

185.4
๒๒/๕๕
๕.๒

สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

๒๒/๕๕ ๒๕๓๕

ปริญญานิพนธ์
ของ
นิลวรรณ ศิริอังกุล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว

มีนาคม ๒๕๓๕

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

180478

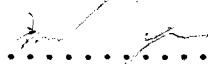
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม



.....ประธาน

(อ. วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา)



.....กรรมการ

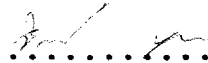
(ผศ. จีราภรณ์ บุญส่ง)

คณะกรรมการสอบ



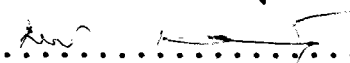
.....ประธาน

(อ. วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา)



.....กรรมการ

(ผศ. จีราภรณ์ บุญส่ง)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผศ. บังอร เสดนนท์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ.ดร. สมพร บัวทอง)

วันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2535

ประกาศขอบคุณ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความกรุณา และคำแนะนำช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา และผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ บุญส่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์บังอร เสดนต์ ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบเพิ่มเติม ให้คำปรึกษาและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และรองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กริทอง ที่ให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจ และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างในความกรุณาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงเรียน อาจารย์แนะแนว อาจารย์พยาบาล และนักเรียนในโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนวทุกคน ที่ให้กำลังใจและมีส่วนช่วยเหลือในการทำปริญญานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ และคุณนภาพร ศิริอังกุล ที่สนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจสำคัญให้ผู้วิจัยนับแต่เริ่ม เข้าศึกษาจนกระทั่งปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้โดยสมบูรณ์

นิลวรรณ ศิริอังกุล

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุน

จาก

มูลนิธิมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	คำนำ.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	12
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและ <u>ตัวแปรที่</u>	
	<u>เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต</u>	13
	ความหมายของสุขภาพจิต.....	13
	ลักษณะของนักเรียนที่มีสุขภาพจิตดี.....	(15)
	ลักษณะของนักเรียนที่มีสุขภาพจิตเสื่อม.....	(16)
	การประเมินสุขภาพจิต.....	19
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต...	21
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่จะศึกษา.....	26
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนวัยรุ่นกับสุขภาพจิต...	26
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพครอบครัว ฐานะทาง	
	เศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของนักเรียน...	29
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนแออัด.....	33
	ความหมายของชุมชนแออัด.....	33

บทที่	หน้า
สาเหตุของการเกิดชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร.....	34
ประเภทของชุมชนแออัด.....	36
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนแออัด.....	37
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	40
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	42
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	47
วิธีจัดการะทากับข้อมูล.....	48
ฉบับ	49
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	50
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	50
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	52
สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด.....	58
สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด จำแนกตามเพศ.....	59
สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด จำแนกตามอายุ.....	62
สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด จำแนกตามสุขภาพกาย.....	64
สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด จำแนกตามสภาพครอบครัว	
อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว.....	67
ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด.....	91
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	102
บทย่อ.....	102

บทที่	หน้า
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า.....	102
วิธีดำเนินการวิจัย.....	102
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	103
สรุปผลการค้นคว้า.....	104
อภิปรายผล.....	108
ข้อเสนอแนะ.....	117
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	118
บรรณานุกรม.....	119
ภาคผนวก.....	129
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	144

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	41
2	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	52
3	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ.....	53
4	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาพกาย.....	54
5	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพครอบครัว.....	55
6	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง.....	56
7	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว...	57
8	สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด.....	58
9	เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนชายและหญิง.....	60
10	เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นและนักเรียนวัยรุ่น ตอนกลาง.....	62
11	เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงและนักเรียน ที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง.....	65
12	วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 1 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพ ครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียน ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	68
13	เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 1 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	69
14	วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 1.1 ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	70

ตาราง	หน้า
15 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 1.1 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	71
16 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	72
17 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	73
18 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 ของนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพ ต่างกันเป็นรายคู่.....	74
19 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 2 ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	75
20 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	76
21 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2 ของนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่.....	77
22 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน.....	78
23 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	79
24 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 ของนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่.....	80

25	วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 2.2 ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	81
26	เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2.2 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	82
27	วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 3 ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	83
28	เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 3 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	84
29	วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	85
30	เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	86
31	วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 3.2 ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	87
32	เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 3.2 ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	88
33	วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตรวมทุกด้าน ของนักเรียนที่อยู่ใน สภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และ นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน.....	89

34	เปรียบเทียบสุขภาพจิตรวมทุกด้าน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่.....	90
35	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1.....	92
36	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1.1.....	93
37	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1.2.....	94
38	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.....	95
39	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.1.....	96
40	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.2.....	97
41	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.....	98
42	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.1.....	99
43	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.2.....	100
44	แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตรวมทุกด้าน.....	101
45	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเป็นรายข้อกับคะแนนรวม ทั้งฉบับ.....	139

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 มาตรฐาน น้ำหนัก และส่วนสูงของนักเรียนชายไทย อายุ 6 - 20 ปี	141
2 มาตรฐาน น้ำหนัก และส่วนสูงของนักเรียนหญิงไทย อายุ 6 - 20 ปี	142

คำนำ

ตลอดระยะเวลาในปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ทั้งภาครัฐบาลและเอกชนมีการเคลื่อนไหวในการพัฒนาประชาชนเป็นอย่างมาก โดยมีเป้าหมายนำไปสู่คำว่า "คุณภาพชีวิต" และมีการคาดหมายกันว่าในปี พ.ศ. 2543 ประชาชนคนไทยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกคน (สุพล ทองคำ. 2534 : 18) การที่จะพิจารณาคำเนนการให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนนั้น มีขั้นตอนของการดำเนินการที่ต้องคำนึงถึง 2 ขั้นตอน คือ ต้องพัฒนาคุณภาพของประชากร โดยให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกายและจิต และมีความรู้ มีคุณธรรม จริยธรรม รวมทั้งระเบียบวินัย เป็นขั้นแรก เพื่อจะได้มีโอกาสใช้ประโยชน์จากพลังที่มีอยู่มากำเนินชีวิตของตนให้มีอาชีพ มีรายได้ พร้อมทั้งรู้จักเก็บออมได้เหมาะสมกับอัตราของตน อยู่ในสังคมที่มีความเป็นธรรม มั่นคงและปลอดภัย และกระทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ เป็นขั้นที่สอง จึงจะเป็นคุณภาพชีวิตที่ดี (ไพโรจน์ นิงสานนท์. 2528 : 21) หรืออาจสรุปได้ว่าคุณภาพพื้นฐานห้าประการของประชากร คือ ความสมบูรณ์ของร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคมและจริยธรรม ซึ่งจะเห็นว่าสี่ในห้าส่วนของคุณภาพประชากร คือ คุณภาพของจิตใจ (สุจิต สุวรรณชีพ. 2528 : 16) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี

สุขภาพจิตจึงมีความสำคัญเพราะเป็นเข็มทิศที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของคนพัฒนาไปได้อย่างมีทิศทาง มีหลักเกณฑ์ ปรับตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้อื่นเป็นสุข และจะผลักดันให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาการทำงานให้มีคุณภาพ ผลส่วนรวมคือความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของชาติ (ณรงค์ศักดิ์

ตะละกัญ และคนอื่น ๆ. 2529 : 13) แต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534) มีนโยบายจะเพิ่มระบบอุตสาหกรรมให้มากขึ้น มีการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อย่างรวดเร็ว (กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2527 : 4) และจากการติดตามความเคลื่อนไหวทางสังคมของไทยโดยฝ่ายวิจัยสังคม กองศึกษา และเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจมีมากมาย หลายปัญหา เช่น ปัญหาเยาวชนในเมือง ได้แก่ปัญหาลักเพศ ปัญหายาเสพติด และการมั่วสุมในสถานเริงรมย์ ปัญหาการฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาเด็กสลัม หรือเด็กในชุมชนแออัดและปัญหาโสเภณี เป็นต้น ในบรรดาปัญหาทางสังคมต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ ปัญหาทางสังคมที่ได้รับความสนใจสูงสุดได้แก่ ปัญหาโรคจิต โรคประสาท (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. 2530 : 15) และจากการแถลงของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องในงานสัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติปี พ.ศ.2533 พบว่าปัญหาสุขภาพจิตได้ทวี ความรุนแรงขึ้นทุกปี จำนวนผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมากขึ้น มีอัตราถึง 32 คน ต่อประชากร 1,000 คน (มติชน. 2533 : 24) โดยประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีสุขภาพจิตร้อยละ 44.4 (อัมพร โอตระกูล และคนอื่น ๆ. 2533 : 1) ทั้งนี้เนื่องมาจากกรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม มีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในทุก ๆ ด้าน ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจึงมีภาวะตึงเครียดในการดำเนินชีวิต

นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตยังมีความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นกับความยากจนและความแออัดของชุมชน (อุดม ลักษณะวิจารณ์. 2526 : 11) เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าจำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งที่มีทะเบียนบ้านอย่างถูกต้อง และกลุ่มผู้ย้ายถิ่นจากทุกทิศทั่วประเทศไทยที่เข้ามาเมืองหลวงเพื่อประกอบอาชีพต่าง ๆ ทำให้กรุงเทพมหานครแออัดไปด้วยผู้คน สภาพบ้านช่องที่อยู่อาศัยมีปัญหาต่อการวางผังเมืองและการจัดบริการสาธารณสุข ก่อให้เกิดแหล่ง

ชุมชนแออัดมากกว่า 1,500 แห่งในปัจจุบัน (บรรจง สืบสมาน. 2534 : 194) สภาพแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังผลการวิจัยของ รัชนี้ ขวัญบุญจีน และคณะ (กรุงเทพมหานคร : 2522) พบว่าประชากรในเขตกรุงเทพมหานครที่อาศัยในย่านอุตสาหกรรม แหล่งเสื่อมโทรม หมู่บ้านจัดสรร เขตชานเมืองและย่านการค้า มีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน และจากการเปรียบเทียบแต่ละกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างจากแหล่งเสื่อมโทรมมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ แทบทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจในอเมริกา ของลาสท์ (ทิพย์ภา บุรี. 2529 : 2 อ้างอิงมาจาก Last. 1980 : 865) พบว่าการอยู่อาศัยในชุมชนแออัดก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิต และบุคคลที่อาศัยในชุมชนแออัดป่วยเป็นโรคทางจิตในอัตราค่อนข้างสูง

เขตห้วยขวางเป็นเขตชั้นในของกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยพื้นที่ 4 แขวง คือ แขวงห้วยขวาง แขวงดินแดง แขวงบางกะปิ และแขวงสามเสนนอก มีเนื้อที่ประมาณ 22.838 ตารางกิโลเมตร มีจำนวนประชากรประมาณ 266,155 คน ปัจจุบันเป็นเขตกำลังพัฒนา มีหมู่บ้านจัดสรรเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก (คู่มือแนะนำการติดต่อราชการ สำนักงานเขตห้วยขวาง. 2532 : 12-14) ในขณะเดียวกันเขตห้วยขวางก็มีชุมชนแออัดเป็นจำนวนมาก คือ มีแฟลต 1-38 ซึ่งเป็นที่พักอาศัยที่มาจากการรื้อล้างแหล่งเสื่อมโทรมในระยะแรกโดยการเคหะแห่งชาติเป็นผู้ดูแล และมีชุมชนแออัดอีก 12 ชุมชน โดยงานส่งเสริมและพัฒนาชุมชน สำนักงานเขตห้วยขวางเป็นผู้ดูแลและดำเนินการเกี่ยวกับการปรับปรุงชุมชนต่าง ๆ ให้ดีขึ้น

การเคหะแห่งชาติได้สำรวจแหล่งเสื่อมโทรม จำนวน 108 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่าแหล่งเสื่อมโทรมส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่อย่างแออัดในพื้นที่แคบ ๆ เล็ก ๆ และสภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมยังขาดลักษณะสุขาภิบาล การสาธารณสุขโรค เช่น ทางเข้าออกคับแคบไม่สะดวกในการสัญจร ไม่มีทางระบายน้ำ ทำให้มีน้ำเน่าเหม็น ที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ เต็มไปด้วยขยะมูลฝอย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้อยู่อาศัยในแหล่งเสื่อมโทรมเป็นผู้อพยพมาจากชนบท มาหางานทำใน

กรุงเทพมหานครหรือย้ายมาจากบริเวณอื่นในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากค่าครองชีพในเมืองหลวงสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย หรือถูกไล่ที่มาจากแหล่งเสื่อมโทรมอื่น ส่วนใหญ่จึงมักเป็นผู้รับจ้างทำงานรายวันหรือชั่วคราว ค้าขาย เล็ก ๆ น้อย ๆ หรืออาชีพบริการต่าง ๆ ซึ่งมักจะดกงานได้ง่าย เพราะขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะแขนง ในแต่ละครอบครัวจึงมีผู้ว่างงานอยู่เสมอ ผู้ที่มีรายได้ในครอบครัวจึงมีภาระในการอุปถัมภ์ผู้อื่นสูง ทั้ง ๆ ที่มีรายได้ในอัตราต่ำ ปัญหาเศรษฐกิจทำให้มีการทะเลาะเบาะแว้งกันอยู่เสมอ ครอบครัวไม่มีความสุข เด็ก ๆ ในชุมชนแออัดส่วนมากจะขาดความอบอุ่นจากพ่อแม่ เพราะมีการทอดทิ้งครอบครัวอยู่เสมอ (ชลทิพย์ ปุณณะบุตร. 2524 : 3-7)

สภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาจากการก่ออาชญากรรมและความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้อยู่อาศัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจของผู้อยู่อาศัยที่เป็นนักเรียนวัยรุ่นในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย เมื่อมีปัญหาและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวได้ ก็จะทำให้เกิดความขัดแย้งในใจและมีสุขภาพจิตเสื่อมได้ จากสถิติของฝ่ายปกครองของโรงเรียนและการสังเกตอาการต่าง ๆ ของนักเรียนในเขตห้วยขวางโดยอาจารย์ประจำชั้น ที่แสดงถึงการมีปัญหาทางสุขภาพจิต ทั้งในด้านปัญหาการเรียนและปัญหาความประพฤติ เช่นการขาดเรียนเป็นระยะเวลานาน ไม่มีสมาธิในการเรียนชอบก่อแกล้งและเรียกร้องความสนใจในห้องเรียน ลักขโมย เล่นการพนัน และมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง เพื่อเป็นแนวทางให้ ผู้บริหาร อาจารย์ประจำชั้น อาจารย์แนะแนว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้นำผลการศึกษารั้งนี้ไปใช้ประกอบการจัดกิจกรรม บริการแนะแนว และบริการอื่น ๆ เพื่อเป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรด้าน เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
3. เพื่อศึกษาตัวแปร เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. นักเรียนชายและนักเรียนหญิง มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
2. นักเรียนวัยรุ่นตอนต้น มีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง
3. นักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีร่างกายไม่แข็งแรง
4. นักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
5. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
6. นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
7. ตัวแปร เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ของนักเรียนในชุมชนแออัดส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ผลของการศึกษานี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร อาจารย์ อาจารย์แนะแนว ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียน ในการให้ความช่วยเหลือนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

2. เป็นแนวทางให้อาจารย์ อาจารย์แนะแนว ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียน จัดกิจกรรม บริการแนะแนว และบริการต่าง ๆ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2534 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วย โรงเรียนกุญแจทองวิทยารามวิทยาควม โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ โรงเรียนประชาบาลราษฎร์อุปถัมภ์และโรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี โดยเป็นนักเรียนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง จำนวน 534 คน เป็นนักเรียนชาย 266 คน และนักเรียนหญิง 268 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชากรทั้งหมด จำนวน 534 คน เป็นนักเรียนชาย 266 คน และนักเรียนหญิง 268 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

3.1.1 เพศ แบ่งเป็น

- 3.1.1.1 เพศชาย
- 3.1.1.2 เพศหญิง
- 3.1.2 อายุของนักเรียน แบ่งเป็น
 - 3.1.2.1 อายุ 11 – 13 ปี
 - 3.1.2.2 อายุ 14 – 16 ปี
- 3.1.3 สุขภาพกายของนักเรียน แบ่งเป็น
 - 3.1.3.1 สุขภาพกายแข็งแรง
 - 3.1.3.2 สุขภาพกายไม่แข็งแรง
- 3.1.4 สภาพครอบครัว แบ่งเป็น
 - 3.1.4.1 ครอบครัวปกติ
 - 3.1.4.2 ครอบครัวแตกแยก
 - 3.1.4.3 ครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต
- 3.1.5 อาชีพของผู้ปกครอง แบ่งเป็น
 - 3.1.5.1 รับราชการ
 - 3.1.5.2 ทำงานรัฐวิสาหกิจ
 - 3.1.5.3 ค้าขาย
 - 3.1.5.4 รับจ้าง
 - 3.1.5.5 อื่น ๆ (โปรดระบุ)
- 3.1.6 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว แบ่งเป็น
 - 3.1.6.1 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ
 - 3.1.6.2 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวปานกลาง
 - 3.1.6.3 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูง
- 3.2 ตัวแปรตาม คือ สุขภาพจิตของนักเรียน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. นักเรียน หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนกุนนทีรุทธวารามวิทยาคม โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ โรงเรียนประชา-ราชบุรีอุปถัมภ์และโรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2534 โดยเป็นนักเรียนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดเท่านั้น

2. ชุมชนแออัด หมายถึง บริเวณที่พักอาศัยที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น สถานที่หรืออาคารส่วนใหญ่มีสภาพต่ำกว่ามาตรฐาน และมีลักษณะเป็นอันตรายแก่สุขภาพอนามัย ความปลอดภัย รวมทั้งมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมมากกว่าบริเวณที่พักอาศัยในย่านอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ชุมชนแออัดในเขตห้วยขวาง ประกอบด้วย

2.1 แพลต 1 - 38 ของการเคหะแห่งชาติ เขตห้วยขวาง

2.2 ชุมชนแออัด รวมทั้งสิ้น 12 ชุมชน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

2.2.1 ชุมชนบึงพระราม 9

2.2.2 ชุมชน ส.พิทยา

2.2.3 ชุมชนริมทางรถไฟโค้งอโศก

2.2.4 ชุมชนโรงปูน

2.2.5 ชุมชนหลังวัดอุทัยทาราม

2.2.6 ชุมชนริมคลองบางชื่อ ลาดพร้าว 34

2.2.7 ชุมชนริมคลองบางชื่อ ลาดพร้าว 42, 44

2.2.8 ชุมชนลาดพร้าว 45

2.2.9 ชุมชนลาดพร้าว 46

2.2.10 ชุมชนบ้านใหม่ (ลาดพร้าว 50)

2.2.11 ชุมชนริมคลองบางชื่อ (โชคชัยร่วมมิตร)

2.2.12 ชุมชนร่วมใจพิบูล 2

3. อายุ หมายถึง อายุของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ตามพัฒนาการตามวัยของนักเรียนวัยรุ่น ดังนี้ (Thornburg. 1982 : 7)

3.1 อายุ 11 - 13 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้น

3.2 อายุ 14 - 16 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นตอนกลาง

4. สุขภาพกายของนักเรียน หมายถึง สภาพร่างกายที่มีความเจริญเติบโต แข็งแรงสมบูรณ์ มีน้ำหนัก ส่วนสูง อยู่ในเกณฑ์ปกติของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2530 : 32-33) และไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น

4.1 สุขภาพกายแข็งแรง

4.2 สุขภาพกายไม่แข็งแรง

5. สภาพครอบครัว หมายถึง สถานภาพสมรสและสัมพันธ์ภาพระหว่าง บิดา มารดา ซึ่งแบ่งออกเป็น

5.1 ครอบครัวปกติ หมายถึง ครอบครัวที่นักเรียนรายงานว่า บิดา มารดา ยังมีชีวิตอยู่ อาศัยอยู่ด้วยกัน และรักใคร่ปรองดองกัน

5.2 ครอบครัวแตกแยก หมายถึง ครอบครัวที่นักเรียนรายงานว่า บิดา มารดา ยังมีชีวิตอยู่ อาศัยอยู่ด้วยกัน แต่ทะเลาะเบาะแว้งกัน หรือแยกกันอยู่ หรือหย่าร้างกัน รวมทั้งครอบครัวที่นักเรียนรายงานว่า บิดา มารดา แยกกันอยู่เพราะหน้าที่การงาน

5.3 ครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต หมายถึง ครอบครัวที่นักเรียนรายงานว่า บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิตไปแล้ว โดยที่นักเรียนอาจอาศัยอยู่กับบิดา หรือมารดา หรือญาติพี่น้อง

6. อาชีพของผู้ปกครอง หมายถึง อาชีพของหัวหน้าครอบครัว และเป็น อาชีพที่ทำรายได้หลักให้ครอบครัว แบ่งออกเป็น

- 6.1 รัชการ
- 6.2 ราชกิจจานุเบกษา
- 6.3 คำขาน
- 6.4 รัชการ
- 6.5 อื่น ๆ (โปรดระบุ)

7. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง รายได้ของบิดามารดา รวมกันในแต่ละเดือน หรือรายได้ของผู้ปกครองที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย แบ่งเป็น

7.1 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ ได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 7,300 บาท

7.2 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวปานกลาง ได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 7,301 บาท ถึง 12,600 บาท

7.3 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูง ได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 12,601 บาท ขึ้นไป

* 8. สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจ ที่เป็นความรู้สึก และการแสดงออก ของนักเรียน ที่แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ในที่นี้ผู้วิจัยแบ่งสุขภาพจิตออกเป็น 3 ด้าน คือ

8.1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการปรับตัวทางสังคม ได้แก่

8.1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน

8.1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม

8.2 การปรับตัวทางอารมณ์ ได้แก่

8.2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้า และไม่ท้อแท้

8.2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล และไม่หวาดกลัว

8.3 ความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่

8.3.1 ให้ความร่วมมือ และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้

8.3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
 - 1.1 ความหมายของสุขภาพจิต
 - 1.2 ลักษณะของนักเรียนที่มีสุขภาพจิตดี
 - 1.3 ลักษณะของนักเรียนที่มีสุขภาพจิตเสื่อม
 - 1.4 การประเมินสุขภาพจิต
 - 1.5 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่จะศึกษา
 - 2.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนวัยรุ่นกับสุขภาพจิต
 - 2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของนักเรียน
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนแออัด
 - 3.1 ความหมายของชุมชนแออัด
 - 3.2 สาเหตุของการเกิดชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร
 - 3.3 ประเภทของชุมชนแออัด
 - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนแออัด

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพจิต (Mental Health) ไว้ว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับปรุงตนให้มีความสุข และเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสามารถดำรงชีวิตของตนเองได้โดยไม่เสียสุขภาพ ทำให้มีความสุขกายสบายใจ รวมทั้งสามารถสนองความต้องการของตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นภายในจิตใจ สุขภาพจิตมิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงการปราศจากโรคทางจิตและโรคประสาทเท่านั้น แต่รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดีอีกด้วย (คณีย ไชยโยธา. 2532 : 12)

✕ ผน แสงสิงแก้ว (2521 : 182) บิดาแห่งวงการจิตแพทย์ไทยให้ความหมายของ สุขภาพจิต ว่าเป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

✧ สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2527 : 69) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง คุณภาพหรือสุขภาพการนึกคิด มีรูปแบบการคิดนึกไปในทางบวก ไม่ยึดมั่นในความคิด ความรู้สึก ค่านิยมเฉพาะของตน ไม่มุ่งโทษผู้อื่นแต่จะแก้ปัญหาโดยตรง มีพฤติกรรมเหมาะสมกับเพศ วัย สิ่งแวดล้อมได้โดยตนเองไม่มีความคับข้องใจมากนัก

✧ สุรางค์ จันทน์เอม (2527 : 2) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือสมรรถภาพในการปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความคิดถูกต้อง แก้ปัญหาในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคนที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีความคิดดี มีร่างกายแข็งแรงควบคู่ไป

ด้วยเสมอ มีอารมณ์มั่นคง และมีความสามารถในการทำงาน ตลอดจนปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530 : 19) สรุปไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้มีร่างกายและจิตใจที่เป็นสุข ปราศจากโรคจิตโรคประสาท สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคมโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ มีความมั่นคงทางใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีบุคลิกภาพที่อ่อนวัย ประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้เป็นอย่างดี และสามารถทำประโยชน์ให้ทั้งแก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนในต่างประเทศนั้น ลอค (เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคนอื่น ๆ. 2518 : 5 ; อ้างอิงมาจาก Locke. n.d.) นักปราชญ์ผู้ยิ่งใหญ่กล่าวว่า จิตใจที่ติงามอยู่ในเรือนกายที่สมบูรณ์ บุคคลที่มีร่างกายอ่อนแอ มีแต่โรคภัยไข้เจ็บคอยเบียดเบียนจะทำให้มีความวิตกกังวลทุกข์ร้อน ไม่มีความสุข และมีสุขภาพจิตไม่ดี

มูลี (Mouly. 1965 : 427) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การกระทำ พฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เป็นการลดความตึงเครียดทางอารมณ์หรือการปรับตัวเพื่อสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เช่น วัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคม

คาแพลน ฟรีแมน และซาดอค (ทิพย์ภา บุรี. 2529 : 8 ; อ้างอิงมาจาก Kaplan, Freeman & Sadock. 1980 : 2855) ให้ความหมายว่าสุขภาพจิต คือ ความรู้สึกเป็นสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากความหมายที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ ที่ปราศจากโรคจิตโรคประสาท มีความสามารถที่จะปรับปรุงตนเองให้มีความสุข มีความคิดถูกต้อง อารมณ์มั่นคง มีร่างกายแข็งแรง มีพฤติกรรมเหมาะสมกับวัย เพศ และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นโดยไม่มี

ความคับข้องใจมากนัก

1.2 ลักษณะของนักเรียนที่มีสุขภาพจิตดี

บุปผา มาลีวงศ์ (2521 : 14-15) กล่าวถึง เยาวชนที่มีสุขภาพจิตดีว่า เป็นผู้สามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง มีความร่าเริงแจ่มใส แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับวัยและสถานการณ์ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามกาลเทศะ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีความรู้สึกว่าจะทำงานได้สำเร็จแม้ว่าจะป็นงานยาก ได้เต็มใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถยอมรับพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้อื่น มีเหตุผลในการกระทำสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งการยอมรับความสามารถและความบกพร่องของตนเอง

ยุพา วิสฺฐิติโกศล (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2530 : 191 ; อ้างอิงมาจาก ยุพา วิสฺฐิติโกศล. 2524) สรุปไว้ว่า ~~สุขภาพจิตที่ดี~~ของนักเรียนประกอบด้วย การมีความพอใจ ตั้งใจในการเรียนสม่ำเสมอ ไปโรงเรียนด้วยใจรัก มีความสุข สนุกสนาน ร่วมมือกับครูในการเรียนการสอนเป็นอย่างดี

วิระ ไชยศรีสุข (2533 : 58) กล่าวถึงนักเรียนที่มีสุขภาพจิตดีว่า คือ นักเรียนที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีอารมณ์สดชื่นแจ่มใส ร่าเริงตามสมควรแก่วัย มีความสามารถในการตัดสินใจ ความสามารถในการแก้ปัญหา กล้าพูด กล้าซักถาม กล้าแสดงออกด้วยความกระตือรือร้น ชอบเข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่เคอะเขิน ชอบเล่นกับเพื่อน อย่างสนุกสนาน ไม่รังแกเพื่อน แสดงออกกับเพื่อนด้วยความมั่นใจ รู้จักให้อภัย ไม่เป็นเด็กที่พูดโกหกหรือพูดโอ้อวด เวลาทำงานก็ทำด้วยความตั้งใจ ผลการเรียนแสดงความก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ ไปโรงเรียนสม่ำเสมอ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า นักเรียนที่มีสุขภาพจิตดี คือ นักเรียนที่สามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง มีสุขภาพกายดี มีอารมณ์ร่าเริงแจ่มใสเหมาะสมกับวัย รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกับ

เพื่อนและครูได้อย่างมีความสุข และมีความตั้งใจในการเรียนอย่างสม่ำเสมอ

1.3 ลักษณะของนักเรียนที่มีสภาพจิตเสื่อม

ของนักเรียนที่มีสุขภาพจิตเสื่อม
 สืบค้น ๑๙ มี.ค. ๒๕๖๑ จาก www.doe.go.th ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2524 : 290-292) กล่าวถึงอาการระยะเริ่มแรก
ที่แสดงถึงการมีปัญหาสภาพจิตของนักเรียน โดยออกเป็น 2 ด้านที่สำคัญ คือ

1. ปัญหาด้านการเรียน หมายถึงปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมทางสุขภาพจิต
ของนักเรียนแล้วไปมีผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง ทั้ง ๆที่มีได้มีความบกพร่อง
ของร่างกายและเขาวนั้ปัญญา อาการต่าง ๆที่แสดงให้เห้นว่านักเรียนเกิดปัญหาทาง
ด้านสุขภาพจิต สรุปได้ดังนี้

1.1 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลงกว่าเดิมและลดลงมากขึ้น ๆ เรื่อยมา

1.2 ขาดเรียน หรือไปโรงเรียนสายบ่อยครั้งหรือเป็นประจำโดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ

1.3 ในขณะที่เรียนหนังสือ ชอบนั่งจลอมมองออกไปนอกห้อง หรือนั่ง
จ้องกระดานดำโดยไม่รับรืบทเรียนที่ครูสอน หรือไม่มีสมาธิในการเรียน

1.4 ขอบแสดงอาการเบื่อหน่ายในการเรียน เช่น บ่นไม่ชอบครูที่สอน ไม่ชอบวิชาที่เรียน ไม่ชอบเพื่อนในห้อง เป็นต้น

1.5 ผิดส่งการบ้าน หรือไม่ทำการบ้านโดยไม่มีเหตุผล หรือทำงานช้า
ส่งงานช้ากว่ากำหนดอยู่เสมอ

2. ปัญหาด้านความประพฤติ หมายถึง ปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมของ
สุขภาพจิตของนักเรียนแล้วไปแสดงอาการทางพฤติกรรม อาการต่าง ๆ ที่แสดงออก
มา สรุปได้ดังนี้

2.1 มีอารมณ์ไม่มั่นคง เช่น อารมณ์ฉุนเฉียวบ่อยครั้ง หรือหน้าตาหงอยเหงาเศร้าซึมอยู่เป็นนิจ สีหน้ามีความทุกข์อยู่เสมอ ไม่สดชื่นแจ่มใส ไม่เหมาะสมกับระดับอายุเดียวกันซึ่งเป็นวัยที่สดชื่น ร่าเริง

2.2 ชอบก่อความสงบ แสดงอาการเรียกร้องความสนใจตลอดเวลา ชอบพาลหาเรื่องทะเลาะกับคนอื่น มีความอิจฉาริษยา เกือบชิงคนอื่น เห็นคนอื่นเป็นศัตรูไปหมด

2.3 ชอบพูดปด หรือคุยโอ้อวดอย่างคุยโม้

2.4 ชอบลักขโมย ทั้ง ๆ ที่ฐานะไม่ขัดสน

2.5 เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพราะไม่ยอมเข้ากับเพื่อน หรือเพราะเพื่อนไม่ชอบที่ไปรังแกเขาเสมอ ๆ

2.6 หนีโรงเรียน ขาดความรับผิดชอบในการเรียนและการทำงาน

2.7 แสดงความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

2.8 แสดงอารมณ์โกรธมากเกินควรต่อคำตำหนิหรือคำวิพากษ์วิจารณ์ของบุคคลอื่น โดยไม่พิจารณาถึงเหตุผล เป็นการไม่ยอมรับตนเอง

2.9 พยายามแข่งดีแข่งเด่น เอาชนะคนอื่นมากเกินไป แม้ว่าบางอย่างเกินความสามารถและเกินวิสัยที่จะทำได้ เช่น ต้องการเรียนให้ได้ที่ 1 เท่ากับคนที่มีความรู้ปัญญามากกว่าตน

2.10 ชอบคบหาสมาคมกับบุคคลที่ด้อยกว่าหรืออายุน้อยกว่า เพื่อจะได้เป็นผู้นำ สร้างปมเด่นลบปมด้อยและทำให้เป็นที่ยอมรับแก่บุคคลอื่นได้

คันนและเนเกล (ชิรวัดน์ นิจนตร. 2526 : 20-21 ; อ้างอิงมาจาก Dunn and Nagel. 1973) ได้แยกเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมเพราะจิตใจไม่ปกติ ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. เด็กที่เรียกร้องความสนใจ ทำให้เสี่ยงอีกที่กรีกโครม หยาบคาย ก้าวร้าว ทั้งทางวาจาและทางกาย และเด็กที่อยู่ไม่สุข (Hyperactive)

2. เด็กที่มีความวิตกกังวล และแยกตัวออกไปจากสังคม (Anxious Withdrawn) มีอารมณ์อ่อนไหว เช่น รู้สึกเป็นปมด้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง กลัวและวิตกกังวล

3. เด็กที่มีความสามารถน้อยและขาดวุฒิภาวะ (Inadequate - immature) ไม่ค่อยสนใจอะไร เกียจคร้าน ผันกลางวัน เจ็บข้อมือ พูดคนเดียว หรือพูดกับวัตถุสิ่งของ ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ

4. เด็กเกเร ทำผิดระเบียบของสังคม ชอบร่วมกันเป็นแก๊ง หนีโรงเรียน หรือเลิ้งงาน เป็นต้น

วิระ ไชยศรีสุข (2533 : 58-59) กล่าวถึงลักษณะของนักเรียนที่มี ปัญหาทางสุขภาพจิตไว้ดังนี้ *สมศักดิ์ มน. 106/2533*

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลงกว่าเดิม ทั้ง ๆที่เคยเป็นเด็กมีความ ตั้งใจเรียนมาก่อน
2. ขาดโรงเรียนบ่อย หรือมาสายเป็นประจำ โดยมีข้ออ้างที่ไม่สมเหตุ สมผล
3. แสดงอาการเบื่อหน่ายการเรียน เช่น ไม่แสดงความสนใจในขณะ ที่ครูกำลังสอน หรือนิ่งเหม่อลอย
4. ไม่ทำงานตามที่ครูสั่ง หรือทำเสร็จช้า ไม่เรียบร้อย
5. มีอารมณ์ไม่มั่นคง เช่น บางครั้งขี้แย บางครั้งแสดงอาการโกรธออก มาอย่างไม่มีเหตุผล
6. ชอบก่อความสงบเรียบร้อยในห้องเรียน โดยการทำกิริยาอาการ แปลก ๆ เพื่อเรียกร้องความสนใจ
7. ปรับตัวเข้ากับเพื่อนไม่ได้ มักก่อเรื่อง หรือไม่ยอมเข้าหาเพื่อน
8. แสดงความรู้สึกมีปมด้อย และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง
9. ชอบแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น คุดนิ้ว กัดเล็บ หรือพูดติดอ่าง
10. ชอบพูดปด หรือชอบคุยไม่โอ้อวด

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า นักเรียนที่มีสุขภาพจิตเสื่อม คือ นักเรียนที่มีปัญหาในด้านการเรียน และด้านความประพฤติ มีอารมณ์ไม่มั่นคง ปรับตัว เข้ากับเพื่อนไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง กลัวและมีความวิตกกังวล

1.4 การประเมินสุขภาพจิต

การประเมินสุขภาพจิตมีหลายวิธี ได้แก่

1. การศึกษาภาวะสุขภาพจิต โดยการใช้เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิต
(Indicators related to mental health)

2. การศึกษาภาวะสุขภาพจิต จากอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิต
(Indicators related to mental illness)

3. การศึกษาภาวะสุขภาพจิต โดยการศึกษาการปรับตัวของบุคคลทาง
ด้านสังคม (Indicators related to social disorganization)

การศึกษภาวะสุขภาพจิตโดยเครื่องมือทั้ง 3 ประเภท สุขภาพจิตจะมีผล
การประเมินเป็นคะแนน แล้วนำคะแนนนั้นมาแปลผลเป็นระดับสุขภาพจิตดีมาก และ
ด้อยอีกครั้งหนึ่ง จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต พบว่ามีการวิจัยที่
ใช้เครื่องมือตรวจวัดอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิตมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีการ
ศึกษาสุขภาพจิต โดยใช้ วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม หรือใช้แบบทดสอบ
บุคลิกภาพ และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเป็นผู้ตัดสินภาวะสุขภาพจิตของประชากร
ที่ศึกษา (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว และคนอื่น ๆ. 2530 : 29-30)

แจคสัน (Jackson. 1989 : 1-11) ได้สร้างแบบสำรวจบุคลิกภาพ
(Basic Personality Inventory หรือ BPI) เพื่อวัดบุคลิกภาพและอาการ
ทางจิตของบุคคลปกติที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการช่วยเหลือ
การวินิจฉัยของจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา โดยจำแนกบุคลิกภาพและอาการทางจิตที่
ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น 6 ด้าน คือ

ก. การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม และการควบคุมตนเอง ได้แก่

1. ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
2. การทำตัวให้ผิดแผกแตกต่างจากบุคคลปกติ
3. ความไม่รับผิดชอบต่อพฤติกรรม หรือการกระทำของตนเอง

ข. การปรับตัวทางอารมณ์ ได้แก่

1. ความซึมเศร้า
2. ความวิตกกังวล
3. การครุ่นคิดและรู้สึกผิดปกติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง

ค. ความคิดไม่เหมาะสม ได้แก่

1. ความไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น
2. ความคิดสับสน

ง. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการปรับตัวทางสังคม ได้แก่

1. การดูถูกตนเอง
2. การเก็บตัว

จ. พฤติกรรมเบี่ยงเบน ได้แก่

พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบุคคลปกติ

ฉ. รูปแบบการใช้ชีวิต ได้แก่

การไม่ยอมรับความจริง

เกณฑ์การประเมิน คือ เปรียบเทียบจากคะแนนมาตรฐาน ถ้าได้คะแนนแต่ละด้านต่ำกว่าคะแนนมาตรฐาน แสดงว่ามีสุขภาพจิตดี และได้คะแนนแต่ละด้านสูงกว่าคะแนนมาตรฐาน แสดงว่าสุขภาพจิตไม่ดี

จากแบบสำรวจบุคลิกภาพดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเป็นแบบสำรวจสุขภาพจิต เพื่อให้เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับนักเรียนวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ด้าน คือ

ก. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการปรับตัวทางสังคม ได้แก่

1. การดูถูกตนเอง
2. การเก็บตัว

ข. การปรับตัวทางอารมณ์ ได้แก่

1. ความซึมเศร้า

2. ความวิตกกังวล

ค. การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม และการควบคุมตนเอง ได้แก่

1. ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2. ความไม่รับผิดชอบต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของตนเอง

1.5 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ปัญหาทางสุขภาพจิตเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ ประการแรกเกิดจากตัวบุคคลนั่นเอง เช่น กลไกต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจไม่ปกติหรือไม่สอดคล้องกัน ประการที่สองเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคลนั้น (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. 2524 : 45) การศึกษาเรื่องสุขภาพจิตจึงต้องเข้าใจเรื่องคนกับสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยหลักวิชาจากหลาย ๆ สาขา เช่น ชีววิทยา สังคมวิทยา ระบาดวิทยา นิเวศน์วิทยา รวมทั้งจิตวิทยาแขนงต่าง ๆ (Wechsler and others. 1970 : 1-2) ดังเช่น เลตัน (ฝน แสงสิงแก้ว. 2521 : 25 ; อ้างอิงมาจาก Lieghton. n.d.) กล่าวว่า ในชุมชนหนึ่ง จะมีโรคจิต โรคอย่างใดอย่างหนึ่งที่แตกต่างไปจากชุมชนอื่น เนื่องมาจากระบบของสังคมในชุมชนนั้น ถ้าไม่สนองความต้องการของประชาชน จะทำให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจขึ้น จึงไม่ต้องสงสัยเลยว่า สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และเรื่องของเศรษฐกิจในชุมชนนั้นจะต้องมีส่วนที่เป็นสาเหตุทำให้สุขภาพจิตของประชากรในชุมชนนั้นดีหรือเสื่อมได้ นอกจากนี้ เวคส์เลอร์ และคนอื่น ๆ (Wechsler and others. 1970 : 2) ยังเชื่อว่าตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิต โรคประสาท ได้แก่ วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียบิดามารดา กลุ่มเพื่อน สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เชื้อชาติ การย้ายถิ่น การว่างงาน วิกฤติการณ์ทางสังคม และสงคราม

พอล (บังอรรัตน์ ศุขตระกูล. 2532 : 31 ; อ้างอิงมาจาก Paul L.B. 1971 : 105-111) ได้สำรวจสถานภาพสุขภาพด้านจิตใจในกลุ่มประชาชน

ทั่วไป พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิต ได้แก่ สุขภาพกาย เพศ อายุ และ รายได้ของครอบครัว

กาวิ้น และคนอื่น ๆ (บังอรรัตน์ ศุขตระกูล. 2532 : 31 ;

อ้างอิงมาจาก Gavin A., and others. 1978 : 27-35) ศึกษาปัจจัยทาง สังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะการเจ็บป่วยในชุมชนออสเตรเลีย พบว่า ร้อยละ 46 เป็นโรคเรื้อรัง และร้อยละ 24 ภาวะสุขภาพจิตไม่ปกติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์เครียดในชีวิตที่ประสบมา ประสบการณ์ในวัยเด็ก และความยากจน ส่วนอาชีพ มีความสัมพันธ์เฉพาะการเจ็บป่วยด้านจิตใจ

จอห์นสัน (Johnson. 1985 : 2173) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับ เด็กและวัยรุ่นในประเทศอุตสาหกรรม เช่น สวีเดน กับประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ชูแดน เมื่อปี ค.ศ.1965 และ ค.ศ.1980 พบว่า การเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็น ประเทศอุตสาหกรรมมีผลต่อโครงสร้างของครอบครัว ทำให้บิดา มารดา มีโอกาส ควบคุมบุตรน้อยลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ต้องประสบปัญหาการย้ายถิ่น อัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้นและต้องเพิ่มความสามารถในการปรับตัว เมื่อทุกคนตกอยู่ใน ภาวะต้องปรับตัว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง บางครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ดังนั้นเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวจึงขาดการประทับประคองจิตใจ เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต จึงมีปัญหสุขภาพจิตได้ง่าย

ฝน แสงสิงแก้ว (2521 : 162 และ 21-22) กล่าวว่าสุขภาพจิตดี เริ่มต้นมาจากครอบครัว และกล่าวอีกว่า ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวเป็นรากฐาน ของความสุขแห่งชีวิต เป็นรากฐานของการเป็นปึกแผ่นในสังคม ถ้าครอบครัวแตกแยก หรือขาดความรักใคร่ผูกพันกัน ชีวิตในสังคมก็จะแตกแยกไปด้วย การพลัดพรากอย่างกะทันหันของครอบครัว อาจเกิดจากสถานการณ์หลาย ๆ อย่าง เช่น การตาย การเจ็บป่วย การถูกทอดทิ้ง การหย่าร้าง การที่ต้องออกไปทำงานไกลบ้าน ภาวะ เหล่านี้ทำให้เด็กมีความเศร้าอย่างฉับพลัน ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดและเสียใจ

อย่างสุดซึ้ง สิ่งเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นของสถานการณ์เลวร้ายต่าง ๆ อันเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตได้

อบรม สนิทบาล (2521 : 27-29) สรุปสาเหตุของโรคจิต โรคประสาท ที่วงการแพทย์ยอมรับว่า มี 3 สาเหตุ คือ

1. สภาพกาย ได้แก่ กรรมพันธุ์ สมรรถภาพผิดปกติ น้ำย่อยผิดปกติ หรือผลจากการได้รับรังสีเอกซ์เรย์ เป็นต้น

2. สภาพจิตใจ ได้แก่ การขาดความรัก ความอบอุ่น การมีประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกหวาดหวั่น หรือรู้สึกว่าตนกำลังถูกทำร้าย ถูกขู่เข็ญ เป็นต้น

3. สภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจบีบคั้น สภาพสังคม การถูกกลั่นแกล้ง เสรีภาพ อิศรภาพ และการย้ายที่อยู่ เป็นต้น

สมชาย จักรพันธุ์ (2523 : 41-42) กล่าวถึงสาเหตุของโรคจิต โรคประสาท ซึ่งมีผู้ตั้งทฤษฎีต่าง ๆ ไว้มากประเภท โดยขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มใดมีความเชื่อมั่นหนักไปด้านไหน ดังนี้

กลุ่มแรก เชื่อในความผิดปกติทางกาย (Organic concept) เช่น มีพยาธิสภาพในสมอง ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อหรือระบบการเผาผลาญ จิตแพทย์ในกลุ่มนี้จะไม่สนใจอิทธิพลของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย การจำแนกอาการของโรคและการวินิจฉัยเป็นไปในแนวเดียวกับอายุรศาสตร์ทั่วไป

กลุ่มที่สอง เชื่อในความผิดปกติทางพันธุกรรม (Hereditary concept) โดยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของ ชาร์ลส์ ดาร์วิน เชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตจะมีความผิดปกติทางกรรมพันธุ์และมีสมองซึ่งเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และยอมรับว่าส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวให้เข้ากับสังคมยุคใหม่ไม่ได้ และเป็นวิถีทางตามธรรมชาติที่จะขจัดเผ่าพันธุ์ที่อ่อนแอและผิดปกติให้หมดไป การป้องกันจึงได้แก่ การห้ามย่ำยถิ่นฐานและสนับสนุนทฤษฎีชาติพันธุ์บริสุทธิ์ จิตแพทย์กลุ่มนี้เข้าใจกลุ่มชนมากขึ้น เพราะถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะปกป้องสังคมให้พ้นจากคนวิกลจริต

กลุ่มที่สาม เชื่อในอิทธิพลของสังคม ประเพณี และวัฒนธรรม กลุ่มนี้ยอมรับว่าความผิดปกติทางกายและทางกรรมพันธุ์มีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ แต่ในเวลาเดียวกัน สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนการศึกษาก็เป็นองค์ประกอบซึ่งอาจสำคัญกว่าความผิดปกติในสองทฤษฎีแรก จิตแพทย์ในกลุ่มนี้เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตอาจเกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม ความบีบคั้นในด้านต่าง ๆ หรือตัวผู้ป่วยเองที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยวัยชรา วัยเด็กเข้าโรงเรียน เป็นต้น

กฤษ ชื่นศิริ (ผกา สัตยธรรม. 2531 : 11 ; อ้างอิงมาจาก กฤษ ชื่นศิริ. 2527 : 7) สรุปว่า ปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันน่าจะมีสาเหตุมาจากปัญหาเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ เช่น ความยากจน การว่างงาน รายจ่ายสูงกว่ารายได้ และการล้มละลาย เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจและระบบประสาทอย่างรุนแรง และมีผลให้เกิดอาการของโรคจิตเวช ซึ่งแบ่งออกเป็น โรคจิต โรคประสาท สรีรวิทยา บุคลิกภาพแปรปรวน และปัญญาอ่อน เป็นต้น

หทัย ชิดานนท์ (2527 : 57-60) กล่าวว่า ผลการขยายความเป็นเมือง คือ ความเสื่อมโทรมทางสภาพแวดล้อมในกรุงเทพมหานคร เป็นปัญหาที่ทำความรุนแรงยิ่งขึ้นตลอดเวลา แรงงานเด็กมีจำนวนมากผิดปกติ เด็กเหล่านี้ไม่ได้รับการศึกษา ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เขาวุ่นปัญหาไม่พัฒนา มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนสุขภาพกายและสุขภาพจิตทรุดโทรม จากสถิติยูวอาชญากร พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในสภาพครอบครัวแตกแยก และสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งมาจากสาเหตุครอบครัวและสภาพทางอารมณ์

๖ ในเรื่องตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

สาโรช คำรัตน์ (2522 : 102-103) สํารวจ สุขภาพจิตของผู้ที่อยู่ในวัยเรียน พบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยเรียนร้อยละ 35 มีแนวโน้มเป็นคนมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย คิดมาก มีความวิตกกังวลสูง เมื่อมีปัญหาสะท้อนอารมณ์ มีความโน้มเอียงที่จะเป็นโรคประสาทได้ง่าย และปัญหาภายในบ้านที่ไม่สบายใจมากที่สุด คือ ปัญหาการเงิน

รองลงมาคือ บิดามารดาไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน

อัมพร โอตระกูล และเจตสันต์ แต่งสุวรรณ (2524 : 45-53) ศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตนักเรียนชนบทในงานอนามัยชุมชนสูงเนิน ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนที่พบมากที่สุดเป็นเรื่องปัญหาการเรียน ร้อยละ 43 ส่วนสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาครอบครัวเด็กนักเรียนเอง ร้อยละ 54.3

ฉวีวรรณ ศิริวรรณ และคนอื่น ๆ (2527 : 103-109) ศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตเด็กนักเรียนในภาคเหนือ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาจากความยากจนและขาดแคลนอุปกรณ์การเรียน ร้อยละ 29.34 และสาเหตุจากการแยกกันอยู่ของพ่อแม่ ร้อยละ 28.21

บังอรรัตน์ ศุภตระกูล (2532 : ข) ศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด และในเขตชุมชนไม่แออัด ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสถานภาพสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มที่อาศัยในเขตชุมชนแออัด ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ปัญหาการเงินหรือหนี้สิน ฐานะในการครอบครัว และความรู้สึกลดลงในชีวิต

อัมพร โอตระกูล อรพรรณ เมฆสุภะ และสุวัฒน์ ศรีสวัสดิ์ (2533 : 15) สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2529 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง คือ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพสมรส

จะเห็นว่า สุขภาพจิตของคนจะดีหรือเลื่อม ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ คือ ปัจจัยจากร่างกายและจิตใจของตนเอง กับปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมอันเกิดจากสภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและอื่น ๆ ที่มากระทบจิตใจ สุขภาพจิตเลื่อมที่มีสาเหตุมาจากทางกายและกรรมพันธุ์นั้นเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ยาก มีเพียงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นที่จะเข้าใจและรักษาได้ถูกต้อง ส่วนสุขภาพจิตเลื่อมที่มีสาเหตุมาจากสภาพทางจิตใจและสภาพแวดล้อม สามารถปรับปรุงแก้ไขหรือดำเนินการป้องกัน

ได้ง่ายกว่า และจากผลงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่ามีตัวแปรมากมายที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต เช่น เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การสูญเสียบิดามารดา การอบรมเลี้ยงดู สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มเพื่อน การย้ายถิ่น การว่างงานและภาวะสงคราม ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรด้าน เพศ อายุ สุขภาพกาย ของนักเรียน และตัวแปรด้านสภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยเห็นว่า ลักษณะส่วนตัวของนักเรียนวัยรุ่น และสภาพแวดล้อมในบ้านมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของเด็กมากกว่าสิ่งแวดล้อมด้านอื่น ๆ ครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกที่ได้ให้การอบรมทางด้านจิตใจแก่เด็กตลอดเวลา อุปนิสัยส่วนตัวและอารมณ์ของเด็กเริ่มมาที่บ้าน โดยเฉพาะในระยะวัยรุ่นเป็นวัยที่อ่อนไหวง่าย ต้องการความปลอดภัยและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว นอกจากนี้ วัยรุ่นที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษายังเป็นบุคคลที่มีความจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวของตน ในการดำรงชีวิตและศึกษาเล่าเรียน

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่จะศึกษา

2.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนวัยรุ่นและสุขภาพจิต

เอกสารและงานวิจัยในต่างประเทศ

โจนส์ (กาญจนา ควรสุภา. 2516 : 19 ; อ้างอิงมาจาก Jones. 1954 : 781) กล่าวว่าไว้ว่า สังคมมิได้มุ่งหวังให้เด็กหญิงและเด็กชายมีรูปแบบพฤติกรรมเหมือนกัน ดังนั้นการฝึกอบรมเด็กแต่ละเพศจึงแตกต่างกัน เนื่องจากการยอมรับหรือการปฏิเสธจากสังคมยังมีความหมายต่อเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย และสังคมมักจะเข้มงวดกับความประพฤติของเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย ด้วยเหตุนี้อาจทำให้เด็กชายมีความประพฤติที่ไม่เหมาะสมหรือกระทำผิดมากกว่าเด็กหญิง

จากการศึกษาของ แมงกัส และวูดเวอร์ค (Obesteuffer. 1954 : 292 ; citing Mangus and Woodward. n.d.) เรื่องธรรมชาติของจิตใจ และภาวะทางอารมณ์ของเด็กรวม 805 คน โดยใช้ California Mental Health Analysis) พบว่า เด็กชายมีความแตกต่างจากเด็กหญิงในด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการปรับตัวของ คาเพลน (Kaplan. 1959 : 293) พบว่าเด็กหญิงมีปัญหาความคับข้องใจและการปรับตัวมากกว่าเด็กชาย เนื่องจากเด็กหญิงได้รับการคุ้มครองดูแลอย่างใกล้ชิดจากพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ถูกอบรมสั่งสอนให้รู้จักกระตือรือร้น รู้จักควบคุมอารมณ์ เก็บความรู้สึก วิตกกังวลและความก้าวร้าวไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจมากขึ้น ไม่มีอิสระในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ส่วนเด็กชายนั้นได้รับการอบรมสั่งสอนให้เป็นผู้นำครอบครัวยุติธรรมในการแสดงออกทางพฤติกรรมได้มากกว่าเด็กหญิง

โคลบ์ (Kolb. 1968 : 120) ได้ทำการวิจัย พบว่าโรคจิตพบได้น้อยในวัยเด็กและจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากย่างเข้าสู่วัยรุ่น ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้สำเร็จและเหมาะสมก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างราบรื่น

เอกสารและงานวิจัยในประเทศ

ชายและหญิงมีความแตกต่างกันทางสรีระและจิตวิทยา เช่น โครงสร้างทางร่างกาย และการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นต้น สังคมและวัฒนธรรมมีส่วนอย่างมากในการกำหนดบทบาทและการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ของชายและหญิง (บัวทอง สว่างโสภาคกุล. 2524 : 167) สังคมไทยมีค่านิยมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กหญิงให้มีกิริยามารยาทเรียบร้อย มีความประพฤติดี และต้องอยู่ในกรอบของขนบธรรมเนียมประเพณีมากกว่าเด็กชาย จึงทำให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กชายไม่เคร่งครัดมากนัก (จิราภรณ์ สุทธิสานนท์. 2529 : 81)

สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม (2529 : 223) กล่าวว่าสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพจิตของคนมีความสัมพันธ์กันมาก มักจะพบว่าเด็กที่มีโรค

ประจำตัวบางอย่าง หรือมีความบกพร่องทางกาย จะได้รับความลำบากในการปรับตัว มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่สามารถเข้ากับเพื่อนได้ ในขณะที่เดียวกันเด็กที่มีสุขภาพจิตไม่ดี ก็มักจะมีผลทำให้สุขภาพกายทรุดโทรมลงและอาการเจ็บป่วยลุกลามมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาของ อัมพร โอตระกูล (2521 : 144-155) เกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้รับบริการที่ศูนย์สุขวิทยาจิต พบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีมากในเด็กอายุ 9-19 ปี และเป็นชายมากกว่าหญิง ซึ่งสอดคล้องกับที่ ยุพา วิสุทธิโกศล จิรภาพรประสิทธิ์ เพลินพิศ กัลยาณสุต และขวัญทิพย์ โพธิ์วัดสุวรรณ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2530 : 196-197 ; อ้างอิงมาจาก ยุพา วิสุทธิโกศล จิรภาพรประสิทธิ์ เพลินพิศ กัลยาณสุต และขวัญทิพย์ โพธิ์วัดสุวรรณ. 2525 : 1-2) ศึกษาเกี่ยวกับการป่วยทางจิตใจของนักเรียน โดยศึกษาจากนักเรียนที่มาใช้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ปี พ.ศ.2523 ปรากฏว่า นักเรียนชายป่วยเป็นโรคทางจิตมากกว่าเด็กหญิง ซึ่งอาจเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย และการคบเพื่อน เช่นการติดยาเสพติด การเกิดอุบัติเหตุทางร่างกาย และสมองมีมากเพราะนักเรียนชายขาดโชนมากกว่านักเรียนหญิง เป็นต้น เช่นเดียวกับ ถนนอมศรี อินทนนท์ (2530 : 82) ที่ศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมกล้าแสดงออกของวัยรุ่นที่อยู่ในสภาพแวดล้อมแตกต่างกัน ได้แก่วัยรุ่นในโรงเรียน ในสถานสงเคราะห์ และในวัดสระแก้ว พบว่า วัยรุ่นหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจักษ์ปัจฉิม (2524 : 179-180) ศึกษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกรุงเทพมหานครและสงขลา จำนวน 917 คน ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มีสุขภาพกายอยู่ในระดับสูงมากเพียงใดก็มีสุขภาพจิตในระดับสูงขึ้นด้วย วัยรุ่นหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นชาย และวัยรุ่นตอนกลางมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ

เปรมสุริย์ เชื้อมทอง (2526 : 56-59) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับวัยรุ่นในโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างอายุ 11-17 ปี พบว่าวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้าน ย้ำคิดย้ำทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผล และหวาดระแวง และวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นตอนกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้าน รู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล

จากเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น อาจสรุปได้ว่า นักเรียนวัยรุ่นจะมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น นักเรียนที่มีสุขภาพกายดีจะมีสุขภาพจิตดีด้วย แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า นักเรียนชายหรือหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากัน

2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของนักเรียน

เอกสารและงานวิจัยในต่างประเทศ

จากการศึกษาของ แคนเนอร์ และคนอื่น ๆ (Kanner and others. 1957 : 167) พบว่า มีเด็กประมาณ 30% ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลโรคจิต มาจากครอบครัวที่ขาดพ่อ แม่ หรือขาดฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เด็กส่วนใหญ่มาจากครอบครัวแตกแยก ต้องพลัดพรากจากครอบครัวอย่างกะทันหัน เช่น การตาย การเจ็บป่วย ถูกแยกจากบิดามารดา ปัญหาการหย่าร้าง ทำให้เด็กรู้สึกอ้างว้าง ไร้เหง้าขาดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ต่อมา มันโร (Munro. 1966 : 433-457) ศึกษาผู้ป่วยจิตเวช ผลที่ได้คือ ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปร้อยละ 19.5 ขาดบิดามารดาหรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งก่อนอายุ 16 ปี และเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยอารมณ์เศร้ากับคนปกติพบว่า พวกที่มีอารมณ์เศร้า สูญเสียบิดาหรือมารดาก่อนอายุ 16 ปี มากกว่าคนปกติ เช่นเดียวกับ ออสูเบล (เปรมสุริย์ เชื้อมทอง. 2526 : 2 ; อ้างอิงมาจาก

Ausubel. n.d.) ซึ่งศึกษาประวัติของเด็กที่ทำความผิดและเป็นอาชญากร พบว่า ส่วนมากมาจากครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ พ่อแม่แยกกัน พ่อหรือแม่ตาย หรือทะเลาะเบาะแว้งไม่ลงรอยกัน ทำให้เด็กไม่ได้รับความรัก ความอบอุ่นเพียงพอก่อให้เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ยาก จึงมีโอกากระทำความผิดได้ หรือมีบุคลิกภาพแปรปรวนไปจนถึงเป็นโรคประสาทได้

เดลฟ์ (Delph. 1971 : 5029 A) พบว่า เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจนมีการปรับตัวไม่ดี และวาเนอร์ (นิภาพรรณ โสมนะพันธ์. 2525 : 25 ; อ้างอิงมาจาก Ringness. 1968 : 270) พบว่าเด็กที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีแนวโน้มขาดความอบอุ่น มีอาการทางประสาท มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ ปรับตัวเข้ากับสังคมลำบากกว่าเด็กที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและฐานะเศรษฐกิจสูง นอกจากนี้ เวลลิก และคนอื่น ๆ (นิภาพรรณ โสมนะพันธ์. 2525 : 25 ; อ้างอิงมาจาก Redlick. n.d. : unpage) ศึกษาคนไข้ที่อยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าคนไข้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ร้อยละ 78 และสปริงเกอร์ (นิภาพรรณ โสมนะพันธ์. 2525 : 26 ; อ้างอิงมาจาก Springer. 1958 : 321-328) พบว่า ความมั่นคงทางอารมณ์ของเด็กมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัว กล่าวคือ เด็กที่มาจากบ้านที่ยากจน มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะเป็นคนที่ปรับตัวไม่ดี และอารมณ์ไม่มั่นคง มีปริมาณมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง

เอกสารและงานวิจัยในประเทศ

บ้านเป็นสถานที่แห่งแรกที่จะก่อให้เกิดรากฐานที่ดีทางสุขภาพจิต (บัวทอง สว่างโสภาคกุล. 2524 : 118) บิดามารดาควรมีความรักใคร่ปรองดองซึ่งกันและกัน พยายามเว้นการที่จะแยกกันอยู่หรือหย่าร้างกัน รวมทั้งให้หลักประกันอันมั่นคงแก่ครอบครัวทั้งในด้านการเงิน การสังคม ประกอบอาชีพที่มีหลักฐานและเป็นตัวอย่าง อันดีแก่บุตรธิดา (สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม. 2529 : 156-157)

มาโนช สุขฤกษ์ (2528 : 65) ให้ความเห็นว่า เด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่ขาดความสมบูรณ์ ซึ่งเป็นผลมาจาก การตาย การหย่าร้าง พ่อแม่แยกกันอยู่และสภาวะอื่น ๆ ที่ทำให้สูญเสียพ่อแม่ จะทำให้เด็กขาดความรักและความอบอุ่น ที่ควรจะได้รับ เป็นคนมีปมด้อยในตนเอง เมื่อโตขึ้นอาจประสบปัญหาการปรับตัวและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

นอกจากนี้ความยากจนก็เป็นแรงผลักดันหรือเป็นสาเหตุให้บิดามารดาต้องทอดทิ้งบุตร เพราะมีการะในการประกอบอาชีพ และความยากจนยังเป็นสาเหตุให้เด็กต้องประสบความคับแค้นใจในการกินอยู่ (สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม. 2529 : 169) สำหรับครอบครัวที่มีฐานะร่ำรวย เด็กสามารถใช้จ่ายได้อย่างฟุ่มเฟือย พ่อแม่มีฐานะทางสังคมมากจนกระทั่งไม่มีเวลาอยู่ดูแลอบรมลูกได้เท่าที่ควร จนทำให้เด็กกลายเป็นอันธพาลนอกบ้าน เพราะเด็กมีสิ่งอำนวยความสะดวก คือ เงิน รถยนต์ และบางครั้งมีอาวุธเป็นเครื่องมือด้วย (สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม. 2529 : 167)

บุญวดี สุขสุทธิพันธ์ (2521 : 44-45) ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 63 คน เป็นชาย 26 คน หญิง 37 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บิดามารดามีอาชีพรับจ้างและมีฐานะทางเศรษฐกิจยากจน สอดคล้องกับ ชีววัฒน์ นิเจนตร (2526 : 197) ซึ่งศึกษาสภาพเชิงจิต-สังคมในโรงเรียนกับสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นักเรียนที่ครอบครัวมีระดับเศรษฐกิจต่ำ มีมโนภาพแห่งตนต่ำกว่า ซึมเศร้ามากกว่า วิตกกังวลมากกว่า และมีสุขภาพจิตรวมเสื่อมกว่านักเรียนที่ครอบครัวมีระดับเศรษฐกิจปานกลางและสูง วัยรุ่นจากครอบครัวแตกแยก มีมโนภาพแห่งตนต่ำกว่า ซึมเศร้ามากกว่า วิตกกังวลมากกว่า และมีสุขภาพจิตรวมเสื่อมกว่า วัยรุ่นจากครอบครัวปกติ/ส่วนอาชีพของผู้ปกครองนั้น ปรากฏว่า เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเพียงด้านเดียว คือ ความวิตกกังวล โดยวัยรุ่นที่ผู้ปกครองมีอาชีพระดับต่ำ มีความวิตกกังวลมากกว่าวัยรุ่นที่ผู้ปกครองมีอาชีพระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจันปัจฉก (2524 : 179-180) ที่พบว่า กลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คือวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา แต่ผลการศึกษาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจขัดแย้งกับการศึกษาของ บุญวาทย์ สุขสุทธิพันธ์ และ ชีรวัฒน์ นิจนตร คือ วัยรุ่นจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมสูงมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นจากครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับอาชีพของผู้ปกครองกับสุขภาพจิตนั้น จากการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2524 : 38) ซึ่งได้วิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า อาชีพของผู้ปกครองไม่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนทุกด้าน แต่ นัยนา มีศิริ (2529 : 94) ซึ่งศึกษาภาวะสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่านักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพ รับราชการ ลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ และอาชีพรับจ้างทั่วไป มีสุขภาพจิตด้านมโนภาพแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น อาจสรุปได้ว่า สภาพของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนักเรียน โดยนักเรียนที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดามีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่านักเรียนที่อยู่กับบิดามารดา นักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพแตกต่างกัน อาจจะมีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน และนักเรียนที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงหรือต่ำมีปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนแออัด

3.1 ความหมายของชุมชนแออัด

เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2525 คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้ใช้คำว่า "ชุมชนแออัด" (Crowded Community) แทนคำว่า สลัม (Slum) และจากคำว่า สลัม ได้เปลี่ยนมาเป็น บริเวณวิบัติ บริเวณเสื่อมโทรม แหล่งอบายมุข แหล่งทรุดโทรม และแหล่งเสื่อมโทรม แต่ในปัจจุบันนี้ใช้คำว่า ชุมชนแออัด เพียงคำเดียวเท่านั้น (สิริลักษณ์ แก้วคงยศ. 2533 : 161)

สุพัตรา สุภาพ (2525 : 130) กล่าวว่า ชุมชนแออัด มีความหมายตามร่างพระราชบัญญัติปรับปรุงชุมชนแออัด ของคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการบูรณะชุมชนแออัด กระทรวงมหาดไทย มาตรา 4 หมายความว่า แหล่งหรือย่านที่มีอาคารหนาแน่น และอาคารนั้นส่วนมากชำรุดทรุดโทรมหรือมีสภาพไม่เหมาะสมที่จะใช้เป็นที่อยู่อาศัย หรือมีลักษณะเป็นอันตรายแก่สุขภาพอนามัย ความปลอดภัย และศีลธรรม หรือสุขภาพของผู้อยู่อาศัยและประชาชน

คณะกรรมการปรับปรุงในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นประธาน (2528 : 2) ได้ให้คำจำกัดความของ ชุมชนแออัด ว่าเป็นบริเวณที่พักอาศัยที่เป็นแหล่งชุมชนหนาแน่น แออัด อาคารส่วนใหญ่มีสภาพชำรุดทรุดโทรม หรือมีสภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ไม่สมควรจะใช้เป็นที่อยู่อาศัย ในบริเวณนั้น ามีปัญหาเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ อนามัย และสภาพแวดล้อมรุนแรงกว่าระดับปัญหาทั่ว ๆ ไป

สิริลักษณ์ แก้วคงยศ (2533 : 162) สรุปว่า ชุมชนแออัด หมายถึง สถานที่หรือกลุ่มสถานที่ หรือบริเวณที่พักอาศัยที่เป็นแหล่งชุมชนหนาแน่นแออัดเกินไป อาคารส่วนใหญ่มีสภาพเสื่อมโทรม หรือมีสภาพไม่ถูกอนามัย หรือมีสภาพชำรุดทรุดโทรม หรือมีสภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ไม่สมควรจะใช้เป็นที่อยู่อาศัย และขาดแคลน

สิ่งอำนวยความสะดวก ในบริเวณนั้น ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพอนามัย และสภาวะแวดล้อมรุนแรงกว่าบริเวณอื่น ๆ ทั่วไป ตลอดจนมีปัญหาด้านศีลธรรมของ ผู้อยู่อาศัยหรือของชุมชน

จากความหมายของชุมชนแออัดดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า ชุมชนแออัด หมายถึง บริเวณที่พักอาศัยที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น สถานที่หรืออาคาร ส่วนใหญ่มีสภาพต่ำกว่ามาตรฐาน และมีลักษณะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย ความปลอดภัย รวมทั้งมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อมมากกว่าบริเวณ ที่พักอาศัยในย่านอื่น ๆ

3.2 สาเหตุของการเกิดชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร

การเกิดชุมชนแออัดเป็นผลมาจากการพัฒนาเมืองและการพัฒนาสังคม ซึ่ง มีปัจจัยสำคัญ ๓ ที่มีผลต่อการเกิดชุมชนแออัด ดังนี้ (ปาริชาติ วลัยเสถียร และชอบ เข้มกลัด. 2533 : 515-517)

1. ความเหลื่อมล้ำของการพัฒนา

ความเหลื่อมล้ำของการพัฒนา ไม่ว่าจะพิจารณาในแง่ความเหลื่อมล้ำ ระหว่างเมือง-ชนบท หรือระหว่างภาคอุตสาหกรรม-เกษตรกรรม ก็ตาม ผลก็คือ กรุงเทพมหานครได้กลายเป็นเมืองเอก (Primate City) อันเป็นศูนย์กลางของ สถาบันทางเศรษฐกิจและสังคมเกือบทุกประเภท เป็นศูนย์รวมของกลุ่มธุรกิจ อุตสาหกรรมและบริการต่าง ๆ เมื่อกรุงเทพมหานครเจริญขึ้น ระบบการกระจาย รายได้ของสังคมยิ่งเป็นปัญหามากขึ้น ก่อให้เกิดความเสียเปรียบแก่ภูมิภาคอื่น ๆ เป็นลำดับ จึงมีผลให้เกิดการย้ายถิ่นของชาวชนบทที่มีรากฐานทางเศรษฐกิจต่ำ โดย หวังว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นแหล่งทำกินหรือหารายได้ ได้ดีกว่าแหล่งเดิม ทำให้ ประชากรเมืองเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่ทำให้เกิด ชุมชนแออัดในระยะแรก

2. ปัจจัยด้านที่ดิน

ข้อจำกัดด้านที่ดินถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มขยายของชุมชนแออัด สาเหตุสำคัญของการเกิดชุมชนแออัดในระยะหลังนี้มิใช่เกิดจากการย้ายถิ่นของชาวชนบทเท่านั้น แต่เป็นการเพิ่มประชากรโดยธรรมชาติของกรุงเทพมหานครเอง ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการถือครองที่ดิน กระบวนการเปลี่ยนมือและรูปแบบการใช้ที่ดิน ตลอดจนการขาดมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับที่ดิน ล้วนแต่มีผลกระทบต่ออำนาจการซื้อของผู้มีรายได้น้อยในอันที่จะได้มาซึ่งที่ดินเพื่อความมั่นคงในการอยู่อาศัยทั้งสิ้น

การที่ระบบการถือครองที่ดินอยู่ในมือเอกชนและขาดการควบคุมการใช้ที่ดิน เจ้าของที่ดินสามารถดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับที่ดินของตนได้สะดวกมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการใช้ประโยชน์ที่ดิน หรือการขายเปลี่ยนมือ จะเห็นได้ว่าในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา ได้เริ่มมีธุรกิจจัดสรรที่ดินเกิดขึ้น มีการกว้านซื้อที่ดินเขตชานเมืองเพื่อเก็งกำไรอยู่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการลงทุนในอสังหาริมทรัพย์ของชาวต่างชาติ ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดการขยับตัวของราคาที่ดินขึ้นอย่างสูงลิ่ว มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ที่ดินที่แต่เดิมเคยให้คนยากจนเช่าปลูกเป็นที่อยู่อาศัย เป็นการใช้ประโยชน์เชิงธุรกิจอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบทำให้คนยากจนหาที่ดินเพื่ออยู่อาศัยได้ลำบากยิ่งขึ้น ทางเลือกของบุคคลเหล่านี้คือ การอยู่อาศัยอย่างแออัดในที่ดินเดิม เมื่อมีการขยายครอบครัว หรือการบุกรุกที่ดินของรัฐและเอกชน โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2527-2531 มีชุมชนแออัดเกิดขึ้นใหม่ถึง 296 แห่ง มีประชากรอยู่อาศัย 17,180 ครอบครัว

3. การขาดมาตรการในการควบคุมการขยายตัวของเมือง

การเติบโตและการขยายตัวของกรุงเทพมหานครเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยปราศจากทิศทางและการควบคุม กฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ทางด้านผังเมือง ยังมิได้มีการประกาศใช้ จะมีก็แต่เพียงพระราชบัญญัติควบคุมอาคารปี 2522 จึงขาดการเตรียมการระยะยาวด้านกายภาพและสังคม อันได้แก่ การวางแผนด้านการใช้

ที่ดิน อาคารสิ่งก่อสร้าง ที่อยู่อาศัยและระบบสาธารณูปโภค สาธารณูปการต่าง ๆ
ทำเลที่ตั้งของกิจการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของคนกรุงเทพมหานคร
จึงอยู่ปะปนกัน การขาดมาตรการด้านกฎหมายก็ถือเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด
ชุมชนแออัด

3.3 ประเภทของชุมชนแออัด

การเคหะแห่งชาติ (หทัยรัตน์ นอบน้อม. 2530 : 23-24 ;

อ้างอิงมาจาก การเคหะแห่งชาติ. 2526 : 5-7) ได้แบ่งประเภทของชุมชนแออัด
ตามลักษณะการตั้งถิ่นฐานออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ชุมชนดั้งเดิม หมายถึงชุมชนเก่าที่มีประวัติการตั้งถิ่นฐานมาแล้ว
ตั้งแต่ก่อนหรือพร้อม ๆ กับเมืองที่พัฒนาขึ้นมา การเคหะถือเอาชุมชนที่มีประวัติการ
ตั้งถิ่นฐานมานานกว่า 15 ปี และมีความเสื่อมโทรมถึงระดับที่สมควรจะทำการปรับ
ปรุงให้มีสภาพดีขึ้น เป็นชุมชนแออัดประเภทนี้

2. ชุมชนใหม่ หมายถึงชุมชนที่เกิดขึ้นใหม่ที่มีอายุการตั้งชุมชนต่ำกว่า
15 ปี และเป็นชุมชนที่มีการจัดตั้งโดยไม่มีระบบและมีความเสื่อมโทรม หรือมี
แนวโน้มที่จะเสื่อมโทรมในอนาคต

3. ชุมชนประเภทบุกรุก หมายถึงชุมชนที่ผู้อยู่อาศัยเข้าไปครอบครองปลูก
สร้างอาคารโดยไม่ได้รับคำยินยอมหรือการรับรู้ใด ๆ จากเจ้าของที่ดิน หรืออยู่ใน
ระหว่างการไล่ที่จากเจ้าของที่ดิน หรือชุมชนที่เข้าไปตั้งอยู่ในบริเวณที่เป็นสาธารณ
ประโยชน์ เช่น ชุมชนที่เข้าไปตั้งอยู่ในบริเวณไฟฟ้าไหม้ ชุมชนริมคลอง ชุมชนที่เรียง
ยาวริมทางรถไฟ เป็นต้น

4. ชุมชนที่จะต้องรื้อล้าง หมายถึง ชุมชนที่ถูกกำหนดว่าจะต้องรื้อล้าง
หรือมีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาเป็นอย่างอื่น เช่น ชุมชนที่อยู่ในเส้นทางของแผนการ
สร้างทางหลวงหรือที่จะเวนคืนเพื่อไปใช้ทำสาธารณประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่ง

หรือบริเวณที่มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนการใช้ที่ดินเป็นบริเวณพาณิชยกรรม เนื่องจาก การพัฒนาได้เข้ามาถึงชุมชน

นอกจากนี้จากการสำรวจภาคสนามของกองผังเมือง สำนักงานปลัด กรุงเทพมหานคร พอสรุปลุ่มของชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม ที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. แหล่งชุมชนแออัดในคลอง แม่น้ำ เช่น คลองสามเสน คลองมหานาค คลองแสนแสบ คลองบางเขน คลองบางกอกน้อย และในแม่น้ำเจ้าพระยา
2. ชุมชนแออัดริมคลอง คือ 2 ผังคลองหลายสิบคลอง ข้างฝั่งกรุงเทพมหานคร และธนบุรี
3. ชุมชนแออัดในพื้นที่ส่วนใน ตามเขตต่าง ๆ 300 กว่าแห่ง
4. ชุมชนแออัดบนอากาศหรือบนแฟลต
5. ชุมชนแออัดในอาคารอยู่อาศัยแบบผสมบางแห่งของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งหอพัก เป็นต้น

3.4 การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนแออัด

การวิจัยในประเทศ

จากการศึกษาของ เบสเนอร์ (Coleman and Hammen. 1974 : 308-309 ; citing Besner. 1967) พบว่าร้อยละ 15-40 ของเด็กที่อาศัย อยู่ในชุมชนแออัดจะอยู่ในความดูแลของมารดาเพียงคนเดียว ส่วนการวิจัยของ เมอร์เรย์ (Stockdale. 1978 : 205 ; citing Murray. 1974) ซึ่ง ศึกษากลุ่มเด็กชาวสก๊อต พบว่าเด็กที่อยู่ในกลุ่มแออัดค่อนข้างก้าวร้าวและหุนหันพลัน แล่น นอกจากนี้เด็กชายค่อนข้างมีอาการของโรคประสาทมากกว่าเด็กหญิง

ซิลเวีย เกอร์ริโร (ชลทิพย์ ปุณณะบุตร. 2523 : 15-16 ; อ้างอิงมาจาก Guerrero. 1975 : 299-315) ได้ศึกษาวิเคราะห์สภาพชีวิต

ความเป็นอยู่ของผู้มีรายได้น้อยในกรุงเทพมหานคร จากประชากรในชุมชนแออัด 4 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าครอบครัวของทั้ง 4 กลุ่ม ส่วนใหญ่อายุ 34-42 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพไม่แน่นอน จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 5-7 คน เป็นครอบครัวที่อยู่รวมกันแบบญาติพี่น้อง เด็กส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา สภาพบ้านเรือนโดยทั่วไปอยู่ในสภาพเสื่อมโทรม และไม่ได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุข

การวิจัยในประเทศ

ชลทิพย์ ปุณณะบุตร (2523 : ง-จ) ศึกษาชีวิตครอบครัวในแหล่งเสื่อมโทรม โดยเฉพาะครอบครัวที่ได้รับการสงเคราะห์ในแหล่งเสื่อมโทรมคลองเตย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัว และภรรยา จำนวน 50 ครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามเป็นแนวในการสัมภาษณ์ ผลจากการศึกษาพบว่า หัวหน้าครอบครัวและภรรยาส่วนใหญ่เป็นผู้พหุมาจากชนบท มีการศึกษาต่ำและไม่มีความรู้ในอาชีพเฉพาะอย่าง จึงต้องทำงานเป็นกรรมกรใช้แรงงาน ซึ่งมีรายได้ต่ำทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวเข้ากับชีวิตในสังคมเมืองมาก เนื่องจากภาวะค่าครองชีพที่สูงมากในกรุงเทพมหานคร ต้องประสบกับความทุกข์ยากซึ่งไม่มีใครช่วยเหลือได้ แม้บางครั้งจะได้รับความช่วยเหลือจากญาติแต่ก็ไม่บ่อยนัก เนื่องจากญาติก็อยู่ในสภาพยากจนเช่นเดียวกัน นอกจากปัญหาความยากจนทางเศรษฐกิจแล้ว ในครอบครัวที่ได้รับการสงเคราะห์ยังมีปัญหาเรื่องพ่อแม่ไม่ค่อยมีเวลาเอาใจใส่ดูแลลูก เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และปัญหาการมีรายได้ไม่พอใช้จ่าย นำมาสู่ความขัดแย้งและการทะเลาะวิวาทในครอบครัว

จากการตรวจโรคต่าง ๆ ของโครงการบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งดำเนินการในชุมชนแออัด 46 แห่ง (กฤตยา อาชวนิชกุล และคณะ. 2525 : 23) พบว่าโรคที่ประชาชนในชุมชนแออัดเป็นมากที่สุด คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสูงถึงร้อยละ 45.95 รองลงมาคือ โรคติดก้นวอลและโรคประสาท เป็นจำนวนมากร้อยละ 13.96

คันสนีย์ ไชยวานิช (2526 : 129) ศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของครูที่ทำการสอนในชุมชนแออัดและนอกชุมชนแออัด สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าครูที่ทำการสอนในชุมชนแออัดมีปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูงกว่าครูที่ทำการสอนนอกชุมชนแออัด

พรทิพา หอมจันทร์ (2528 : บทคัดย่อ) ศึกษาแบบชีวิตรของครอบครัวในชุมชนแออัดชอยสวนพลูพัฒนา โดยวิธีการสัมภาษณ์เน้นเปรียบเทียบการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวที่มีฐานะมั่นคงที่ไม่ได้รับการสงเคราะห์และครอบครัวที่มีฐานะไม่มั่นคงที่ต้องรับการสงเคราะห์จากกองสังคมสงเคราะห์ สำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร และการขัดเกลาทางสังคมจากครอบครัวที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า ในครอบครัวที่มีฐานะมั่นคงให้การขัดเกลาทางสังคมได้ดีกว่าครอบครัวที่มีฐานะไม่มั่นคง และครอบครัวที่ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจะให้การขัดเกลาทางสังคมได้ดีกว่าครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ (2533 : 469-470) สำรวจสภาพและปัญหาทางประชากร สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร โดยการสำรวจกลุ่มตัวอย่างครัวเรือนใน 24 ชุมชน จำนวน 2,192 ครัวเรือน ผลการสำรวจพบว่า มีประชากรจำนวน 10,556 คน เฉลี่ยครัวเรือนละ 4-5 คน มีประชากรชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย อายุมัธยฐาน 22.7 ปี หัวหน้าครัวเรือนส่วนมากมีอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาคือ ค้าขาย และรับราชการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,700 บาท ส่วนมากมีฐานะความเป็นอยู่พอมีพอกิน

จากเอกสารและการวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าชุมชนแออัดเป็นที่อยู่อาศัยที่มีลักษณะเสื่อมโทรม เมื่อเปรียบเทียบกับที่อยู่อาศัยอื่น ๆ ในเขตเมือง ขาดการบริการที่ถูกต้องตามหลักอนามัย หรืออยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด และมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพ การศึกษา ความเสื่อมโทรมทางสิ่งแวดล้อมจรรยา ทำให้การดำเนินชีวิตในครอบครัวไม่มีความสุขกายสบายใจเท่าที่ควร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2534 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วย โรงเรียนกุนนทีรุทธวารามวิทยาคม โรงเรียนจันทร์พุ่มไม้เพ็ญ โรงเรียนประชาราษฎร์อุปถัมภ์และโรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี โดยเป็นนักเรียนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด จำนวน 534 คน เป็นนักเรียนชาย 266 คน นักเรียนหญิง 268 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือประชากรทั้งหมด จำนวน 534 คน เป็นนักเรียนชาย 266 คน นักเรียนหญิง 268 คน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

โรงเรียน	กลุ่มตัวอย่าง	
	ชาย	หญิง
โรงเรียนกุนนทีรุทธวารามวิทยาาคม		
วัยรุ่นตอนต้น(11-13 ปี)	70	70
วัยรุ่นตอนกลาง(14-16 ปี)	65	70
โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ		
วัยรุ่นตอนต้น(11-13 ปี)	9	11
วัยรุ่นตอนกลาง(14-16 ปี)	9	7
โรงเรียนพระราชราษฎร์อุปถัมภ์		
วัยรุ่นตอนต้น(11-13 ปี)	29	35
วัยรุ่นตอนกลาง(14-16 ปี)	21	20
โรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี		
วัยรุ่นตอนต้น(11-13 ปี)	35	31
วัยรุ่นตอนกลาง(14-16 ปี)	28	24
รวม		
วัยรุ่นตอนต้น(11-13 ปี)	143	147
วัยรุ่นตอนกลาง(14-16 ปี)	123	121
รวม	266	268

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และแบบสำรวจสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของนักเรียน ได้แก่ เพศ อายุ สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสำรวจสุขภาพจิตของนักเรียน

ตอนที่ 3 แบบสำรวจสุขภาพกายของนักเรียน

วิธีสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. แบบสำรวจสุขภาพจิต เป็นแบบสำรวจที่ปรับปรุงมาจากแบบสำรวจบุคลิกภาพ (Basic Personality Inventory) ของ แจคสัน (Jackson. 1989) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามต่าง ๆ จำนวน 97 ข้อ โดยแบ่งเป็น

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการปรับตัวทางสังคม ได้แก่

1.1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน

1.1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม

1.2 การปรับตัวทางอารมณ์ ได้แก่

1.2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้า และไม่ท้อแท้

1.2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล และไม่หวาดกลัว

1.3 ความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่

1.3.1 ให้ความร่วมมือ และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

1.3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้

2. แบบสำรวจสุขภาพกาย ผู้วิจัยได้สร้างแบบสำรวจโดยศึกษาข้อมูลจากบัตรสุขภาพประจำตัวของนักเรียน และเกณฑ์การประเมินสุขภาพกายของนักเรียน โดยพยาบาลประจำโรงเรียน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. นำแบบสำรวจสุขภาพจิตไปหาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะที่ผู้วิจัยกำหนด แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

2. นำแบบสำรวจสุขภาพจิตที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักเรียนโรงเรียนกุนนทีรุทธวารามวิทยาคม จำนวน 100 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเป็นรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยวิธีของเพียร์สัน โพรดัก โมเมนต์ (The Pearson's Product Moment Correlation Method) และคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ .05 ขึ้นไป ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.1810 – 0.5622 ซึ่งมีจำนวน 58 ข้อ รายละเอียดรายข้อแสดงไว้ในภาคผนวก

3. นำแบบสำรวจที่คัดเลือกแล้วในข้อ 2 มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจเป็น 0.8769

ลักษณะแบบสอบถาม

1. แบบสำรวจสุขภาพจิต มีลักษณะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม การปรับตัวทางอารมณ์ และความสามารถในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 58 ข้อ

ตัวอย่างแบบสำรวจสุขภาพจิต

คำชี้แจง แบบสำรวจฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึคนึกคิดและการแสดงออกบางอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงของนักเรียน สิ่งที่สำคัญที่สุด คือขอให้นักเรียนตอบให้ตรงกับประสบการณ์ที่แท้จริงของนักเรียน โดยคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนจะเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุด และการตอบแบบสำรวจนี้จะไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อผลการเรียนของนักเรียนแต่อย่างใด ดังนั้นขอให้นักเรียนตอบคำถามทุกข้อ ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักเรียนมากที่สุด

วิธีตอบแบบสำรวจ

ให้นักเรียนอ่านข้อความทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักเรียนมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้
 กากที่ช่อง "จริง" เมื่อข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักเรียน
 กากที่ช่อง "ไม่จริง" เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักเรียน

ข้อความ	จริง	ไม่จริง
<u>การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม</u>		
การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง		
0) ฉันเป็นคนที่น่าเชื่อถือ.....		
00) ฉันตัดสินใจผิดบ่อย ๆ.....		

ข้อความ	จริง	ไม่จริง
การปรับตัวทางสังคม		
0) ฉันรู้สึกสนุกสนานเมื่ออยู่กับผู้คน.....		
00) ฉันไม่สนใจคนที่อยู่รอบ ๆ ตัวฉัน.....		
การปรับตัวทางอารมณ์		
เป็นคนสนุกสนาน ไม่มีอาการซึมเศร้า		
0) อนาคตของฉันสดใส.....		
00) ฉันรู้สึกท้อแท้ หดหู่.....		
เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล		
0) แม้จะเป็นวันที่ค่อนข้างเครียด ฉันก็ยังรู้สึกสบาย ๆ.....		
00) ฉันอารมณ์เสียง่าย หากมีอะไรมากระทบจิตใจของฉัน.....		
ความสามารถในการดำเนินชีวิต		
ให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น		
0) ฉันมักหลีกเลี่ยงที่จะทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น.....		
00) ฉันรู้สึกหงุดหงิด ถ้าคนอื่นไม่เห็นด้วยกับฉัน.....		
มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนได้		
0) ฉันทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวังรอบคอบ.....		
00) ฉันมักทำอะไรโดยไม่ได้คิด.....		

วิธีการให้คะแนน มีดังนี้

ผู้วิจัยตรวจสอบและให้คะแนนตามทิศทางของคำถามในแต่ละข้อ ซึ่งมีทั้ง

ข้อความทางบวกและทางลบ

1. คำถามในทางบวก

จริง	ให้	1	คะแนน
------	-----	---	-------

ไม่จริง	ให้	0	คะแนน
---------	-----	---	-------

2. คำถามในทางลบ

จริง	ให้	0	คะแนน
------	-----	---	-------

ไม่จริง	ให้	1	คะแนน
---------	-----	---	-------

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนน

ใช้คะแนนมาตรฐาน T เป็นคะแนนเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังนี้

ต่ำกว่า 34 หมายถึง สุขภาพจิตที่ควรได้รับความช่วยเหลือ

35 – 44 หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ

45 – 54 หมายถึง สุขภาพจิตปกติ

55 – 64 หมายถึง สุขภาพจิตค่อนข้างดี

65 ขึ้นไป หมายถึง สุขภาพจิตดีมาก

การแปลงคะแนนดิบเป็นคะแนนมาตรฐาน T ใช้ค่าเฉลี่ยที่ได้มาจากเกณฑ์

การแปลงคะแนนดิบเป็นคะแนนมาตรฐาน T ของแบบสำรวจบุคลิกภาพ (Basic Personality Inventory) ของ แจคสัน (Jackson. 1989 : 19) ซึ่งในแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยดังนี้

ด้านที่ 1	การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม	4.25
-----------	--	------

1.1	มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ	
-----	---	--

	และมีความสามารถในการทำงาน	1.75
--	---------------------------	------

1.2	มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม	2.50
-----	--	------

ด้านที่ 2	การปรับตัวทางอารมณ์	6.01
2.1	เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิตไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้	2.19
2.2	เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว	3.82
ด้านที่ 3	ความสามารถในการดำเนินชีวิต	9.12
3.1	ให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้	4.05
3.2	มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้และมีความอดทน	5.07
สุขภาพจิตรวม		19.38

2. แบบสำรวจสุขภาพกาย มีลักษณะเป็นคำถามเกี่ยวกับ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยที่นักเรียนเป็นบ่อย ๆ และใช้ข้อมูลจากบัตรสุขภาพ ซึ่งตรวจร่างกายและเก็บข้อมูลโดยพยาบาลประจำโรงเรียน ในการพิจารณาเพิ่มเติม เพื่อประเมินว่านักเรียนมีร่างกายแข็งแรงหรือไม่แข็งแรง

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ คือ

1. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยังโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์จากผู้บริหารโรงเรียนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสำรวจไปเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1-15 เดือนกันยายน พ.ศ.2534 โดยขอความร่วมมือจาก อาจารย์แนะแนวและอาจารย์พยาบาลของโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะแบบสำรวจที่สมบูรณ์ จำนวน 534 ชุด คิดเป็นร้อยละ 84.09 จากแบบสำรวจทั้งหมด 635 ชุด แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for Social Science) โดยการหาค่าสถิติพื้นฐานและทดสอบสมมติฐานดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้คำนวณค่าความถี่และร้อยละ
 2. วิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียน โดยใช้คะแนนมาตรฐาน T
 3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสุขภาพจิตของนักเรียน 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน คือ เพศ อายุ สุขภาพกาย โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1, 2 และ 3
 4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสุขภาพจิตของนักเรียนที่มากกว่า 2 กลุ่ม คือ สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 4, 5 และ 6
- ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไปโดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method)
5. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด โดยใช้สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation) และวิเคราะห์ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยวิธีการของ Stepwise เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 7

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย (ลั่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 59)

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ลั่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 64)

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเป็นรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยใช้ Pearson's Product Moment Correlation (ลั่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 70)

2.2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจสุขภาพจิต โดยใช้ ∞ -Coefficient (ลั่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 171)

3. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบสมมติฐาน มีดังต่อไปนี้

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสุขภาพจิตของนักเรียน 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้ t-test (ลั่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 86)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสุขภาพจิตของนักเรียนที่มากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) (ลั่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 95)

ทดสอบความแตกต่างของสุขภาพจิตเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman - Kuels Method) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2530 : 268)

3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2530 : 346)

3.4 วิเคราะห์ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยใช้วิธีการของ Stepwise

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

N	แทน	จำนวนนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
M	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
k	แทน	จำนวนข้อของแบบสำรวจสุขภาพจิตในแต่ละด้าน
T	แทน	คะแนนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
df	แทน	Degrees of Freedom
SS	แทน	Sum of square
MS	แทน	Mean Square
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
SE	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์
R	แทน	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	แทน	กำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ
a	แทน	ค่าคงที่ของการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

การรายงานผลแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง
2. ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด
3. เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด โดยจำแนกตาม
 - 3.1 เพศ
 - 3.2 อายุ
 - 3.3 สุขภาพกาย
 - 3.4 สภาพครอบครัว
 - 3.5 อาชีพของผู้ปกครอง
 - 3.6 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
4. ศึกษาตัวแปร เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด

ผลการศึกษาค้นคว้า

1. สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 2-7

ตาราง 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	266	49.8
หญิง	268	50.2
รวม	534	100.0

จากตาราง 2 แสดงว่านักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง มีจำนวนนักเรียนชายและนักเรียนหญิงใกล้เคียงกัน

ตาราง 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
11-13 ปี (วัยรุ่นตอนต้น)	290	54.3
14-16 ปี (วัยรุ่นตอนกลาง)	244	45.7
รวม	534	100.0

จากตาราง 3 แสดงว่านักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง ส่วนใหญ่
เป็นนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น

ตาราง 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาพกาย

สุขภาพกาย	จำนวน	ร้อยละ
แข็งแรง	375	70.2
ไม่แข็งแรง	159	29.8
รวม	534	100.0

จากตาราง 4 แสดงว่านักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง ส่วนใหญ่ มีสุขภาพกายแข็งแรง

ตาราง 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพครอบครัว

สภาพครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	311	58.2
แตกแยก	173	32.4
เสียชีวิต	50	9.4
รวม	534	100.0

จากตาราง 5 แสดงว่านักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง ส่วนใหญ่มีสภาพครอบครัวปกติ คือมีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน และรักใคร่ปรองดองกัน รองลงมาได้แก่ สภาพครอบครัวแตกแยก คือมีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน แต่ทะเลาะเบาะแว้งกัน บิดามารดาแยกกันอยู่ และบิดามารดาหย่าร้างกัน และนักเรียนมีสภาพครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต น้อยที่สุด

ตาราง 6 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง

อาชีพของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ	70	13.1
ทำงานรัฐวิสาหกิจ	56	10.5
ค้าขาย	144	27.0
รับจ้าง	229	42.9
อื่น ๆ	35	6.6
รวม	534	100.0

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ปกครองของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาได้แก่ อาชีพค้าขาย รับราชการ ทำงานรัฐวิสาหกิจ และประกอบอาชีพอื่น ๆ (เช่น แม่บ้าน ข้าราชการบำนาญ) น้อยที่สุด

ตาราง 7 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ฐานะทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	304	56.9
ปานกลาง	195	36.5
สูง	35	6.6
รวม	534	100.0

จากตาราง 7 แสดงว่าครอบครัวของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ รองลงมาได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และมีฐานะทางเศรษฐกิจสูง น้อยที่สุด

2. ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ปรากฏผลดังตาราง 8

ตาราง 8 สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด

สุขภาพจิต	k	M	SD	T
1. การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม	20	14.07	3.02	83
1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า				
เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน	10	6.45	2.10	72
1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงาน				
เป็นกลุ่ม	10	7.62	1.72	80
2. การปรับตัวทางอารมณ์	20	11.52	2.79	70
2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต				
ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้	10	6.92	1.75	77
2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและ				
ไม่หวาดกลัว	10	4.60	1.77	54
3. ความสามารถในการดำเนินชีวิต	18	9.80	2.97	52
3.1 ให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของ				
ผู้อื่นปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและ				
สภาพแวดล้อมได้	8	3.98	1.44	50
3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการ				
แสดงออกของตนเองได้และมีความอดทน	10	5.82	2.22	51
สุขภาพจิตรวม	58	35.39	6.49	75

จากตาราง 8 แสดงว่าสุขภาพจิตโดยรวมของนักเรียนในชุมชนแออัดอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าสุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการปรับตัวทางสังคม และด้านการปรับตัวทางอารมณ์อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนมีสุขภาพจิตด้านมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้รู้ และมีความสามารถในการทำงาน ด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม และด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ส่วนสุขภาพจิตด้านเป็นคนที่ไม่อ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว ด้านให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ และด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้และมีความอดทน อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด

3.1 สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด จำแนกตามเพศ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบสภาวะจิตของนักเรียนชายและหญิง

สภาวะจิต	ชาย (N=266)		หญิง (N=268)		t
	M	SD	M	SD	
1. การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและ การปรับตัวทางสังคม	14.00	3.02	14.15	3.02	-.56
1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเอง เป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และ มีความสามารถในการทำงาน	6.29	2.13	6.61	2.06	-1.74
1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม	7.71	1.65	7.54	1.80	1.14
2. การปรับตัวทางอารมณ์	11.81	2.57	11.24	2.97	2.35*
2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความ หวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ ท้อแท้	7.06	1.60	6.78	1.89	1.88
2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว	4.74	1.74	4.46	1.79	1.84
3. ความสามารถในการดำเนินชีวิต	9.68	3.00	9.91	2.95	-.92
3.1 ให้ความร่วมมือและรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัว เข้ากับกฎระเบียบของสังคมและ สภาพแวดล้อมได้	4.09	1.49	3.87	1.38	1.72

ตาราง 9 (ต่อ)

สุขภาพจิต	ชาย (N=266)		หญิง (N=268)		t
	M	SD	M	SD	
3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้และมีความอดทน	5.59	2.26	6.04	2.16	-2.36*
สุขภาพจิตรวม	35.48	6.45	35.30	6.54	.33

* $p < .05$

จากตาราง 9 เมื่อพิจารณาโดยส่วนรวม พบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าสุขภาพจิตด้านการปรับตัวทางอารมณ์ของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงแตกต่างกัน ($p < .05$) โดยนักเรียนชายมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนหญิง ส่วนในด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่าสุขภาพจิตด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน ของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงแตกต่างกัน ($p < .05$) โดยนักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนชาย ส่วนในด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

3.2 สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด จำแนกตามอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 10

ตาราง 10 เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นและนักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง

สุขภาพจิต	วัยรุ่นตอนต้น (N = 290)		วัยรุ่นตอนกลาง (N = 244)		t
	M	SD	M	SD	
1. การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและ การปรับตัวทางสังคม	14.40	3.00	13.68	3.00	2.78**
1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเอง เป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และ มีความสามารถในการทำงาน	6.61	2.09	6.26	2.10	1.91
1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม	7.79	1.67	7.42	1.77	2.52**
2. การปรับตัวทางอารมณ์	11.63	2.82	11.39	2.75	1.03
2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความ หวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ ท้อแท้	7.08	1.71	6.73	1.80	2.33*
2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว	4.55	1.79	4.66	1.74	-.68

ตาราง 10 (ต่อ)

สุขภาพจิต	วัยรุ่นตอนต้น (N = 290)		วัยรุ่นตอนกลาง (N = 244)		t
	M	SD	M	SD	
3. ความสามารถในการดำเนินชีวิต	10.09	2.97	9.44	2.94	2.53*
3.1 ให้ความร่วมมือและรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัว เข้ากับกฎระเบียบของสังคมและ สภาพแวดล้อมได้	4.05	1.41	3.89	1.47	1.27
3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุม อารมณ์และการแสดงออกของ ตนเองได้และมีความอดทน	6.04	2.22	5.55	2.20	2.57*
สุขภาพจิตรวม	36.13	6.53	34.51	6.34	2.90**

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 10 เมื่อพิจารณาโดยส่วนรวม พบว่าสุขภาพจิตของนักเรียน
วัยรุ่นตอนต้นและนักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนวัยรุ่น
ตอนต้น มีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าสุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและ
การปรับตัวทางสังคม ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นและนักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง แตกต่าง
กัน ($p < .01$) โดยนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง

และสุขภาพจิตด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นและนักเรียนวัยรุ่นตอนกลางแตกต่างกัน ($p < .05$) โดยนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ส่วนด้านการปรับตัวทางอารมณ์นั้นไม่พบความแตกต่าง

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่าสุขภาพจิตด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ และด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน แตกต่างกัน ($p < .05$) โดยนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ส่วนในด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

3.3 สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด จำแนกตามสุขภาพกาย
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงและนักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง

สุขภาพจิต	สุขภาพกาย แข็งแรง (N = 290)		สุขภาพกาย ไม่แข็งแรง (N = 244)		t
	M	SD	M	SD	
1. การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและ การปรับตัวทางสังคม	14.61	2.74	12.80	3.26	6.16**
1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเอง เป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และ มีความสามารถในการทำงาน	6.81	1.94	5.60	2.23	5.99**
1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม	7.80	1.59	7.20	1.95	3.42**
2. การปรับตัวทางอารมณ์	12.02	2.58	10.35	2.92	6.58**
2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความ หวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ ท้อแท้	7.25	1.65	6.14	1.78	6.72**
2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว	4.77	1.72	4.20	1.82	3.34**
3. ความสามารถในการดำเนินชีวิต	10.27	2.91	8.67	2.81	5.87**

ตาราง 11 (ต่อ)

สุขภาพจิต	สุขภาพกาย แข็งแรง (N = 290)		สุขภาพกาย ไม่แข็งแรง (N = 244)		t
	M	SD	M	SD	
3.1 ให้ความร่วมมือและรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัว เข้ากับกฎระเบียบของสังคมและ สภาพแวดล้อมได้	4.09	1.44	3.72	1.41	2.76**
3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุม อารมณ์และการแสดงออกของ ตนเองได้และมีความอดทน	6.18	2.19	4.96	2.04	6.03**
สุขภาพจิตรวม	36.90	5.98	31.82	6.25	8.87**

** $p < .01$

จากตาราง 11 เมื่อพิจารณาโดยส่วนรวม พบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงและนักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าสุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม ด้านการปรับตัวทางอารมณ์ และด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต ของนักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงและนักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง

แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า สุขภาพจิตทุกด้านของนักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงและนักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง

3.4 สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด จำแนกตามสภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 12 – 34

ตาราง 12 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการปรับตัวทางสังคม ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	262.04	131.02	15.14**
ภายในกลุ่ม	531	4594.11	8.65	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	74.13	18.53	2.05
ภายในกลุ่ม	529	4782.02	9.04	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	20.61	10.31	1.13
ภายในกลุ่ม	531	4835.54	9.11	

** $p < .01$

จากตาราง 12 แสดงว่า นักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตด้านที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม แตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันและนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันใน ไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคมของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดัง ตาราง 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	13.19	13.48	14.66
แตกแยก	13.19	—	0.29	1.47*
เสียชีวิต	13.48	—	—	1.18*
ปกติ	14.66	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 13 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม ของนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติแตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต ($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตด้านที่ 1 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	84.65	42.32	9.92**
ภายในกลุ่ม	531	2265.59	4.27	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	20.26	5.06	1.15
ภายในกลุ่ม	529	2329.97	4.40	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	3.90	1.95	0.44
ภายในกลุ่ม	531	2346.33	4.42	

** $p < .01$

จากตาราง 14 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตด้านที่ 1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน แตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันนั้น ไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน เป็นรายคู่ ใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 15

ตาราง 15 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัว ต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	5.94	6.16	6.78
แตกแยก	5.94	—	0.22	0.84*
เสียชีวิต	6.16	—	—	0.62*
ปกติ	6.78	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 15 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเอง เป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน ของนักเรียนที่อยู่ใน ครอบครัวปกติ แตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและนักเรียนที่อยู่ใน ครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต ($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัว ปกติมีสุขภาพจิตด้านที่ 1.1 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่ บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

ตาราง 16 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	49.04	24.52	8.51**
ภายในกลุ่ม	531	1530.55	2.88	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	44.88	11.22	3.87**
ภายในกลุ่ม	529	1534.71	2.90	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	8.09	4.05	1.37
ภายในกลุ่ม	531	1571.49	2.96	

** $p < .01$

จากตาราง 16 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันและนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม แตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน ไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 17

ตาราง 17 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	7.25	7.32	7.88
แตกแยก	7.25	—	0.07	0.63*
เสียชีวิต	7.32	—	—	0.56*
ปกติ	7.88	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 17 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ของนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติ แตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก และนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต ($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก และครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ของนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 18

ตาราง 18 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ของนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่

อาชีพของ ผู้ปกครอง	M	ค้าขาย	รับจ้าง	รับราชการ	รัฐวิสาหกิจ	อื่น ๆ
ผู้ปกครอง	M	7.28	7.55	7.93	8.00	8.23
ค้าขาย	7.28	—	0.27	0.65*	0.72*	0.95*
รับจ้าง	7.55	—	—	0.38	0.45	0.68
รับราชการ	7.93	—	—	—	0.07	0.30
รัฐวิสาหกิจ	8.00	—	—	—	—	0.23
อื่น ๆ	8.23	—	—	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 18 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ของนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพค้าขายแตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการ ทำงานรัฐวิสาหกิจ และอาชีพอื่น ๆ ($p < .05$) โดยนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพอื่น ๆ ทำงานรัฐวิสาหกิจ และรับราชการมีสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 ดีกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพค้าขาย นอกนั้นไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 19 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์
ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่าง และ
นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	177.27	88.64	11.86**
ภายในกลุ่ม	531	3970.00	7.48	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	54.09	13.52	1.75
ภายในกลุ่ม	529	4093.18	7.74	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	82.13	41.07	5.36**
ภายในกลุ่ม	531	4065.14	7.66	

** $p < .01$

จากตาราง 19 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันและนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์แตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันนั้นไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านการปรับตัวทางอารมณ์ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 20

ตาราง 20 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์ ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	10.76	11.16	12.00
แตกแยก	10.76	—	0.40	1.24*
เสียชีวิต	11.16	—	—	0.84*
ปกติ	12.00	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 20 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์ ของนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติแตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต ($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตด้านที่ 2 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านการปรับตัวทางอารมณ์ของนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 21

ตาราง 21 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์ของนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

ฐานะทางเศรษฐกิจ		ต่ำ	กลาง	สูง
ของครอบครัว	M	11.21	11.82	12.54
ต่ำ	11.21	—	0.61*	1.33*
กลาง	11.82	—	—	0.72
สูง	12.54	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 21 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์ ของนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำแตกต่างจากนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวปานกลางและสูง ($p < .05$) โดยนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงและปานกลางมีสุขภาพจิตด้านที่ 2 ดีกว่านักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ

ตาราง 22 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่าง และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	80.03	40.01	13.61**
ภายในกลุ่ม	531	1560.67	2.94	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	24.91	6.23	2.04
ภายในกลุ่ม	529	1615.79	3.05	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	30.14	15.07	4.97**
ภายในกลุ่ม	531	1610.56	3.03	

** $p < .01$

จากตาราง 22 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันและนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้แตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันนั้นไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 23

ตาราง 23 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	6.40	6.72	7.24
แตกแยก	6.40	—	0.32	0.84*
เสียชีวิต	6.72	—	—	0.52*
ปกติ	7.24	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 23 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ ของนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติแตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต ($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ ของนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 24

ตาราง 24 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ ของนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

ฐานะทางเศรษฐกิจ		ต่ำ	กลาง	สูง
ของครอบครัว	M	6.74	7.09	7.57
ต่ำ	6.74	—	0.35*	0.83*
กลาง	7.09	—	—	0.48
สูง	7.57	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 21 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ ของนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำแตกต่างจากนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวปานกลางและสูง ($p < .05$) โดยนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงและปานกลางมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ

ตาราง 25 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย

ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียน
ที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	19.23	9.61	3.10*
ภายในกลุ่ม	531	1647.01	3.10	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	10.91	2.73	.87
ภายในกลุ่ม	529	1655.33	3.13	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	12.88	6.44	2.07
ภายในกลุ่ม	531	1653.36	3.11	

* $p < .05$

จากตาราง 25 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิต
ด้านที่ 2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว แตกต่างกัน ($p < .05$)
ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันและนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของ
ครอบครัวต่างกันนั้นไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านเป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 26

ตาราง 26 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล และไม่หวาดกลัว ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	4.36	4.44	4.76
แตกแยก	4.36	—	0.08	0.40*
เสียชีวิต	4.44	—	—	0.32
ปกติ	4.76	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 26 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว ของนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติแตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก ($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตด้านที่ 2.2 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก

ตาราง 27 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 3 ความสามารถในการ
ดำเนินชีวิต ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมี
อาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	142.34	71.17	8.29**
ภายในกลุ่ม	531	4558.41	8.48	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	21.60	5.40	.61
ภายในกลุ่ม	529	4679.15	8.85	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	22.20	11.08	1.26
ภายในกลุ่ม	531	4678.58	8.81	

** $p < .01$

จากตาราง 27 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิต
ด้านที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิต แตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนนักเรียนที่
ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันและนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันนั้น
ไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตของนักเรียน
ที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการ
วิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 28

ตาราง 28 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิต ของ
นักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	9.12	9.48	10.23
แตกแยก	9.12	—	0.36	1.11*
เสียชีวิต	9.48	—	—	0.75
ปกติ	10.23	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 28 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 3 ความสามารถในการดำเนิน
ชีวิต ของนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติแตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก
($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตด้านที่ 3 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ใน
ในครอบครัวแตกแยก

ตาราง 29 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ให้ความสำคัญร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	36.19	18.09	8.99**
ภายในกลุ่ม	531	1068.59	2.01	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	7.22	1.81	.87
ภายในกลุ่ม	529	1097.55	2.07	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	9.00	4.50	2.18
ภายในกลุ่ม	531	1095.77	2.06	

** $p < .01$

จากตาราง 29 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ให้ความสำคัญร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ แตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันและนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันั้นไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพ
ครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ปรากฏผลดังตาราง 30

ตาราง 30 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ ของ
นักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	3.61	3.98	4.18
แตกแยก	3.61	—	0.37	0.57*
เสียชีวิต	3.98	—	—	0.20
ปกติ	4.18	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 30 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ให้ความร่วมมือและรับฟัง
ความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ ของ
นักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติแตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก ($p < .05$)
โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ใน
ครอบครัวแตกแยก

ตาราง 31 วิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตด้านที่ 3.2 มีความรับผิดชอบ

ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	37.81	18.90	3.88*
ภายในกลุ่ม	531	2584.21	4.87	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	18.39	4.60	.93
ภายในกลุ่ม	529	2603.62	4.92	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	6.26	3.13	.64
ภายในกลุ่ม	531	2615.75	4.93	

* $p < .05$

จากตาราง 31 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตด้านที่ 3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน แตกต่างกัน ($p < .05$) ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันและนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันั้นไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดง
ของตนเองได้และมีความอดทน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่
โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 32

ตาราง 32 เปรียบเทียบสุขภาพจิตด้านที่ 3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์
และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพ
ครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		เสียชีวิต	แตกแยก	ปกติ
ครอบครัว	M	5.50	5.50	6.04
เสียชีวิต	5.50	—	0.00	0.54
แตกแยก	5.50	—	—	0.54*
ปกติ	6.04	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 32 แสดงว่าสุขภาพจิตด้านที่ 3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุม
อารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน ของนักเรียนที่อยู่ใน
ครอบครัวปกติแตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก ($p < .05$) โดย
นักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตด้าน 3.2 ดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัว
แตกแยก

ตาราง 33 วิเคราะห์ความแปรปรวนสภาพจิตรวมทุกด้าน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สภาพครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	1714.34	857.17	21.97**
ภายในกลุ่ม	531	20712.64	39.01	
อาชีพของผู้ปกครอง				
ระหว่างกลุ่ม	4	215.34	53.84	1.28
ภายในกลุ่ม	529	22211.64	41.99	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ระหว่างกลุ่ม	2	122.89	61.45	1.46
ภายในกลุ่ม	531	22304.09	42.00	

** $p < .01$

จากตาราง 33 แสดงว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกลุ่มมีสภาพจิตรวมทุกด้าน แตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันและนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกลุ่มนั้นไม่พบความแตกต่าง

ผลการทดสอบสุขภาพจิตรวมทุกด้าน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน เป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 34

ตาราง 34 เปรียบเทียบสุขภาพจิตรวมทุกด้าน ของนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

สภาพ		แตกแยก	เสียชีวิต	ปกติ
ครอบครัว	M	33.06	34.12	36.89
แตกแยก	33.06	—	1.06	3.83*
เสียชีวิต	34.12	—	—	2.77*
ปกติ	36.89	—	—	—

* $p < .05$

จากตาราง 34 แสดงว่าสุขภาพจิตรวมทุกด้าน ของนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติแตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต ($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

4. ศึกษาตัวแปร เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด

จากสมมติฐานข้อ 7 ตัวแปร เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวของนักเรียนในชุมชนแออัด ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน จากการทดสอบโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน โดยใช้สหสัมพันธ์พหุคูณโดยการใส่ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) และวิธีการของ Stepwise ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังตาราง 35-44

4.1 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม

ตาราง 35 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1

ตัวแปร	b	SE	B	t
สุขภาพกาย	1.695	.269	.257	6.294**
สภาพครอบครัว	.128	.027	.194	4.738**
อายุ	.733	.246	.121	2.983**
R = .360 F = 26.282**				
R ² = .130				
SE = 2.824				
a = 11.697				

**p<.01

จากตาราง 35 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม 3 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว และอายุ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 13

4.2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1.1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน

ตาราง 36 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1.1

ตัวแปร	b	SE	B	t
สุขภาพกาย	1.018	.187	.227	5.449**
สภาพครอบครัว	.076	.019	.165	3.958**
อายุ	.363	.174	.086	2.083**
เพศ	-.350	.174	-.083	-2.014**
R = .314 F = 14.415**				
R ² = .100				
SE = 2.002				
a = 5.241				

**p<.01

จากตาราง 36 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1. 1 มีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน 4 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อายุ และ เพศ แต่ตัวแปรเพศ ส่งผลทางด้านลบ ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 10

4.3 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม

ตาราง 37 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1.2

ตัวแปร	b	SE	B	t
สภาพครอบครัว	.059	.016	.155	3.668**
สุขภาพกาย	.546	.156	.148	3.504**
อายุ	.378	.146	.110	2.600**
R = .250 F = 11.792** R ² = .060 SE = 1.671 a = 6.669				

**p<.01

จากตาราง 37 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 1.2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม 3 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ สภาพครอบครัว สุขภาพกาย และอายุ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 6

4.4 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์

ตาราง 38 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2

ตัวแปร	b	SE	B	t
สุขภาพกาย	1.554	.251	.255	6.188**
สภาพครอบครัว	.100	.025	.164	3.976**
เพศ	.500	.229	.090	2.181**
R = .335 F = 22.290**				
R ² = .110				
SE = 2.636				
a = 9.563				

**p<.01

จากตาราง 38 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์ 3 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว และเพศ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ

4.5 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้

ตาราง 39 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.1

ตัวแปร	b	SE	B	t
สุขภาพกาย	.962	.154	.256	6.242**
สภาพครอบครัว	.070	.016	.182	4.429**
อายุ	.372	.144	.106	2.585**
R = .344 F = 23.688**				
R ² = .120				
SE = 1.652				
a = 5.608				

**p<.01

จากตาราง 39 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.1 เป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ 3 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว และอายุ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 12

4.6 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย
ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว

ตาราง 40 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.2

ตัวแปร	b	SE	B	t
สุขภาพกาย	.519	.163	.137	3.191**
สภาพครอบครัว	.036	.017	.092	2.139**
R = .173 R² = .030 SE = 1.745 a = 4.013 F = 8.152**				

**p<.01

จากตาราง 40 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 2.2 เป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว 2 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย และสภาพครอบครัว ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 3

4.7 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3 ความสามารถในการ ดำเนินชีวิต

ตาราง 41 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3

ตัวแปร	b	SE	B	t
สุขภาพกาย	1.628	.271	.251	6.008**
สภาพครอบครัว	.100	.027	.153	3.665**
ฐานะทางเศรษฐกิจ	.081	.027	.123	2.941**
อายุ	.684	.245	.115	2.789**
R = .328 F = 15.963** R² = .110 SE = 2.816 a = 7.180				

**p<.01

จากตาราง 41 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิต 4 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และอายุ ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 11

4.8 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้

ตาราง 42 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.1

ตัวแปร	b	SE	B	t
สภาพครอบครัว	.054	.014	.171	3.982**
ฐานะทางเศรษฐกิจ	.042	.014	.133	3.091**
สุขภาพกาย	.386	.132	.125	2.930**
R = .236 F = 10.375**				
R ² = .060				
SE = 1.403				
a = 3.120				

**p<.01

จากตาราง 42 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.1 ให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ 3 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และสุขภาพกาย ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 6

4.9 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน

ตาราง 43 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.2

ตัวแปร	b	SE	B	t
สุขภาพกาย	1.104	.198	.233	5.572**
อายุ	.521	.185	.117	2.817**
เพศ	-.465	.184	-.105	-2.525**
สภาพครอบครัว	.048	.020	.099	2.362**
R = .301 F = 13.205** R² = .090 SE = 2.123 a = 4.689				

**p<.01

จากตาราง 43 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านที่ 3.2 มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน 4 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย อายุ เพศ และสภาพครอบครัว แต่ตัวแปรเพศ ส่งผลทางด้านลบ ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 9

4.10 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตรวมทุกด้าน

ตาราง 44 แสดงค่าสถิติของตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตรวมทุกด้าน

ตัวแปร	b	SE	B	t
สุขภาพกาย	4.506	.546	.325	8.248**
สภาพครอบครัว	.329	.056	.231	5.883**
อายุ	1.709	.510	.131	3.353**
R = .436 F = 41.366** R ² = .190 SE = 5.856 a = 29.248				

**p<.01

จากตาราง 44 พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตรวมทุกด้าน 3 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว และอายุ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 19

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง

กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรด้าน เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

3. เพื่อศึกษาตัวแปร เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2534 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วยโรงเรียนกุนนทีรุทธวารามวิทยาคม โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ โรงเรียนพระราชราษฎร์อุปถัมภ์และโรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี โดยเป็นนักเรียนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง จำนวน 534 คน เป็นนักเรียนชาย 266 คน และนักเรียนหญิง 268 คน ซึ่งได้จากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสำรวจแบ่งออกเป็น

3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของนักเรียน ได้แก่ เพศ อายุ สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ตอนที่ 2 เป็นแบบสำรวจสุขภาพจิต

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกายของนักเรียน ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยที่นักเรียนเป็นบ่อย ๆ และใช้ข้อมูลจาก บัตรสุขภาพซึ่งตรวจร่างกายและเก็บข้อมูลโดยพยาบาลประจำโรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ดังนี้

1. ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด โดยใช้คะแนนมาตรฐาน T เป็นคะแนนเปรียบเทียบกับเกณฑ์

2. เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียน 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน จำแนกตาม เพศ อายุ สุขภาพกาย โดยใช้การทดสอบค่าที

3. เปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนที่มากกว่า 2 กลุ่ม จำแนกตาม สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และวิเคราะห์เป็นรายคู่ด้วยวิธีของนิวแมน-คูลส์

4. ศึกษาตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน โดยใช้สหสัมพันธ์พหุคูณ และวิธีการของ Stepwise

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวแปรต่าง ๆ พบว่า

1. นักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร โดยส่วนรวม มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า สุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม และด้านการปรับตัวทางอารมณ์ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปกติ

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า นักเรียนมีสุขภาพจิตด้านมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงานด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม และด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนสุขภาพจิตด้านรู้สึกผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว ด้านให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ และด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทนอยู่ในระดับปกติ

2. นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนชายมีสุขภาพจิตด้านการปรับตัวทางอารมณ์ดีกว่านักเรียนหญิง ($p < .05$)

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทนดีกว่านักเรียนชาย ($p < .05$)

3. นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคมดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$) และนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .05$)

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ตีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$) และนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ และด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้และมีความอดทน ตีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .05$)

4. นักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง ($p < .01$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านและพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตทุกด้านดีกว่านักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง ($p < .01$)

5. นักเรียนที่อยู่ในครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ($p < .01$) โดย นักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัมีสุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม และด้านการปรับตัวทางอารมณ์ แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต ส่วนนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน ($p < .01$) โดย นักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตด้านมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน ด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม และด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก

และครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

สำหรับนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตด้านให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อม ได้ แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก และนักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตด้านเป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว และด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน แตกต่างกัน ($p < .05$) โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก

6. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันมีสุขภาพจิตทุกด้านไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันมีสุขภาพจิตด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพอื่น ๆ ทางการเมืองการปกครองและรับราชการมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างและค้าขาย

7. นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตด้านการปรับตัวทางอารมณ์แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงและปานกลาง มีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่านักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ แตกต่างกัน ($p < .01$) โดยนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงและปานกลาง มีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

8. ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนเรียงลำดับจากมากไปน้อย
ดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว และอายุ

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านการรับรู้
เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย
สภาพครอบครัว และอายุ ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านการปรับตัวทางอารมณ์
เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว และเพศ และตัวแปรที่
ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต เรียงลำดับจากมากไปน้อย
ดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และอายุ

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต
ด้านมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำและมีความสามารถในการทำงาน
เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อายุ และเพศ ตัวแปร
ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม เรียงลำดับ
จากมากไปน้อยดังนี้ สภาพครอบครัว สุขภาพกาย และอายุ

ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต
ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว
และอายุ ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านเป็นคนที่ไม่อ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่
หวาดกลัว เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สุขภาพกาย และสภาพครอบครัว

ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของ
ผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ เรียงลำดับจากมาก
ไปน้อยดังนี้ สภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และสุขภาพกาย
และตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และ
การแสดงออกของตนเองได้และมีความอดทน เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้
สุขภาพกาย อายุ เพศ และสภาพครอบครัว

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า

1. นักเรียนในชุมชนแออัดโดยส่วนรวมมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีมาก โดยนักเรียนมีสุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม และด้านการปรับตัวทางอารมณ์ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดส่วนใหญ่มีสุขภาพกายแข็งแรง (ร้อยละ 70.2) และอยู่ในครอบครัวปกติ (ร้อยละ 58.2) ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตทุกด้านดีกว่านักเรียนที่สุขภาพกายไม่แข็งแรง ($p < .01$) และนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตทุกด้านดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต

นอกจากนี้นักเรียนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด แม้จะเคยอยู่ในอาคารบ้านเรือนที่มีสภาพแออัด คับแคบและไม่ถูกสุขลักษณะ แต่เมื่อเข้าไปอยู่ในโรงเรียนซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น เช่น บริเวณกว้างขวาง สะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี มีสนามกีฬาทั้งในร่มและกลางแจ้ง สวนหย่อม ที่นั่งพักผ่อน มีการจัดแผนการเรียน การจัดกลุ่มนักเรียน การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ตามความสนใจ ความถนัดและความสามารถของนักเรียน มีอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แนะแนว อาจารย์พยาบาล คอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ทำให้นักเรียนรู้สึกอบอุ่น มั่นใจและมีพัฒนาการทางร่างกาย สังคมและจิตใจที่ดีขึ้น รวมทั้งนักเรียนมีกลุ่มเพื่อนซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกัน ทำให้นักเรียนรู้สึกว่าเราสามารถอยู่กับเพื่อน ๆ ได้อย่างมีความสุข ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลให้นักเรียนมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี

แต่จากการศึกษาพบว่านักเรียนในชุมชนแออัดมีสุขภาพจิตด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต คือการให้ความร่วมมือและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ และการมีความรับผิดชอบ ควบคุม

อารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้และมีความอดทน อยู่ในระดับต่ำกว่า
 สุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคมและด้านการปรับตัว
 ทางอารมณ์ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากในครอบครัวมีอาณาบริเวณจำกัด สมาชิกขาด
 บริเวณที่เป็นส่วนตัว ทำให้รู้สึกที่บ้านไม่ใช่สถานที่ที่ช่วยให้คนรู้สึกสบายใจ นักเรียน
 ซึ่งอยู่ในระยะวัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระ หรือมุมมองเฉพาะที่จะทำกิจกรรมส่วนตัว
 ซึ่งสอดคล้องกับที่ ประดิษฐ์ อูปรมัย (2532 : 252) กล่าวว่าความแออัดทำให้
 เกิดปฏิสัมพันธ์ทางลบภายในครอบครัวเพราะรู้สึกว่าตนขาดความเป็นส่วนตัว รู้สึก
 หงุดหงิดและอยากระบายอารมณ์ออกมา ทำให้บรรยากาศของบ้านเกิดความ
 ตึงเครียด และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคนอื่น ๆ
 (2528 : 32 และ 38-40) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาในแง่ที่เกี่ยวกับการอบรม
 เลี้ยงดูเด็กของมารดาไทย พบว่า ความแออัด ซึ่งประกอบด้วยสภาพแออัดและ
 ความรู้สึกแออัด มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตเสื่อม มีพฤติกรรมก้าวร้าว
 และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อกัน

นอกจากนี้ในชุมชนแออัดยังมีปัญหาความยากจน ความลำบากในการ
 ครองชีพ บิดามารดาต้องละทิ้งบ้านไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงตนเอง
 และครอบครัว ทำให้เด็กขาดการดูแลเอาใจใส่ ถูกปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการ
 อบรมที่ดีเพียงพอ ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวของนักเรียนวัยรุ่น เช่นปัญหา
 การสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและปัญหาในการเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม

2. นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไป
 ตามสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสาเหตุ 2 ประการ

ประการแรก สภาพแวดล้อมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป บิดามารดา
 ส่วนหนึ่งที่มีการศึกษาหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง
 ให้ความสนใจเกี่ยวกับพัฒนาการและจิตวิทยาของเด็ก จึงให้ความสำคัญและดูแล
 เอาใจใส่ อบรมสั่งสอนบุตรชายและหญิงเท่าเทียมกัน

ประการที่สอง ในชุมชนแออัดประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป หรือค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ มีปัญหารายได้ไม่เพียงพอสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว บิดามารดามีความเครียดจากการประกอบอาชีพ จากการต่อสู้ชีวิต ไม่มีเวลาที่จะอบรมดูแลลูกเพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงทำให้นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

แต่การศึกษาพบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีความแตกต่างกันในด้านการปรับตัวทางอารมณ์ และความสามารถในการดำเนินชีวิต ($p < .05$) โดยนักเรียนชายมีการปรับตัวทางอารมณ์ดีกว่านักเรียนหญิง และในด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต นักเรียนหญิงมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้และมีความอดทนมากกว่านักเรียนชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาเพลน (Kaplan. 1959 : 293) ที่พบว่าเด็กหญิงมีปัญหาความคับข้องใจและการปรับตัวมากกว่าเด็กชาย เนื่องจากเด็กหญิงถูกอบรมสั่งสอนให้รู้จักระมัดระวัง รู้จักควบคุมอารมณ์ เก็บความรู้สึกวิตกกังวล ความก้าวร้าว และไม่มีอิสระในการแสดงพฤติกรรม จึงทำให้เกิดความคับข้องใจมากกว่าเด็กชาย

โดยธรรมชาติทางจิตใจของชายและหญิงนั้นมีความแตกต่างกัน ดังที่ถนนม โถทอง (2519 : 18) กล่าวว่า โดยทั่วไปนักเรียนชายมักเชื่อมั่นในตนเองเปิดเผย กล้าเสี่ยงกล้าแสดงออก กล้าเผชิญข้อเท็จจริงมากกว่านักเรียนหญิง ส่วนนักเรียนหญิงจะมีอารมณ์อ่อนไหวต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ ง่าย และเมื่อเกิดความตึงเครียดในสภาพแวดล้อมนักเรียนหญิงย่อมจะมีความกลัวและเศร้าใจต่อสภาพที่พบเห็นมากกว่านักเรียนชาย โดยเฉพาะในสังคมไทยมีค่านิยมในการอบรมเด็กหญิงให้มีกิริยามารยาทเรียบร้อย มีความประพฤติดี และต้องอยู่ในกรอบของขนบธรรมเนียมประเพณีมากกว่าเด็กชาย (จิราภรณ์ สุทธิสานนท์. 2529 : 81) จึงทำให้นักเรียนหญิงมีปัญหาการปรับตัวมากกว่านักเรียนชาย แต่มีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทนมากกว่านักเรียนชาย

3. นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม และสุขภาพจิตด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้านพบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$) และมีสุขภาพจิตด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ และด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน ดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจันปัจจนิก (2524 : 124) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครและสงขลา ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นตอนต้น (มศ.1) มีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นตอนกลาง (มศ.3) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เปรมสุริย์ เชื้อมทอง (2526 : 58) ที่ศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับวัยรุ่นในโรงเรียน พบว่า วัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$) ในด้านความรู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล และมีสุขภาพจิตดีกว่า ($p < .05$) ในด้านย่ำคิดย่ำทำ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ถนอมศรี อินทนนท์ (2530 : 82) ที่ศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมกล้าแสดงออกของวัยรุ่นที่อยู่ในสภาพแวดล้อมต่างกัน พบว่าวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นตอนกลางต้องปรับตัวค่อนข้างมากเพื่อแสดงให้เห็นว่าตนเป็นอิสระ และสามารถช่วยตนเองได้เท่าเทียมกับเพื่อน ๆ มักจะแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผยทั้งกิริยาท่าทางและคำพูดที่ค่อนข้างรุนแรง รวมทั้งมีอารมณ์อ่อนไหวเมื่อถูกตำหนิหรือบิตามารดาผู้ปกครองไม่เห็นด้วยกับความคิดของตนก็จะเกิดอารมณ์

เศร้ามอง ไม่รับรู้ปัญหาและหลีกเลี่ยงปัญหา นอกจากนี้วัยรุ่นตอนกลางยังมีปัญหาการปรับตัวทางสังคมกับเพื่อนต่างเพศ ปัญหาด้านการศึกษาเล่าเรียน และการเลือกอาชีพในอนาคตมากกว่าวัยรุ่นตอนต้น ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นตอนต้น

4. นักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตทุกด้านดีกว่านักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพกายที่สมบูรณ์มีผลต่อความรู้สึกและความคิดของนักเรียน ดังที่ บัวทอง สว่างโสภากุล (2524 : 186-187) กล่าวว่า สุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ควบคู่กันอย่างแยกไม่ออก สภาวะที่เจ็บป่วยทางกายจะกระทบกระเทือนไปถึงสภาวะทางจิต ทำให้เกิดการเจ็บป่วยไปด้วยและสภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะกระทบกระเทือนสภาวะทางกายด้วยเช่นกัน ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องการที่จะมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ เขาจะต้องพยายามรักษาสุขภาพกายให้แข็งแรงเสียก่อน ความบกพร่องของร่างกายบางอย่างเป็นผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของคนเรา สุขภาพกายที่อ่อนแอ ทำให้คนเราเกิดความเบื่อหน่ายต่อชีวิตและขาดความสดชื่นรื่นเริงได้ง่ายที่สุด ความเจ็บปวดและอาการทางกายที่รบกวนอยู่ตลอดเวลาจะก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้การปรับตัวและความสามารถในการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ลดน้อยลงไปด้วย

ผลการศึกษารั้ังนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน พันธุมนาวัน และเพ็ญแข ประจันปัจจันิก (2524 : 123) ที่พบว่าสุขภาพกายและสุขภาพจิตของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันทางบวก โดยวัยรุ่นที่มีสุขภาพกายในระดับสูงมากเพียงใดก็จะมีสุขภาพจิตในระดับที่สูงขึ้นด้วย

5. นักเรียนที่อยู่ในสภาพครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 โดยมีความแตกต่างกันระหว่างนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติกับครอบครัวแตกแยก และนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติกับครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต โดยนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต และนักเรียนที่อยู่ใน

ครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต มีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก ทั้งนี้เนื่องจากความสัมพันธ์ของบิดามารดามีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กในทุก ๆ ด้านและจะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของเด็กเมื่อเด็กเจริญเติบโตขึ้น ดังที่ อัจฉรา สุขารมณ (2522 : 38) ให้ความเห็นว่า สุขภาพจิตเริ่มต้นที่บ้าน ครอบครัวที่สงบสุขก่อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีแก่สมาชิกในครัวเรือน ในครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต เด็กจะรู้สึกหวาดหวั่น เสียใจ และน้อยเนื้อต่ำใจ แต่สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัวไม่มีความขัดแย้งกันจนเป็นที่สะเทือนใจของเด็ก หากบิดาและ/หรือมารดาสามารถให้ความรักความเข้าใจ และให้การอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมก็จะช่วยลดความคับข้องใจของเด็ก ตลอดจนสามารถปรับตัวได้ขึ้น

ส่วนในครอบครัวแตกแยกนั้น บิดามารดาจะมีความขัดแย้ง ไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน หรือมีปัญหาเศรษฐกิจทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การแยกกันอยู่หรือหย่าร้างกันทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรเพียงคนเดียว ความเครียดและความหงุดหงิดจากบิดามารดาจะถ่ายทอดไปสู่บุตร เด็กจะรู้สึกมีปมด้อย ขาดความมั่นคงและหวาดหวั่น ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ยาก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของโรคจิต โรคประสาท ปัญหาอาชญากรรม ยาเสพติด และอื่น ๆ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ อินทรชัยศรี (2518 : บทคัดย่อ) พบว่า วัยรุ่นที่พ่อแม่อยู่ด้วยกันมีความขัดแย้งกับพ่อแม่ในด้านต่าง ๆ น้อยกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ถึงแก่กรรมหรือหย่าร้าง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันทิกา แย้มสรวล (2522 : บทคัดย่อ) พบว่า นักเรียนที่พ่อแม่อยู่ด้วยกันและแยกกันอยู่มีมโนภาพแห่งตนแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด และชิรวัดน์ นิจนตร (2526 : 197) พบว่าวัยรุ่นจากครอบครัวแตกแยกมีสุขภาพจิตเสื่อมกว่าวัยรุ่นจากครอบครัวปกติ

6. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่านักเรียนส่วนใหญ่มีผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขาย ส่วนอาชีพรับราชการ ทำงานรัฐวิสาหกิจและอาชีพอื่น ๆ มีจำนวนน้อย อีกประการหนึ่งคือไม่ว่าผู้ปกครองของนักเรียนจะมีอาชีพใดก็ตาม เมื่อ

อยู่ในกรุงเทพมหานครที่มีปัญหาสังคมมากมาย ปัญหาสภาพแวดล้อมและปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนต้องดิ้นรน แข่งขันกันอย่างยาก และด้วยสภาพการจราจรที่ติดขัดไปทั่วทุกมุมเมือง ทำให้ผู้ปกครองไม่มีเวลาที่จะอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวได้เหมือน ๆ กัน ผลการศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2524 : 38) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตทรอกซิมของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า อาชีพของผู้ปกครองไม่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน

แต่การศึกษาพบว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพค้าขาย มีสุขภาพจิตด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการ ทำงานรัฐวิสาหกิจ และอาชีพอื่น ๆ ($p < .01$) โดยนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพอื่น ๆ ทำงานรัฐวิสาหกิจและรับราชการ มีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพค้าขาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในชุมชนแออัดประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ มีทำเลที่ตั้งไม่แน่นอน เช่น หาบเร่ แผงลอย มีรายได้แค่พอกินพอใช้และไม่มั่นคงเหมือนอาชีพรับราชการ ทำงานรัฐวิสาหกิจ นอกจากนี้ผู้ปกครองที่มีอาชีพค้าขายต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ เพราะเป็นงานที่กำหนดเวลาแน่นอนไม่ได้ จึงไม่มีเวลาที่จะดูแลและอบรมสั่งสอนบุตรหลานในครอบครัว ทำให้เด็กขาดที่พึ่งทางใจและส่งผลต่อการปรับตัวทางสังคมของนักเรียน

7. จากการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 6 แต่สอดคล้องกับความเห็นของ ประดิษฐ์ อุปรมัย (2532 : 263) ที่กล่าวว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีภาระหน้าที่โดยตรงต่อการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว จำเป็นต้องให้เวลากับการทำงานมากจนไม่มีเวลาที่จะอบรมเลี้ยงดูเด็ก และการมีสภาพเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอ ขาดโอกาสที่จะแสวงหาความบันเทิงเพื่อผ่อนคลายความเครียด อย่างไรก็ตามครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ

และสังคมสูง หัวหน้าครอบครัวมีภาระกิจต้องทำมากและมีเงินมากพอที่จะจ้างผู้อื่นมาเลี้ยงดูเด็กแทนตน ทำให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นไปตามอารมณ์ และลักษณะนิสัยของผู้เลี้ยงมากกว่าจะคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก นอกจากนี้บิดามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจำนวนไม่น้อยมักเลี้ยงลูกแบบตามใจทุกอย่างและปกป้องลูกมากเกินไป ทำให้เด็กขาดความเข้าใจในสิ่งที่ควรและไม่ควร เอาแต่ใจตนเอง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ว่าต่ำหรือสูง ล้วนมีผลต่อวิธีการอบรมเลี้ยงดูและสุขภาพจิตของเด็ก

แต่การศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงและปานกลางมีสุขภาพจิตด้านการปรับตัวทางอารมณ์ และด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ แตกต่างจากนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ ($p < .01$) โดยนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงและปานกลาง มีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีปัญหากับการแสวงหารายได้มาให้ครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงและปานกลาง ทำให้ต่างคนต่างอยู่ มีความห่างเหินกัน หรือมีการทะเลาะเบาะแว้งและขัดแย้งกันอยู่เสมอ นอกจากนี้การมีรายได้น้อยทำให้ขาดโอกาสในการใช้จ่ายเพื่อความสุข ความสนุกสนานส่วนตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม ได้รับการยอมรับจากสังคมน้อย จึงเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาด้านการปรับตัวทางอารมณ์ เพราะมีความรู้สึกเป็นปมด้อย หงุดหงิด ขาดกำลังใจ และใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรวัดน์ นิจนตร (2526 : 192) พบว่า วัยรุ่นจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีสุขภาพจิตเสื่อมกว่าวัยรุ่นในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ในด้านมโนภาพแห่งตน ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และสุขภาพจิตรวม

8. ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนส่วนใหญ่ ได้แก่ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว และอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน

และเพ็ญแข ประจันปัจฉินิก (2524 : 146) ที่พบว่า สุขภาพกายเป็นดัชนีของสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดีในกลุ่มวัยรุ่นประเภทต่าง ๆ และ ผน แสงสิงแก้ว (2521 : 162) กล่าวว่า ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวเป็นรากฐานของความสุขแห่งชีวิต เป็นรากฐานของการเป็นปึกแผ่นในสังคม ถ้าครอบครัวแตกแยกหรือขาดความผูกพันรักใคร่ชีวิตในสังคมก็จะแตกแยกไปด้วย และสอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2529 ของ อัมพร โอตระกูล และคนอื่น ๆ (2533 : 2) ที่พบว่าปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มอายุต่าง ๆ มีดังนี้ กลุ่มอายุ 0-3 ปี มีปัญหาร้อยละ 29.8 กลุ่มอายุ 4-7 ปี มีปัญหาร้อยละ 29 กลุ่มอายุ 7-16 ปี มีปัญหาร้อยละ 37.9 และกลุ่มอายุ 16 ปีขึ้นไป มีปัญหาร้อยละ 48.7 แสดงให้เห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังพบว่า ตัวแปร เพศ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านการปรับตัวทางอารมณ์ และด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตของนักเรียน ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะว่าการอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกันระหว่างเด็กชายและเด็กหญิง และอารมณ์ของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก ดังที่ กีเซล (Gesell) กล่าวว่า วัยรุ่นจะมีอารมณ์รุนแรงในระหว่างที่มีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ยังมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางกายมากเท่าใดก็จะเกิดอารมณ์รุนแรงมากขึ้นเท่านั้น (สมร ทองดี. 2532 : 146) ส่วนฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวนั้นจะมีอิทธิพลต่อวิธีการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา และวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ต่างกันนี้เองจะมีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมของนักเรียนวัยรุ่น (ประคินันท์ อุปรมัย. 2532 : 262)

ดังนั้นจากการศึกษานี้จึงอาจกล่าวได้ว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ได้แก่ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อายุ เพศ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ พอล (บังอรวรรณ ศุขตระกูล. 2532 : 31 ; อ้างอิงมาจาก Paul. 1971 : 105-111) ที่สำรวจสถานภาพสุขภาพด้านจิตใจในกลุ่มประชาชน

ทั่วไป พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิต ได้แก่ สุขภาพกาย เพศ อายุ และ รายได้ของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันและหน่วยงานด้านสุขภาพจิตควรเพิ่มการเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในครอบครัว ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้กับประชาชนในชุมชนแออัดให้มากขึ้น โดยใช้สื่อมวลชนทุกประเภท เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีรายได้น้อย ประกอบอาชีพที่ไร้แรงงานเพราะมีการศึกษาต่ำ จึงปล่อยปละละเลย ไม่สนใจและไม่ให้ความสำคัญต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก บางครอบครัวอาจมีทัศนคติว่า ลูกจะดีหรือชั่วอยู่ที่ตัวลูกเอง ไม่ต้องสั่งสอนมาก นอกจากนี้ยังมีปัญหาการทะเลาะวิวาทของบิดามารดาหรือผู้ปกครองแล้วลงโทษลูกอย่างไร้เหตุผล เพื่อเป็นการระบายอารมณ์ เด็กจึงขาดที่พึ่งทางใจ คิดว่าบิดามารดาไม่รักตนเอง ทำให้มีปัญหาในการปรับตัวเมื่อโตขึ้น
2. สถาบันและหน่วยงานด้านสุขภาพจิตควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต และทักษะในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนแก่บุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประชาชน เช่น ตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร หรือผู้นำชุมชนต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้เป็นผู้ปฏิบัติงานในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชนในชุมชนที่ตนปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งจะทำให้งานด้านสุขภาพจิตชุมชนดำเนินไปอย่างกว้างขวาง และทำให้การบริการด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
3. บุคลากรทุกฝ่ายในโรงเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์แนะแนว อาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์พยาบาล ควรมีความรู้ทางด้านสุขภาพจิต เพื่อเผยแพร่ความรู้และให้บริการทางด้านสุขภาพจิตแก่นักเรียนในโรงเรียน ตลอดจนเป็นการปลูกฝังความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพจิต อันจะเป็นประโยชน์แก่นักเรียนในการปรับตัว สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัดและนักเรียนที่ไม่อยู่ในชุมชนแออัด เพื่อจะได้ทราบว่าในสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน เด็กมีสุขภาพจิตแตกต่างกันหรือไม่
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา เพื่อทราบถึงลักษณะและแนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นเมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น
3. ควรศึกษาตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น บรรยากาศในโรงเรียน การใช้เวลาว่างของนักเรียน สื่อมวลชน ว่ามีผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนมากน้อยเพียงใด
4. ควรสร้างเกณฑ์สุขภาพจิตของคนไทย โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพจิตที่ปรับปรุงมาจาก แบบสำรวจบุคลิกภาพ (Basic Personality Inventory หรือ BPI)

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. การวิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตเทวภิรมย์ของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.
- กมลรัตน์ หล้าสวงษ์. สุขภาพจิตในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย, 2524.
- กาญจนา ควรสุมภา. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแสดงตัว-เก็บตัว ความรู้สึก รับผิดชอบและคุณธรรมแห่งพลเมืองดี. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2516. อัดสำเนา.
- กฤตยา อาชวนิชกุล และคณะ. 46 สลัม. กรุงเทพฯ : บริษัทสารมวลชนจำกัด, 2525.
- กรุงเทพมหานคร, จังหวัด. คู่มือการพัฒนาชุมชนกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : กระทรวงมหาดไทย, 2528.
- กองแผนงานสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. แนวโน้มของการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติและทิศทางของการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6. เอกสารหมายเลข 25/ส 45/ข.45, 2527.
- จิราภรณ์ สุทธิสานนท์. การรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 9. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2529. อัดสำเนา.
- ฉวีวรรณ ศิริพรรณ และคณะ. "สุขภาพจิตเด็กนักเรียนในภาคเหนือ," วารสารสมาคมจิตแพทย์. 29 (2) มิถุนายน 2527.

- ชลาทิพย์ ปุณณะบุตร. ชีวิตครอบครัวในแหล่งเสื่อมโทรม : ศึกษาเฉพาะครอบครัวที่ได้รับการสงเคราะห์ในแหล่งเสื่อมโทรม คลองเตย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.
- ธีรวัฒน์ นิจนตร. สภาพเชิงจิต-สังคมในโรงเรียนกับสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.
- ณรงค์ศักดิ์ ทะละภัย และคณะ. การพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดคิวพร, 2529.
- คณีย์ ไชยโยธา. "สุขภาพจิต," จันทร์เกษม. (205) : 12 ; พฤศจิกายน-ธันวาคม 2531.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ. รายงานการวิจัยฉบับที่ 32 ปัจจัยทางจิตวิทยาในแง่ที่เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กของมารดาไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจักษ์ปัจฉิม. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่น. รายงานการวิจัยฉบับที่ 26 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524.
- ถนอม โถทอง. การศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของครูที่มีต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาของโรงเรียนในเขตการศึกษา 5. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2519. อัดสำเนา.
- ถนอมศรี อินทนนท์. การศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมกล้าแสดงออกของวัยรุ่นที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.

ทิพย์ภา บุรี. ความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดบริเวณวัดโคกสमानคุณ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

นัยนา มีศิริ. สุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2529. อัดสำเนา.

นิภาพรรณ โสมนะพันธ์. การศึกษาเปรียบเทียบบุคลิกภาพของบุตรตามลำดับการเกิด การอบรมเลี้ยงดูและสถานภาพทางเศรษฐกิจ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2525. อัดสำเนา.

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. "10 คำถามกับปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย," สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์. 33 (28) : 15 ; 28 ธันวาคม 2529 - 3 มกราคม 2530.

นันทิกา แยมสรวล. การศึกษาสถานภาพของครอบครัวที่สัมพันธ์กันมโนภาพแห่งตนและพฤติกรรมการตอบสนองระหว่างบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2522. อัดสำเนา.

บังอรรัตน์ ศุขตระกูล. การศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและในเขตชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

บรรจง สืบสมาน. "กทม. 2533 และสุขภาพจิต," สารคดี. 61 (6) : 194 ; มีนาคม 2533.

- บุญวาทย์ สุขสุทธิพันธ์. การศึกษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พ.ศ.2519 - 2520. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521. อัดสำเนา.
- บุปผา มาลีวงศ์. "สุขภาพจิตของเด็ก," คุรุปริทัศน์. 3 (2) 12 - 18 กุมภาพันธ์ 2521.
- บัวทอง สว่างโสภาคกุล. สุขภาพจิต. ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2524.
- ประดินันท์ อุปรมัย. "ครอบครัวและชุมชนกับนักเรียนวัยรุ่น" ใน เอกสารการสอน ขุดวิชาพฤติกรรมวัยรุ่น. หน้า 245-280. นนทบุรี : โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และชอบ เข้มกลัด. "องค์กรประชาชนกับการแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยของคนจนเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร," คุณภาพชีวิตคนเมืองหลวง. รายงานการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1 ระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 19 - 21 มีนาคม 2533.
- เปรมสุริย์ เชื้อมทอง. การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526. อัดสำเนา.
- ผกา สัตยธรรม. สุขภาพจิตเด็ก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์, 2530.
- ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2521.

----- . "ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว," การศึกษาเอกชน. 7 :

21 - 26 มกราคม 2525.

พรทิพา หอมจันทร์. การขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.

ไพโรจน์ นิงสานนท์. "นโยบายการพัฒนาคุณภาพประชากรของกระทรวงสาธารณสุข," วารสารข้าราชการ. 30 (4) : 21 ; เมษายน 2528.

"พบเด็กไทยยุคไฮเทคเจอสารพิษปัญหาสูม ทำสุขภาพจิตเสื่อม," มติชน. 23 ตุลาคม 2533. หน้า 24

มานิช สุขฤกษ์. จิตวิทยาปกติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2526.

รัชณี ขวัญบุญจันทร์ และคณะ. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของประชากรในบริเวณพื้นที่ชลประทานโครงการป่าสักและบริเวณกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัยกรุงเทพมหานคร, 2522.

รัชณี ลาขโรจน์. อนามัยครอบครัวและเคหะพยาบาล เล่ม 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527.

ฉ้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : บริษัทวิคตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2528.

วราภรณ์ อินทรชัยศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งกับพ่อแม่ การยอมรับตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ คศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2518. อัดสำเนา.

วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : แสงศิลป์การพิมพ์, 2533.

คันสนีย์ ไชยวานิช. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของครูที่ทำการสอนในชุมชนแออัดและนอกชุมชนแออัด สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

2526. อัดสำเนา.

สมร ทองดี. "การพัฒนาบุคลิกภาพ อารมณ์ และสังคมของนักเรียนวัยรุ่น" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยรุ่น. หน้า 125-175. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.

สาโรช คำรัตน์. "สุขภาพจิตของผู้อยู่ในวัยเรียน," ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญผล, 2522.

สิริลักษณ์ แก้วคงยศ. ชุมชนแออัด ตะกอนบางกอก. กรุงเทพฯ : หจก.รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์, 2533.

สุจิต สุวรรณชีพ. "สุขภาพจิต," วารสารแนะแนว. 19 (99) : 16 ; มิถุนายน - กรกฎาคม 2528.

สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม. จิตวิทยาวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : แพรวพิทยา, 2529.

สุพล ทองคำ. "ขบวนการศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิต," มิตรครู. 33 (3) : 18 ; กุมภาพันธ์ 2534.

สุพัตรา สุภาพ. ปัญหาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. "พูดจาประสาชาวบ้านเรื่องสุขภาพจิต ตอนที่ 1-2," วารสารสุขภาพศึกษา. (7) : 59 - 69 ; 2527.

สุรางค์ จันทน์เอม. สุขวิทยาจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2527.

สุพงศ์ อัมพันวงษ์. "ชีวิตและสุขภาพ," เคลวินส์. 25 พฤษภาคม 2534. หน้า 5

สุนัย เกี่ยวกิ่งแก้ว และคณะ. เครื่องวัดสุขภาพจิตคนไทย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2530.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ. "การสำรวจสภาพปัญหาทางประชากร สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร," คุณภาพชีวิตคนเมืองหลวง. รายงานการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1 ระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 19 - 21 มีนาคม 2533.
- สมชาย จักรพันธุ์ ม.ล. "จิตเวชชุมชน," สมาคมจิตแพทย์. 25 (1) : 40 -47 มีนาคม 2523.
- เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ และคนอื่น ๆ. สุขภาพจิตเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์เศศ, 2518.
- สำนักงานเขตห้วยขวาง, กรุงเทพมหานคร. คู่มือแนะนำการติดต่อราชการ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์, 2532.
- หทัย ชิตานนท์. "สถานภาพทางสุขภาพจิตของสังคมไทยกับความมั่นคงของชาติ," วารสารจิตวิทยาคลินิก. 15 (1) : 57 - 60 มิถุนายน 2527.
- หทัยรัตน์ นอบน้อม. การเปรียบเทียบค่านิยมและความคาดหวังของผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงและที่ไม่ได้รับการปรับปรุง เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.
- อนามัย, กรม. มาตรฐาน น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน - 19 ปี. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2530.
- อัมพร โอตระกูล. "สุขภาพจิตผู้รับบริการศูนย์สุขวิทยาจิต," วารสารสมาคมแพทย์. 2 : 144 -155 มิถุนายน 2521.
- อัมพร โอตระกูล และคณะ. "ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2529," คุณภาพชีวิตคนเมืองหลวง. รายงานการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1 ระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 19 - 21 มีนาคม 2533.

- อัมพร โอตระกูล และเจตสันต์ แดงสุวรรณ. "สุขภาพจิตนักเรียนชนบทในงาน
อนามัยชุมชนสูงเนิน," วารสารสุขภาพศึกษา. ตุลาคม - ธันวาคม 2524.
- อัจฉรา สุขารมณ์. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527.
- อุดม ลักษณะวิจารณ์. "สุขภาพจิตในศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
อาเขียน," การสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาเขตศาลายา, 2526.
- อบรม สันภิบาล. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา, 2521.
- Coleman, James C. and Constance L. Hammen. Contemporary
Psychology Effective Behavior. Illinois : Scott,
Forman, 1974.
- Delph Donna Jean. "The Relationship of Personal and Social
Adjustment and Academically Related Interest to The
School Success of Sixth-Grade Children For Low
Incomes Homes," Dessertation Abstract. 31 : 5028 A
April, 1971.
- Jackson, Douglas N. Basic Personality Inventory.
California : Western Psychological Services, 1989.
- Johnson, E.L. "The Vulnerble Child : Conditions of Growing
up and Mental Health," Psychological Abstracts. 8 :
2173, August, 1985.
- Kanner and Others. "The Mental Environment," Child
Psychiatry. 3 rd.ed., Menasha : George Banta Comp.,
1957.

- Kaplan, Louis. Mental Health and Human Relations in Education. New York : Harper and Brothers Publishers, 1959.
- Kolb, Lowrence C. and Noyes. Modern Psychiatry. 7th ed., Philadelphia : W.B. Saunders Comp., 1968.
- Munro, A. "Parental Deprivation in Depressive Patient," Brit. J Psychiatry. : p 433 - 457 112 ; 1966.
- Mouly, George J. Psychology for Effective Teaching. New York : Holt Rinehart and Winster, 1965.
- Obesteuffer, Delbert. School Mental Education. New York : Harper and Brothers, 1954.
- Stockdale, Janit E. "Crowding : determinants and effects" in Leonard Berkowitz (ed.) Advances in Experimental Social Psychology. Vol.11 p 198 - 247 . Acddemic Press, 1978.
- Thornburg, Hershel D. Development in adolescence. 2 nd ed. Montergy, Calif., Brooks/Cole, 1982.
- Wechsler, H.,L. Solomon and Kramer, B.M. Social Psychology and Mental Health. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1970.

ภาคผนวก

ที่ ทม. 1007/0792

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

23 พฤษภาคม 2534

เรื่อง ขอรับรองนิสิต

เรียน

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวนิลวรรณ ศิริอังกุล เป็นนิสิตระดับ
ปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้กำลังอยู่ในระหว่างเตรียมการทำวิทยานิพนธ์ และมีความ
ประสงค์จะติดต่อเพื่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เรื่อง " สุขภาพจิตของ
นักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร " ทั้งนี้ ขออนุญาตสำรวจ
รายชื่อและที่อยู่ ของนักเรียนทุกระดับชั้นที่พักอาศัยในแฟลตหมายเลข 1-38 และใน
ชุมชนแออัด ทั้ง 12 ชุมชน ของเขตห้วยขวาง ในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2534
เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้
และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่จะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมพร บัวทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007/2230

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

26 สิงหาคม 2534

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวนิลวรรณ ศิริอังกุล เป็นนิสิตระดับ
ปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า
เพื่อทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความควบคุมดูแลของ

อาจารย์วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา ประธาน

ผศ. จิราภรณ์ บุญส่ง กรรมการ

สิ่งที่นิสิตเฝ้าขอความอนุเคราะห์ คือ ขออนุญาตให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6
ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนกันยายน 2534 เพื่อเป็น
ข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้
และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมพร บัวทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง ให้นักเรียนเติมข้อความ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงของนักเรียน

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ ปี

3. สภาพครอบครัวของนักเรียน

() บิดามารดาอยู่ด้วยกัน และรักใคร่ปรองดองกัน

() บิดามารดาอยู่ด้วยกัน และมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน

() บิดามารดาแยกกันอยู่

() บิดามารดาหย่าร้างกัน

() บิดามารดาแยกกันอยู่ เพราะหน้าที่การงาน

() บิดาเสียชีวิต

() มารดาเสียชีวิต

() บิดามารดาเสียชีวิต นักเรียนอาศัยอยู่กับ.....

4. ผู้ปกครองของนักเรียนประกอบอาชีพ (บิดา หรือมารดา หรือผู้ที่ เป็นหัวหน้าครอบครัว)

() รับราชการ

() ทำงานรัฐวิสาหกิจ

() ค้าขาย

() รับจ้าง

() อื่น ๆ (โปรดระบุ)

5. ครอบครัวของนักเรียน มีรายได้จากด้านต่าง ๆ รวมทั้งสิ้นประมาณเดือนละ

() น้อยกว่า 7,300 บาท

() ระหว่าง 7,301 - 12,600 บาท

() มากกว่า 12,601 บาทขึ้นไป

ตอนที่ 2 แบบสำรวจสุขภาพจิต

คำชี้แจง แบบสำรวจฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกบางอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงของนักเรียน สิ่งที่สำคัญที่สุด คือขอให้นักเรียนตอบให้ตรงกับประสบการณ์ที่แท้จริงของนักเรียน โดยคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนจะเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุด และการตอบแบบสำรวจนี้จะไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อผลการเรียนของนักเรียนแต่อย่างใด ดังนั้นขอให้นักเรียนตอบคำถามทุกข้อ ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักเรียน

วิธีการตอบแบบสำรวจ

ให้นักเรียนอ่านข้อความทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักเรียนมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้
 ภาที่ช่อง"จริง" เมื่อข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักเรียน
 ภาที่ช่อง"ไม่จริง" เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักเรียน

ข้อความ	จริง	ไม่จริง
1. ฉันเป็นคนที่น่าเชื่อถือ.....		
2. ฉันชอบทำตัวเห็นห่างจากผู้อื่น.....		
3. อนาคตของฉันสดใส.....		
4. ถึงแม้ว่าฉันจะพยายามเพียงไร ฉันก็ยังไม่สามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน.....		
5. ฉันสามารถเข้าได้ดีกับคนที่หงุดหงิด.....		
6. ฉันมักทำอะไรโดยไม่ได้อคิด.....		
7. ฉันสามารถทำให้พ่อแม่ภาคภูมิใจได้.....		
8. ฉันมีความสุขที่จะอยู่ตามลำพังมากกว่าอยู่กับคนอื่น.....		

ข้อความ	จริง	ไม่จริง
9. ฉันรู้สึกสนุกสนานในเรื่องต่าง ๆ ที่ฉันทำ.....		
10. บางครั้งความคิดของฉันเองทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัวมาก.....		
11. ชีวิตครอบครัวของฉันมีความสุข.....		
12. บางครั้งฉันจะทำสิ่งต่าง ๆ อย่างฉับพลันทันทีโดยปราศจากเหตุผล.....		
13. คนส่วนมากคิดว่าฉัน เป็นคนที่น่าพูดคุยด้วย.....		
14. ฉันไม่สนใจคนที่อยู่รอบ ๆ ตัวฉัน.....		
15. มีเรื่องราวต่าง ๆ ที่น่าสนใจเกิดขึ้นกับฉัน เกือบทุกวัน.....		
16. ฉันอารมณ์เสียง่าย หากมีอะไรมากระทบจิตใจของฉัน.....		
17. ฉันมักหลีกเลี่ยงที่จะทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น.....		
18. ฉันชอบเสี่ยงทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้น.....		
19. ฉันคิดว่าฉันเป็นผู้นำที่ดีได้.....		
20. ฉันมักครุ่นคิดอยู่คนเดียว.....		
21. ฉันเชื่อว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่า.....		
22. ฉันมักกลัวจนไม่กล้าลองทำสิ่งใหม่ ๆ.....		
23. ฉันเป็นคนที่มีความอดทนต่อผู้อื่นสูง.....		
24. ฉันมักจะทำงานไม่เสร็จ.....		
25. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนใจกว้างและน่ารัก.....		
26. ฉันไม่สนใจที่จะทำความรู้จักหรือพบปะกับผู้คน.....		
27. ฉันพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน.....		
28. เมื่อไปในสถานที่ที่ฉันไม่คุ้นเคย ฉันรู้สึกไม่สบายใจมาก.....		

ข้อความ	จริง	ไม่จริง
29. ฉันไม่ชอบให้คนอื่นมาวุ่นวายกับชีวิตของฉัน.....		
30. ฉันมักพูดอะไรโดยไม่ยั้งคิด.....		
31. การดำเนินชีวิตของฉันผิดพลาดมาก.....		
32. ฉันรู้สึกสนุกสนานเมื่ออยู่กับผู้คน.....		
33. ฉันรู้สึกท้อแท้ หดหู่.....		
34. แม้จะเป็นวันที่ค่อนข้างเครียด ฉันก็ยังรู้สึกสบาย ๆ.....		
35. ถ้ามีใครทำให้ฉันเจ็บใจ ฉันมักจะจดจำไว้จนกว่าจะหาทาง แก้แค้นได้.....		
36. ฉันทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวังรอบคอบ.....		
37. คนอื่น ๆ คงจะมีความสุขมากถ้าไม่มีฉัน.....		
38. ฉันชอบพูดคุยกับคนอื่น.....		
39. ชีวิตนี้ช่างน่าเบื่อหน่ายสำหรับฉัน.....		
40. ฉันไม่รู้สึกกังวลใจกับการกระทำของคนอื่น.....		
41. ฉันไม่ชอบให้ใครมาออกคำสั่ง.....		
42. ฉันสามารถทำงานได้นาน ๆ โดยไม่รู้สึกเบื่อหน่าย.....		
43. ฉันไม่คิดว่าตนเองมีคุณค่าพอ.....		
44. ฉันชอบทำงานเป็นกลุ่ม.....		
45. ฉันมักนอนไม่ค่อยหลับ เพราะจิตใจหม่นหมอง.....		
46. ฉันสามารถทำให้ใจที่มีสมาธิโดยไม่ฟุ้งซ่านได้.....		
47. ฉันรู้สึกหงุดหงิด ถ้าคนอื่นไม่เห็นด้วยกับฉัน.....		
48. ฉันไม่ใช่คนที่เบื่ออะไรง่าย ๆ.....		

ข้อความ	จริง	ไม่จริง
49. ฉันตัดสินใจผิดบ่อย ๆ.....		
50. ฉันมีเพื่อนสนิทหลายคน.....		
51. ฉันไม่เคยคิดว่าสิ่งต่าง ๆในชีวิตของฉันเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่ดีขึ้น.....		
52. แม้ว่าจะมีเหตุการณ์ที่คับขัน ฉันก็ยังคงใจเย็น.....		
53. ฉันวางแผนอย่างรอบคอบก่อนทำงาน.....		
54. คนไม่ชอบฉัน เพราะฉันมีข้อผิดพลาดหลายอย่าง.....		
55. ฉันพอใจที่จะทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ.....		
56. เหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นเร็ว ๆนี้ ทำให้ฉันรู้สึกท้อแท้ และเป็นทุกข์มาก.....		
57. ฉันไม่ค่อยกังวลว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตัวฉัน.....		
58. ฉันได้ตรวจสอบหาเหตุผลที่ดีสำหรับเรื่องต่าง ๆที่ฉันเข้าไป เกี่ยวข้อง.....		

ตอนที่ 3 เกี่ยวกับสุขภาพกายของนักเรียน

คำชี้แจง ให้นักเรียนเติมข้อความเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของนักเรียนลงในข้อ 1-3

ตามความเป็นจริง

1. นักเรียนมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม
2. นักเรียนมีส่วนสูง.....เซนติเมตร
3. โรคประจำตัว หรืออาการเจ็บป่วยที่นักเรียนเป็นบ่อย ๆ คือ
 - 3.1
 - 3.2
 - 3.3
4. ข้อมูลจากการตรวจร่างกายของแพทย์หรือพยาบาลประจำโรงเรียน คือ.....

.....

.....

หมายเหตุ ข้อ 1-3 นักเรียนตอบ

ข้อ 4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการตรวจของแพทย์หรือพยาบาลประจำ
โรงเรียน

โครงสร้างของแบบสำรวจสุขภาพจิต

1. สุขภาพจิตด้านที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการปรับตัวทางสังคม มีจำนวน 20 ข้อ คือ
 - 1.1 ด้านมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า เป็นผู้นำ และมีความสามารถในการทำงาน ได้แก่ ข้อ 1, 7, 13, 19, 25, (31), (37), (43), (49) และ (54)
 - 1.2 ด้านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และชอบทำงานเป็นกลุ่ม ได้แก่ ข้อ (2), (8), (14), (20), (26), 32, 38, 44, 50 และ 55
2. สุขภาพจิตด้านที่ 2 การปรับตัวทางอารมณ์ มีจำนวน 20 ข้อ คือ
 - 2.1 ด้านเป็นคนสนุกสนาน มีความหวังในชีวิต ไม่ซึมเศร้าและไม่ท้อแท้ ได้แก่ ข้อ 3, 9, 15, 21, 27, (33), (39), (45), (51) และ (56)
 - 2.2 ด้านเป็นคนที่ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลและไม่หวาดกลัว ได้แก่ ข้อ (4), (10), (16), (22), (28), 34, 40, 46, 52, และ 57
3. สุขภาพจิตด้านที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิต มีจำนวน 18 ข้อ คือ
 - 3.1 ด้านให้ความร่วมมือ และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสังคมและสภาพแวดล้อมได้ ได้แก่ ข้อ 5, 11, 17, 23, (29), (35), (41) และ (47)
 - 3.2 ด้านมีความรับผิดชอบ ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองได้ และมีความอดทน ได้แก่ ข้อ (6), (12), (18), (24), (30), 36, 42, 48, 53 และ 58

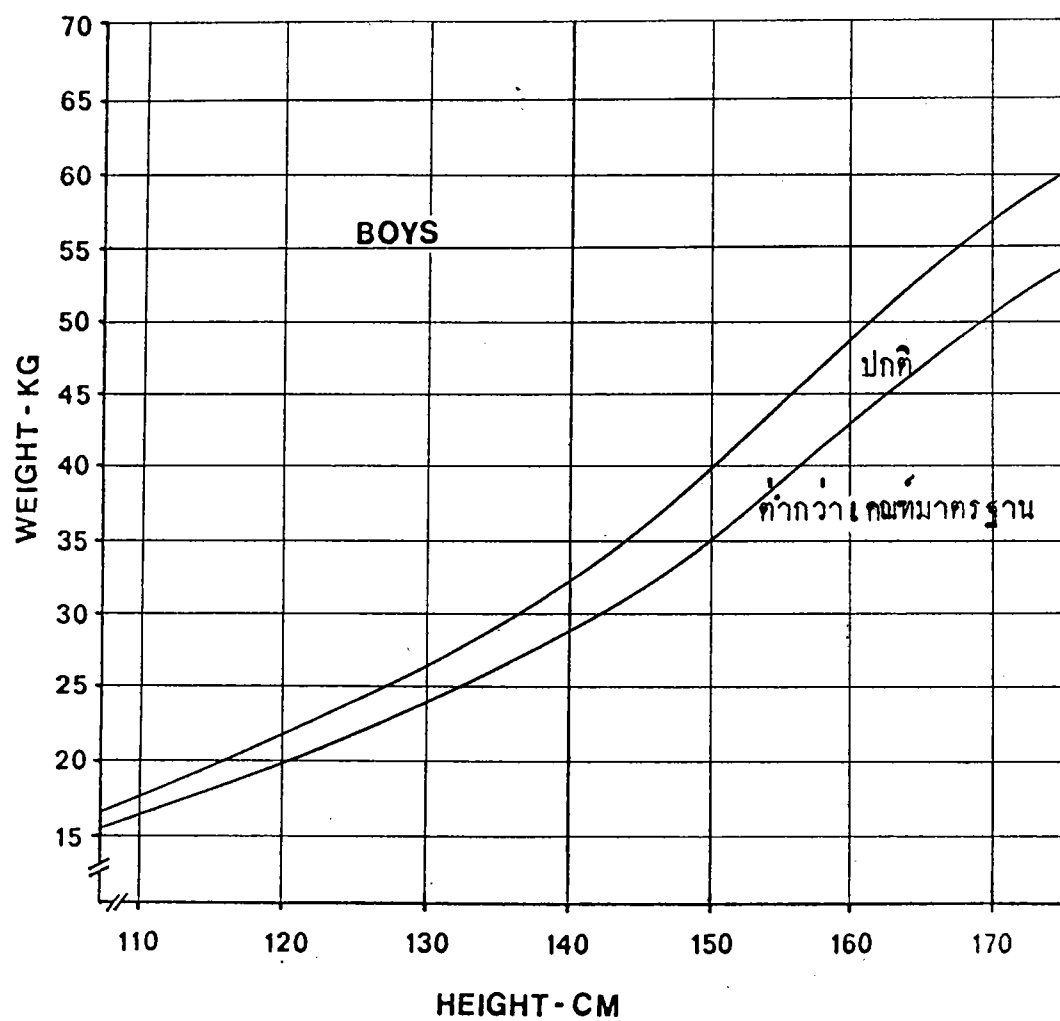
ข้อที่อยู่ใน () คือข้อคำถามในทางลบ

ตาราง 45 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเป็นรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ

ข้อ	ค่า r	ค่า p	ข้อ	ค่า r	ค่า p
1	.4374	.000	21	.2864	.002
2	.4724	.000	22	.2819	.002
3	.4441	.000	23	.2038	.021
4	.3814	.000	24	.3267	.000
5	.2549	.005	25	.3742	.000
6	.3879	.000	26	.3739	.000
7	.2692	.003	27	.4005	.000
8	.3126	.001	28	.3173	.001
9	.2003	.023	29	.3894	.000
10	.4334	.000	30	.5117	.000
11	.3669	.000	31	.4239	.000
12	.2059	.020	32	.4110	.000
13	.3984	.000	33	.4349	.000
14	.2930	.002	34	.3087	.001
15	.2841	.002	35	.2196	.014
16	.4558	.000	36	.3619	.000
17	.4224	.000	37	.4608	.000
18	.2166	.015	38	.2751	.003
19	.3918	.000	39	.5622	.000
20	.2998	.001	40	.2877	.002

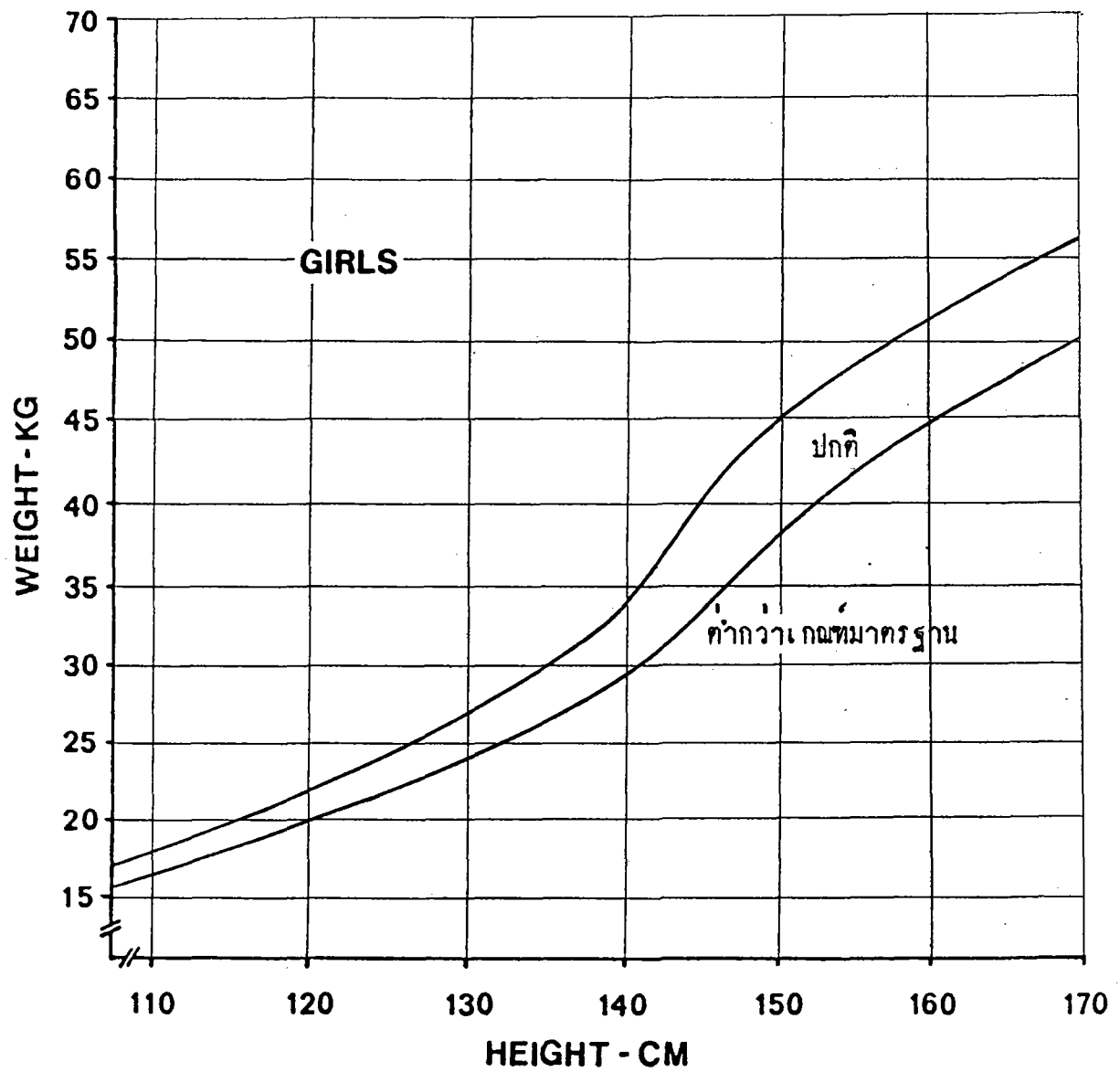
ตาราง 45 (ต่อ)

ข้อ	ค่า r	ค่า p	ข้อ	ค่า r	ค่า p
41	.1810	.036	50	.5508	.000
42	.3890	.000	51	.4693	.000
43	.3703	.000	52	.3471	.000
44	.3545	.000	53	.2478	.006
45	.5027	.000	54	.3787	.000
46	.3841	.000	55	.2892	.002
47	.3131	.001	56	.3543	.000
48	.4919	.000	57	.2821	.002
49	.3718	.000	58	.3480	.000



ภาพประกอบ 1 มาตรฐาน น้ำหนักและส่วนสูงของนักเรียนชายไทย อายุ 6-20 ปี

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2530



ภาพประกอบ 2 มาตรฐาน น้ำหนักและส่วนสูงของนักเรียนหญิงไทย อายุ 6-20 ปี

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2530

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจแบบสำรวจสุขภาพจิต

1. ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์
ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บังอร เสดนนท์
ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง
ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวนิลวรรณ ศิริอังกุล

เกิดวันที่ 12 เดือนมิถุนายน พุทธศักราช 2503

สถานที่เกิด อำเภอปัว จังหวัดน่าน

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 492 หมู่บ้านรัชดานิเวศน์ ซอย 14
ถนนประชาราษฎร์บำเพ็ญ เขตห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร 10310

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน อาจารย์ 1 ระดับ 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงเรียนกุนนทีรุทธารามวิทยาคม ถนนรัชดาภิเษก
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2519 มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียน
อัมพรไพศาล จังหวัดนนทบุรี

พ.ศ.2523 วท.บ. (จิตวิทยาการให้บริการปรึกษาและแนะแนว) จาก
มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

พ.ศ.2535 กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) จากมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กรุงเทพมหานคร

สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

นิลวรรณ ศิริอังกุล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว

มีนาคม 2535

การศึกษาค้างนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาและเปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ อายุ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2534 จำนวน 534 คน เป็นนักเรียนชาย 266 คน และนักเรียนหญิง 268 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจสุขภาพจิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สหสัมพันธ์พหุคูณ และ Stepwise

ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

1. นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
2. นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนกลาง ($p < .01$)
3. นักเรียนที่มีสุขภาพกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรง ($p < .01$)
4. นักเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต หรือครอบครัวแตกแยก
5. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
6. นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
7. ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน ได้แก่ สุขภาพกาย สภาพครอบครัว และอายุ

MENTAL HEALTH OF STUDENTS IN THE CROWDED COMMUNITY
OF HUAI KHWANG DISTRICT IN BANGKOK

AN ABSTRACT

BY

NILLAWAN SIRIAUNGKUL

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University

March 1992

The purpose of this study was to examine the mental health of Mathayom Suksa I-VI students and to determine if the variables of students' sex, age, physical health, parents' marital status, parents' occupation and economic status have a significant impact upon students' mental health. The subjects were 534 Mathayom Suksa I-VI students, 266 males and 268 females, of the secondary school under the Department of General Education, enrolled in the first semester, 1991. Mental health inventory was used in collecting the data. T-test, One-Way Analysis of Variance, Newman-Kuels, Multiple Correlation and Stepwise were used to analyze the data and to test them for statistically significance.

The following research finding were drawn from this study :

1. There was no statistically significant difference in mental health inventory mean scores between male and female students.

2. The mental health mean scores of early-adolescent students were significantly higher than middle-adolescent students.

3. The mental health mean scores of physically health students were significantly higher than physically unhealth students.