที่อาจจะฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10.4 ระบุว่าชีวิตนี้ไม่มีหวัง โดยผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทา อักษรแก้ว (2548) ที่การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พบว่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีอาการของโรคประสาท ภาวะซึมเศร้าต่อการฆ่าตัวตาย และรายละเอียดของอาการ พบว่ามีอาการของโรคประสาท ที่พบคือ รู้สึกกลัวใจ เหนื่อยง่าย และปวดศีรษะบ่อย ๆ ภาวะซึมเศร้า อาการหลงลืมง่าย รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตัวเอง และคิดอะไรไม่ออก

3. ผลการทดสอบสมมุติฐาน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน และมีบิดา และมารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกับผลการศึกษาของหทัยทิพย์ ทองอยู่ (2545) ที่ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

โรงเรียนสันป่าตองวิทยาคม จังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน และผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี ศิลาเกษ และคณะ (2539) ที่ศึกษาเรื่องลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมในเขตเมือง อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่บิดามารดามีระดับการศึกษาต่างกัน อาชีพต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าวัยรุ่นระหว่างเพศชายกับเพศหญิง วัยรุ่นที่มีบิดา และมารดาที่มีอาชีพต่างกัน และวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1, 2, 3 กำลังอยู่ในระยะวัยรุ่นตอนต้นเหมือนกัน ซึ่งระยะนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ การปรับตัวและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือกับบุคคลอื่นได้แก่ เพื่อนและครูใกล้เคียงกันทำให้ผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 แสดงว่าการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยมากจะทำให้สุขภาพจิตวัยรุ่นจะมีความผิดปกติมาก ส่วนรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดและรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับอาการแสดงของสุขภาพจิตแต่ละด้านพบว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการความบกพร่องทางสังคม รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการวิตกกังวล และรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แสดงอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าที่รุนแรง และความบกพร่องทางสังคม จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่ารูปแบบการสื่อสารแต่ละรูปแบบมีข้อเสียซึ่งสามารถส่งผลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้ โดยรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดที่สมาชิกในครอบครัวมีการวางกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด ทำให้บุตรหลานไม่มีอิสระอย่างเต็มที่ และดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยข้อกำหนดของครอบครัวนั้น ส่งผลให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่แสดงอาการความบกพร่องทางสังคม เช่น การหาอะไรทำ ให้ตัวเองว่างไม่ได้ รวมทั้งการมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน น้อยกว่าปกติ และจากผลการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตด้านแสดงอาการวิตกกังวล สามารถอธิบายได้ว่าการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดซึ่งเน้นการสื่อสารที่ให้สมาชิกของแต่ละคนมีสิทธิที่จะปรับความต้องการของตนเองให้ตรงกับครอบครัว และเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงออกตามความเหมาะสมนั้น แต่ความเป็นจริงการที่สมาชิกในครอบครัวมีความคิดเห็นพ้องต้องกันเป็นเอกฉันท์ทุกเรื่องนั้นยาก การที่ต้องยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างกันอาจจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงได้ และการศึกษาพบว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตโดยรวม

และสุขภาพจิตจำแนกตามอาการแสดงรายด้านหลายด้านมากที่สุด อาจเนื่องจากรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยที่ให้สมาชิกแต่ละคนสามารถทำอะไรก็ได้ตามที่ต้องการโดยไม่จำเป็นต้องถามความคิดเห็นผู้อื่น รวมทั้งกฎระเบียบของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบนี้วัยรุ่นอาจจะถูกปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการเอาใจใส่อย่างเพียงพอ ส่งผลให้วัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม และอาการแสดงของสุขภาพจิตหลายด้าน ได้แก่อาการแสดงด้านอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าที่รุนแรง และความบกพร่องทางสังคม

โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2539) ชัยนตร์ธร ปทุมานนท์ (2543) และ จิราภา เวคะวนิชย์ (2542) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัวและลักษณะทางสังคมที่นำไปสู่ความรุนแรงและการกระทำผิดของวัยรุ่น พบว่าการสื่อสารในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม มีผลกับสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ก้าวร้าว การเบี่ยงเบนทางเพศ การติดสารเสพติด และสอดคล้องผลการศึกษาของอารียา นุชอนงค์ (2541) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับความก้าวร้าวของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความก้าวร้าวของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยวัยรุ่นที่มีการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดจะมีความก้าวร้าวต่ำ วัยรุ่นที่มีการสื่อสารในครอบครัวแบบปิดมีความก้าวร้าวปานกลาง วัยรุ่นที่มีการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยจะมีความก้าวร้าวสูง

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

จากผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติมากกว่าผิดปกติ แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแต่ละด้านนั้น พบว่าเด็กวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่มีอาการแสดงด้านทางกายมากที่สุดคือ มีอาการเจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ ด้านอาการทางวิตกกังวลและนอนไม่หลับคือ รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี ด้านอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงคือมีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเอง เข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ และด้านอาการแสดงความบกพร่องทางสังคมมากที่สุด คือหาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้ ซึ่งอาการแสดงบางด้านที่พบบ่อยนั้นจะเห็นได้ว่ารุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กถ้าไม่รีบให้การช่วยเหลือ เช่นมีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอและอาการแสดงบางด้านจะรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อการเรียนและการมีสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ได้แก่อาการเจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะและรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี ดังนั้นผู้ปกครอง อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสำคัญของสุขภาพจิตวัยรุ่นมากขึ้น การให้ความสำคัญและสังเกตอาการดังกล่าวจะช่วยเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดมากที่สุด และมีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนน้อยที่สุด และพบว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น โดยรวม และอาการแสดงสุขภาพจิตแต่ละด้าน นอกจากนี้จากการศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยและตำราพบว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด มีข้อดีมากกว่าการสื่อสารรูปแบบอื่น ๆ แต่การศึกษาครั้งนี้ก็ยังพบข้อเสียของรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด ที่ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นมีความวิตกกังวลได้ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบแบบปล่อย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผิดปกติหลายด้านมากที่สุดคือ ด้านแสดงอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าที่รุนแรง และความบกพร่องทางสังคม ดังนั้นควรให้ความรู้และเผยแพร่การใช้รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสม โดยนำรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดใช้ร่วมกับรูปแบบการสื่อสารแบบอื่นๆ ตามความเหมาะสมของโอกาสและสถานการณ์จะช่วยให้สุขภาพจิตของวัยรุ่นดีขึ้นจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่นได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

จากการศึกษาดังกล่าวได้สรุปข้อเสนอแนะแก่ผู้เกี่ยวข้องดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต หน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสม ได้แก่ การแข่งขันกีฬาระหว่างครอบครัว การให้คำปรึกษาเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว ในโอกาสต่าง ๆ เช่น สัปดาห์สุขภาพจิต วันครอบครัว เป็นต้น
2. การเฝ้าระวังสุขภาพจิต มีการเฝ้าระวังสุขภาพจิตวัยรุ่นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โดยโรงเรียนประเมินสุขภาพจิตด้วยการใช้แบบสอบถามประเมิน ปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อค้นหาเด็กที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ และอาการแสดงของสุขภาพจิตแต่ละด้าน นอกจากนี้ผู้ปกครองควรหมั่นสังเกตอาการแสดงผิดปกติที่บ้าน พร้อมกับการประสานข้อมูลระหว่างโรงเรียนและที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3. การช่วยเหลือ มีผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นที่โรงเรียน โดยครูซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งมีระบบการประสานงานระหว่างโรงเรียนกับโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวช เพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือหรือรับส่งต่อเมื่อพบเด็กวัยรุ่นที่พบว่ามีอาการแสดงของสุขภาพจิตที่รุนแรงและที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น มีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเอง หรือมีความคิดที่อยากจะทำชีวิตของตนเอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนั้นผลการศึกษานี้ไม่สามารถสรุปลักษณะหรือรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นในพื้นที่อื่น ๆ ได้ แต่สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปอนุมานหรือเทียบเคียงกับกลุ่มข้อมูลทั่วไปที่มีลักษณะพื้นฐานของประชากรที่ใกล้เคียงกันได้

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางครอบครัวในประเด็นต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่น เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ฯลฯ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างกว้างขวาง เพราะสุขภาพจิตที่ผิดปกตินอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของวัยรุ่นเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของบุคคลในครอบครัวด้วย นอกจากนี้การที่ประเทศมีวัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตที่ผิดปกติจำนวนมากจะส่งผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ โดยรวมได้แก่ ด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนและประเทศในอนาคตต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) *แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2544 - 2549)*
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) *แบบประเมินและคัดกรองพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็ก. กรมสุขภาพจิต (2547) รายงานการประชุมวิชาการ สุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย*
- กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข (2547) *กรอบการวิจัยสุขภาพจิต 2548-2552 สำนักพัฒนาสุขภาพจิต นนทบุรี*
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) *สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546*
- กรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข (2543) *สุขภาพจิตวัยรุ่น*
- กุศล สุนทรธาดา และคณะ (2542) *สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
- เกศศิริ บุญญะอดิชาติ (2540) “รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวและการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร” *วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.*
- ขวัญใจ ผลิเจริญสุข (2539) “การสื่อสารในครอบครัวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- จิราภา เวคะวนิชย์ (2542) *การสื่อสารในชีวิตประจำวัน เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ชนานาฏ จิตตารมย์ และคณะ (ปีที่ 20) “รายงานวิจัยผลของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น” *วารสารพยาบาลศาสตร์ 2, (พฤษภาคม-สิงหาคม)*
- ชยันตร์พร ปทุมานนท์ (2543) “ลักษณะทางสังคมที่นำไปสู่ความรุนแรงและการกระทำผิดในวัยรุ่นและเยาวชน” *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*
- ไฉยวรรณ ลิ้มเสรีตระกูล (2548) “สุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพจิตโดยวิธีการหาภูมิปัญญาท้องถิ่นของวัยรุ่นไทยพุทธระดับชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา”
- เทียนฉาย กิระนันท์ (2544) *สังคมศาสตร์วิจัย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

- ชัยญลักษณ์ จันทร์แก้ว (2544) “รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวและการมีส่วนร่วมตัดสินใจซื้อ
ในครอบครัวของเด็กวัยรุ่น” คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นงคราญ อุดมพันธุ์ (2543) “ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาล
วัดศรีสุพรรณ จังหวัดเชียงใหม่” ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ (2535) “หลักการอบรมเลี้ยงดูเด็ก” วารสารกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- นันทา อักษรแก้ว (2548) “การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดปัตตานี” การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร
- นิสารัตน์ ทองอุปการ (2538) “ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวและ
ทัศนคติต่อเรื่องเพศของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์วารสารศาสตร์
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2540) คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์
- ปนัดดา ดอกอินทร์ (2544) “สุขภาพจิตและพฤติกรรมการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้นโรงเรียนสงเคราะห์เชียงใหม่” มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ปณิตดา เผือกพันธ์ และคณะ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษา
สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ”
- ประภาเพ็ญ ชูสุวรรณ, สมบูรณ์ ขอสกุล, อติศรา ชูชาติ และวาสนา จันทร์สว่าง (2535) “การศึกษา
สภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และทักษะการปรับตัวของเยาวชนไทย” รายงานของ
โครงการวิจัยพฤติกรรม พ.ศ.2535 แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ
- พชนี เขยจรยาและคณะ (2534) แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์ กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ทำปกเจริญผล.
- พรพิมล เจียมนาครินทร์ (2539) พัฒนาการวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ดอนอ้อ
- เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์ (2541) “ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวกับสุขภาพจิต
ของเด็กวัยรุ่น” ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2545) เอกสารประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ นนทบุรี โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ นนทบุรี โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ขงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2539) การสื่อสารในครอบครัวในคณะกรรมการด้านครอบครัว
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ การพัฒนาครอบครัว
สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

- ลิขิต กาญจนภรณ์ (2547) *สุขภาพจิต* โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร
- วัชรภรณ์ รังษิกุลพิพัฒน์ (2546) “รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติ
ในเรื่องเพศ การศึกษาเฉพาะกรณีนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร”
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วันเพ็ญ บุญประกอบ (2545) *พัฒนาบุคลิกภาพของเด็กวัยรุ่น* ตำราจิตเวชเด็กและเด็กวัยรุ่น
ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์
- วินัดดา ปิยะศิลป์ (2548) *คู่มือการเลี้ยงลูกตอนวัยรุ่น* กรุงเทพฯ โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (2545) *ตำราจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น*
- วินัดดา ปิยะศิลป์ (2539) *ครอบครัวกับวัยรุ่น* ในคณะกรรมการด้านครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการ
ส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, การพัฒนา
ครอบครัว
- วีระ ไชยศรีสุข (2533) *สุขภาพจิต* กรุงเทพมหานคร
- วารุณี จิวหลง (2542) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษา
สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น”
- ศรีเรื่อน แก้วกั้งวาล (2540) *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงอายุ* (เล่ม 2) พิมพ์ครั้งที่ 7
กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศักดิ์ดา ขำคม (2540) “รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ตามการรับรู้ของเด็กและเยาวชน
ที่กระทำผิดกฎหมายและไม่กระทำผิดกฎหมาย” ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุชา จันทรเอม (2529) *จิตวิทยา* กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- สุชา จันทรเอม (2536) *จิตวิทยา* กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- สุชา จันทรเอม (2540) *จิตวิทยา* กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- สุพัตรา เดชาติวงศ์ (2535) *สุขภาพแม่ดี ครอบครัวมีความสุข* กรมการแพทย์
- สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ และคณะ (2544) *กุมารเวชปฏิบัติก้าวหน้า จากการรักษา
สู่การสร้างเสริมสุขภาพ. คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี*
- สาโรช คำรัตน์ (2522) “สุขภาพจิตของผู้อยู่ในวัยเรียน” ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เจริญผล
- หทัยทิพย์ ทองอยู่ (2545) “ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมตอนต้น โรงเรียนสันป่าตอง
วิทยาคม จังหวัดเชียงใหม่” ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- อัชณีภรณ์ นิลอรุณ (2542) “การเปิดรับข่าวสาร การสื่อสารในครอบครัวและการตัดสินใจ
ในครอบครัวของกลุ่มสามีภรรยา” คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์ (2537) “ปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เสี่ยงของ
วัยรุ่นนครปฐม” สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- อุมาพร ตรังคสมบัติ (2542) *สร้างวินัยให้ลูกคุณ* กรุงเทพมหานคร ชั้นดีการพิมพ์
- อัมพร โอตระภูต (2538) *สุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร นำอักษรการพิมพ์*
- อัมพร โอตระภูต (2540) *ปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร วิทย์พัฒน์*
- อุไร สุมาริธรรม (2545) *จิตวิทยาการแนะนำเด็กวัยรุ่น สถาบันราชภัฏนครศรีธรรมราช*
- อารียา นุชอนงค์ (2541) “ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับความก้าวร้าว
ของวัยรุ่น” *ปริญาตคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาคหกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*
- อัญชลี สีลาเกษ (2542) “ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยม
ในเขตเมืองอุบลราชธานี” *รวมงานวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2535-2541 กองการพยาบาล*
- อัญชลี สีลาเกษ,กัลยา อันชื่น และวัชรภรณ์ ลือโรตงค์ (2539) “ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว
ที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนในเขตเมืองอุบลราชธานี” *โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
อุบลราชธานี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*
- Eswara ,H.S. (1974) *Family communication pattern and attitude change* University of Mysore
(pp 6-7)
- Galvin,Kathleen M. (1991) *Family communication cohesion and change* (p. 3)
- Hurlock E.B (1974) *Development Psychology* Newyork:McGraw-Hill
- Kantor,David,and William Lehr (1977) *Inside the Fammily.Sanfransisco* Bass
- Mcleod,JM.,S.H.Chaffee and D.B.Wackman (1973) *Communication and Political Socializatio*
Beverly Hills Sage Publicaton in Preperation
- Roger,William. (1884) *Communication in action* building competencies (p. 133)
<http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c4t1.html>

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล
วัน เดือน ปี เกิด	15 พฤศจิกายน 2505
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	ปี 2522 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกัลยาณีศรีธรรมราช ปี 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสงขลา ปี 2548 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ