

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากตำรา เอกสาร วารสาร และรายงานวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
 - 1.1. ความหมายของสุขภาพจิต
 - 1.2. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
 - 1.3. ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี
 - 1.4. ลักษณะของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
 - 1.5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต
 - 1.6. การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
 - 1.7. การประเมินสุขภาพจิต
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตวัยรุ่น
 - 2.1. พัฒนาการของวัยรุ่น
 - 2.2. ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น
 - 2.3. การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิต หรือ Mental Health มีผู้ให้ความหมายอย่างหลากหลาย เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี, 2551) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และมีได้หมายความร่วมมือเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

“Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

Jahoda (1958 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี, 2551) ได้ทบทวนความหมายของสุขภาพจิตภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพและความเจ็บป่วยทางจิตใจ (Commission on Mental Illness and Health) ของสหรัฐอเมริกาว่า ในการพิจารณาความหมายของสุขภาพจิต สามารถพิจารณาได้ 3 ลักษณะ คือ

- 1) ความสามารถในการทำงานของบุคคลนั้น โดยดูถึงลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลนั้นว่า จะสามารถเผชิญต่องานที่ทำได้อย่างไร จะมีความหนักแน่นและสามารถทำงานได้สม่ำเสมอแค่ไหน
- 2) สถานการณ์รอบๆ ตัวบุคคลนั้น กล่าวคือ บุคคลนั้นจะมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์แวดล้อมรอบตัวเป็นสำคัญ
- 3) ลักษณะของสังคมเป็นเกณฑ์ หรือใช้ลักษณะทางวัฒนธรรมและประเพณีของกลุ่มชนชั้นนั้น ๆ เป็นหลักได้ เพราะพฤติกรรมของกลุ่มชนเป็นตัวชี้บอมาตรฐานของสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต (2548) ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจซึ่งได้มาจากความสามารถในเรื่องการกระชับมิตร พิชิตอุปสรรค และรู้จักพอใจ ดังนี้

- 1) การกระชับมิตร หมายถึง ความสามารถในการผูกมิตรและรักษาความเป็นมิตรไว้ให้ได้ รวมทั้งความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและเป็นสุข
- 2) พิชิตอุปสรรค หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัวให้อยู่ได้ หรือก่อให้เกิดประโยชน์ได้ในท่ามกลางความเป็นอยู่และความเปลี่ยนแปลงของสังคม
- 3) รู้จักพอ หมายถึง ความสามารถในการทำใจให้อยอมรับในสิ่งที่อยากได้ อยากเป็นเท่าที่ได้ ที่เป็นอยู่จริงได้ด้วยความสบายใจ

Shives (2012) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นการที่บุคคลรับรู้คุณค่าในตนเอง สามารถจัดการควบคุมตนเองได้อย่างเหมาะสม ปราศจากความกังวลไม่สมเหตุสมผล และสามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในด้านสังคม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ยอมรับและพึงพอใจในการใช้ชีวิตของตนเอง ส่วนความหมายอื่นๆ อาจรวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา การประสบความสำเร็จ การเติมเต็มในด้านความรักและการงานของบุคคล สามารถเผชิญปัญหาที่วิกฤตได้โดยไม่ต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดี มีความสุขกับชีวิต ตั้งเป้าหมายและเข้าใจถึงข้อจำกัดของตนเอง ไม่พึ่งพาหรือพึ่งพิงผู้อื่นอย่างถาวร

Stuart (2013) ให้ความหมายของการมีสุขภาพจิตดีรวมกับการมีความสุข ความสงบ ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จ การมองโลกในแง่ดีหรือการมีความหวัง

กล่าวโดยสรุป สุขภาพจิต หมายถึง การที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รับรู้คุณค่าในตนเอง สามารถจัดการควบคุมตนเองได้อย่างเหมาะสม มองโลกในแง่ดี ปรับตัวให้เข้ากับบุคคลและสภาพแวดล้อมได้ดี ยอมรับและพึงพอใจในการใช้ชีวิตของตนเอง สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองและสังคมด้วย

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มีหลายทฤษฎี ในที่นี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงแนวคิดทฤษฎีที่คัดสรรมาพอสังเขป ดังนี้

ก. ทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman System Model)

ฟาริดา อิบราฮิม (2546) กล่าวถึง ทฤษฎีระบบว่าให้ความสำคัญกับระบบบุคคลและระดับการปรับตัวของสุขภาพ ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามช่วงเวลาและภาวะปกติของบุคคล นิวแมนมองบุคคลเป็นระบบ ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และวิญญาณ ตัวแปรทั้ง 5 ของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ต่อกัน และจะทำงานร่วมกันอย่างผสมผสานสอดคล้อง ระบบบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยระบบบุคคลสามารถอธิบายได้ โดยใช้รูปวงแหวนหลาย ล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งเป็นศูนย์กลางประกอบไปด้วยปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น กลไกการปรับ ควบคุมอุณหภูมิ แบบแผนการตอบสนองทางพันธุกรรม ความแข็งแรงหรืออ่อนแอ เป็นต้น วงแหวนที่ล้อมรอบศูนย์กลางจะทำหน้าที่สำคัญในฐานะกลไกการป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน หรือระบบของบุคคล

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายใน หรือที่มีอิทธิพล แวดล้อมผู้รับบริการ หรือระบบผู้รับบริการ หรือบุคคลจะมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อม หรือได้รับอิทธิพลจากแรงผลักดัน (force) ในสิ่งแวดล้อมทั้งทางบวก และทางลบสิ่งแวดล้อมภายในประกอบด้วยแรงผลักดัน หรืออิทธิพลภายในขอบเขต ของระบบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับมโนคติของปัจจัย หรือสิ่งรบกวนชีวิตภายในบุคคลสิ่งแวดล้อมภายนอกประกอบด้วย แรงผลักดัน หรืออิทธิพลภายนอก ซึ่งอยู่ภายนอกขอบเขตของระบบ มีความสัมพันธ์มโนคติของปัจจัย หรือสิ่งรบกวน ชีวิตทั้งภายนอกและระหว่างบุคคลสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ เป็นตัวแทนพลังงานของระบบเปิด ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนกับ สิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตลอดเวลา สิ่งรบกวนชีวิตมากกว่า 1 อย่าง อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการเมื่อใดก็ได้ สิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อมจำแนกออกเป็นภายใน ระหว่าง และภายนอก กล่าวคือ อาจเกิดขึ้นภายในและภายนอก บุคคลสิ่งรบกวนชีวิตภายในบุคคล (intrapersonal stressor) เกิดขึ้นภายในขอบเขต เช่น ปฏิกริยาตอบโต้ใน สถานการณ์ต่างๆ สิ่งรบกวนชีวิตระหว่างบุคคล (intrapersonal stressor) เป็นสิ่งรบกวนชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นภายนอก ขอบเขตของบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล เช่น การคาดหวังในบทบาทของบุคคล แบบแผนการ ติดต่อบริการสิ่งรบกวนชีวิตภายนอกบุคคล (extrapersonal stressor) เกิดขึ้นภายนอกขอบเขตของบุคคล ใน ระยะไกล เช่น นโยบายทางสังคม เศรษฐกิจ

นิเวศน์ มองว่าสุขภาพอยู่บนความต่อเนื่องคนละด้านกับความเจ็บป่วย สุขภาพของบุคคลนั้นเท่ากับ ภาวะสมดุลสูงสุดของระบบ กล่าวคือ เป็นภาวะปกติสุข (wellness state) สุขภาพของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลง ระดับอยู่ในขอบเขตปกติอาจดีขึ้น หรือเลวลงได้ตลอดเวลา ตลอดชีวิต เนื่องจากปัจจัยทางโครงสร้างพื้นฐานและ ความพึงพอใจ หรือไม่พอใจในการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิต ซึ่งมีอยู่ในสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ เป้าหมายของการ พยายาม คือ การรักษาความสมดุลของระบบของผู้รับบริการ โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นของ สิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด ภาวะปกติสุขในระดับ สูงสุด หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาหนึ่งการปฏิบัติการพยาบาล คือ การริเริ่มที่จะคงไว้ ด้รับ และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคล โดยการป้องกันการป้องกัน 3 ชนิด ในการปฏิบัติเพื่อจะรักษาสมดุลของ ระบบ ในการรักษาสมดุลของระบบนั้นพยาบาลจะสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระหว่างผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลการป้องกันในฐานะการปฏิบัติการพยาบาล (Prevention as intervention) ซึ่งอาจจะ เป็นตอนที่เรารับต้นเหตุของความเครียด หรือบุคคลยังมีสุขภาพดีแต่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

การป้องกันระยะแรก เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติ โดยการป้องกันแนวการป้องกันของบุคคล ด้วยการเสริมสร้าง แนวยึดหยุ่นของการป้องกันตัว เป้าหมายของการป้องกันระยะแรก คือ การส่งเสริมภาวะปกติสุขของ บุคคลโดยการป้องกันความเครียด หรือสิ่งรบกวนชีวิต และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นการรักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ เพื่อตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิต เป็น การป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน โดยการเสริมสร้างความแข็งแรงของแนวต่อต้าน มีเป้าหมายอยู่ที่การรักษาอาการที่ ปรากฏ เพื่อจะคงไว้เพื่อความสมดุลของระบบ และการคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ 2 ไม่สามารถที่ จะช่วยให้บุคคลปรับตัวใหม่ / ปรับแต่งขึ้นใหม่ บุคคลจะถึงแก่ชีวิต

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดของบุคคล โดยการสร้าง เสริมความแข็งแรงของตัวแปรต่างๆ และคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ 3 จะเริ่มเมื่อบุคคลมีการปรุ งแต่งขึ้นใหม่ ภายหลังจากการรักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อระบบเริ่มเข้าสู่ภาวะสมดุล การปรุ งแต่งขึ้นใหม่ในระยะนี้ขึ้นอยู่กับ การใช้แหล่งทรัพยากรของบุคคลในการป้องกันมิให้ปฏิกริยาตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิตดำเนินต่อไปได้อีก ทั้งนี้เป็นการ ปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิตโดยการใช้ปัจจัยต่างๆ และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างผสมผสานเพื่อภาวะสมดุลของระบบ หรือการดำรงภาวะปกติสุข ผลของการปรุ งแต่งขึ้นใหม่ อาจทำให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมดุล หรือภาวะปกติสุขได้ใน ระดับสูงสุดกว่าเดิม เท่าเดิม หรือต่ำกว่า

จากแนวคิดของนิวแมน จะเห็นว่า สุขภาพเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม การปรับตัวของบุคคล ภาวะสุขภาพของบุคคลอาจดีขึ้นหรือแย่ลงได้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและตลอดชีวิต เนื่องจากปัจจัยทางโครงสร้างพื้นฐานและความพึงพอใจ หรือไม่พอใจในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมชีวิตจากสิ่งแวดล้อมนั่นเอง อาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดีเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลโดยรวมถึงสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กัน

ข. ทฤษฎีพัฒนาการบุคลิกภาพของ فروยด์

ซิกมันด์ فروยด์ (Sigmund Freud) ได้รับยกย่องว่าเป็น บิดาแห่งจิตวิเคราะห์ แนวความคิดของ فروยด์มีอิทธิพลต่อการศึกษาพัฒนาการชีวิตมนุษย์ โดยให้เห็นความสำคัญด้านแรงผลักดันทางเพศในวัยเด็กที่พัฒนาตามวัยต่อไป แรงผลักดันนี้มีชื่อเฉพาะว่า ลิบิโด(Libido) เป็นพลังจิตสำคัญในการผลักดัน และการกำหนดทิศทางให้บุคคลแสดงกริยาอาการต่างๆ ได้มีการเปรียบเทียบว่า ลิบิโดเปรียบเหมือนเชื้อเพลิงในห้องเครื่องยนต์ที่เผาไหม้เพื่อให้รถยนต์วิ่งได้ فروยด์แบ่งขั้นพัฒนาการเป็น 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นปาก เรียกว่า “Oral Stage” เป็นขั้นที่เด็กอยู่ในวัยทารก - 2 ปี ซึ่งเด็กจะมีความสุขความพึงพอใจในการใช้ปาก หากไม่ได้รับการตอบสนองที่ปากอย่างเหมาะสม เด็กจะมีลักษณะนิสัย Oral Fixation ในวัยต่อไป เช่น ดูดนิ้วมือ อมหรือเคี้ยวสิ่งของเสมอ

ขั้นที่ 2 ขั้นทวารหนัก เรียกว่า “Anal Stage” อายุประมาณ 2-3 ปีเด็กจะมีความสุขความพอใจในการกลั้นและขับถ่าย หากไม่ได้รับการตอบสนองในการกลั้นและขับถ่ายเด็กจะมีลักษณะนิสัย Anal Fixation ในวัยต่อไปเช่น เจ้าระเบียบ ก้าวร้าว

ขั้นที่ 3 ขั้นอวัยวะเพศ เรียกว่า “Phallic Stage” อายุประมาณ 3-6 ปี เด็กมีความสุขความพอใจในการจับอวัยวะเพศของตนเองเล่น หากไม่ได้รับการตอบสนองในการจับอวัยวะเพศของตนเองแล้ว เด็กจะมีนิสัย Phallic Fixation ในขั้นต่อไป เช่น มีความวิตกกังวลเมื่อมีเพศสัมพันธ์ อาจถึงขั้นขำเย้ยหรือหมัดความรู้สึกทางเพศก็เป็นได้ และในวัยนี้จะมี Oedipus Complex ซึ่งเป็นปมชีวิตที่เด็กชายจะรักแม่มากกว่าพ่อและเด็กหญิงจะรักพ่อกว่าแม่

ขั้นที่ 4 ขั้นแอบแฝง เรียกว่า “Latency Stage” อายุประมาณ 6-12 ปี เด็กมีความสุข ความพอใจในการเล่น สมมุติบทบาทเป็น พ่อ แม่ ลูก จึงเป็นลักษณะแฝงหรือเลียนแบบชีวิตครอบครัวในวัยผู้ใหญ่ตนเอง หากเด็กไม่ได้รับการตอบสนองก็จะมี Latency Fixation ในวัยต่อไป คือไม่กล้าจะแต่งงานมีชีวิตครอบครัว กลัวความล้มเหลวในชีวิตสมรส

ขั้นที่ 5 ขั้นเพศ เรียกว่า “Genital Stage” อายุตั้งแต่ 12 -18 ปี โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นนั้นเด็กจะมีความสุข และความต้องการตอบสนองจากเพศตรงข้าม หากเด็กไม่ได้รับความสนใจและความรู้เรื่องเพศอย่างเหมาะสมแล้วจะทำให้เด็กประสบปัญหาเรื่องเพศเป็นอย่างมาก

จะเห็นว่า ทฤษฎีนี้พยายามอธิบายถึงขั้นตอนของการเจริญเติบโตในวัยต่างๆ ที่มีปัญหา فروยด์ได้เน้นประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะอารมณ์ที่ขมขื่น ปวดร้าวต่างๆ อันอาจจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจเช่น ความต้องการมีรักร่วมเพศ เป็นปมปัญหาจาก Fixation ในขั้น Anal หรือ Phallic เป็นต้น อย่างไรก็ตามเด็กทุกคนมิใช่ว่าจะต้องมีปัญหา ซึ่งรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพจิต

ค. ทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมของอีริกสัน

อีริก อีริกสัน (Erik Erikson) เคยอยู่ในกลุ่มจิตวิเคราะห์ของ فروยด์ แต่อีริกสันได้สร้างแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการชีวิตเรียกว่า “Psychosocial development” อธิบายลักษณะพัฒนาการชีวิตมนุษย์ทุกวัยว่าได้รับอิทธิพลจากสังคมที่เด็กอาศัยอยู่ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้คนที่ทำหน้าที่เป็นพ่อเป็นแม่ ตลอดจนญาติพี่น้อง

เพื่อนฝูง ทั้งที่ทำงานและที่ตนเองอาศัยอยู่ พัฒนาการชีวิตมนุษย์ตามแนวคิดนี้สามารถแสดงขั้นตอนตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งขั้นพัฒนาการชีวิตมนุษย์ มี 8 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความไว้วางใจ-ความไม่ไว้วางใจ (Trust V.S Mistrust) วัยทารก 1 ปีแรกของชีวิต เด็กเรียนรู้ที่จะเกิดความรู้สึกไว้วางใจหรือเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจจากสิ่งที่มีอยู่รอบตัว จากการศึกษาที่เด็กได้รับการตอบสนองในสิ่งที่เขาต้องการ บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในพัฒนาการขั้นนี้คือมารดาและเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจก็คือการที่มารดาสามารถที่จะบำบัดความต้องการที่ทารกต้องการได้

ขั้นที่ 2 ความเป็นตัวของตัวเอง-ความไม่มั่นใจในตัวเอง (Autonomy V.S Shame and Doubt) เด็กอายุ 2 ปี เด็กเรียนรู้ที่จะทดลองและเลือกที่จะทำสิ่งต่างๆด้วยตนเองและเรียนรู้ที่จะควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของตนเอง ถ้าเด็กไม่ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมในการที่จะให้เด็กทำสิ่งต่างๆในลักษณะของการทดสอบความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อของตนเองจะทำให้เด็กเกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าเขามีความสามารถทำสิ่งต่างๆโดยตนเองได้

ขั้นที่ 3 ความคิดริเริ่ม-ความรู้สึกผิด (Initiative V.S Guilt) เด็กอายุ 3-5 ปี เด็กเรียนรู้ที่จะมีความคิดริเริ่มที่จะทำกิจกรรมต่างๆและมีความสุขสนุกสนานกับสิ่งที่ได้คิดริเริ่ม หากเด็กได้รับการสนับสนุนและได้รับความสำเร็จก็จะยิ่งทำให้เด็กมีความกระตือรือร้นและกล้าคิดริเริ่มสิ่งใหม่ๆต่อไปอีก ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่ได้รับการอนุญาตให้คิดริเริ่มจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกผิดในความพยายามที่จะทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง

ขั้นที่ 4 ความขยันหมั่นเพียร-ความรู้สึกต่ำต้อย (Industry V.S Inferiority) เด็กอายุ 6- 11 ปี เด็กจะพัฒนาความรู้สึกขยันหมั่นเพียรและความรู้สึกอยากรู้ อยากเห็นและกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ ผู้ปกครองควรให้การสนับสนุน ให้เด็กได้มีโอกาสได้ทำงานที่มีความหลากหลายและท้าทาย แต่ก็ไม่ควรเป็นงานที่ยากจนเกินไป ควรมีการให้การเสริมแรงเมื่อเด็กทำงานเสร็จสมบูรณ์ ในขั้นนี้เด็กที่ไม่ประสบความสำเร็จจะรู้สึกต่ำต้อย และหมดความสนใจที่จะทำงานต่างๆและจะประเมินตนเองว่าเป็นคนที่ไม่มีความสามารถ

ขั้นที่ 5 ความเป็นเอกลักษณ์-ความสับสนในบทบาท (Identity V.S Role confusion) เด็กเข้าสู่วัยรุ่นคือ อายุระหว่าง 12-18 ปี ในขั้นนี้จะพบทวนประสบการณ์ต่างๆในชีวิตเพื่อที่จะพัฒนาความรู้สึกที่ว่า “ฉันเป็นใคร” (Who am I) และคนที่ทวนทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตและไม่สามารถบอกได้ว่าฉันเป็นใครจะมีความรู้สึกสับสนในบทบาท

ขั้นที่ 6 ความผูกพัน-การแยกตัว (Intimacy V.S Isolation) ผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 19-40 ปี ตามความคิดของอีริคสัน คนที่ประสบความสำเร็จคือค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองในขั้นที่แล้ว ส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการสร้างความสนิทสนม สร้างความสัมพันธ์อย่างมีความหมายกับบุคคลที่เป็นคนสำคัญสำหรับเขา เช่น คนรัก ส่วนคนที่ไม่สามารถที่จะปรับตัวเองในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นและสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดจนกลายเป็นคนที่มีความสำคัญต่อชีวิตเขาได้ก็จะเกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว และเกิดความรู้สึกไม่เต็มใจในการที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับบุคคลสืบต่อไป

ขั้นที่ 7 การทำประโยชน์ให้สังคม-การเห็นแก่ตัว (Generativity V.S Self-Absorption) วัยผู้ใหญ่ กลางคน อายุระหว่าง 40-60 ปี คนที่ประสบความสำเร็จในขั้นนี้จะเป็นผู้ใหญ่ที่เต็มใจที่จะมีบุตรและดูแลบุตร จะอุทิศตนเองให้กับการทำงานและการทำประโยชน์ให้กับบุคคลอื่นๆโดยเฉพาะเด็กๆ ส่วนคนที่ไม่ประสบความสำเร็จในขั้นนี้จะมีลักษณะยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง (Self-centered) ทำอะไรจะคิดถึงแต่ตัวเองโดยไม่คิดถึงผู้อื่นและไม่มีความกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่างๆ

ขั้นที่ 8 บูรณาภาพ-ความสิ้นหวัง (Integrity V.S Despair) วัยชรา อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงของการทบทวนสิ่งต่างๆที่ผ่านมาในชีวิต ถ้าทบทวนแล้วเห็นว่าสิ่งต่างๆที่ตัวเองกระทำมาในชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีความหมายและตนเองพร้อมที่จะเผชิญกับความตายและการยอมรับที่จะเผชิญกับความตายอย่างมีศักดิ์ศรีก็จะเป็นคน

ที่ประสบความสำเร็จในขั้นนี้แต่ในทางตรงกันข้ามคนที่สิ้นหวัง เพราะไม่ประสบความสำเร็จในจุดมุ่งหมายของชีวิตก็จะรู้สึกล้มเหลวและเสียดายเวลาที่ผ่านไป

แนวคิดนี้กับสุขภาพจิต อธิบายการเจ็บป่วยทางจิตว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะมีพัฒนาการแต่ละช่วงอายุอย่างเหมาะสม ไม่หยุดชะงัก เพราะ การเกิดการหยุดชะงักในขั้นพัฒนาการใดๆก็ตาม อาจทำให้บุคคลเกิดข้อขัดแย้งในตนเอง หรือเกิดความวิตกกังวล หรือสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

ง. ทฤษฎีทางชีวภาพการแพทย์

จิราภา เต็งไตรรัตน์และคณะ (2544) อธิบายโรคจิตเหมือนกับโรคทางกายชนิดหนึ่งที่ว่าโรคจิตเกิดจากความผิดปกติทางสรีรวิทยา ทางชีวเคมี หรือทางกรรมพันธุ์ และสามารถรักษาได้ด้วยการใช้ยาหรือการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือการผ่าตัดสมอง แนวคิดด้านชีวภาพทางการแพทย์มีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตว่าเกิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือทางด้านชีวภาพ ดังนี้

1) สารสื่อประสาท (neurotransmitter) ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยารักษาอาการทางจิตเวชเห็นว่าสารสื่อประสาทมีมากหรือน้อยไปในสมองส่วนใดส่วนหนึ่งมีผลทำให้เกิดอาการทางจิต สารสื่อประสาทมีผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตมีความสำคัญ ได้แก่

- Dopamine ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ไม่อยู่ในอำนาจจิตใจ การตัดสินใจ การให้เหตุผล การรู้จักตนเอง ถ้ามีระดับมากจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท การคลุ้มคลั่งน้อยเกินสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

- Norepinephrine เป็นสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด แสดงอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น ระดับนอร์อิพิเนเฟริน มีความสัมพันธ์กับโรควิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวน ถ้าระดับมาก ทำให้เกิด อาการคลุ้มคลั่ง น้อยเกินไปทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

- Serotonin สารสื่อประสาทเกี่ยวกับการหลับ-ตื่น ความรู้สึกอยากอาหาร ระดับ Serotonin สัมพันธ์กับอารมณ์แปรปรวน โรคย้ำคิดย้ำทำ

- Acetyl choline ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและความจำ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่ามี Acetyl choline ต่ำ

- GABA (Gamma Aminobutyric Acid) ควบคุมการตอบสนองของระบบประสาทที่มากเกินไป พบ GABA มากเกินไปในโรคชัก โรควิตกกังวล

2) ความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมอง การตรวจ CT สมอง พบส่วนVentricle มีขนาดใหญ่ขึ้นในผู้ป่วยโรคจิต

3) พัฒนาการของเซลล์ประสาท (Neural Development) ความผิดปกติของสมอง โดยเฉพาะการติดเชื้อในช่วงประมาณ 4 เดือนครึ่งของการตั้งครรภ์จะทำให้เกิดโรคจิตเภท

4) พันธุกรรม เชื่อว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่นโรคอารมณ์แปรปรวน โรคกังวล โรคจิตเภท เป็นต้น

5) Psychoendocrinology ปัจจัยทางด้านระบบต่อมไร้ท่อต่ออาการทางจิต เช่น Addison 's disease มี Hypoadrenalism ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เฉยเมย อ่อนล้า บางรายมีอาการทางจิตร่วมด้วย

6) Psychoneuroimmunology มีความสัมพันธ์ระหว่าง ระบบภูมิคุ้มกันกับอารมณ์ และพฤติกรรม โดยเชื่อว่า ความเครียดส่งผลให้ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำลง

จ. ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์

Maslow จัดอยู่ในกลุ่มมนุษยนิยม ซึ่งมีทัศนคติในการมองมนุษย์ด้านที่ดั่งงาม โดยอธิบายว่ามนุษย์มีธรรมชาติใฝ่ดี สร้างสรรค์ความดี ปราบปรามความเจริญก้าวหน้า รู้จักคุณค่าในตนเอง รู้จักผิดชอบชั่วดี มีความ

รับผิดชอบในชีวิต ทุกสิ่งเกิดจากการเลือกของตนเอง ที่สำคัญคือมนุษย์มีความปรารถนาจะประจักษ์รู้จักตนเอง และความสามารถเฉพาะของตนเอง เพื่อใช้ความรู้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ถ้ามนุษย์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการวิวัฒน์พัฒนาแล้ว เขาก็จะพัฒนาไปสู่ความมั่งคั่ง ความเจริญของบุคลิกภาพและวุฒิภาวะเสมอ Maslow เห็นต่างจากทฤษฎีบุคลิกภาพอื่นหลายทฤษฎีว่า ควรจะศึกษาจิตวิทยาจากบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี บุคลิกภาพมั่นคง ประสบความสำเร็จและมีความสุขในชีวิต เพื่อค้นหาว่าคุณลักษณะของบุคลิกภาพที่ดีนั้นต้องมีองค์ประกอบอะไรบ้าง มีแนวทางพัฒนาอย่างไร นอกจากนี้ในการศึกษาเรื่องคนนั้นต้องศึกษาคนทั้งคน ไม่ใช่ศึกษาแยกเป็นส่วนย่อยแล้วนำมาสรุปเป็นกฎเกณฑ์ หรือวิธีการบำบัด ซึ่งวิธีการนี้เสี่ยงต่อความผิดพลาดมาก

Stuart (2013) กล่าวว่า มนุษย์จะมีความต้องการที่เรียงลำดับจากระดับพื้นฐานไปยังระดับสูงสุด ขอบข่ายทฤษฎีของ Maslow จะอยู่บนพื้นฐานของสมมติฐาน 3 ข้อ คือ

- 1) มนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอและไม่มีที่สิ้นสุด
- 2) ความต้องการของบุคคลจะถูกเรียงลำดับตามความสำคัญ หรือเป็นลำดับขั้นความต้องการพื้นฐาน
- 3) ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman System Model) ซึ่งนิวแมนมองบุคคลเป็นระบบ ให้ความสำคัญกับระบบบุคคลและระดับการปรับตัวของสุขภาพกายและจิตของบุคคล โดยปัจจัยที่กล่าวมาจะมีความสัมพันธ์ต่อกัน และจะทำงานร่วมกันอย่างสอดคล้อง ระบบบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วย

1.3 ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

Jahoda (1958 อ้างถึงใน สุวรี ศิวะแพทย์, 2549) กล่าวว่า การจะตัดสินใจว่าใครมีความมั่นคงทางใจนั้นอาศัยเกณฑ์ 3 ประการ คือ

- 1) มีความเข้าใจในเนื้อเรื่อง แรงจูงใจ แรงขับ ความปรารถนา และความต้องการของตนว่ามีมากน้อยเพียงไร
- 2) มีความสามารถที่จะมองตนเองอย่างถูกต้อง รู้ถึงศักยภาพของตน และสามารถบรรลุผลสำเร็จตามศักยภาพแห่งตน
- 3) มีบุคลิกภาพที่สมดุล มีความยืดหยุ่นต่อปัญหาและสามารถตอบสนองความตึงเครียดต่าง ๆ ได้โดยไม่เกิดปัญหาใดๆ

อย่างไรก็ตามก็มีผู้เสนออีกว่า ลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีนั้น ควรพิจารณาการปรับตัวของบุคคลใน 3 ด้าน คือ

- 1) การปรับตัวในส่วนที่เกี่ยวกับตนเอง เช่น
 - การรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง และมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองอย่างถูกต้อง
 - รู้สึกรู้สียุ่ตลอดเวลาว่า ตนเองทำอะไร มุ่งหวังอะไร และทำไม่จริงเป็นเช่นนั้น
 - รู้ถึงศักยภาพแห่งตน สามารถทำงานได้สำเร็จตามศักยภาพแห่งตน
 - มีความเชื่อมั่นในตนเอง
 - มีความสุขในชีวิต
- 2) การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและเพื่อนมนุษย์ เช่น
 - สร้างมิตรสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความเข้าใจถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น
 - สามารถที่จะรักและรับความรักจากผู้อื่น
 - มีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
- 3) ความมีประสิทธิภาพในการทำงาน เช่น

- สมัยครใจทำงาน ทำงานด้วยความเต็มใจและมีใจรักงาน
- มีความยินดีที่จะทำงานร่วมกับบุคคลอื่น
- ใช้ศักยภาพในการทำงานอย่างเต็มที่

Stuart (2013) กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย 6 อย่าง ได้แก่

- 1) การมีทัศนคติทางบวกกับตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเอง
- 2) การมีพัฒนาการที่เหมาะสม การมีชื่อเสียง เป็นที่ยอมรับและมีความยืดหยุ่น
- 3) การผสมผสานอย่างสมดุลระหว่างความคิดค้นและความกดดัน การจัดการความขัดแย้งจากปัจจัยภายในและภายนอกได้ สามารถปรับตัวกับความเครียดได้
- 4) การเป็นตัวของตัวเอง นับถือตนเอง
- 5) การรับรู้ต่อความเป็นจริงของโลก และการเปลี่ยนแปลงการรับรู้หากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นใหม่ และสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้น สามารถยอมรับความคิด ทัศนคติและความรู้สึกของบุคคลอื่นได้

วาทีณี สุขมาก (2557) กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี จะต้องเป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ เป็นอย่างดีทั้งในสถานการณ์ที่ปกติและไม่ปกติ และสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้

เกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดีมีดังนี้

ก. ความรู้สึกต่อตนเอง

- 1) ไม่เกิดอารมณ์ต่างๆรบกวนตนเอง
- 2) สามารถควบคุมความผิดหวังได้
- 3) เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง
- 4) นับถือตนเอง ไม่ยอมให้บุคคลอื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง
- 5) สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้โดยรู้สาเหตุของปัญหา

ข. ความรู้สึกต่อผู้อื่น

- 1) ให้ความรักแก่คนอื่น และยอมรับพิจารณาความสนใจของคนอื่น
- 2) คบหาสมาคมกับคนอื่นได้
- 3) ไว้วางใจคนอื่นไม่ระแวง
- 4) ยอมรับนับถือความแตกต่างที่คนอื่นมี
- 5) ไม่ผลักดันให้ผู้อื่นทำตามใจตน และไม่ตามใจผู้อื่นตามใจชอบ
- 6) รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความรับผิดชอบ

ค. ความสามารถในการดำเนินชีวิต

- 1) สามารถแก้ไขปัญหาวิตได้เป็นอย่างดี
- 2) มีสิทธิและรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง
- 3) รู้จักทำสภาพแวดล้อมให้ดีที่สุด ในกรณีจำเป็นสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเป็นอย่างดี
- 4) รู้จักวางแผนชีวิต ไม่หวาดกลัวต่ออนาคต
- 5) ยอมรับประสบการณ์ และความคิดใหม่ๆ
- 6) ใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ถ้าทำอะไรจะทำอย่างเต็มความสามารถ และพึงพอใจกับการกระทำนั้น
- 7) วางเป้าหมายที่จะนำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตตนได้

จะเห็นว่า ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี หลักๆ ได้แก่ ความรู้สึกต่อตนเองทางบวกกับตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเอง ยอมรับนับถือความแตกต่างที่คนอื่นและความสามารถในการดำเนินชีวิต สามารถแก้ไขปัญหาวิตได้เป็นอย่างดี

1.4 ลักษณะของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

สุขภาพจิตที่ผิดปกติ ลักษณะที่แสดงออกเริ่มตั้งแต่พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง มีผลต่อสมรรถภาพในการทำงาน รวมถึงความผิดปกติของความคิด และอารมณ์ จนถึงระดับที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด ความมุ่งหมายในการรักษา คือ บรรเทาแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นเพิ่มสมรรถภาพให้กลับมาสู่ปกติ การรักษาควรเริ่มจากการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การวินิจฉัยที่ถูกต้อง วางแผนการรักษาที่รัดกุม เต็มไปด้วยความเข้าใจและเห็นใจต่อผู้ป่วย ผู้รักษาต้องกล้าที่จะยอมรับความผิดพลาด ยอมแก้ไข แม้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และวัลลภา คชภักดี, 2551)

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา ได้กำหนดลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี หรือบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต โดยระบุถึงลักษณะอาการหรือการบกพร่องดังต่อไปนี้คือ

- 1) ได้แสดงพฤติกรรมผิดปกติอย่างสม่ำเสมอเกินกว่าที่คนส่วนใหญ่แสดงออก
- 2) แสดงถึงจิตพยาธิสภาพที่ขาดความรับผิดชอบบ่อยครั้ง ขาดความสามารถในการเผชิญกับปัญหา
- 3) มีการกระทำในลักษณะแปลกไปจากสังคมส่วนใหญ่ และมีการรับรู้ถึงความเป็นจริงไม่ถูกต้อง
- 4) มีพฤติกรรมเฉพาะตนซึ่งสังคมยอมรับว่าผิดปกติ เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอหรือไม่เกิดขึ้นเลย

วาทีนิ สุขมาก (2557) กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตไม่ดีคือ ผู้ที่ปรับตัวได้ไม่ดี จะเป็นผู้ที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ไม่รู้จักและเข้าใจตนเอง ไม่รู้จักและเข้าใจผู้อื่น ตลอดจนไม่สามารถเผชิญปัญหาและความจริงแห่งชีวิตได้ ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต

Shives (2012) ให้ความเห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต มี 3 ปัจจัย คือ กรรมพันธุ์ การเลี้ยงดูในวัยเด็ก และสภาพแวดล้อม

- กรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยที่เชื่อว่ามีผลต่อสุขภาพจิต ผู้ที่เสี่ยงต่อสุขภาพจิตมักจะมีกรรมพันธุ์ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช (Wilner, 2008 cite in Shives, 2012)

- การเลี้ยงดูในวัยเด็ก เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าเป็นสัมพันธภาพครอบครัวและเด็กเป็นอย่างไร ซึ่งสิ่งนี้มีผลต่อพัฒนาการทางจิตใจหรือสุขภาพจิตของเด็ก การเลี้ยงดูต้องเริ่มตั้งแต่แรกเกิด ด้วยความรู้สึกรัก ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยและได้รับการยอมรับ

- สภาพแวดล้อม เป็นสิ่งที่เอื้อให้บุคคลมีสุขภาพจิตเป็นอย่างไร สภาพแวดล้อมที่มีปัญหาหรือมีความขัดแย้งจะมีผลกระทบโดยตรง หากสภาพแวดล้อมที่สงบสุข ไม่มีความขัดแย้งย่อมทำให้บุคคลมีความผ่อนคลาย ไม่มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเครียดหรือความกังวลใจ

อัมพร (2538 อ้างถึงใน สุวรี ศิวะแพทย์, 2549) กล่าวถึงปัจจัยหรือสาเหตุของภาวะผิดปกติทางจิตอาจอธิบายว่าเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ด้าน คือ

ก. ปัจจัยที่เกิดจากภายในตัวบุคคล สามารถแยกออกได้เป็น 2 ประการ คือ

1) สาเหตุของร่างกาย เนื่องจากเมื่อร่างกายเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังก็จะทำให้บุคคลนั้นมีอารมณ์แปรปรวนหรือเกิดความรู้สึกแปรเปลี่ยนไปจากธรรมดา เช่น เกิดอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เนื่องจากกายและใจมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดคือ เมื่อร่างกายป่วย อ่อนเพลีย ทำการงานได้ไม่เต็มความสามารถ ก็จะทำให้จิตใจรู้สึกอารมณ์เสื่อง่าย เกิดความโกรธหรือหุดหู่ เมื่อยิ่งเจ็บป่วยนาน ๆ ก็จะทำให้จิตใจรู้สึกอารมณ์เปลี่ยนแปลงมากขึ้น เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ ซึ่งอาจนำไปสู่อาการทางจิตประสาทได้นอกจากนี้ความพิการทางร่างกาย โดยเฉพาะความพิการของอวัยวะสำคัญ จะทำให้ผู้นั้นเกิดปมด้อยว่าตนเองไม่สมประกอบ ยิ่งถูกล้อเลียนจากบุคคลอื่น ๆ ก็ยิ่งทำให้ตนเองรู้สึกโกรธแค้นได้ง่าย จึงมักจะพยายามปรับตัวให้เด่นขึ้นไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่งเพื่อชดเชย

ความด้อยของตน โดยมากผู้ที่ร่างกายพิการจะมีอารมณ์อ่อนไหวง่ายคือ รู้สึกไวต่อการวิพากษ์วิจารณ์ ไวต่อการเอา
แพ้อาชนะ จึงทำให้สุขภาพจิตไม่ค่อยดี

2) สาเหตุของจิตใจ โดยมากเป็นเรื่องราวความต้องการทางใจไม่สมหวัง โดยที่มนุษย์เรามี
ความต้องการทางใจไม่สมหวัง และมักมีความต้องการทางใจอยู่เสมอ トラบใดที่เรายังมีชีวิตอยู่ กล่าวคือ เมื่อ
มนุษย์ต้องการอาหารทางกายเพื่อให้มีชีวิตอยู่รอด ขณะเดียวกันก็ต้องการอาหารทางใจเพื่อให้มีความสุขสมหวัง เมื่อ
ความต้องการทางใจไม่สมหวังหรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวังก็จะก่อให้เกิดความคับข้องใจ ผิดหวัง ทุกข์ใจ นำไปสู่
สุขภาพจิตเสีย หรือถ้าความไม่สมหวังนั้นรุนแรงและเรื้อรังก็จะเกิดเจ็บป่วยทางจิตใจได้

ข. ปัจจัยที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่แวดล้อมตัวตน ได้แก่
ครอบครัวและสังคม รวมทั้งวัฒนธรรมประเพณีของสังคมนั้น ๆ ด้วย ซึ่งปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจมี
มากมายกว้างขวาง แต่พอจะสรุปได้ดังนี้

1) สาเหตุจากครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การที่บุคคลมีสภาพทางใจ
แตกต่างกันนั้นมีใช่เป็นเพราะความสามารถที่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือ
ผู้ปกครองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดที่มีต่อบุคคลนั้นตั้งแต่ระยะแรกเกิดจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในคนที่มีสุขภาพดี
สามารถปรับตัวได้เหมาะสมเป็นเพราะคนนั้นในวัยเด็กได้รับการดูแลการอบรมจากพ่อแม่ด้วยความรักความอบอุ่น
ได้รับการเลี้ยงดูอยู่ในครอบครัวที่มีความสุข มีพ่อแม่อยู่พร้อมหน้า และพ่อแม่รักใคร่ปรองดองกัน จึงทำให้ผู้นั้นได้
ซึมซับความรัก ความอบอุ่น และประสบการณ์ของสัมพันธภาพที่ดีจากครอบครัว ซึ่งเมื่อเติบโตขึ้นก็จะมี
บุคลิกลักษณะที่สามารถปรับตัวได้ มีจิตใจหนักแน่นเข้มแข็งที่จะเผชิญต่อปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ของชีวิตไป
ในทางที่ไม่เป็นปัญหาต่อตนเองและสังคม

รูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดาตามแนวคิดของ บาวมร์รายด์ (Baumrind, 1991 อ้างถึงใน
ศลักษณา กิติทัศน์เศรณีและคณะ, 2552) แบ่งเป็น 4 แบบ คือ 1) แบบเข้มงวด (authoritarian parenting) 2) แบบ
ให้อิสระอย่างมีขอบเขต (authoritative parenting) 3) แบบปล่อยปละละเลย (neglectful parenting) และ 4)
แบบยอมตามบุตร (indulgent parenting) รูปแบบการเลี้ยงดูส่งผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก เช่น เด็กที่
ถูกเลี้ยงดูแบบเข้มงวดจะมีพฤติกรรมวิตกกังวล แยกตัว และไม่มีความสุข มองโลกในแง่ร้ายและมีความคับข้องใจ เด็ก
ที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต จะมีความภาคภูมิใจในตนเองสูง มีวุฒิภาวะทางสังคมและคุณธรรม
มักจะประสบความสำเร็จในชีวิต เด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย จะมีพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ต่ำขาด
ความภาคภูมิใจในตนเองและมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร มักไม่เชื่อฟังคำสั่ง มี
ความต้องการและพึ่งพาผู้ใหญ่ ขาดความเอาใจใส่ในงานที่ทำ และขาดการควบคุมตนเอง รูปแบบการเลี้ยงดูส่งผลต่อ
ภาวะซึมเศร้า เด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบเข้มงวดจะมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ซึ่งแตกต่าง
จากเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบตามใจ จะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ (Darling, 1999 อ้างถึงใน ศลักษณา กิติทัศน์เศรณี
และคณะ, 2552)

อุมาพร ตั้งคสมบัติ (2544) กล่าวถึงวิธีการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวว่าการควบคุมเป็นสิ่งที่
จำเป็น โดยแบ่งเป็น 4 แบบ ดังนี้

- การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control) ครอบครัวกำหนดหน้าที่
ของสมาชิกแต่ละคนเอาไว้แน่นอน มีกฎที่เข้มงวด และมีบทลงโทษเมื่อฝ่าฝืนกฎ ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติภารกิจ
ประจำวันได้ดี สมาชิกแต่ละคนรู้ว่าตนต้องทำอะไร แต่ผลเสียก็คือการปรับตัวจะเป็นไปอย่างลำบาก เนื่องจากไม่มี
โอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงกฎให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมแบบนี้อาจนำไปสู่การต่อสู้ช่วงชิงอำนาจ
ภายในครอบครัวและการต่อต้านแบบตื้อเจียบ

- การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control) ครอบครัวมีมาตรฐาน
และกฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่นพอประมาณ มีการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนกฎไปตามความเหมาะสม
การควบคุมแบบนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพราะเป็นไปด้วยความเข้าใจและการยอมรับในตัวบุคคล โดยมี

จุดมุ่งหมายเพื่อที่จะอบรมให้เกิดระเบียบวินัย ไม่ใช่เพื่อที่จะควบคุมไว้ได้อำนาจ ดังนั้นสมาชิกจะเกิดความรู้สึกอยาก
ร่วมมือและปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

- การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (laissez-faire behavior control) ครอบครัวไม่มี
ทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ไม่มีกฎสำหรับเรื่องใด ๆ เลย ไม่มีการชี้แนะและการตัดสินใจหรือการ
แทรกแซงจากสมาชิกอื่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทที่ไม่มีชัดเจน สมาชิกมักขาด
ความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน การสื่อสารมักมีปัญหาเพราะไม่มีใครฟังใคร ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่
ดี เด็กจะเติบโตขึ้นด้วยความรู้สึกไม่มั่นคง ควบคุมตนเองไม่ได้และอาจมีพฤติกรรมเพื่อเรียกร้องความสนใจ

- การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control) ครอบครัวมีการ
ควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้นๆ ลง ๆ บางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่นและบางครั้งใครจะทำอะไรก็ได้ตามความพอใจ
ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกสับสนว่าควรจะทำอย่างไร การควบคุมแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุด

สำหรับการเลี้ยงดูแบบปกป้องเกินไป เป็นการแสดงความรักและเอาใจใส่ที่เกินขอบเขตโดยให้
ความรักและต้องการที่จะให้ลูกได้รับแต่สิ่งที่ดีไม่ต้องการให้อันตรายใด ๆ มาถึงตัวลูก ในบางครอบครัวจึงอุทิศเวลา
ให้แก่ลูกทั้งหมดด้วยการเฝ้าคอยดูแลและปกป้องมากเกินไปจนกระทั่งเด็กไม่มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเอง เด็กบางคน
ที่ยอมทำตามอย่างไม่มีเงื่อนไขและเห็นว่าเป็นสิ่งที่สะดวกสบายดีก็จะเคยชินทำให้ขาดทักษะในการดำเนินชีวิต และ
มักแสดงพฤติกรรมเป็นเด็กที่ต้องการความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลาอาจกลายเป็นคนขาดความคิดและไม่กล้าตัดสินใจ
แต่ก็พบว่าเด็กบางคนรู้สึกอึดอัดเพราะขาดอิสระที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเองก็อาจมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านจน
เป็นเรื่องราวที่น่าสะเทือนใจทั้งสองฝ่าย

จะเห็นได้ว่า การอบรมเลี้ยงดูมีความสำคัญต่อการพัฒนาการในทุกด้านของเด็ก ลักษณะของการ
อบรมเลี้ยงดูไม่มีสูตรสำเร็จจึงไม่สามารถจะบอกได้ว่าความพอเหมาะและพอดีอยู่ที่ตรงไหน ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับบุคคลที่
เป็นพ่อแม่จะต้องมีสามัญสำนึกที่ดี ลักษณะของการอบรมเลี้ยงดูที่จะนำไปสู่ปัญหาได้

ธัญญา (2532 อ้างถึงใน สุวรี ศิวะแพทย์, 2549) กล่าวถึง ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่เสริมสร้าง
สุขภาพจิตที่ดี อาจสรุปได้ ดังนี้

- ควรทำภายใต้ความรักและความอบอุ่น เช่น ถ้าหากพ่อแม่ทะเลาะกัน ก็ไม่ควรทะเลาะให้เด็ก
เห็น เลี้ยงดูเด็กภายใต้บรรยากาศของความรักและความอบอุ่น จะทำให้เด็กซาบซึ้งในความรัก มองโลกในแง่ดี และ
จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีการปรับตัวดี

- ควรยึดถือตัวเด็กเป็นสำคัญ คือ การที่พ่อแม่จะอบรมอะไรเด็กพ่อแม่ก็ต้องมีความเข้าใจใจดีว่า
เด็กในวัยนั้นสนใจอะไร ต้องการอะไร มีความพร้อมมากน้อยแค่ไหน พ่อแม่ที่ยึดยึดทุกสิ่งทุกอย่างให้แก่เด็ก จะทำ
ให้เด็กอึดอัดหรือพ่อแม่ที่ปกป้องเด็กมากเกินไป ก็จะทำให้เด็กไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็มีส่วนทำให้
เด็กโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

- การให้รางวัลและการลงโทษ ควรใช้สัญลักษณ์มากกว่าวัตถุ คือ ถ้าเด็กมีพฤติกรรมที่ดีและน่าฟัง
ปรารถนา พ่อแม่อาจแสดงท่าทีพอใจหรือให้คำพูดยกย่อง ชมเชย ในทำนองเดียวกัน ถ้าเด็กทำผิดก็ควรบอกเด็กว่า
ทำผิดอย่างไร ไม่ควรใช้ไม้เรียวหรือทุบตีเด็กเป็นการลงโทษ

- ควรให้เด็กมีความเป็นอิสระ คือ พ่อแม่ไม่ควรขู่บังคับเด็กให้เด็กต้องเชื่อฟังเมื่อพ่อแม่จะสั่งสอน
เด็กก็ควรมีสติที่จะซักถามได้ นอกจากนี้การให้อิสระทางการเงินก็จะช่วยให้เด็กมีความรับผิดชอบในส่วนตัว
ขึ้น

- ไม่ควรตั้งความหวังกับเด็กในเรื่องต่าง ๆ สูงเกินไป พ่อแม่ควรดูความสามารถของเด็ก และตั้ง
ความหวังไว้พอประมาณ แต่ถ้าพ่อแม่ปล่อยเด็กมากเกินไป เด็กก็ไม่สามารถทำอะไรได้ซึ่งก็จะเป็นผลต่อสุขภาพจิต
ของเด็ก

- พ่อและแม่ควรเป็นแบบอย่างและเด็กควรมีความผูกพันกับพ่อแม่มากกว่าคนอื่น

- ควรทำให้สอดคล้องกันในทุกองค์กร นับตั้งแต่ครอบครัว กลุ่มเพื่อนเล่น โรงเรียน และ สื่อมวลชนต่าง ๆ เหล่านี้ก็มีผลต่อสุขภาพจิตของเด็กทั้งสิ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ ปกป้องมาก 2) การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม บังคับ เคร่งครัดกฎระเบียบ และ 3) การอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุมีผล ให้อิสระในการตัดสินใจ

2) สาเหตุจากวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคม ในสังคมที่เราอยู่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงทาง วัฒนธรรมประเพณีอย่างรวดเร็วจะทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทัน โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่เป็นผู้ใหญ่ เพราะรู้สึก ว่า วัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปนั้นขัดกับความรู้สึกที่เคยได้รับการอบรมมาจนเคยชิน เกิดความไม่สบายใจขึ้นได้ อีกประการ หนึ่ง คือ กลุ่มคนที่เป็เด็กและวัยรุ่นมักจะได้รับเอาวัฒนธรรมที่เปลี่ยนใหม่ได้ง่ายและรวดเร็วกว่าผู้ใหญ่ เด็กและ วัยรุ่นก็จะประพฤติตามวัฒนธรรมที่เปลี่ยนใหม่ได้ง่ายและรวดเร็วกว่าผู้ใหญ่ เด็กและวัยรุ่นก็จะประพฤติตาม วัฒนธรรมใหม่ซึ่งจะเกิดความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ที่ยังคงยึดถือปฏิบัติตามวัฒนธรรมเก่าอยู่ ผลก็คือ ทำให้ผู้ใหญ่เกิดความ ไม่พอใจในพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นจากความขัดแย้งทางวัฒนธรรมของกลุ่มคน ที่ต่างวัยกัน สอดคล้องกับ Maercker (2015) ศึกษาค่านิยมส่วนบุคคลที่เป็นสื่อกลางในการทำนายสุขภาพจิตที่พบว่า มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปตามบริบท

3) สาเหตุจากสภาพแวดล้อม เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตของช่วงวัยต่าง ๆ ซึ่งบุคคลต้อง เผชิญหรือปรับตัวอยู่ ถ้าภาวการณ์นั้น ๆ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและไม่เกิดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติมากนัก การปรับตัวก็ มักไม่เกิดปัญหา ในทางกลับกัน ถ้าภาวการณ์นั้น ๆ มีข้อติดขัดมากสำหรับบุคคลนั้นก็จะทำให้การปรับตัวเป็นไป โดยลำบากและเกิดปัญหาทางจิตใจได้ เช่น ในวัยเด็กจะต้องต่อสู้กับการเรียนการสอนแข่งขัน ในวัยผู้ใหญ่ก็ปรับตัว ในเรื่องเพศสัมพันธ์ ความรัก และการมีคู่ครองเรือน การคลอดบุตร การอาชีพหรือการหาเลี้ยงชีพ เป็นต้น สภาพแวดล้อมนี้ยังรวมไปถึงเหตุการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของบุคคลด้วย ได้แก่ การเกิดภัยธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว วิทยาศาสตร์ต่าง ๆ เช่น ไฟไหม้ สงคราม และภาวะวิกฤติของ บ้านเมือง เช่น การจลาจลทางการเมือง ภาวการณ์เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อจิตใจได้ โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีส่วน เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดในเหตุการณ์นั้นๆ ย่อมจะเกิดความหวั่นไหวทางจิตใจจนเกิดปัญหาขึ้นได้

นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุด้านฐานะเศรษฐกิจ เช่น รายจ่ายไม่สมดุลกับรายรับ หรือมีภาระหนี้สิน เหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเครียดตามมาได้ (วาทีณี สุขมาก, 2557) จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคล มี 2 ปัจจัยหลัก คือปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ สาเหตุด้านร่างกาย เช่นโรคทางสมอง สารจากต่อมไร้ท่อ อุบัติเหตุ ทางสมอง สารพิษต่างๆ โรคพิษสุราเรื้อรัง การทำงานหนักเกินกำลังส่วนปัจจัยภายนอกของบุคคล ได้แก่ สาเหตุจาก ครอบครัวและสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูก สาเหตุจากเศรษฐกิจ การขาดการอบรม สภาพชีวิตสมรสหรือชีวิต โสดที่มีปัญหายุ่งยาก สภาพการณ์แวดล้อมต่างๆ และวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคม

1.6 การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ต้องเริ่มตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ มารดา หรือเริ่มตั้งแต่สถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันแห่งแรกที่มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคลิกภาพ และการปรับตัว ถ้าสภาวะภายในครอบครัวและสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปด้วยดี พ่อแม่ให้ความรักความเข้าใจ และเอาใจใส่ดูแลลูก มีความรู้ความเข้าใจในการอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างเหมาะสม ครอบครัวนั้นย่อมจะ สร้างเด็กที่มีชีวิตปกติสุข

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไว้ 3 ระยะ (วาทีณี สุขมาก, 2557) ดังนี้

1) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก (Primary prevention) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในระยะแรก หมายถึง การป้องกันโรคหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสมอง เช่น โรคติดเชื้อที่เกี่ยวกับสมอง อุบัติเหตุทาง

สมองและโรคไร้เชื้อที่เกิดกับสมอง รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งในแต่ละช่วงอายุ จะมีการป้องกันพิเศษ

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง (Secondary Prevention) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง หมายถึง สามารถตรวจสอบโรคได้ในระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยโรคได้โดยไม่ล่าช้าเพื่อไม่ให้โรคหรือการเจ็บป่วยนั้นลุกลามเป็นมาจนแก้ไขหรือรักษาได้ยาก ในทางสาธารณสุขสามารถทราบหรือประเมินโดยดูอัตราความชุกของโรค (Prevalence rate) ซึ่งพบว่าลดลงถ้าการป้องกันระยะที่สองได้ผล โดยถือหลักการดำเนินงานที่ว่า การรักษาแต่เริ่มแรกคือการป้องกันที่ดี

3) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สาม (Tertiary Prevention) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สาม หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตเวช หรือมีปัญหาสุขภาพจิตให้หายหรือทุเลาขึ้น จนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นแล้ว และจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วให้คงดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องกลับไปรับมาอีก หรือกลับเป็นซ้ำอีก ด้วยวิธีการเฝ้าระวังดูแลติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ การประเมินเพื่อทราบว่า การป้องกันระยะที่สามได้ผลนั้น ดูได้จากอัตราความชุกของโรค ซึ่งจะลดลงหรือหมดไปจากชุมชน

นอกจากนี้ บุคคลสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองให้ดีขึ้นได้ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ (ธัญญา, 2532 อ้างถึงใน สุวรรี ศิวะแพทย์, 2549)

- รักษาสุขภาพร่างกายให้ดี
- มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดี
- มีความรู้สึกนึกคิดถึงผู้อื่นในทางที่ดี
- มองตนเองให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง
- มองผู้อื่นให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง
- ความเป็นตัวของตัวเอง ไม่พึ่งพาผู้อื่นมากนัก
- มีความรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตของตนเอง คิดและตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง
- เป็นผู้มีความยืดหยุ่นได้
- อย่าย่ำแย่ให้ชีวิตดำเนินไปซ้ำซากจำเจ
- ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมรอบตัวบ้าง
- สามารถยอมรับและเผชิญความจริง ความคับข้องใจ และความขัดแย้ง ตลอดจนวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต
- มีคติพจน์ประจำใจ มีหลักปรัชญา หรือศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว
- สามารถควบคุมความรู้สึกนึกคิดของตนให้คิดในทางที่ถูกต้องตามธรรมชาติตามความเป็นจริง รู้จักปล่อยวาง ละไว้เสียบ้าง
- พยายามสร้างสภาพอารมณ์ในทางบวกให้เกิดขึ้น

1.7 การประเมินสุขภาพจิต

ในการประเมินสุขภาพจิตนั้น มีเครื่องมือหรือแบบประเมินคัดกรองที่หลากหลาย โดยมีทั้งแบบประเมินคัดกรองสุขภาพจิตที่แปลหรือพัฒนามาจากต่างประเทศ หรือสร้างขึ้นเองโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้ใช้สามารถเลือกใช้ที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการประเมินของตนเองตัวอย่างแบบประเมินสุขภาพจิต ดังนี้

1) **แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า** แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทยที่ได้พัฒนาขึ้นจาก ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุดฉบับหนึ่ง และแม้ว่าจะเริ่มพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล ต่อมาพบอีกว่าสามารถใช้ในการสำรวจปัญหา

อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ในกลุ่มประชากรทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวช ได้ดีเช่นกันเนื่องจาก HADS เป็นเครื่องมือที่สั้น กะทัดรัด และมีค่าความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี จึงเหมาะแก่การใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นในทางคลินิก ว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชอยู่ในกลุ่มอาการวิตกกังวลหรือกลุ่มอาการซึมเศร้า โดยในกลุ่มอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน และกลุ่มอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) ค่าคะแนนรวมในกลุ่มอาการใดที่ > 11 คะแนนบ่งถึงความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มนั้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

2) **แบบประเมินภาวะอารมณ์เศร้า (Thai Depression Inventory)** เป็นแบบประเมินเพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าในผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ วัดระดับอาการซึมเศร้าในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัวและความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ เหมาะกับการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ว่ามีอารมณ์ซึมเศร้ามากน้อยเพียงใด ซึ่งหากมากถึงระดับของโรคซึมเศร้าคือมากกว่า 35 คะแนน ก็ควรพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากแบบประเมินนี้ไม่ได้บอกว่าเป็นโรคอะไร เพียงแต่ช่วยบอกภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ในระดับไหนเท่านั้นในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้ายังต้องมีอาการเข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและไม่มีภาวะทางกายหรือจากการใช้สารต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แบบสอบถามนี้สามารถใช้ช่วยในการประเมินการรักษาได้ โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองทุก 1 สัปดาห์ และส่งใบประเมินแก่ผู้รักษา ทุกครั้งที่นัดติดตามการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

3) **แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง** เป็นแบบประเมินความเครียดที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อประเมิน 20 ข้อ มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 60 คะแนน เป็นการประเมินอาการของความเครียดทางร่างกายและจิตใจ แบ่งภาวะเครียดออกเป็น 4 ระดับ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) นอกจากนี้ ยังมีแบบประเมินที่นิยมใช้มาก คือแบบประเมินความเครียด ST5 ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อคำถาม และแบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับเช่นเดียวกัน คือ ไม่เครียดเลย เครียดระดับเล็กน้อย เครียดระดับปานกลาง และเครียดระดับมาก

4) **แบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 (Symptom checklist-90)** เป็น Self-report rating Scale แรกเริ่มทีเดียวแบบทดสอบนี้ได้ถูกคิดขึ้นมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยนอก เพราะทำง่าย ใช้เวลาน้อยเพียง 20 นาที ก็สามารถที่จะทราบถึงกลุ่มอาการของผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ ต่อมาแบบทดสอบนี้ได้เป็นที่นิยมใช้กับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถามจำนวน 90 ข้อ แบ่งออกเป็น 9 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย่ำคิด ย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้าความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร กลัวโดยไม่มีเหตุผล หวาดระแวงและสุดท้ายคือ อาการของโรคจิต แบบวัดนี้ได้มีผู้นำไปใช้หลากหลาย ดังเช่น จตุพร อาญาเมือง และคณะ (2556) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน จังหวัดชลบุรี ได้นำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับนักศึกษาซึ่งมีระยะเวลาที่เรียนเท่ากันและลักษณะวิชาเรียนคล้ายคลึงกัน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .96

5) **แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย** ซึ่งมีทั้งฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อ (Thai Happiness Indicator – 66 หรือ THI – 66) ซึ่งเหมาะสำหรับใช้ประเมินภาวะความสุขที่ค่อนข้างละเอียด และครอบคลุมทุกองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิตแต่อาจใช้เวลาเยอะ นอกจากนั้นยังมีฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Happiness Indicator – 15 หรือ THI – 15) ซึ่งเหมาะสำหรับการประเมินภาวะความสุขที่ต้องการความรวดเร็ว ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยเป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่อายุอยู่ในช่วง 15-60 ปี โดยประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเองว่าอยู่ในระดับใดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสามารถใช้ประเมินตนเอง เพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพจิต ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอภิชัย มงคล และคณะ (2540) ซึ่งมีการปรับปรุงและพัฒนาเรื่อยมา ในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้มีแบบวัดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (Thai Mental Health Indicators : TMHI - 55)

6) **แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ (General Health Questionnaire)** เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบตอบด้วยตัวเองเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ เดวิด พี โกลด์เบิร์ก (David P. Goldberg) ที่พัฒนาขึ้นในปี 1970 แปลเป็นภาษาไทยและทำการศึกษาในคนไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2539) เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และ ฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 มีค่าความเชื่อถือ ได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach’s alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมี ค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7

อย่างไรก็ตาม GHQ เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และบอกเพียงว่าน่าจะมีคามผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น ในการวินิจฉัยเพื่อให้การช่วยเหลือนั้นต้องอาศัยการซักประวัติตลอดจนตรวจอาการต่างๆ เพิ่มเติม GHQ เป็นเครื่องมือที่มีส่วนช่วยในการประเมินสภาพปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หรือในสถานบริการเพื่อวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-28 แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพในระยะสองถึงสาม สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแบบสอบถามจะมีคำถาม 28 ข้อ โดยแต่ละกลุ่มอาการจะมี 7 ข้อคำถาม ดังนี้

- กลุ่มอาการทางร่างกาย (Somatic Symptom) ได้แก่ คำถามข้อ 1 – 7
- กลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ได้แก่ คำถามข้อ 8 – 14
- กลุ่มอาการละเลยไม่เอาใจใส่ต่อสังคมรอบตัว (Social dysfunction) ได้แก่ คำถามข้อ 15 – 21
- กลุ่มอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) ได้แก่ คำถามข้อ 22 – 28

เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามที่ไม่มากเกินไป โดยการให้คะแนนนั้น คำตอบในแต่ละคำถาม แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดีกว่าเดิม เหมือนเดิม แย่กว่าเดิม แย่กว่าเดิมมาก ซึ่งโกลด์เบิร์ก(Goldberg) แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) นั่นคือหากตอบดีกว่าเดิมหรือเหมือนเดิม จะได้ค่าคะแนน = 0 หากตอบแย่กว่าเดิม หรือแย่กว่าเดิมมาก จะได้ค่าคะแนน = 1 ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3) โดยพบว่า correlation ระหว่าง 2 วิธีนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94 ส่วนการแปลผล ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 โดยคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่ากลุ่มผิดปกติหรือมีปัญหาสุขภาพจิต

2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตวัยรุ่น

2.1 พัฒนาการของวัยรุ่น

กัลยา นาคเพ็ชร์ และคณะ (2548) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการปรับเปลี่ยนจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น เริ่มตั้งแต่อายุประมาณ 12 หรือ 13 ปี จนถึงอายุประมาณ 21 ปี ในที่นี้จะกล่าวถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของวัยรุ่น (จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ วัลลภา คชภักดี ,2551) ดังนี้

พัฒนาการด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นสัญญาณสำคัญที่บอถึงการพ้นระยะการเป็นเด็ก คือ การเปลี่ยนแปลงร่างกายภายนอกและการมีวุฒิภาวะทางเพศ เช่น ความสูง น้ำหนัก การเริ่มมีลักษณะทางเพศ ได้แก่ การมีหนวดอกในวัยรุ่นหญิง การมีหนวดและการเปลี่ยนแปลงของเสียงในวัยรุ่นชาย เป็นต้น การ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจทำให้วัยรุ่นเกิดความกังวล เครียดได้ หรือไม่พึงพอใจกับสรีระของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อน หรือความต้องการดึงดูดเพศตรงข้าม ซึ่งค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมปัจจุบัน ทำให้วัยรุ่นต้องการมีรูปร่างหน้าตาตามสมัยนิยม เช่น วัยรุ่นผู้หญิงต้องการมีรูปร่างผอมบาง สูงโปร่ง ผิวอมชมพู เป็นต้น

พัฒนาการด้านอารมณ์ พัฒนาการทางอารมณ์ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์นั้น กล่าวว่า วัยรุ่นอยู่ในขั้นพอใจในการรักเพศตรงข้าม ความพึงพอใจและความสุข เป็นแรงขับมาจากวุฒิภาวะทางเพศ เริ่มสนใจเพศตรงข้าม มีแรงจูงใจที่จะรักผู้อื่น ต้องการอิสระจากพ่อแม่มากขึ้น อารมณ์ของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงและอ่อนไหวง่าย เจ้าอารมณ์ มีอารมณ์รุนแรง การควบคุมอารมณ์ยังไม่ดี บางครั้งเก็บกด พลุंगพล่าน มั่นใจสูง ลักษณะอารมณ์เหล่านี้เรียกกันว่า พายุบุแคม ทำให้มีความคิดเห็นขัดแย้งกับผู้ใหญ่ได้ง่าย วัยรุ่น คิดว่าผู้ที่เข้าใจตนเองดีที่สุดในวัยเดียวกัน เนื่องจากมีความเห็นที่เป็นไปทางเดียวกัน ยอมรับกันและกัน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้มีผลมาจากหลายปัจจัยประกอบกัน เช่น การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การปรับพฤติกรรม การแสดงออกจากการเป็นเด็กสู่การเรียนรู้บทบาทของการเป็นผู้ใหญ่ สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

พัฒนาการด้านสังคม ทฤษฎีพัฒนาบุคลิกภาพของอีริคสัน วัยรุ่นอยู่ในขั้นความมีเอกลักษณ์ประจำตัว กับความสนับสนุนในบทบาทของตนเอง (identity vs. identity diffusion) พัฒนาการเอกลักษณ์ของตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนเอง สังคมคือกลุ่มเพื่อน จะยึดแบบจากเพื่อนและบุคคล ที่ตรงกับอุดมคติ อาจเกิดความขัดแย้งด้านสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดความสับสนทางจิตใจ หากไม่สามารถแก้ไขความสับสนนี้ได้ จะเป็นคนที่มีบุคลิกภาพสับสน ไม่มั่นคง

ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคมรอบตัว มีการรวมกลุ่มเพื่อนรุ่นเดียวกัน ส่วนใหญ่มีความคิดคล้ายกัน ช่วยเหลือ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเมื่ออยู่ในกลุ่ม กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลมากต่อทัศนคติ ความสนใจและพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่น มักมีความคิดว่าเห็นของคนอื่นไม่มีความสำคัญเท่ากับความเห็นของกลุ่ม และมีความต้องการให้ผู้ใหญ่ยอมรับกลุ่มเพื่อนของตนด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนต่างเพศ และพยายามที่จะเรียกร้องความสนใจจากต่างเพศ แต่เด็กชายยังไม่มีความรู้สึกรัก จะเริ่มสนใจเพศตรงข้ามและบางคนเริ่มแยกตัวไปสนิทสนมกับเพศตรงข้าม วัยรุ่นหญิงจะพิถีพิถันเรื่องการแต่งกาย เอาใจใส่เรื่องรูปร่างความสวยงาม วัยรุ่นชายก็มีพฤติกรรมที่มุ่งให้วัยรุ่นหญิงสนใจตนเอง เช่น แหวหรือหยอกล้อวัยรุ่นหญิง ในวัยรุ่นที่มีรูปร่างหน้าตาสวย เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนมักจะไม่มีปัญหา แต่ในวัยรุ่นที่มีความคิดว่าตนเองแตกต่างจากเพื่อน มีปมด้อยเรื่องรูปร่างหน้าตา มักแสดงพฤติกรรมอื่นให้เป็นที่น่าสนใจของเพศตรงข้าม เมื่อวัยรุ่นชายและหญิงมีความสนใจซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายเริ่มให้ความสำคัญต่อการแสดงออกของบทบาททางเพศ ความสนใจและความสนิทสนมกับเพื่อนต่างเพศนี้อาจยั่งยืนไปจนกระทั่งมีการแต่งงานเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

พัฒนาการด้านสติปัญญา วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตของสมองอย่างเต็มที่ พัฒนาการทางด้านความคิดสติปัญญาเป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถเข้าใจเรื่องที่เป็นนามธรรมได้ มีความคิดกว้างไกล พยายามแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ มีจินตนาการมาก มีความเชื่อมั่นในความคิดของตนอย่างมาก วัยรุ่นพัฒนาความคิดจากแบบรูปธรรมในวัยเด็กมาสู่ความคิดแบบเป็นเหตุผล ซึ่งมีลักษณะเด่นคือ สามารถคิดอย่างมีเหตุผลโดยไม่ใช้วัตถุเป็นสื่อ มีการคิดแบบใช้ตรรกะจากเงื่อนไขที่กำหนด การคิดแบบใช้เหตุผลเชิงสัดส่วน คิดแบบใช้เหตุผล สรุปเป็นองค์รวม คาดการณ์อนาคตได้โดยมองย้อนอดีต ความคิดแบบตัวเองเป็นศูนย์กลางในวัยรุ่น คิดว่าพฤติกรรมของตนถูกเฝ้ามองจากบุคคลอื่น ให้ความใส่ใจอย่างมากต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของบุคคลอื่น โดยเฉพาะในเรื่องการแต่งกาย ทรงผม และรูปร่าง มักคาดหวังว่า สิ่งที่ตนแสดงออกว่าสนใจชอบนั้น บุคคลอื่นจะต้องรู้สึกเช่นนั้นด้วย มีความคิดฝัน จินตนาการว่าตนเป็นคนเก่ง และมีโลกส่วนตัว

จะเห็นได้ว่า นอกจากการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการด้านต่างๆของวัยรุ่นแล้ว ขณะเดียวกันที่มีการเปลี่ยนแปลงในพัฒนาการด้านอื่น ๆ เช่น สังคมปัจจุบันเป็นยุคข่าวสารไร้พรมแดน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่นมากขึ้น วัยรุ่นเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นวัยวิกฤตหรือวัยพายุบูแคม เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตมาก จึงมีปัญหาและมีความยากลำบากในการปรับตัว

2.2 ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น (กัลยา นาคเพ็ชร์ และคณะ, 2548)

เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน ทำให้ต้องมีการปรับตัวหลายด้านพร้อมๆ กัน การปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้อารมณ์พัฒนาตนเองเกิดบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตต่อไป ปัญหาที่มักพบในวัยรุ่น อาจกล่าวได้ดังนี้

1) ปัญหาทางด้านสังคมของวัยรุ่น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว วัยรุ่นคิดว่าผู้ใหญ่มีความคิดเห็นต่างจากตนเอง โดยเป็นความคิดเห็นที่ไม่เข้ากับยุคสมัยของตน ยอมรับไม่ได้ที่ผู้ใหญ่ตำหนิสิ่งทีตนและกลุ่มเพื่อนคิดว่าถูกต้อง จากการที่วัยรุ่นมักมีอารมณ์รุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว วัยรุ่นมักอยู่กับกลุ่มเพื่อนซึ่งวัยรุ่นคิดว่ามีความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความสุขเมื่อได้อยู่ด้วยกัน ไปชอบอยู่บ้านเนื่องจากบุคคลในครอบครัวไม่เข้าใจ

2) ปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น จากความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนต่างเพศ วัยรุ่นที่มีความสนใจซึ่งกันและกันอาจมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกันทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่นซึ่งยังไม่มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรที่จะเกิดมาเนื่องจากยังอยู่ในวัยเรียนเกิดปัญหาการทำแท้งผิดกฎหมาย ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของหญิงวัยรุ่น หรืออาจไม่มีการทำแท้ง แต่วัยรุ่นก็ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจสูง เนื่องจากเป็นการกระทำที่สังคมไม่ยอมรับและทำให้วัยรุ่นหญิงไม่สามารถศึกษาอย่างต่อเนื่องต่อไปได้

3) ปัญหาโรคทางเพศสัมพันธ์ การมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีความรู้ในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภหรือการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้วัยรุ่นชายและหญิงมีโอกาสเป็นโรคได้ เช่น โรคหนองใน โรคซิฟิลิส หรือการติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น

4) ปัญหาโสเภณีเด็กวัยรุ่น วัยรุ่นบางคนหรือบางกลุ่มมีความต้องการทางด้านวัตถุหรือเงิน อาจด้วยความต้องการที่จะต้องเหมือนเพื่อนถึงแม้ฐานะทางเศรษฐกิจทางครอบครัวไม่เอื้ออำนวย มีความต้องการสารเสพติด การเป็นวัยรุ่นชาดรัก การประชดชีวิต ทำให้ต้องกลายเป็นหญิงหรือชายอาชีพพิเศษได้

5) ปัญหาการใช้สารเสพติด จากการที่วัยรุ่นมีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความอยากรลอง อยากรเท่ หรืออยากที่จะปฏิบัติตามบุคคลที่ตนนิยมชมชอบ ทำให้มีการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา หรือสารเสพติดที่มีอันตรายและผิดกฎหมายได้ ในโลกของวัยรุ่นปัจจุบันนิยมการจัดการสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนและมีการใช้สารเสพติด เช่น ยาอี ยาเลิฟ ทำให้ขาดการควบคุมตนเอง เกิดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มี การคาดคิดมาก่อนหรือไม่มีการป้องกัน

2.3 การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น

เนื่องจากวัยรุ่นมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พัฒนาการด้วยต่างๆ ดังนั้นหลักในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงพัฒนาการที่กล่าวมา กลวิธีในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น (วรรณภา พิพัฒน์ธนะวงศ์, 2556)

1) ส่งเสริมการเข้าสังคมกับเพื่อนที่ดี เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และสร้างสรรค์
2) ส่งเสริมให้คบเพื่อน เพราะการมีเพื่อนทำให้เสริมเอกลักษณ์แห่งเพศของตน รู้จักบทบาท การคบหาเพื่อนเพศเดียวกันหรือต่างเพศได้เหมาะสม และการแสดงออกของวัยรุ่นเป็นไปตามสมันิยมมีตามกันขณะนั้นๆ จึงมีการเปลี่ยนแปลงเสมอตลอดเวลา

3) เนื่องจากวัยรุ่นมักจะห่างเหินกับพ่อแม่และบุคคลในครอบครัวเพราะเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน พ่อแม่จึงควรเข้าใจความคิด จิตใจของวัยรุ่น พยายามเรียนรู้และเข้าใจสิ่งที่เขาชอบ รู้จักลูก รู้จัด

เพื่อนๆ ของลูก ครู และสภาพแวดล้อมของลูก เพื่อให้มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกันมากขึ้น จะทำให้สามารถรับรู้เรื่องราวในสถานการณ์ที่เขาเผชิญอยู่ได้ดี มีการพูดคุยทำความเข้าใจเรื่องต่างๆ และพยายามทำให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจให้อภัยในภาวะอารมณ์ ที่ไม่มั่นคงโดยไม่ใช้อารมณ์โต้ตอบ แต่ไม่ควรละเลยและตามใจ ควรสนับสนุนเป็นที่ปรึกษาให้วัยรุ่นมีทางออกที่เหมาะสม มีตัวอย่างที่ดีให้ สอนให้คิดแยกแยะสิ่งถูกต้อง สิ่งที่ไม่เหมาะสม แทนที่จะไปห้ามปรามและตำหนิติเตียน

4) ส่งเสริมการปรับตัวและความยืดหยุ่น การปรับตัวและความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่างๆ มิได้เกิดขึ้นในตัวของแต่ละบุคคล แต่เกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมของพ่อแม่ที่ใช้ในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน และการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมความสามารถในด้านต่างๆ การฝึกให้ช่วยเหลือตนเองตามวัย การให้ออกาสเด็กได้เผชิญกับอุปสรรคและสภาพแวดล้อมหลายรูปแบบ จะเป็นการเตรียมวัยรุ่นให้เข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การพัฒนาทักษะชีวิต เป็นความสามารถอันประกอบด้วยความรู้ เจตคติและทักษะ ในการที่จะจัดการปัญหารอบๆ ตัวในสภาพสังคมปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเพศ สารเสพติด บทบาทชายหญิง ชีวิตครอบครัว สุขภาวะ อิทธิพล สิ่งแวดล้อม จริยธรรม ปัญหาสังคม เป็นต้น

6) ความคิดสร้างสรรค์ และ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความคิดสร้างสรรค์หมายถึง ความสามารถในการคิดออกไปอย่างกว้างขวาง มีความคิดแตกต่างจากเดิม ส่วนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ ความสามารถที่จะวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูลปัญหา หรือสถานการณ์ต่างๆ ได้

7) ความตระหนักรู้ในตนและการเห็นใจผู้อื่น การตระหนักรู้ในตนเป็นความสามารถในการค้นหาและเข้าใจทั้งจุดดี จุดด้อย และจุดที่ตนแตกต่างจากคนอื่น ในด้านเพศ และวัย ระดับการศึกษา ศาสนา บุคลิกภาพ เป็นต้น ส่วนความเห็นใจผู้อื่นเป็นความสามารถที่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เห็นเห็นใจผู้อื่นที่อาจจะอยู่ในภาวะที่แตกต่างจากตน

8) ความภาคภูมิใจในตนและความรับผิดชอบต่อสังคม ความภาคภูมิใจหรือการนับถือตน หมายถึงการรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีค่า โดยไม่หมกมุ่นสนใจแต่เรื่องความสวย ความงาม รูปร่างหน้าตา หรือเรียนหนังสือ เก่งเท่านั้น ส่วนความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นความรู้สึกที่ตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสังคมโดยรวม

9) การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะทั้งสองประการมีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิด วัยรุ่นบางคนมีปัญหาไม่สามารถสื่อความรู้สึกนึกคิดของตนทั้งการใช้คำพูดและภาษากาย ทำให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และต้องการพัฒนาทักษะดังกล่าวให้เป็นรูปธรรม บางคนมีปัญหาในการรับรู้ความรู้สึกของคนอื่น ไม่ทราบว่าคุณอื่นแสดงความรู้สึกเช่นไร ทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ

10) การตัดสินใจและการแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหา หาทางเลือก วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาและลงมือแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

11) การจัดการกับอารมณ์และการจัดการความเครียด เป็นความสามารถในการประเมินอารมณ์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมตน เลือกใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม และเป็นความสามารถที่จะรู้สาเหตุของความเครียด เรียนรู้วิธีที่จะจัดการกับความเครียดโดยการหลีกเลี่ยง ควบคุมและผ่อนคลาย พร้อมทั้งการหา

กิจกรรมอื่นๆทำที่เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจตนเองจากความเครียด ความไม่สบายใจ ไปทำสิ่งที่เหมาะสมเช่นการเล่นกีฬา เป็นต้น

12) การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการปฏิเสธ หรือการเจรจาต่อรอง

13) ส่งเสริมให้รู้จักแหล่งบริการสำหรับวัยรุ่นและการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ เมื่อวัยรุ่นเกิดปัญหามักจะไม่บอกพ่อแม่ ครู หรือบุคลากรสุขภาพ เพราะไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีการปรับตัวเข้าสังคมที่ดี ควรส่งเสริมให้รู้จักแหล่งบริการตอบปัญหาวัยรุ่น เช่น คลินิกการให้คำปรึกษา การสมัครเข้าชมรมของสถานศึกษาหรือในชุมชนที่อาศัยอยู่ เป็นต้น

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

สุรพงษ์ ชูเดชและวิภาวี เอี่ยมวรมธ (2545) ศึกษาตัวแปรในการทำนายสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 จำนวน 320 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สำคัญในการทำนายสุขภาพจิตของนักศึกษา ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม สภาพบรรยากาศในมหาวิทยาลัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนและรุ่นพี่ สภาพบรรยากาศในมหาวิทยาลัยด้านอาคารสถานที่ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายสุขภาพจิตได้ร้อยละ 27.7

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และนัยนา หนูนิล (2550) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ชั้นปีที่ 1 -4 ประจำปีการศึกษา 2548 จำนวน 118 คน โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-28 (General Health Questionnaire -28) ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และพบนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สุกัญญา รัชชจักกุลและธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ (2551) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุกชั้นปี จำนวน 839 คน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 พบว่า นักศึกษาแพทย์มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ทั่วไป ร้อยละ 13 นักศึกษาแพทย์ชั้นปีมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นักศึกษาแพทย์ชั้นสูงขึ้นจะมีภาวะสุขภาพจิตแย่ลง โดยพบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไป มากที่สุด ถึงร้อยละ 18.0 และชั้นปีที่ 1 มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์คนทั่วไป น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 2.8 ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ ได้แก่ ปัจจัยด้าน ชั้นปี เหตุผลในการเรียนแพทย์ ทัศนคติต่อการตัดสินใจเรียนแพทย์ การร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรและความสามารถคุยกับเพื่อนได้เมื่อมีปัญหา

ภัทรารวรรณ สุนทราศรี (2552) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักศึกษาระดับปริญญาตรีทุกชั้นปี ปีการศึกษา 2551 จำนวน 1,438 คน จากนักศึกษาทั้งหมด 8,552 คน เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 6 ปัจจัยโดยเรียงจากมากไปหาน้อย

ดังนี้ สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ลักษณะทางกายภาพภายในมหาวิทยาลัย บุคลิกภาพ และการสนับสนุนทางการเรียนของผู้ปกครอง

ศลักษณา กิติทัศน์เศรณี และคณะ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต 1 จำนวน 382 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17 ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 ได้แก่ รายได้ของครอบครัวประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา และความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นบิดามารดาและผู้เกี่ยวข้องควรเห็นถึงความสำคัญในการปรับปรุงรูปแบบการเลี้ยงดูที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วรรษมา คุณาติศรและจารุรินทร์ ปีตานพวงศ์ (2553) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์ในนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional survey เก็บข้อมูลจากนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทุกชั้นปี ทุกคน ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลประชากรศาสตร์ และ Thai General Health Questionnaire12 (GHQ-12) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 188 คน (ร้อยละ 29.1) มีคะแนน GHQ-12 มากกว่า 2 ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสมีปัญหาสุขภาพจิต จาก multivariate analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ เพศ ชั้นปี และภูมิลำเนา นักศึกษาแพทย์เพศหญิงมีโอกาสมีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 1.73 เท่าของนักศึกษาแพทย์เพศชาย นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 มีโอกาสมีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 3.56 เท่าของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 และนักศึกษาแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทมีโอกาสมีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 2.01 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเมือง สรุปได้ว่าเพศ ชั้นปี และภูมิลำเนาของนักศึกษาแพทย์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสมีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสมีปัญหาสุขภาพจิต

จุฑาทิพย์ เรืองวุฒิ และคณะ(2553) ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2552 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จำนวน 198 คน ทำการศึกษาในช่วงระหว่าง เดือนมิถุนายน - 15 กรกฎาคม 2552 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เรียนในหลักสูตรสาธารณสุขชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 33.33 นักศึกษามีความเครียดในระดับสูงขึ้นไป ร้อยละ 5.55 มีภาวะซึมเศร้าและร้อยละ 3.03 มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป หลังจากนั้นพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ดังนี้ 1)เขียนความรู้สึกเพื่อระบายความเครียดหรือสิ่งที่ไม่สบายใจออกมา ผลที่ได้ได้นอกจากเป็นการระบายความเครียดแล้วทำให้รู้สาเหตุปัญหาสุขภาพจิต พบว่า มีสาเหตุคือ เกิดจากการปรับตัวให้เข้ากับสถานที่ใหม่ การปรับตัวกับเพื่อนใหม่ กลัวการรับน้อง กลัวรุ่นพี่ ปัญหาครอบครัวไม่อบอุ่น พ่อมีภรรยาใหม่ กลัวเรียนไม่ได้ เครียดกับความก้าวหน้าในสายอาชีพจากหลักสูตรที่เรียน 2)ให้คำปรึกษาเพื่อระบายความรู้สึกและหาแนวทางแก้ปัญหาได้ 3)การออกกำลังกายและสันทนาการ 4) การสวดมนต์นั่งสมาธิให้จิตสงบ 5) ฟังเพลงเพื่อคลายเครียดการเรียนวิชาต่างๆ 6) กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์นอกสถานที่ เพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และทำประโยชน์แก่สังคม 7)ให้คำแนะนำเพื่อรู้ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ผลจากพัฒนารูปแบบกิจกรรมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่าผลการประเมินความเครียดในระดับสูงขึ้นไปยังคงมี 4 คน ไม่พบนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ข้อเสนอแนะในการวิจัย ขยายเวลาในการดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 2-3 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงการปรับตัวของนักศึกษาใหม่ และในสัปดาห์ที่ศึกษายังคงมีความเครียดในระดับสูงขึ้นไป ดำเนินแก้ปัญหาต่อโดยใช้รูปแบบกิจกรรมดังกล่าวต่อเนื่อง

วาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 697 คน ผลการศึกษา พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และความครุ่นคิด มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นโดยส่งผ่านตัวแปรความตึงเครียดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งในชีวิต จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

จิตพร อาญาเมือง และคณะ (2556) ได้สำรวจภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชนชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพจิตปกติ เป็นเพศหญิง เพศและกลุ่มอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิต ส่วนปัจจัยด้านอาชีพของผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย สถานภาพของครอบครัว การร่วมทำกิจกรรมเสริมหลักสูตร ความสัมพันธ์กับเพื่อน บรรยากาศในครอบครัว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนชั้น ม.6 มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชนในด้านภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่เป็นมิตรที่ระดับ $p < 0.05$ จึงควรมีการศึกษาเพื่อจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน

ฉิมรุจญา ชัยเสนาและคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2556 โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น จำนวน 247 คน ผลการศึกษา พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตคือความฉลาดทางอารมณ์ ($r = -.129, p < .05$) ปัญหาข้อจำกัดทางการเรียน ($r = .045, p < .05$) ปัญหาด้านการเงิน ($r = .039, p < .01$) และปัญหาด้านวิชาเรียน ($r = .029, p < .05$) และสามารถร่วมพยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 24.4 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถทำได้ โดยการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาโดยเฉพาะความฉลาดทางอารมณ์ ให้นักศึกษามีคุณลักษณะดี เก่ง และมีความสุข

สงวน ธาณี และคณะ(2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1, 2, 3, และ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีการศึกษา 2556 จำนวน 142 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สัมพันธภาพกับเพื่อน ($r = .436, p < .001$) สัมพันธภาพกับครอบครัว ($r = .403, p < .001$) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r = .376, p < .001$) สัมพันธภาพกับอาจารย์ ($r = .330, p < .001$) เกรดเฉลี่ย ($r = .222, p = .004$) และฐานะทางเศรษฐกิจ ($r = .210, p = .006$) ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.271, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สัมพันธภาพกับเพื่อน (Beta = .245, $p = .002$) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (Beta = .202, $p = .009$) เกรดเฉลี่ย (Beta = .189, $p = .007$) สัมพันธภาพกับครอบครัว (Beta = .198, $p = .013$) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์ (Beta = -.175, $p = .015$)

Berger, et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและพัฒนาการของสุขภาพจิตของนักศึกษา ระหว่างปี 1994 และ 2012 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาจิตวิทยา จำนวน 293 คน จากมหาวิทยาลัยในเยอรมัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม SCL-90, PCL และ SLSS ใช้สอบถามในมหาวิทยาลัยเดียวกับที่ใช้สอบถามในปี 1994 จำนวน 346 คน เพื่อติดตามเกี่ยวกับความชุกของปัญหาทางจิตใจของนักศึกษาในห้วงเวลาที่เปลี่ยนไป ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษา ร้อยละ 12 มีความไม่สบายใจจากการเรียนด้านจิตวิทยาคลินิก เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักศึกษาปี 2012 กับปี 1994 พบว่านักศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตของตนเองลดลง ซึ่งเป็นไปได้ว่ามีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ปัญหาทางด้านจิตใจสูงกว่าปัญหาทางด้านจิตสังคม

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากกว่าปัญหาอื่นคือภาวะซึมเศร้า เพศหญิงพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับโรคกลัวไม่สมเหตุสมผล และโรควิตกกังวลที่แสดงอาการทางกายมากกว่าปัญหาแบบอื่น

Blee, et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ออสเตรเลีย เป็นรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ได้รับการรับรองจาก MindWise study การเก็บข้อมูลเป็นแบบ เชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ พบว่านักศึกษาได้มีการพูดคุยถึงปัญหาของตนเองในแงุ่ม ที่ต้องการ ได้แก่ สิ่งที่นักศึกษา กำลังเครียดอยู่ เช่น ผลการเรียน สัมพันธภาพกับเพื่อน เป็นต้น การที่นักศึกษาได้รับ ฟังเรื่องราวของคนอื่นๆทำให้มองปัญหาตนเองเปลี่ยนไป นอกจากนี้ พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ สุขภาพจิตและปัญหาการใช้สารเสพติดที่พบมากในระดับอุดมศึกษา เป็นต้น ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรพัฒนา รูปแบบกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นและควรนำไปใช้ในวงกว้างมากขึ้น

Maercker, et al.(2015) ศึกษาค่านิยมส่วนบุคคลที่เป็นสื่อกลางในการทำนายสุขภาพจิต : กรณีศึกษา นักศึกษามหาวิทยาลัยจาก 3 วัฒนธรรม ได้แก่ จีน รัสเซียและเยอรมัน โดยศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักศึกษาทั้ง 3 ประเทศ ค่านิยมส่วนบุคคลของนักศึกษา และความสัมพันธ์ของค่านิยมส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต กลุ่ม ตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยจาก 3 ประเทศ รวมทั้งสิ้น 13,867 คน ดังนี้ นักศึกษาจากมหาวิทยาลัย 3 แห่งใน ประเทศจีน จำนวน 9,019 คน จากมหาวิทยาลัย 3 แห่งในประเทศรัสเซีย จำนวน 3,743 คน และจากมหาวิทยาลัย 1 แห่งในประเทศเยอรมัน จำนวน 1,105 คน ระยะเวลาที่ศึกษาคือเดือนพฤษภาคม 2011-2012 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยความร่วมมือของมหาวิทยาลัยทั้ง 3 ประเทศ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับค่านิยมส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ค่านิยมที่สืบทอดกันมา ได้แก่ ความปลอดภัย การปฏิบัติตามค่านิยม ประเพณี ความ เอื้ออาทร และสากลนิยม 2) ค่านิยมสมัยใหม่ ได้แก่ การควบคุมตนเอง สิ่งร่ำ สุขุขนิยม การประสบความสำเร็จ และพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมแล้วค่านิยมส่วนบุคคลมีผลต่อสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงที่สุดคือจีน รองลงมา คือ รัสเซีย และเยอรมัน ตามลำดับ ค่านิยมที่สืบทอดกันมาที่มีผลต่อสุขภาพจิตสูงที่สุดของจีนและเยอรมัน คือความเอื้ออาทร ส่วนค่านิยมสมัยใหม่ที่มีผลกับภาวะสุขภาพจิตสูงที่สุด คือการควบคุมตนเอง ส่วนความสัมพันธ์ ของค่านิยมส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตนั้น นักศึกษารัสเซีย ค่านิยมทุกตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับนักศึกษาจีน ได้แก่ ด้านความเอื้ออาทร สากลนิยม และความยึดหยุ่น ส่วน นักศึกษาเยอรมัน ค่านิยมสมัยใหม่ที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตบวก ได้แก่ การประสบความสำเร็จ และพลังอำนาจ ค่านิยมที่สืบทอดกันมา คือ ความปลอดภัย การปฏิบัติตามค่านิยม ประเพณี ไม่มี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ข้อเสนอแนะในการวิจัย เห็นว่านักศึกษาแต่ละวัฒนธรรมมีตัวทำนายภาวะ สุขภาพจิตที่แตกต่างกันซึ่งอาจเกิดจากการให้ความสำคัญของแต่ละอย่างไม่เหมือนกัน

Shamsuddin, et al. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดของ นักศึกษามหาวิทยาลัยมาเลเซีย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจาก 4 สถาบัน จำนวน 506 คน อายุระหว่าง 18-24 ปี โดยแบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถาม DASS-21 เป็นแบบสอบถามเพื่อ ประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ผลการวิจัยพบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 27.5 ระดับรุนแรงหรือรุนแรงมาก ร้อยละ 9.7 ส่วนภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 34 ระดับรุนแรงหรือ รุนแรงมาก ร้อยละ 29 และมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 18.6 ระดับรุนแรงหรือรุนแรงมาก ร้อยละ 5.1 ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงมากกว่าในนักศึกษาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มักเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ ชนบท ส่วนค่าคะแนนความเครียดสูงมากกว่าในนักศึกษาที่ อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงและเป็นบุคคลที่ครอบครัว มีรายได้ต่ำหรือสูงมาก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น เห็นได้ว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของ นักศึกษามหาวิทยาลัยมีจำนวนค่อนข้างมาก ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่านักศึกษามีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่า ผิดปกติ ทั้งนี้ อาจเพราะพบความแตกต่างของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ต่างกันตามบริบท และอาจมีความ คล้ายคลึงกันในหลายประเด็น เช่น เพศ ชั้นปี หลักสูตรเป็นปัจจัยลำดับต้นๆที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตนักศึกษา เป็นต้น

นอกจากนี้ จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมต่างๆ ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์หรือมีผลต่อสุขภาพจิตโดยแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านนักศึกษา ประกอบด้วย เพศ ชั้นปี ผลการเรียนรู้ นิสัย ความภาคภูมิใจในตนเอง พฤติกรรมการจัดการปัญหา สัมพันธภาพกับผู้อื่น โรคประจำตัว ปัจจัยด้านครอบครัว มี 3 ตัวแปร ประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว เศรษฐฐานะของครอบครัว และปัจจัยด้านสถาบันการศึกษา มี 3 ตัวแปร ประกอบด้วย คณะหรือหลักสูตรหรือสาขาที่เรียน กิจกรรมของคณะและมหาวิทยาลัย สภาพแวดล้อมของคณะหรือมหาวิทยาลัย