

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

สมรภัท ครอบงูท

- 1 ส.ค. 2560

369083

Thilaccorn

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

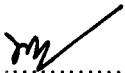
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

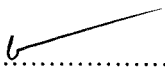
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สมรัก ครองยุทธ ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

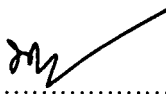
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

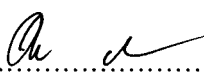

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

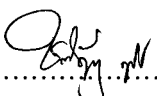

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)


.....กรรมการ
(ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความเมตตาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งให้ความกรุณาชี้แนะแนวทาง ข้อคิดเห็นและข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้วิจัยอดทนมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง แม้บางครั้งที่ผู้วิจัยเกิดความท้อแท้ ท่านได้ให้กำลังใจและความ เอื้ออาทร ทำให้เกิดพลังในการที่เดินก้าวไปข้างหน้าเพื่อความสำเร็จของตนเอง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกท่านที่ให้ความรู้ คำชี้แนะและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมถึงรุ่นพี่และเพื่อน ๆ ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทุกคนที่ให้กำลังใจจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยและวิชาชีพการพยาบาล ในการก้าวเข้าสู่การเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องของทุกหน่วยงานที่ให้ความกรุณา ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ตั้งใจ สนับสนุน และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยเข้าไปทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ให้โอกาสมาศึกษาต่อและเป็นกำลังใจในยามที่ท้อแท้ หรือเมื่อพบกับอุปสรรคต่าง ๆ ขอขอบคุณเพื่อนแท้ที่คอยดูแลทุกอย่าง ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

สมรภัค ครองยุทธ

55920314: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต/ ทักษะชีวิต/ วัยรุ่นตอนต้น

สมรค์ ครองยุทธ: อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

(INFLUENCING OF LIFE SKILLS ON MENTAL HEALTH IN EARLY ADOLESCENTS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นุจรี ไชยมงคล, Ph.D., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. 71 หน้า.

ปี พ.ศ. 2559.

วัยรุ่นอยู่ในวัยที่เสี่ยงกับการมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และวัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตเหมาะสม มักจะมีภาวะสุขภาพจิตดี การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของ ทักษะชีวิตทั้งในภาพรวม และรายด้านที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 240 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไป ฉบับย่อ มีค่าความเชื่อมั่นของ KR-20 เท่ากับ .72 และแบบสอบถามทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 146.17 ($SD = 11.79$) ภาวะสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.10 ($SD = 1.69$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.7 มีคะแนนอยู่ในช่วงมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด ($\beta = -.342, p < .05$) ทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 9.3 การจัดการอารมณ์ เป็นตัวแปรทำนายลำดับที่สอง ($\beta = -.250, p < .05$) ทำนายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.4 และความเห็นใจผู้อื่นเป็นตัวแปรทำนายลำดับที่สาม ($\beta = .140, p < .05$) ทำนายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.5 ตัวแปรทำนายทั้งสามสามารถทำนาย ภาวะสุขภาพจิต ได้ร้อยละ 16.1 ($R^2 = .161, Adjust R^2 = .150, F_{3,236} = 4.17, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและผู้มีหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะชีวิตวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น โดยมุ่งเน้นในเรื่องของความภาคภูมิใจในตนเอง การจัดการอารมณ์ และความเห็นใจผู้อื่น เพื่อส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีในวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น

55920314: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEY WORDS: MENTAL HEALTH/ LIFE SKILLS/ EARLY ADOLESCENTS

SOMRUK KRONGYUDH: INFLUENCING OF LIFE SKILLS ON MENTAL
HEALTH IN EARLY ADOLESCENTS. ADVISORY COMMITTEE: NUJJAREE
CHAIMONGKOL, Ph.D., DUANGJAI VATANASIN, Ph.D. 71 P. 2016.

Adolescence is at risk of becoming a mental health problem. Adolescents who have appropriate life skills would have healthy mental status. This descriptive predictive research aimed to examine influences of life skills both overall and its aspects on mental health status among early adolescents. A multi-stage random sampling was used to recruit a sample 240 students studying at Mutayomsuksa 1-3 in Ubonratchathani province. Data collection was carried out in June 2016. Research instruments consisted of a demographic questionnaire, the General Health questionnaire (GHQ-12) with its KR-20 of .72 and the adolescents' life skills questionnaire with its Cronbach's alpha reliability of .86. Data was analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

Results revealed that total mean scores of life skills were 146.17 ($SD = 11.79$), and mental health were 1.57 ($SD = 3.42$). There was 14.7% of the sample who had scores which considered as unhealthy mental status. Self-esteem was the best predictor ($\beta = -.342, p < .05$) accounted for 9.3%. The second best predictor was coping with emotion ($\beta = -.250, p < .05$) with 5.4% increase. The last predictor was empathy ($\beta = .140, p < .05$) with 1.5% increase. These three significant factors accounted for 16.1% ($R^2 = .161, \text{Adjust } R^2 = .150, F_{3,236} = 4.17, p < .01$) of the variance in explanation of the mental health in early adolescents.

These findings suggest that nurses and health care providers who are responsible for providing adolescents' mental health care should implement an activity to promote adolescent's life skills, especially in early adolescents, by focusing on self-esteem, coping with emotion and empathy. Consequently, mental health in these adolescents would be enhanced.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ภาวะสุขภาพจิต.....	10
วัยรุ่นและภาวะสุขภาพจิต.....	16
ทักษะชีวิตกับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น.....	18
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	27
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	28
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	29
การรวบรวมข้อมูล.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
4 ผลการวิจัย.....	31
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	31

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนทักษะชีวิต และภาวะสุขภาพจิต	34
ส่วนที่ 3 อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิต	36
5 สรุปและอภิปรายผล.....	39
อภิปรายผล	40
ข้อเสนอแนะ	42
บรรณานุกรม.....	44
ภาคผนวก.....	53
ภาคผนวก ก	54
ภาคผนวก ข	59
ภาคผนวก ค	67
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	71

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง.....	32
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทั่วไปผู้ปกครอง ของกลุ่มตัวอย่าง.....	33
3	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของทักษะชีวิตทั้งคะแนนในภาพรวม และคะแนนรายด้าน	35
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้น	37
5	ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	38

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง.....	26

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ทำให้วัยรุ่นมีการปรับตัว และต้องมีการเผชิญปัญหาอยู่ตลอดเวลา (รศวันต์ อาริมิตร, 2555) เป็นที่ยอมรับกันว่าช่วงความเป็นวัยรุ่นได้ขยายออกไป เนื่องจากเด็กอยู่ในสถาบันการศึกษาเป็นระยะเวลาที่นานขึ้น การเป็นผู้ใหญ่ที่พึ่งตัวเองได้ทางเศรษฐกิจต้องยืดเวลาออกไป อีกทั้งรูปแบบชีวิตสมัยใหม่ทำให้เด็กมีวุฒิภาวะทางจิตใจช้ากว่ายุคสมัยที่ผ่านมา ช่วงชีวิตวัยรุ่นเป็นช่วงของการลองผิดลองถูก มีโอกาสตัดสินใจผิดพลาดได้ง่าย หากขาดการชี้แนะแนวทางที่ถูกที่ควร หรือขาดหลักยึดเหนี่ยวทางใจที่มั่นคง (พนม เกตุมาน, 2550) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นช่วงทศวรรษที่ 2 ของชีวิต อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี (World Health Organization [WHO], 2011) วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับเปลี่ยนจากวัยรุ่นสู่การเป็นผู้ใหญ่ การแบ่งช่วงวัยในวัยรุ่นโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปี วัยรุ่นตอนกลาง อายุระหว่าง 15-17 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 17-19 ปี (สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551)

วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มพ้นจากวัยเด็ก และมีการเจริญเติบโตเต็มวัย เป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ สนใจโลกภายนอกบ้าน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งขนาดและความสูง ไชมัน และกล้ามเนื้อ โครงสร้างใบหน้า การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน อวัยวะเพศ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551) และมักมีปัญหาด้านการปรับตัวที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในสังคมและสิ่งแวดล้อมปัจจุบันที่มากกว่าวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นปกติธรรมชาติของการเจริญพัฒนาไปเป็นผู้ใหญ่ มีการค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง การเอาชนะตนเอง การควบคุมพฤติกรรม อารมณ์ให้ออกมาในรูปแบบที่เหมาะสม เป็นช่วงที่พบลักษณะสองจิตสองใจ (สุริยเดว ทรีปาตี, 2553) มีรายงานการศึกษาพบว่า มีนักเรียนมัธยมศึกษาเกือบ 1 ใน 5 หรือร้อยละ 18.6 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

ภาวะสุขภาพจิต ตามนิยามของ WHO (2014) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีสุขภาพที่ดี บุคคลมีความตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในสังคมของตนเอง โดยไม่มีความขัดแย้งภายในจิตใจ และกรมสุขภาพจิต (2552) ได้อธิบายภาวะสุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตนเองมองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลา

ที่เปลี่ยนแปลง โดยลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตประกอบด้วยองค์ประกอบ ที่แบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่ ความสงบผ่อนคลายของจิต การสำรวจและเข้าใจในตนเอง และวิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัว เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง การทำประโยชน์ต่อสังคม และความสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมในสังคม และมิติทางสังคมเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งแนวคิดภาวะสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตอธิบายว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการมีทักษะชีวิต ภาวะสุขภาพจิตที่ดีของบุคคลถือว่าเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพดี ซึ่งประกอบด้วยสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำรงตน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสัมพันธภาพและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น วางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพราะต้องพบกับบุคคล อารมณ์ที่มีหลากหลาย สังคม กฎระเบียบ และสถานที่ซึ่งล้วนมีส่วนที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล สภาพแวดล้อมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปทั้งทางด้านกายภาพ และการเปลี่ยนทางสังคมล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทั้งสิ้น บุคคลจึงจำเป็นต้องใช้ชีวิต ปรับตัว และตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะมีการเรียนรู้ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และต่อผู้อื่น บุคคลที่สุขภาพจิตไม่ดี มักมีปัญหาในการปรับตัว มีภาวะเครียด ซึมเศร้า แม้ว่าจะเจอปัญหาเล็กน้อยก็ปรับตัวได้ลำบาก (พนม เกตุมาน, 2555)

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น มีรายงานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีรายงานการศึกษาในปี พ.ศ. 2556 พบว่า วัยรุ่นตอนต้นอายุ 11-15 ปี มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 7.2 และปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 38.76 และพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 36.53 (สุภาวดี สมจิต และนันทนา น้ำฝน, 2556) และกรมสุขภาพจิต รายงานปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นไทยมักมีปัญหาด้านอารมณ์ และจิตใจ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 73.9 พฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 29.6 สมาธิสั้น/ อยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 27.8 และด้านอารมณ์ ร้อยละ 13.9 (ชาติรี บานชื่น, 2553) นักเรียนชาย และหญิง ร้อยละ 12.7 และ 13.2 เคยมีอาการซึมเศร้าหมดอาลัยในชีวิต เกือบทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ นักเรียนชายและหญิง ร้อยละ 4.5 และ 5.2 เคยคิดจะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง และร้อยละ 4.9 และ 6.1 เคยวางแผนวิธีการฆ่าตัวตาย ในจำนวนนักเรียนที่เคยฆ่าตัวตายจริง ๆ มีนักเรียนชาย ร้อยละ 16.2 และนักเรียนหญิง ร้อยละ 6 ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 5 ครั้ง และนักเรียนชาย ร้อยละ 27 นักเรียนหญิง ร้อยละ 18.8 เคยพยายาม

ฆ่าตัวตายจริงจนได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ อัตราการเคยมี
 อารมณ์เศร้า และการพยายามฆ่าตัวตายจริง ๆ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามชั้นปี (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย,
 อโนชา หมึกทอง และถนอมศรี อินทนนท์, 2551) ปัญหาการก่อกวนของเด็กและเยาวชนอาจใช้เป็น
 ดัชนีชี้ให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนได้ ซึ่งพบจำนวนคดีที่เด็กและเยาวชน
 ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯ ทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แม้ว่าในปี พ.ศ. 2551 จำนวนคดี
 จะลดลงก็ตาม โดยผู้ชายจะก่อกวนมากกว่าผู้หญิง ส่วนฐานความผิดที่พบในปี พ.ศ. 2551 เป็นความผิด
 เกี่ยวกับทรัพย์สินมากที่สุด ร้อยละ 26.9 รองลงมาคือ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ร้อยละ 23.9
 (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2551) และพบว่าวัยรุ่น อายุ 13-17 ปี ในประเทศฮ่องกง
 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง 248 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 (Lam, 2014) ใน
 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานผลการศึกษพบว่า วัยรุ่นอายุ 13-18 มีภาวะวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ
 31.9 พฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 19.1 อารมณ์ผิดปกติ ร้อยละ 14.3 และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด
 ร้อยละ 11.4 ซึ่งในกลุ่มนี้พบความผิดปกติในระดับรุนแรง ร้อยละ 22.2 (Merikangas et al., 2010)
 และพบว่า วัยรุ่น อายุ 10-17 ปี ในประเทศเยอรมันนี้มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 11.1 วิตกกังวล ร้อยละ
 9.91 สมาธิสั้น ร้อยละ 2.3 และในกลุ่มนี้พบอาการที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอยู่ในระดับสูง
 ร้อยละ 25.8 ถึงร้อยละ 41.9 (Ravens-Sieberer et al., 2008)

มีรายงานการวิจัยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนักเรียน คือ ระดับการศึกษา
 จำนวนพี่น้อง กิจกรรมบันเทิงที่ชอบ ภาวะสุขภาพ เหตุการณ์สำคัญในชีวิตเกี่ยวกับบุคคลใน
 ครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ผลการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน
 การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเห็นคุณค่าในตนเอง (นัยนา เอื้อพงศ์กิติกุล, 2551)
 และมีรายงานเกี่ยวกับปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่พบบ่อย ได้แก่ การปรับตัวด้านอารมณ์
 สังคม การเรียน เพศ พฤติกรรมความประพฤติ การฆ่าตัวตาย และความสัมพันธ์ในครอบครัว
 ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต (อรุณี
 โสติดิวนิชย์วงศ์, 2554) นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ขาดทักษะชีวิตและ
 ประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพจิต (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก, 2558)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของทักษะชีวิต (Life skills) หมายถึง ความสามารถ
 ของบุคคลในการปรับตัว การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเมื่อเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายหรือแรงกดดันต่าง ๆ
 ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นสิ่งที่จรรโลงให้เกิดการดำรงไว้ซึ่งภาวะ
 สุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ และความสามารถในอันที่จะจัดการกับปัญหารอบ ๆ ตัว
 ในสภาพสังคมทั่วไป และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตสำหรับเรื่องต่าง ๆ มีองค์ประกอบ
 10 ประการ ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ความตระหนักรู้ในตน ความเข้าใจ

ผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการความเครียด (WHO, 1994 a) สำหรับประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต ได้เพิ่มองค์ประกอบของทักษะชีวิตอีก 2 ประการ คือ ความภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม (ประวิต เอราวรรณ์ และนุชชญา เหลืองอังกูร, 2544) เพื่อให้ทักษะชีวิตในความหมายที่นำมาใช้ในบริบทของประเทศไทยมีความชัดเจนและเหมาะสมมากขึ้น ทักษะชีวิตมีความจำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ต้องเจริญเติบโตในโลกที่ไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในวันข้างหน้า ด้วยการที่สังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ความเป็นสังคมเศรษฐกิจมากขึ้น อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ปัจจัยทั้งหมดจึงชักนำให้มีความอ่อนแอ การมีทักษะชีวิตจะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันและสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มีการจัดการอารมณ์และความเครียด และแก้ไขปัญหาคือ การมีทักษะชีวิตที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กวัยรุ่นสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขพัฒนาปรับปรุงตัวเองให้อยู่ในสถานการณ์ที่ย่างยากได้ อยู่ในสังคมที่เข้ากับผู้อื่นได้ และช่วยให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่จะนำมาซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดี (นพัสชวินทร์ มูลทาทอง, 2555)

รายงานการศึกษาในนักเรียนหญิงในโรงเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ภายหลังจากได้รับกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิต นักเรียนหญิงมีความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการได้รับกิจกรรม (ทิวาทิพย์ แสนเมือง, ทศพร ชูศักดิ์, เบญจวรรณ นันทชัย และสัณหวัช ไชยวงศ์, 2558) วัยรุ่นที่มีสมรรถนะด้านการเรียนและความตั้งใจในการจัดการกับปัญหาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีทักษะชีวิตที่เหมาะสม สามารถปกป้องวัยรุ่นจากการใช้สารเสพติด ทำให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกันในการไม่ไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด มีการควบคุมตนเองสูงขึ้น มีการมองโลกในแง่ดี และมีความเชื่อในอำนาจตนมากขึ้น (อรพินทร์ ชุชม, สุภาพร ธนะชานันท์ และทัศนาก ทองภักดี, 2555; จรววยพร สุภาพ, วราพร บุญยะชาน, วิริณธ์ กิตติพิชัย และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, 2553) ซึ่งพฤติกรรมทางเพศ และการใช้สารเสพติด เป็นปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น (สาวิตรี อัมฉางค์กรชัย และคณะ, 2551) ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า และความคิดอยากฆ่าตัวตาย (นิตยา ไทยภิรมย์, 2555) รายงานการศึกษาในวัยรุ่นตอนต้นที่ศึกษาในระดับประถมศึกษา พบว่า ภายหลังจากการได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อลดพฤติกรรมเกเร และส่งเสริมการทำความคิด เด็กเหล่านั้นมีพฤติกรรมเกเรลดลงและทำความดีเพิ่มขึ้น (วรางคณา ชมพูพาน และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2555) และภายหลังจากพัฒนาทักษะชีวิตในนักศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า นักศึกษาเหล่านั้นมีทักษะการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (มณฑนา บรรพสุทธิ, 2553) ภายหลังจากได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปัญหาเป็นฐานในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ปีที่ 2 โดยให้นักเรียนคิดแก้ปัญหาแบบมีขั้นตอน พบว่า นักเรียนพัฒนาความสามารถในการคิดแก้ปัญหาทักษะชีวิต มีทักษะชีวิตเพิ่มขึ้นทุกด้าน (ปราณี บุญยา, วงพัทธ์ ภูพันธ์ศรี, บุญเลิศ ไพรินทร์ และสุวิมล อังควานิช, 2556) ภายหลังมีการฝึกทักษะชีวิตในนัศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า นักศึกษามีการปรับตัวที่ดีขึ้น และมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (ปราณี บุญยา และคณะ, 2556) ในประเทศอินเดีย ศึกษาในเด็กนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 14-16 ปี ภายหลังได้รับการให้การเรียนรู้ด้วยโปรแกรมทักษะชีวิต (โปรแกรมโรงเรียนสุขภาพจิต) พบว่า นักเรียนสามารถพัฒนาทักษะการตัดสินใจ มีพฤติกรรมทางสังคมที่ดีขึ้นและมีความภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น (Srikala & Kishore, 2010)

นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดี มีทักษะชีวิตดีกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ และทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ ความตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสาร การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต (กาญจนา สรรพคุณ, 2548) ดังนั้นทักษะชีวิตจึงเป็นความสามารถของบุคคลที่จะคิดอย่างมีเหตุผล ตัดสินใจ แก้ปัญหาและปรับตัว เมื่อเจอปัญหา หรือสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ ในชีวิตวัยรุ่นเพื่อให้มีพฤติกรรมที่เป็นไปในทางที่ถูกต้อง สามารถดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นได้ว่า วัยรุ่นอยู่ในวัยที่เสี่ยงกับการมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ และวัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตที่ดีและเหมาะสมมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตดีอย่างไรก็ดี ยังไม่มีการศึกษาถึงอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ในการเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะชีวิตในด้านที่สัมพันธ์และทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ดีที่สุด เพื่อส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตที่ดีและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

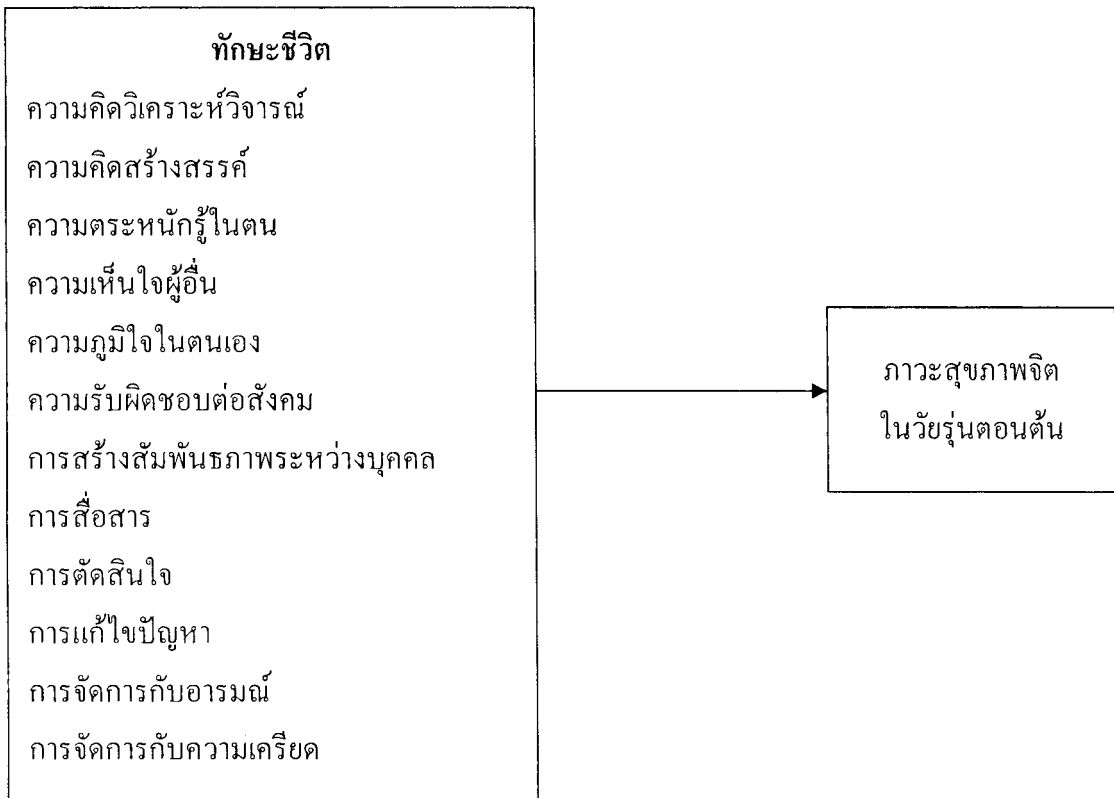
ศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิต ทั้งในภาพรวม และรายด้านทั้ง 12 ด้าน ได้แก่ ความคิดวิเคราะห์ วิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ ความตระหนักรู้ในตน ความเห็นใจผู้อื่น ความภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด ที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

สมมติฐานการวิจัย

ทักษะชีวิตทั้งในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ความคิดวิเคราะห์ วิचारณ์ ความคิดสร้างสรรค์ ความตระหนักรู้ในตน ความเห็นใจผู้อื่น ความภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้นได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้นครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเอาแนวคิดสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งได้กล่าวว่า ความสามารถของบุคคลในการจัดการ หรือเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยมีการแสดงออกทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ซึ่งมีปัจจัยที่หลากหลายที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคล ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งทักษะชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเหล่านี้ ทักษะชีวิต คือ ความสามารถของมนุษย์อันประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ และทักษะการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพสังคมปัจจุบันและในอนาคต สามารถเผชิญสิ่งต่าง ๆ ที่มากระตุ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นสิ่งที่ควรพึงไว้ซึ่งสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทักษะชีวิตที่จัดเป็นปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความคิดวิเคราะห์ วิचारณ์ การจัดการกับอารมณ์ การจัดการกับความเครียด ความภูมิใจในตนเอง การตัดสินใจ ความคิดสร้างสรรค์ และความตระหนักรู้ในตน ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเห็นใจผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร และการแก้ไขปัญหา ส่วนปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม คือ ความรับผิดชอบต่อสังคม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำนายของทักษะชีวิตกับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2559 ในจังหวัดอุบลราชธานี ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. ตัวแปรต้น คือ ทักษะชีวิต ประกอบด้วย ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ความคิดสร้างสรรค์ ความตระหนักรู้ในตน ความเห็นใจผู้อื่น ความภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด
2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

นิยามศัพท์

ทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการปรับตัว และการมีพฤติกรรม ที่ถูกต้องเมื่อเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นสิ่งที่จรรโลงให้เกิดการดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรม ไปในทางที่ถูกต้องในขณะที่เผชิญแรงกดดันหรือกระทบกับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เกิดขึ้น ประเมินด้วย แบบวัดทักษะชีวิตขั้นพื้นฐานของวัยรุ่นของ บุษกร สืบซึ่ง (2549) ทักษะชีวิตมี 12 องค์ประกอบ ได้แก่

ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นที่จะวิเคราะห์แยกแยะ ข้อมูล ข่าวสาร ปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัว

ความคิดสร้างสรรค์ หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการคิดออกไปอย่าง กว้างขวางโดยไม่ติดอยู่ในกรอบ

ความตระหนักรู้ในตน หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการค้นหาและเข้าใจ จุดดีจุดด้อยของตนเองและแตกต่างจากผู้อื่น

ความเห็นใจผู้อื่น หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการเข้าใจความรู้สึก และเห็นอกเห็นใจบุคคลที่แตกต่างจากเรา

ความภูมิใจในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของวัยรุ่นตอนต้นที่รับรู้ว่าคุณค่า เช่น ความมีน้ำใจ รู้จักให้รู้จักรับ ค้นพบ และภูมิใจในความสามารถด้านต่าง ๆ ของตน

ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง ความรู้สึกของวัยรุ่นตอนต้นที่รับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนรับผิดชอบในความเจริญหรือเสื่อมของสังคม

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการมี ปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสม สามารถที่จะรักษาเพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี นำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการใช้คำพูดและท่าทาง เพื่อแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม และสถานการณ์ต่าง ๆ

การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการเลือกหรือไม่เลือก ที่จะปฏิบัติ หรือดำเนินชีวิตเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีระบบ

การแก้ไขปัญหา หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการรับรู้ปัญหา สาเหตุ หาทางเลือก และลงมือแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

การจัดการกับอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการรู้จักและเข้าใจ อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น อีกทั้งวิธีการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนอง และแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การจัดการกับความเครียด หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการรับรู้ถึงสาเหตุ ของความเครียด รู้วิธีการผ่านคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เพื่อก่อให้เกิดการเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดปัญหาต่าง ๆ

ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล มีทักษะการติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความยืดหยุ่นในตนเอง และมีคุณค่าในตนเอง ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไป (GHQ 12) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2545)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมเนื้อหาเสนอเรียงตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพจิต
2. วัยรุ่นและภาวะสุขภาพจิต
3. ทักษะชีวิตกับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น

ภาวะสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) ได้ให้ความหมายภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีสุขภาวะที่ดี บุคคลมีความตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในสังคมของตนเอง โดยไม่มีความขัดแย้งภายในจิตใจ และมีเพียงเฉพาะเพียงปราศจากอาการของโรคประสาท และโรคจิตเท่านั้น คุณลักษณะของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีประกอบด้วย ความสามารถที่จะรัก และมีความสุขในชีวิตสามารถที่จะจัดการกับความขัดแย้งทางอารมณ์ได้ ความสามารถที่จะใช้ชีวิตอยู่ด้วยความปราศจากความกลัว ความรู้สึกผิด หรือความวิตกกังวล สามารถที่จะรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง สามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเอง คิดได้อย่างกระฉับกระชวย มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น บรรลุถึงซึ่งจิตวิญญาณของตนเองอย่างชัดเจน ผ่านกิจกรรมพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยไปได้อย่างราบรื่น สามารถที่จะทำงานและสร้างผลผลิต เห็นคุณค่าในตนเองและมองตนเองในด้านดี สามารถที่จะเล่นและหัวเราะ และประเมินความจริงได้ถูกต้อง (Varcarolis & Halter, 2010)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้ความหมายภาวะสุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตนเองมองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง โดยลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตประกอบด้วย องค์ประกอบ ที่แบ่งออกเป็น 3 มิติ คือมิติที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่ ความสงบผ่อนคลายของจิต การสำรวจและเข้าใจในตนเอง และวิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง การทำประโยชน์ต่อสังคม

และความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม มิติทางสังคมเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต

ความสำคัญของภาวะสุขภาพจิต

สังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นสังคมที่พัฒนาแล้ว กำลังพัฒนา หรือด้อยพัฒนา บุคคลจะต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ ความเคียดรอนทางจิตใจ รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต มาโดยตลอด และได้ให้การสนับสนุนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตในทุกเหตุการณ์ ได้รับความช่วยเหลือ ด้านสุขภาพจิตทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการช่วยเหลืออย่างจริงจัง เพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตดี สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ ลุล่วงและดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ผู้มีปัญหาทางจิตใจอาจหาทางออกเอง และอาจพบความล้มเหลวในการปรับตัว และมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้ และหากไม่ได้การช่วยเหลือ จะกลายเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศได้เพราะบุคคลมีภาวะสุขภาพจิตดี สามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จ และมีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคได้อย่างดี แต่หากบุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี จะมีความบกพร่องในการจัดการปัญหาและอุปสรรคได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การเรียน การประกอบอาชีพ ตลอดจนการดำเนินชีวิตประจำวัน และผู้สุขภาพจิตดีจะช่วยผู้ที่อยู่ใกล้มีสุขภาพจิตดีด้วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และศุภร์ใจ เจริญสุข, 2557)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าภาวะสุขภาพทางกาย ทำให้กรมสุขภาพจิตเห็นความสำคัญและได้สนับสนุนส่งเสริมการศึกษาในสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มมากขึ้น และเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ (WHO, 2014)

1. ลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรม (Individual attributes and behaviors) เป็นลักษณะที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด การเรียนรู้ภายหลังการเผชิญและการจัดการกับความคิด ความรู้สึก ในชีวิตประจำวัน ที่เรียกว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) หรือเป็นความสามารถในการเผชิญและจัดการทางสังคมเช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความรับผิดชอบ และการเคารพมุมมอง ความคิดเห็นของบุคคลอื่น ที่เรียกว่า ความฉลาดทางสังคม (Social intelligence) ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตของบุคคลอาจมาจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์และชีวภาพ บุคคลอาจเกิดมาด้วยความผิดปกติของ โครโมโซม เช่น ภาวะดาวน์ซินโดรม หรือมีความผิดปกติของสติปัญญาเนื่องมาจากการได้รับสารแอลกอฮอล์จากมารดาที่ดื่มระหว่างตั้งครรภ์ หรือการขาด

ออกซิเจนขณะคลอด

2. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and economic circumstance) เป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาในขณะที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และการมีข้อจำกัดหรือด้อยโอกาสทางการศึกษาและการมีรายได้ที่ดีก็เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตได้

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล เช่น การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ (น้ำ บริการสุขภาพ กฎเกณฑ์ทางกฎหมาย) การถูกรอบงำด้วยความเชื่อทางวัฒนธรรมทัศนคติ หรือการปฏิบัติต่าง ๆ การถูกแบ่งแยกเชื้อชาติ เช่น วิกฤติเศรษฐกิจทำให้เกิดผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต ความบีบคั้น เกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่นำไปสู่การเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายและการใช้สารเสพติดของบุคคล

นอกจากนี้ได้แบ่งองค์ประกอบหลักของผู้มีสุขภาพจิตดีออกเป็น 4 องค์ประกอบหลัก (อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐ์โชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่ และสุจริต สุวรรณชีพ, 2544) คือ

องค์ประกอบที่ 1 สภาพจิตใจในด้านความรู้สึกเป็นสุข อารมณ์ด้านบวก และอารมณ์ด้านลบและดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากเป้าหมายของคนคือความผาสุกโดยการวัดความทุกข์หรือสุขของบุคคลว่ามีมากน้อยเพียงใดโดยวัดจากความรู้สึก อารมณ์ ความคิดพฤติกรรมว่าในปัจจุบันเป็นอย่างไรมีโรคหรือมีอาการของโรคต่าง ๆ เกิดขึ้นหรือไม่ เป็นการวัด ณ ปัจจุบัน

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจเป็นการมองในเรื่องความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งนำแนวคิดมาจากองค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวกับลักษณะทางด้านจิตใจของสุขภาพจิตของสมรรถภาพ หมายถึง ความสามารถในการเผชิญปัญหา หรือสมรรถภาพในการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตที่สำคัญมีอยู่ 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ปัญหาการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น สร้างความสัมพันธ์และธำรงรักษาความสัมพันธ์ให้อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ด้านที่ 2 ปัญหาจากสิ่งแวดล้อม หรือสังคมภายนอกที่มากดดัน มีความสามารถในการปรับตัวให้อยู่ได้ในสถานการณ์นั้น ๆ และถ้าให้ดีคืออยู่ได้อย่างมีผลผลิตของงานด้วย การมีคุณค่า สร้างประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลที่จะอยู่ได้ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านที่ 3 ปัญหาที่เกิดขึ้นจากภายในจิตใจของตนเอง มุ่งไปที่ความต้องการตามสัญชาตญาณของมนุษย์หรือความต้องการพื้นฐานของคนเราเกิดความขัดแย้งกันเป็นการดูว่าจิตใจสามารถสร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นได้หรือไม่ระหว่างความต้องการที่เกิดขึ้นกับความขัดแย้งในใจ มีผลออกมาอย่างราบรื่น เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาที่สำคัญในการดำเนินชีวิต

องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพของจิตใจคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นให้เป็นคนดีคนเก่ง เป็นคนที่มีความสุขซึ่งเป็นลักษณะทางจิตใจที่สำคัญ หรือหมายถึงคุณภาพของจิตใจนั่นเอง แสดงความคิดเห็นว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ บุคลิกภาพผสมผสานกันดี มีความเป็นตัวเอง มีการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 4 ปัจจัยสนับสนุนได้แนวคิดมาจากความผาสุกของบุคคล (Subjective well-being) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ซึ่งมองว่าบุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคลแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อจิตใจและการดำเนินชีวิต เช่น รับรู้ว่ามีปัญหาบุคคลแวดล้อมสามารถช่วยเหลือตนเองให้รู้สึกปลอดภัย มั่นคงในชีวิต มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพดี มีสถานบริการสุขภาพ มีกิจกรรมสันทนาการและมีเวลาว่าง มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

การประเมินภาวะสุขภาพจิต

โดยทั่วไปคนเรารู้สึกดีเกี่ยวกับสุขภาพจิตจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ไม่ใช่เกณฑ์ที่แน่นอน ซึ่งความรู้สึกนึกคิดของของตนเอง ไม่ใช่เกณฑ์ที่แน่นอนซึ่งความรู้สึกนึกคิดของตนอาจลำเอียงได้เนื่องจากความรักใคร่ ชอบพอ หรือความเกลียดชัง ตลอดจนความสนิทสนมจากการเป็นเครือญาติ ดังนั้นการประเมินต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และมีเกณฑ์ในการประเมินปัญหาทางสุขภาพจิต (Videbeck, 2006) การวินิจฉัยความผิดปกติของภาวะสุขภาพจิต สามารถแสดงถึงลักษณะของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้คือ ไม่พึงพอใจในคุณลักษณะความสามารถและความสำเร็จของตนเอง สัมพันธภาพบกพร่อง ไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับปัญหาในชีวิต ไม่สามารถอยู่ในโลกของความเป็นจริงขาดการพัฒนาตน พฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ซึ่งแนวทางและวิธีการประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคคลในการศึกษาความเจ็บป่วยทางจิตนั้นเป็นประเด็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตไม่สามารถวินิจฉัยโรคจากห้องปฏิบัติการ และไม่สามารถตรวจทางกายได้ จิตแพทย์จึงพัฒนาเครื่องมือทั้งแบบคัดกรองและแบบวินิจฉัยเพื่อให้ผู้ที่ไม่ใช่จิตแพทย์ดำเนินการได้ อย่างไรก็ตามเครื่องมือคัดกรองไม่สามารถถือว่าเป็นการวินิจฉัยได้ การประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เพราะไม่สามารถประเมินได้โดยตรง แต่จะประเมินจากความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออกแล้วนำมาหาข้อสรุปว่าบุคคลนั้น ๆ อยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี แบบคัดกรองในการประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตในแต่ละประเภทนั้นจะมีการอธิบายวิธีการใช้ และการคิดคะแนนเพื่อประเมินผล ซึ่งสามารถอ่านได้จากคู่มือการใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินนั้น ๆ โดยผู้ที่จะนำเครื่องมือมาใช้ต้องศึกษาข้อบ่งชี้ในการใช้ พิจารณาตามหลักเกณฑ์ วัตถุประสงค์ที่จะนำไปใช้กับใคร ที่ไหนให้มีความเหมาะสมกับวัย อายุ เพศ โรค อาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ และใครเป็นผู้ทำการประเมิน

เพื่อจะได้ผลการประเมินที่เที่ยงตรงเชื่อถือได้และนำไปสู่การให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

เครื่องมือคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพจิต

เครื่องมือในการวัดและประเมินที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ สามารถนำไปใช้ในการวัดและประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลและสรุปรายละเอียด ดังนี้

1. แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (General health questionnaire [GHQ]) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2545) พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในและต่างประเทศ โดยมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา ซึ่งแบบวัดนี้สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด โดยใช้เพื่อคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากภาวะปกติของบุคคล มี 4 ฉบับ คือ Thai GHQ 60, Thai GHQ-30, Thai GHQ-28 และ Thai GHQ-12 ผลการทดสอบความเชื่อถือได้และความตรงของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Thai GHQ ทุกฉบับทั้งฉบับเต็ม และฉบับอื่น ๆ ที่คัดลอกมาจากฉบับเต็ม มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามได้ค่า Cronbach's alpha coefficient .84-.94 ค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1-85.3 และมีผู้นำไปใช้ศึกษาในงานวิจัยมากมาย เช่น รายงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล (จิณห์จุกา ชัยเสนา ดาลาส, สายใจ พัวพันธ์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2558) ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์ในนิสิตทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ณัฐวุช แก้วสุทธา, ณรงค์ศักดิ์ เหล่าศรีสิน และวิกุล วิสาล, 2557) ภาวะสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร (ผ่องศรี อิมสอน และนันทนา น้ำฝน, 2556) ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเชื้อพังผืดมัยโอฟาสเซียล (ชนินทร สมนึก, 2554) และ ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์ในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วรรษมา คุณาติศร และจารุรินทร์ ปีตานุพงศ์, 2553)

แบบคัดกรองนี้ประชาชนทั่วไปสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงเหมาะที่จะนำไปใช้กับบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบ แบบสอบถามเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง ข้อคำถามของ Thai GHQ ครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis) มีทั้งหมด 4 ฉบับ คือ Thai GHQ-60 มีข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ Thai GHQ-30 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ Thai GHQ-28 มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ Thai GHQ-12

มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เวลาที่ใช้ในการตอบคำถาม Thai GHQ-60 ผู้ที่อ่านออกเขียนได้ และไม่มีปัญหาอื่น ๆ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการตอบจะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ส่วนฉบับอื่น ๆ ก็จะใช้เวลาน้อยลงตามลำดับ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539)

การให้คะแนนของ GHQ (Goldberg & Newell, 1996) แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการ คิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3)

การแปลผล Thai GHQ ทั้ง 4 ฉบับ มีจุดตัดของคะแนน ดังนี้

Thai GHQ-60 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 11/ 12 โดยคะแนนตั้งแต่ 12 ขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ

Thai GHQ-30 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 3/ 4 โดยคะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ

Thai GHQ-28 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/ 6 โดยคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ

Thai GHQ-12 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 1/ 2 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ

ข้อจำกัด Thai GHQ-60 มีค่าความแม่นยำตรงดีใกล้เคียงกับ Thai GHQ-30 และมีค่าความเชื่อถือได้ดีที่สุดในกลุ่ม แต่มีความยาวมากกว่า ดังนั้นในทางปฏิบัติ Thai GHQ-30 จึงน่าจะเป็นฉบับที่เหมาะสมที่สุด ส่วน Thai GHQ-28 มีความเหมาะสมในกรณีที่ต้องการคะแนนของ Sub-scale ต่าง ๆ เพื่อดูรายละเอียดของอาการ Thai GHQ-12 แม้จะมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้ต่ำกว่าฉบับอื่น ๆ ก็ไม่ได้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และมีข้อดีที่มีขนาดสั้น กะทัดรัด

2. แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-55) เป็นแบบวัดที่มีการพัฒนาแบบวัดหลายครั้ง โดย อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้เครื่องมือ 2 ฉบับ คือ ฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ได้พัฒนาเครื่องมืออีกครั้งได้เครื่องมือ 2 ฉบับ ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ และหลังจากนั้นได้มีนักวิชาการจำนวนมากนำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเป็นแบบวัดฉบับใหม่ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีชื่อเต็มว่าแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับสมบูรณ์) (Thai Mental Health Indicators [TMHI-55]) โดย อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ผลการพัฒนาโดยเพิ่มข้อคำถามในมิติที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มิติย่อยที่ 3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) คือ ข้อที่ 39 ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัว และมีการเปลี่ยนแปลงความหมายของของมิติย่อยที่ 2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (Inadequate mental mastery) ซึ่งเป็นความหมายเชิงลบเปลี่ยนแปลงใหม่เป็นความหมายเชิงบวก คือ การควบคุมจิตใจของตนเองมีประสิทธิภาพ (Adequate mental mastery) ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัวเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจหรือมีความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นความสมดุลทางจิตใจ เกิดความรู้สึกเป็นสุข (Well-being) และเปลี่ยนแปลงความหมายมิติย่อย 3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อ

ตนเอง ครอบครัว ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้ สำหรับการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และการหาค่าปกติของคนไทยของ แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-55) ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน คะแนนแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (179-220) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (158-178) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (157 คะแนน หรือน้อยกว่า) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92 ฉบับสั้น (TMHI-15) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81 และมีผู้นำไปใช้ศึกษาในงานวิจัยมากมาย เช่น รายงานวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (เกสร นุ้ยจิ้น, 2558) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนิสิต กระบวนการเรียนการสอน ปัจจัยเกื้อหนุน กับความสุขของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .90 (ศิริพร แสงศรีจันทร์, พยาม การดี, กัญญา นันตะแก้ว และ รัตนา ทาสีทธิ, 2556) ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย (พลากร ดวงเกตุ, 2553) การเปรียบเทียบค่าความเหลื่อมของความแปรปรวนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ที่เป็นผลจากความแตกต่างของความยาวของแบบวัด (เสาวณิต กิตติณานนท์ และณัฐภรณ์ หลาวทอง, 2554) สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรณีศึกษา โรงเรียนสิริรัตนาร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient .81 ถึง .86 (นัยนา เอื้อพงศ์กิตติกุล, 2551)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตที่เป็นภาษาไทย และนิยมใช้อย่างแพร่หลายกับประชากรคนไทย มี 2 เครื่องมือ และมีการใช้ในงานวิจัยมาแล้วอย่างหลากหลายดังการทบทวนวรรณกรรมขั้นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General health questionnaire [GHQ] ฉบับภาษาไทย 12 ข้อ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีขนาดสั้น กะทัดรัด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามน้อย และรายละเอียดข้อคำถามเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในวัยรุ่นตอนต้น

วัยรุ่นและภาวะสุขภาพจิต

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วุฒิภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็นวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงรอยต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ของวัย จะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายเกิดขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะมีผลต่อความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลรอบข้าง หากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นไปอย่างเหมาะสม จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และกระตุ้นให้พัฒนาการด้านอื่น ๆ เป็นไปด้วยดี มีผู้ให้ความหมายของวัยรุ่นดังนี้

WHO (2011) ให้ความหมายว่า วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนสถานะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ มีรายได้ สามารถรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง และได้กำหนดอายุของวัยรุ่นอยู่ระหว่าง 10-19 ปี

พนม เกตุมาน (2550) อธิบายว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน เด็กจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 12-13 ปี โดยส่วนใหญ่เพศหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเพศชายประมาณ 2 ปี และจะเกิดการพัฒนาไปจนถึงอายุประมาณ 18 ปี จึงจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

สุวรรณา เรื่องกาณจนเศรษฐ์ (2551) ได้อธิบายเกี่ยวกับวัยรุ่นว่า เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับเปลี่ยนจากวัยรุ่นสู่การเป็นผู้ใหญ่ การแบ่งช่วงวัยในวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปี วัยรุ่นตอนกลางอายุระหว่าง 15-17 ปี และ วัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 17-19 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา

วัยรุ่นตอนต้นกับภาวะสุขภาพจิต

เด็กวัยรุ่นตอนต้น เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงอายุประมาณ 10-15 ปี (WHO, 2010) ส่วนมากศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางจิตใจและสติปัญญา และพัฒนาการทางสังคม เป็นรอยต่อของความเป็นเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ซึ่งยังมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็ก เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สุวรรณา เรื่องกาณจนเศรษฐ์, 2551) โดยเด็กผู้หญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กผู้ชายประมาณ 1-2 ปี (พนม เกตุมาน, 2550) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ทำให้มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสมอง ต่อมไร้ท่อ และระดับฮอร์โมน ทำให้เกิดความหงุดหงิดวิตกกังวลใจ อารมณ์เสื่อง่าย อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมของเด็กวัยนี้ได้ (อรุณี โสติดิวนิชย์วงศ์, 2554) สัมพันธ์กับการศึกษาปัญหาทางอารมณ์ของวัยรุ่นหญิงเพิ่มมากขึ้น ส่วนวัยรุ่นชายมีปัญหาทางอารมณ์ลดลง ในนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นอายุ 11-13 (Fink et al., 2015)

จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้ซึ่งจากการศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนพบว่านักเรียน ร้อยละ 18.6 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (นัยนา เอื้อพงศ์กิติกุล, 2551) และวัยรุ่นอายุเฉลี่ย 13.4 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 7.2 (สุภาวดี สมจิตต์ และนันทนา น้ำฝน, 2556) และปัญหาที่พบบ่อยในวัยรุ่น คือ ปัญหาการปรับตัวและด้านอารมณ์ ปัญหาความประพฤติกเลาะและความรุนแรง ปัญหาการติดยาเสพติด

หากวัยรุ่นตอนต้นไม่สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตในครอบครัวและมีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี หรือพบความผิดหวังในชีวิต ความรัก อาจนำมาสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (อรุณี โสคติวิณิชยวงศ์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะวิตกกังวล และนอนไม่หลับและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 37.86 พฤติกรรมรุนแรง และพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อทางด้านเพศเหมาะสม ยกเว้น ความคิดว่าการคุมกำเนิด เป็นความรับผิดชอบของฝ่ายหญิงเพียงลำพังและไม่เห็นด้วยกับความคิดว่าจะต้องมีความรักก่อน จึงจะมีเพศสัมพันธ์ (สุภาวดี สมจิตต์ และนนทนา น้าฝน, 2556) และจากการศึกษาของนักเรียน วัยรุ่นอายุ 13-17 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง 248 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 และพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่น (Lam, 2014)

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้ โดยการศึกษาของ วารุณี จิวหลง (2542) พบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ลักษณะความสัมพันธ์ ระหว่างบิดากับมารดา ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมครู ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับวัยรุ่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนักเรียนกับวัยรุ่น การรับสื่อโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ของวัยรุ่น ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ รุ่งฤดี จินฉนวนโส (2551) พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มี ภาวะสุขภาพจิตในระดับดี โดยปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ ครอบครัว รูปแบบโครงสร้างครอบครัว และระดับการศึกษาของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบนักเรียนที่มีภาวะสุขภาพจิตดีและภาวะสุขภาพจิต ไม่ดี พบว่า มีความแตกต่างกันด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว การสื่อสารระหว่าง บุคคลภายในครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกัน

สำหรับวัยรุ่นที่ดำเนินชีวิตในปัจจุบัน อยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคม และเทคโนโลยีที่มีการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทักษะชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นมีการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่เหมาะสม

ทักษะชีวิตกับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น

กรมสุขภาพจิต (2554) ให้ความหมายทักษะชีวิต (Life skill [LS]) ว่าเป็นความสามารถ อันประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ และความสามารถในอันที่จะจัดการกับปัญหารอบ ๆ ตัวในสภาพ สังคมทั่วไป ณ ปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต สำหรับเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ สารเสพติด บทบาทชายหญิง ชีวิตครอบครัว สุขภาพ อิทธิพลสื่อ สิ่งแวดล้อม ปัญหาสังคม จริยธรรม ฯลฯ โดยพิจารณาองค์ประกอบเป็นสำคัญใน 3 ด้านข้างต้นตามพฤติกรรม

การเรียนรู้ ด้านพุทธิพิสัย (ความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์) ด้านจิตพิสัย (ความตระหนักรู้ในตนและความเข้าใจผู้อื่น) ด้านทักษะพิสัย (การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด)

องค์ประกอบทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) ได้มีการปรับเพิ่มองค์ประกอบทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดยจัดความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ และความคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นองค์ประกอบร่วม พร้อมทั้งเพิ่มองค์ประกอบด้านจิตพิสัยอีก 1 คู่ คือ ความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยที่สภาพการณ์มีความรุนแรง มีการละเลยหรือขาดความรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อสังคม ซึ่งจัดองค์ประกอบของทักษะชีวิต ได้ดังนี้

1. องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านพุทธิพิสัย ที่เป็นองค์ประกอบร่วม ประกอบด้วย

1.1 ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical thinking) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และประเมินปัจจัยต่างๆ จากปัญหาและสถานการณ์แวดล้อมตัวเรา และปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเจตคติและพฤติกรรม เช่น ความเชื่อค่านิยม แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน และอิทธิพลจากสื่อต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

1.2 ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) หมายถึง ความสามารถในการคิดออกไปอย่างกว้างขวางโดยไม่ยึดติดอยู่ในกรอบ เป็นส่วนที่สนับสนุนเพื่อการตัดสินใจและแก้ปัญหาจากการค้นหาทางเลือกต่าง ๆ และผลที่เกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก ถึงแม้ว่ายังไม่มีการตัดสินใจแก้ปัญหาก็ตาม ความคิดสร้างสรรค์ยังช่วยให้นักเรียนสามารถนำประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

2. องค์ประกอบทักษะชีวิตด้านจิตพิสัยหรือเจตคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 คู่ คือ

คู่ที่ 1 ความตระหนักรู้ในตนเอง และความคิดเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

คู่ที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม

2.1 ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและเข้าใจในจุดดีจุดด้อยของตนเองและความแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะในแง่ความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา ศาสนา สีผิว ท้องถิ่น และสุขภาพ นอกจากนี้ยังส่งต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.2 การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการรู้และเข้าใจความรู้สึกความต้องการของบุคคลอื่นในสถานการณ์ต่าง ๆ

2.3 ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า เช่น ความมีน้ำใจ รู้จักให้รู้จักรับ คำนับและภูมิใจในความสามารถด้านต่าง ๆ ของตน เช่น ความสามารถด้านสังคม ดนตรี กีฬา ศิลปะ ฯลฯ โดยมีได้มุ่งสนใจอยู่แต่เนื่องรูปร่างหน้าตา เส้นผม หรือความสามารถทางเพศ การเรียนเก่ง

2.4 ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีส่วนรับผิดชอบในความเจริญหรือเสื่อมของสังคม ความรับผิดชอบต่อสังคม มีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความภูมิใจในตน เพราะหากคนเรามีความภาคภูมิใจในตน คนเหล่านี้ก็มีแรงจูงใจที่จะทำดีกับผู้อื่นและสังคม

3. องค์ประกอบทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา

กลุ่มที่ 3 ได้แก่ การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด

3.1 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal relationship skills) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสมสามารถที่จะรักษาเพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีนำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข และรวมถึงแรงบันดาลใจทางสังคมที่ได้จากการรักษาสัมพันธภาพที่ดีของบุคคลในครอบครัว

3.2 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้คำพูดและท่าทาง เพื่อแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม และสถานการณ์ต่าง ๆ โดยสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นความต้องการ การขอร้อง การตักเตือน และการปฏิเสธ

3.3 การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การตัดสินใจ (Decision making) หมายถึง สิ่งทีนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิต ถ้าบุคคลมีการตัดสินใจภายใต้การใช้เหตุผลอย่างมีประสิทธิภาพในการกระทำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยการประเมินทางเลือกและผลที่ได้จากการตัดสินใจทางเลือกที่ถูกต้องและเหมาะสม

3.4 การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง เมื่อบุคคลมีปัญหาเกิดขึ้น ไม่สามารถทำการแก้ไขทำให้เกิดภาวะความตึงเครียดต่อร่างกายและจิตใจ เมื่อมีทักษะในการแก้ปัญหา จะสามารถช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของเขาได้

3.5 การจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotions) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น อีกทั้งวิธีการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองและแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3.6 การจัดการกับความเครียด (Coping with stress) หมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียด รู้วิธีการผ่านคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุม ระดับความเครียดเพื่อก่อให้เกิดการเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อลด ปัญหาต่าง ๆ

ความสำคัญของทักษะชีวิตในวัยรุ่นตอนต้น

ทักษะชีวิตมีความจำเป็นต่อเด็กวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงรอยต่อของเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน จากภาวะสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ทำให้วัยรุ่นอาจสับสนในความคิดของตนเองเกี่ยวกับอนาคตข้างหน้าว่าจะเป็นอย่างไ่ ดังนั้นวัยรุ่นตอนต้นซึ่งอยู่ในวัยที่ต้องพึ่งพาจากบิดามารดา ครู ที่จะต้องช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้กับวัยรุ่น เพื่อที่จะสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทักษะชีวิตจึงเป็นเสมือนภูมิคุ้มกัน ซึ่งมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาในชีวิตต่อไป กุสุมาวดี คำเกลี้ยง และคณะ (2554) อธิบายถึงทักษะชีวิตมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาต่อไปนี้

1. ปัญหาสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ทักษะชีวิตเป็นเสมือนเครื่องมือหนึ่ง ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้สามารถดำรงรักษาสุขภาพจิตให้คงอยู่ได้ สุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อทักษะชีวิต (สุมาลี เทวฤทธิ์, มนตรี ทองมูล และ โชคชัย วิริยะพงษ์, 2554) สุขภาพจิต และทักษะชีวิตก็มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพงศ์ สิงห์สาธร และจุฬารักษ์ โสตะ (2555) พบว่า หลังเข้ารับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตประยุกต์ทักษะชีวิต ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีคะแนนความรู้สุขภาพจิตและการ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ทักษะชีวิต และการปฏิบัติตัวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น

2. ปัญหาสารเสพติด วิธีการป้องกันจากสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของ วุฒิไกร ศักดิ์สุริยกานต์ (2558) พบว่า หลังได้รับ โปรแกรมทักษะชีวิต เพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเสพติด นักเรียนมีทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจและแก้ปัญหา ความรับผิดชอบต่อสังคม การจัดการอารมณ์และความเครียด ทักษะในการปฏิเสธ การกระตุ้นให้ เกิดความคิดสร้างสรรค์ ความภาคภูมิใจในตนเอง ตระหนักรู้ในตนเอง การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ และการเห็นใจผู้อื่นได้ และพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น

3. ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ทำให้เกิด ปัญหาโรคเอดส์ ทำแท้ง ปัญหาครอบครัว และการเรียนตามมาได้ ทักษะชีวิตช่วยให้มีความเข้าใจ และป้องกันหาทางออกให้กับตนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวาทิพย์ แสนเมือง และคณะ (2558) พบว่า หลังการพัฒนาทักษะชีวิต นักเรียนหญิง โรงเรียนมัธยมศึกษา มีความรู้เรื่องเพศเพิ่มจาก ระดับต่ำ ร้อยละ 53.3 และปานกลาง ร้อยละ 46.7 เพิ่มเป็นระดับสูง ร้อยละ 100 และมีพฤติกรรมการ

ป้องกันความเสี่ยงทางเพศเพิ่มจากระดับต่ำ ร้อยละ 26.7 และปานกลาง ร้อยละ 33.3 เป็นระดับสูง ร้อยละ 90 และผลการศึกษาของ อัญชลี ภูมิจันทิก และ รุจิรา ดวงสงค์ (2554) พบว่า หลังได้รับการ เสริมสร้างทักษะชีวิตโดยการประยุกต์ใช้การเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อ การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร นักเรียนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่ เหมาะสม ความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นใจผู้อื่น การเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบ ต่อสังคม ความคิดสร้างสรรค์ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ความตั้งใจ ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

4. ปัญหาทะเลาะวิวาทและการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา หากมีทักษะชีวิต สามารถนำหลักการการใช้เหตุผลมาตัดสินใจแก้ปัญหาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Naseri and Babakhani (2014) พบว่า หลังได้รับการฝึกทักษะชีวิตในด้านการควบคุมอารมณ์ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ความตระหนักรู้ในตนเอง และการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีความก้าวร้าว ลดลง และ วรางคณา ชมพูปาน (2555) พบว่า นักศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หลังได้รับการพัฒนาทักษะชีวิต มีความรู้ในการจัดการความเครียด ความคิดสร้างสรรค์และคิด อย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความภาคภูมิใจในตนเองและความ รับผิดชอบต่อสังคม การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจและแก้ปัญหา การจัดการ อารมณ์และความเครียด มีระดับเพิ่มสูงขึ้น

5. ปัญหาสังคม เช่น การเที่ยวเตร่ อาชญากรรมรูปแบบต่าง ๆ การขายบริการทางเพศ การมีทักษะชีวิตช่วยให้มีทักษะการตัดสินใจ การจัดการปัญหาและเลือกแนวทางในการจัดการ ปัญหาที่ถูกต้องได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Srikala and Kishore (2010) ศึกษาประสิทธิภาพของ โปรแกรมทักษะชีวิตหรือ โปรแกรมสุขภาพจิตใน โรงเรียนของเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 14-16 ปี ในประเทศอินเดีย พบว่า สามารถพัฒนาทักษะการตัดสินใจของเด็กนักเรียน และครู มีพฤติกรรมทางสังคมที่ดีขึ้น มีการตัดสินใจและความภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น และการศึกษา ของ จันทรพิมพ์ สุขเสริม และฉันทนา กล่อมจิต (2553) หลังได้เข้ากลุ่มเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเกมส่คอมพิวเตอร์ มีคะแนนทักษะชีวิตเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ทักษะชีวิตมีความสำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการคิด การปรับตัวและการตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มนุษย์มีความสำเร็จในการดำรงชีวิต ทักษะชีวิตจึงมี ความสัมพันธ์กับจิตมนุษย์ 3 ด้าน คือ ด้านการฝึกฝนสติปัญญา (IQ) ด้านอารมณ์ (EQ) และด้าน แรงจูงใจในการหล่อหลอมบุคลิกภาพในด้านมโนธรรมและคุณธรรม (MQ) การฝึกฝนให้บุคคล มีทักษะชีวิตจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบุคลิกภาพทั้งภายในและภายนอก ส่งผลให้บุคคล

มีความรู้ความสามารถสูงในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จในทุก ๆ ด้าน ซึ่งจำแนกผลของการฝึกทักษะชีวิตกับการพัฒนาคนได้ดังนี้

1. มีความเป็นเลิศทางปัญญาหรือคนเก่ง ในที่นี้หมายถึง การพัฒนาด้านสติปัญญาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำ การคิดหาเหตุผล การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ การเรียนรู้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการใฝ่หาความรู้ ทันโลก ทันเหตุการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล เกลียวทอง (2557) ได้ศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 786 คน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีผลต่อทักษะชีวิต

2. ดำรงตนเป็นคนดี ในที่นี้หมายถึง มีเจตคติอันเกิดจากการเรียนรู้ทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองในด้านการอยู่ร่วมกันในสังคมโดยรวม ซึ่งก่อให้เกิดมโนคติ มีคุณธรรมประจำตน มีจิตสำนึกในสิทธิและหน้าที่ของตนเองที่มีต่อสังคมโดยรวม ความรู้สึกที่เห็นคุณค่าในตนเองและสะท้อนความรู้สึกที่เห็นคุณค่าของผู้อื่น รู้จักการแสดงออกได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาทักษะชีวิต 10 องค์ประกอบ นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมเกเรลดลงและมีพฤติกรรมทำความดีเพิ่มขึ้น (จรววยพร สุภาพ และคณะ, 2553) และภายหลังได้รับการฝึกทักษะชีวิตนักเรียนมีการปรับตัว และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นและมากกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับการฝึกทักษะชีวิต (ปราณี บุญญา และคณะ, 2556)

3. มีความสุขในการดำรงชีวิต ในที่นี้หมายถึง มีความมั่นคงทางจิตใจ มีบุคลิกภาพที่ดี มีการปรับตัว มีทักษะในการสื่อสารระหว่างบุคคลให้เป็น ไปอย่างราบรื่น เป็นผลดีในด้านการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสามารถปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จ

ความเกี่ยวข้องของทักษะชีวิตกับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น

รายงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่นำมาสู่การเสริมสร้างทักษะชีวิตในวัยรุ่น สามารถสรุปได้ดังนี้ ศยมมณ เชื้อเจริญศักดิ์ (2547) และ รัชดาวรรณ แดงสุข (2550) ศึกษาปัจจัยสำคัญด้านรูปแบบการเลี้ยงดูที่แตกต่างกันส่งผลต่อทักษะชีวิตของวัยรุ่นแตกต่างกันในด้านการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน ทำให้มีทักษะในการจัดการกับอารมณ์และความเครียด การตัดสินใจและแก้ปัญหา ได้ดีกว่าแบบรักสนับสนุนน้อย ส่วนการเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล จะทำให้มีทักษะชีวิตด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร ได้ดีกว่าการเลี้ยงดูแบบใช้อารมณ์ นอกจากนี้การเลี้ยงดูแบบลงโทษทางกายทำให้เกิดปัญหาต่อทักษะชีวิตด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร และการจัดการกับอารมณ์และความเครียดมากกว่าการลงโทษแบบทางจิตวิทยา นอกจากนี้ กิจกรรมการสอนยังส่งผลต่อทักษะชีวิต โดยการศึกษาของ บรรพต แสนสุวรรณ (2550) พบว่า นักเรียนที่เรียนด้วย

กิจกรรมการเรียนการสอน โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีทักษะชีวิตหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการศึกษาที่ผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนดึงประสบการณ์ของตนมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ให้แก่เพื่อน โดยกิจกรรมดังกล่าวทำให้นักเรียนได้ทำงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน รับผิดชอบร่วมกัน เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนและทำกิจกรรมมากขึ้น นอกจากนี้ การได้รับคำปรึกษาจากครูสามารถส่งเสริมทักษะชีวิตให้แก่นักเรียนได้ โดย วัชรภรณ์ โพธิสุวรรณ (2550) พบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเหตุผลและอารมณ์ และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีจิตวิทยาปัจเจกบุคคล ส่งผลให้นักเรียนมีทักษะชีวิตด้านความคิด ความเชื่อและความเข้าใจในตนเอง มีทักษะทางสังคม ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง ความเห็นใจในผู้อื่น ความภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคมเพิ่มขึ้น

สำหรับงานวิจัยที่ทำการศึกษาปัจจัยด้านทักษะชีวิตกับผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ สามารถสรุปได้ว่า ทักษะชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสริมสร้างสังคมของวัยรุ่น แสดงให้เห็นว่า ทักษะชีวิตในด้านความตระหนักรู้ในตนเอง และความเห็นใจผู้อื่น มีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (ชมลวรรณ เหล่าวิทยานุกรณ์, 2545) ด้านการศึกษาของ แหวดดาว ดวงจันทร์ (2550) พบว่า การจัดกิจกรรมทักษะชีวิต ช่วยพัฒนาระดับความรู้สึกเห็นค่าในตนเองของนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กาญจนา สรรพคุณ (2548) ได้ข้อสรุปว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีทักษะในการตัดสินใจ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเห็นใจผู้อื่น และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะในการจัดการความเครียด การตระหนักรู้ในตนเอง และการแก้ไขปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ โดยผลการประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ซึ่งทักษะชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง การเห็นใจผู้อื่น การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การคิดสร้างสรรค์ การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นได้ว่า วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มเปลี่ยนจากความเป็นเด็กเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะมากขึ้นอาจส่งผลกระทบภาวะสุขภาพจิตได้ การมีทักษะชีวิตที่เหมาะสมของวัยรุ่นตอนต้นมีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ วัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

ประชากรเป้าหมาย ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี มีประชากรรวมทั้งสิ้น 40,046 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีอายุ 10-15 ปี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยการใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ของ Polit and Hungler (2002) ซึ่งแนะนำการใช้กลุ่มตัวอย่าง 20-30 คนต่อ 1 ตัวแปรทำนาย ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทำนาย 12 ตัวแปร ผู้วิจัยกำหนดให้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 รายต่อตัวแปรทำนาย 1 ตัวแปร จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 ราย

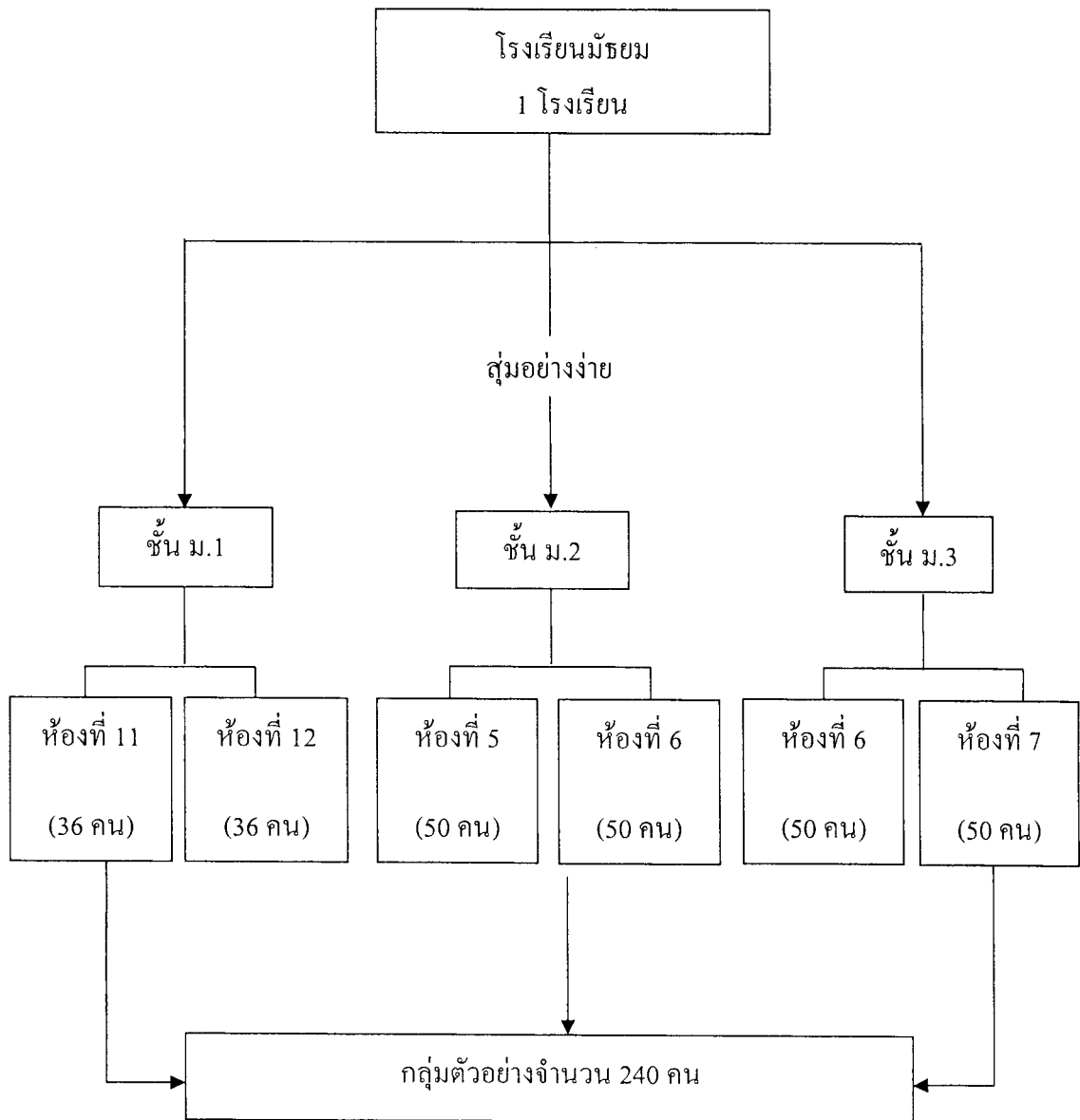
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling technique) ดังนี้

1. ขั้นแรกใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เพื่อเลือกโรงเรียนที่เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ในอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี มีโรงเรียนในระดับมัธยม จำนวน 9 แห่ง แต่ละแห่งมีบริบทใกล้เคียงกัน สุ่มโดยการจับสลากรายชื่อโรงเรียนได้จำนวน 1 แห่ง

2. ต่อจากนั้นนำจำนวนห้องเรียนของแต่ละชั้นปีคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 ของโรงเรียนที่เลือกใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลขห้องเรียนของแต่ละชั้นเรียน เพื่อให้ได้ชั้นปีละ 2 ห้องเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนทุกคนในห้องเรียนที่สุ่มได้

3. เนื่องจากลักษณะทั่วไปของแต่ละห้องเรียนในโรงเรียนเดียวกันนั้น มีลักษณะคล้ายคลึงกัน การเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้จึงใช้การจับสลากเลขห้องของแต่ละชั้นปีแบบไม่ใส่คืนจำนวน 6 ห้องเรียน จำนวนชั้นปีละ 2 ห้องเรียน คือ ชั้น ม. 1/ 11, ม. 1/ 12, ม. 2/ 5, ม. 2/ 6, ม. 3/ 6

และ ม. 3/7 ซึ่งมีจำนวนนักเรียน 36, 36, 50, 50, 50 และ 50 คนตามลำดับ จากนั้นมีการสุ่มให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน ตามจำนวนที่ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ข้างต้น (ดังแสดงในภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และให้เติมข้อความให้ครบถ้วน

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา เกรดเฉลี่ย ลำดับที่เกิด และจำนวนพี่น้อง
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของ บิดามารดา และครอบครัว ประกอบด้วย สถานภาพสมรสของบิดามารดา ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไป ฉบับย่อ (General health questionnaire [GHQ 12]) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) แปลและเรียบเรียงโดย ธนา นิลชัยโกวิท (2545) GHQ 12 ใช้เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตประกอบด้วยชุดคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือกให้คะแนนตาม GHQ score (0-0-1-1) ตามความคิดเห็นของนักเรียนเกี่ยวกับข้อความนั้น การแปลผลคือ มีความผิดปกติถ้าคะแนน 2 ขึ้นไป โดยมีการให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือกที่ 1 และ 2 มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ตัวเลือกที่ 3 และ 4 มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยการรวมคะแนนในทุกข้อ ค่าคะแนนมากกว่า 2 แสดงว่ามีปัญหาสุขภาพจิต รายงานค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายในของข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 ถึง .94 (ธนา นิลชัยโกวิท, 2545)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะชีวิตของวัยรุ่น ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่นของ นุชกร สืบซึ่ง (2549) เป็นแบบสอบถามที่ใช้เพื่อประเมินทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย ทักษะชีวิต 12 ด้าน คือ การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ (7 ข้อ) ความคิดสร้างสรรค์ (6 ข้อ) การตระหนักรู้ในตน (7 ข้อ) ความเห็นใจผู้อื่น (8 ข้อ) ความภาคภูมิใจในตนเอง (6 ข้อ) ความรับผิดชอบต่อสังคม (8 ข้อ) ทักษะในการตัดสินใจ (4 ข้อ) ทักษะการแก้ปัญหา (4 ข้อ) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (4 ข้อ) ทักษะการสื่อสาร (6 ข้อ) ทักษะการจัดการอารมณ์ (2 ข้อ) และทักษะการจัดการความเครียด (4 ข้อ) รวม 66 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 52 ข้อ ข้อความทางลบ 14 ข้อ ให้นักเรียนเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ จริง ค่อนข้างจริง ไม่จริง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
จริง	3	1
ค่อนข้างจริง	2	2
ไม่จริง	1	3

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 66-198 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงวัยรุ่นมีทักษะชีวิตพื้นฐานต่ำ คะแนนสูงหมายถึงวัยรุ่นมีทักษะชีวิตพื้นฐานสูง และสามารถนำคะแนนไปเทียบกับเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบประเมินทักษะชีวิตจัดแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้

คะแนนมากกว่า 171	อยู่ในเกณฑ์	สูง (สูงกว่าปกติ)
คะแนนระหว่าง 148-171	อยู่ในเกณฑ์	ปานกลาง (ปกติ)
คะแนนน้อยกว่า 148	อยู่ในเกณฑ์	ต่ำ (ต่ำกว่าปกติ)

แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 (บุญกร สืบซึ่ง, 2549)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตและแบบสอบถามทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่นเป็นเครื่องมือวิจัยที่เคยใช้ในงานวิจัยอื่นมาก่อน และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้วในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตและแบบสอบถามทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับ โรงเรียนมัธยมในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลจากการทดลองใช้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยแบบสอบถามทักษะชีวิตของวัยรุ่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตได้ค่าความเชื่อมั่นของ KR-20 เท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงเรียน เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วประสานงานกับครูประจำชั้นเพื่อเข้าพบนักเรียนจากนั้นแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยรักษาความลับไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูล โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ถือด้วยรหัสลับใช้หมายเลขที่ไม่นำไปสู่กลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น และข้อมูลนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวมหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยก็สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
3. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยรุ่นตอนต้นซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะดังนั้นผู้วิจัยขออนุญาตผู้ปกครองให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยนำเอกสารชี้แจง และใบลงนามยินยอมใส่ไว้ในซองเอกสาร ให้นักเรียนนำไปมอบให้ผู้ปกครอง และนัดหมายให้นักเรียนส่งใบยินยอมที่ผู้ปกครองลงนามแล้วกลับมาส่งในวันถัดไป ต่อจากนั้นให้นักเรียนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือลงนามในใบยินยอมด้วย

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัว และหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาพร้อมแบบสอบถามและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงเรียนที่สุ่มได้เป็นสถานที่เก็บข้อมูล คือ โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราชเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงเรียนแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับครูประจำชั้นและเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจง และใบลงนามยินยอมและให้นักเรียนนำกลับมาส่งในวันต่อมาตามที่ได้นัดหมายไว้

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในวัน เวลาที่นัดหมาย โดยเข้าพบนักเรียนชั้นมัธยมที่ 1-3 แจกแบบสอบถามโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถาม

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จและส่งคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ หากพบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบจนได้แบบสอบถามครบตามจำนวน โดยการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยให้เด็กตอบแบบสอบถามที่ละชั้นปี และทำการเก็บแบบสอบถาม 1 วันต่อ 1 ห้อง และเก็บแบบสอบถามตามเลขที่นั่งสอบของนักเรียนแต่ละชั้นปี

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
2. คะแนนทักษะชีวิต และภาวะสุขภาพจิต ในวัยรุ่นตอนต้น วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน นำเสนอเรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนทักษะชีวิต และภาวะสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 อิทธิพลของทักษะชีวิต ที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 13.17 ปี ($SD = .88$, range = 11-15) ได้เกรดเฉลี่ย 3.56 ($SD = .49$, range = 1.80-4.00) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 จำนวนพอ ๆ กัน (ร้อยละ 31.3, 36.3 และ 32.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีพี่น้องร่วมบิดามารดา 2 คน (ร้อยละ 55) เป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 58.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

บิดาและมารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 70.0 และ 75.0 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 86.7 บิดาและมารดาส่วนมากมีอาชีพรับราชการ พนักงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 58.8 และ 53.3 ตามลำดับ) ส่วนมากครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000 บาทขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 240$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	$M = 13.17, SD = .88, \text{range} = 11-15$	
เกรดเฉลี่ย	$M = 3.56, SD = .49, \text{range} = 1.80-4.00$	
< 2.00	4	1.66
2.00-2.49	7	2.91
2.50-2.99	19	7.91
3.00-3.49	44	18.33
3.50-4.00	166	69.16
เพศ		
ชาย	96	40.00
หญิง	144	60.00
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	75	31.30
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	87	36.30
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	78	32.50
พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน		
1 คน	51	21.30
2 คน	132	55.00
3 คน ขึ้นไป	57	23.80
เป็นบุตรลำดับที่		
ลำดับที่ 1	140	58.30
ลำดับที่ 2	74	30.80
ลำดับที่ 3	26	10.8

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทั่วไปผู้ปกครอง
ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 240$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของบิดา		
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	10	4.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	28	11.70
ปวส./ อนุปริญญาตรี	34	14.20
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	168	70.00
ระดับการศึกษาของมารดา		
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	11	4.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	9.20
ปวส./ อนุปริญญาตรี	27	11.30
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	180	75.00
สถานภาพสมรส		
สมรสอยู่ด้วยกัน	208	86.70
หย่า	17	7.10
หม้าย	3	1.30
แยกกันอยู่	12	5.0
อาชีพของบิดา		
รับราชการ/ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	141	58.80
เกษตรกร/ กสิกร	2	.80
ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท	24	10.0
รับจ้างทั่วไป	8	3.30
อื่น ๆ ระบุ	65	27.10
อาชีพของมารดา		
รับราชการ/ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	128	53.30
เกษตรกร/ กสิกร	2	.80
ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท	25	10.40
รับจ้างทั่วไป	8	3.30

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของมารดา		
รับราชการ/ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	128	53.30
เกษตรกร/ กสิกร	2	.80
ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท	25	10.40
รับจ้างทั่วไป	8	3.30
อื่น ๆ ระบุ	77	32.10
รายได้ครอบครัวโดยรวมเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	$M = 56,129.71, SD = 33,001.42,$ range = 10,000-300,000	
≤ 10,000	16	6.60
10,001-20,000	17	7.10
20,001-30,000	25	10.40
> 30,000	183	75.90

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนทักษะชีวิต และภาวะสุขภาพจิต

1. ทักษะชีวิตในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 146.17 ($SD = 11.79$, range = 109-175) ซึ่งมีคะแนนน้อยกว่า 148 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

คะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตรายด้านทั้ง 12 ด้าน คือ การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.97 ($SD = 1.88$, range = 10-19) ความคิดสร้างสรรค์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.21 ($SD = 1.93$, range = 7-18) การตระหนักรู้ในตนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.68 ($SD = 2.50$, range = 9-12) ความเห็นใจผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.80 ($SD = 2.43$, range = 11-23) ความภาคภูมิใจในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.44 ($SD = 1.73$, range = 16-18) ความรับผิดชอบต่อสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.85 ($SD = 2.57$, range = 10-24) การสร้างสัมพันธภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.31 ($SD = 1.41$, range = 5-12) การสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.24 ($SD = 1.54$, range = 8-17) การตัดสินใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 ($SD = 1.35$, range = 6-12) การแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.61 ($SD = 1.52$, range = 5-12) การจัดการอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ($SD = .93$, range = 2-6) และการจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.93 ($SD = 1.14$, range = 6-12)

ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของทักษะชีวิตทั้งคะแนนในภาพรวม และคะแนนรายด้าน ($n = 240$)

ทักษะชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	range	possible range
คะแนนในภาพรวม	146.17	11.79	109-175	66-188
คะแนนรายด้าน				
1. การคิดวิเคราะห์หิววิจารณ์	14.97	1.88	10-19	7-21
2. ความคิดสร้างสรรค์	12.20	1.93	7-18	6-18
3. การตระหนักรู้ในตน	15.68	2.50	9-21	7-21
4. ความเห็นใจผู้อื่น	18.80	2.43	11-24	8-24
5. ความภาคภูมิใจในตนเอง	13.44	1.73	6-18	6-18
6. ความรับผิดชอบต่อสังคม	18.85	2.57	10-24	8-24
7. การสร้างสัมพันธภาพ	8.31	1.41	5-12	4-12
8. การสื่อสาร	12.24	1.54	8-17	6-18
9. การตัดสินใจ	8.90	1.35	6-12	4-12
10. การแก้ปัญหา	8.61	1.52	5-12	4-12
11. การจัดการอารมณ์	4.10	.93	2-6	2-6
12. การจัดการความเครียด	8.93	1.14	6-12	4-12

2. ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.10 ($SD = 1.69$, range = 0-12) ผู้ที่มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตมากกว่า 2 ถือว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7

ส่วนที่ 3 อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิต

ก่อนวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ของสถิติถดถอยพหุคูณ ได้ผลดังนี้ ตัวแปรต้น คือ ทักษะชีวิต ในภาพรวม และรายด้านทั้ง 12 ด้าน คือ การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ความคิดสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การจัดการอารมณ์ และการจัดการความเครียด และตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพจิต ทุกตัวเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ลักษณะข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) มีการวัดระดับ Interval และมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality) Residual มีการกระจายแบบปกติเป็นอิสระต่อกันและไม่เกิด Autocorrelation ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ค่าที่ได้อยู่ในช่วง 1.5-2.5 ไม่มี Outliers, Linear relationship และไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนาย โดยที่ตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficients) ระหว่างกัน ไม่สูงกว่า .75 (ตารางที่ 4) จึงเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้น (n = 240)

ตัวแปร	r											
	ภาวะสุขภาพจิต	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ทักษะชีวิตในภาพรวม	-.117*											
ทักษะชีวิตรายด้าน												
1. การคิดวิเคราะห์วิจารณ์	-.031	.554***	.272***	.312***	.382***	.371***	.156**	.234***	.402***	.048***	.149	-.048
2. ความคิดสร้างสรรค์	-.113*	-	.379***	.418***	.481***	.352***	.167**	.293***	.465***	.109*	.081	.048
3. การตระหนักรู้ในตน	-.183**		-	.448***	.451***	.308***	.167**	.218***	.198**	.092***	.257***	.122
4. ความเห็นใจผู้อื่น	-.068			-	.478***	.480***	.215***	.275***	.351***	.117*	.178**	.175**
5. ความภาคภูมิใจในตนเอง	-.305***				-	.403***	.235***	.346***	.340***	.158**	.116	.229***
6. ความรับผิดชอบต่อสังคม	-.115*					-	.201**	.291***	.329***	.118*	.093	.037
7. การตัดสินใจ	-.132*						-	.335***	.165**	.167**	.239***	.101
8. การแก้ปัญหา	-.127*							-	.192**	.139	.151	.091
9. การสร้างสัมพันธภาพ	-.183**								-	.155**	.192**	.117
10. การสื่อสาร	-.192**									-	.236***	.010
11. การจัดการอารมณ์	-.265***										-	.167**
12. การจัดการความเครียด	-.148*											-

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณอย่างง่าย (Simple regression analysis) เพื่อหาอิทธิพลของทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้นที่มีต่อภาวะสุขภาพจิต พบว่า ทักษะชีวิตในภาพรวมไม่มีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะสุขภาพจิต ($\beta = -.117, t = -1.812, p > .05$)

ต่อจากนั้นจึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาอิทธิพลของทักษะชีวิตรายด้านต่อการทำนายภาวะสุขภาพจิต พบว่า มีสามตัวทำนายที่เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนซึ่งเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด ($\beta = -.342, p < .05$)ทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 9.3 การจัดการอารมณ์ เป็นตัวแปรทำนายลำดับที่สอง ($\beta = -.250, p < .05$) ทำนายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.4 และความเห็นใจผู้อื่นเป็นตัวแปรทำนายลำดับที่สาม ($\beta = .140, p < .05$) ทำนายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.5 ตัวแปรทำนายทั้งสามสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 16.1 ($R^2 = .161, \text{Adjust } R^2 = .150, F_{3,236} = 4.17, p < .01$) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ΔR^2	B	SE	β	t	p
ความภาคภูมิใจในตนเอง	9.3	-.335	.066	-.342	-5.042	.000
การจัดการอารมณ์	5.4	-.452	.109	-.250	-4.130	.000
ความเห็นใจผู้อื่น	1.5	.098	.048	.140	2.044	.042
Constant		5.626	.961		5.856	.000

$R^2 = .161, \text{Adjust } R^2 = .150, F_{3,236}, p < .01$

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผล

การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิต ทั้งในภาพรวม และรายด้านทั้ง 12 ด้าน ได้แก่ ความคิดวิเคราะห์ วิจักษ์ ความคิดสร้างสรรค์ ความตระหนักรู้ในตน ความเห็นใจผู้อื่น ความภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด ที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาใน โรงเรียนมัธยมศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือก คือมีอายุตั้งแต่ 10-15 ปี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน จำนวน ทั้งหมด 240 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไปฉบับย่อ (General health questionnaire [GHQ 12]) มีค่าความเชื่อมั่นของ KR-20 เท่ากับ .72 และ แบบสอบถามทักษะชีวิต พื้นฐานของวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 13.17 ปี ($SD = .88$) ได้เกรดเฉลี่ย 3.56 ($SD = .49$) ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 จำนวนพอ ๆ กัน (ร้อยละ 31.3, 36.3 และ 32.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีพี่น้องร่วมบิดามารดา 2 คน (ร้อยละ 55) เป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 58.3) ทั้งบิดาและมารดาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 70.0 และ 75.0 ตามลำดับ) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 86.7) ประกอบอาชีพรับราชการ พนักงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 58.8 และ 53.3 ตามลำดับ) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 30,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 75.9)

2. ทักษะชีวิตในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 146.17 ($SD = 11.79$) ซึ่งมีคะแนน น้อยกว่า 148 แสดงว่าทักษะชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เมื่อพิจารณารายด้าน คะแนนเฉลี่ย แต่ละด้านมีดังนี้ การคิดวิเคราะห์วิจักษ์ 14.97 ($SD = 1.88$) ความคิดสร้างสรรค์ 12.21 ($SD = 1.93$) การตระหนักรู้ในตน 15.68 ($SD = 2.50$) ความเห็นใจผู้อื่น 18.80 ($SD = 2.43$) ความภาคภูมิใจใน ตนเอง 13.44 ($SD = 1.73$) ความรับผิดชอบต่อสังคม 18.85 ($SD = 2.57$) การสร้างสัมพันธภาพ 8.31 ($SD = 1.41$) การสื่อสาร 12.24 ($SD = 1.54$) การตัดสินใจ 8.90 ($SD = 1.35$) การแก้ปัญหา 8.61 ($SD = 1.52$) การจัดการอารมณ์ 4.10 ($SD = 0.93$) และการจัดการความเครียด 8.93 ($SD = 1.14$)

3. ภาวะสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.10 ($SD = 1.69$) และพบว่าร้อยละ 14.7 ของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ

4. ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด ($\beta = -.342, p < .05$) ทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 9.3 การจัดการอารมณ์ เป็นตัวแปรทำนายลำดับที่สอง ($\beta = -.250, p < .05$) ทำนายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.4 และความเห็นใจผู้อื่นเป็นตัวแปรทำนายลำดับที่สาม ($\beta = .140, p < .05$) ทำนายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.5 ตัวแปรทำนายทั้งสามสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิต ได้ร้อยละ 16.1 ($R^2 = .161, \text{Adjust } R^2 = .150, F_{3,236} = 4.17, p < .01$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ความภาคภูมิใจในตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดต่อภาวะสุขภาพจิต ($\beta = -.342, p < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิต ได้ร้อยละ 9.3 หมายความว่า เด็กวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่า เช่น ความมีน้ำใจ รู้จักให้รู้จักกับ ค้นพบและภูมิใจในความสามารถด้านต่าง ๆ ของคนจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎี Self-esteem ของ Brown and Marshall (2006) เมื่อคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ที่เป็นลบ จะประเมินความสามารถของตนเองต่ำส่งผลให้เกิดความรู้สึกและคุณค่าในตนเองน้อยลงลง แต่เมื่อคนที่มี Self-esteem สูงจะสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขสะท้อนถึงการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปราณี บุญญา และคณะ (2556) ที่พบว่า ภายหลังได้รับการฝึกทักษะชีวิตนักศึกษามีการปรับตัว และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (วิมลพรรณ ทองชาติ, 2548)

การจัดการอารมณ์ ทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ลำดับที่สอง ($\beta = -.250, p < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิต ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 หมายความว่า วัยรุ่นตอนต้นที่รู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น อีกทั้งมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองและแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาเชิงทำนายแต่พบการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าการจัดการอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลในการรู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต การที่วัยรุ่นสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จะมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และลดพฤติกรรมความก้าวร้าว (กาญจนา สรรพคุณ, 2548; Naseri & Babakhani, 2014)

ความเห็นใจผู้อื่นทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ลำดับที่สาม ($\beta = .140, p < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิต ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของบุคคลอื่นในสถานการณ์ต่าง ๆ ดังแนวคิดการสร้างพลังสุขภาพจิตของ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2555) เน้นการเติมจิตใจให้กว้างเพื่อรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นในการศึกษาวิธีการที่แตกต่างออกไป หรือเข้าใจความรู้สึก ความคิดของคนอื่นที่แตกต่างจากเรา ทำให้มองปัญหาได้รอบด้านมากขึ้น และเห็นทางออกของปัญหามากขึ้น เป็นการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมลวรรณ เหล่าวิทยานุรักษ์ (2545) พบว่า ทักษะชีวิตในด้านความเห็นใจผู้อื่น มีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

2. ความคิดวิเคราะห์ วิจาร์ณ ความคิดสร้างสรรค์ ความตระหนักรู้ในตน ความรับผิดชอบ ต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการจัดการกับความเครียด ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 13 ปี อยู่ในครอบครัวที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน และส่วนมากครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000 บาทขึ้นไปซึ่งส่งเสริมให้เด็กมุ่งการเรียนอย่างเดียว ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kermanshahi (2016) ที่พบว่า การคิดวิเคราะห์วิจาร์ณ สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ ซึ่งการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มครูผู้สอนระดับประถมศึกษา จึงเป็นไปได้ว่าอิทธิพลของการคิดวิเคราะห์วิจาร์ณส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคลวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยรุ่นตอนต้นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ และนอกจากนี้ยังพบไม่สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งศึกษาในระดับความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตรายด้านกับภาวะสุขภาพจิต กาญจนา สรรพคุณ (2548) ที่พบว่า การคิดสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ในตนเอง ทักษะการสื่อสารการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และการศึกษาของ Naseri and Babakhani (2014) ที่พบว่า ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเองของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต และลดพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่มีความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นที่มีต่อครอบครัว ครู และเพื่อนนักเรียน และสามารถรักษาเพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีนั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต (วารุณี จิวหลง, 2542; กาญจนา สรรพคุณ, 2548) และ รุ่งฤดี จินฉนวนโส (2551) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในครอบครัว การสื่อสารระหว่างบุคคล ภายในครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดู ส่งผลให้นักเรียนมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และ เพลินพิศ จันทรศักดิ์ (2541) พบว่า การสื่อสารในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยคุณภาพการสื่อสารของบิดาและมารดา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของวัยรุ่น ในด้านความรู้สึกเกลียดชังไม่เป็นมิตร ความรู้สึกไม่ชอบ

ติดต่อกับผู้อื่น และด้านความซึมเศร้า และ Naseri and Babakhani (2014) ที่พบว่า ทักษะการตัดสินใจ ทำให้บุคคลมีความก้าวร้าวลดลง และการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ลัดดา แสนสีหา, หนูพล พิลายนต์ และพัชชนุล กิ่งพุ่ม (2545) พบว่า การให้นักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้ารับ โปรแกรมการฝึกการแก้ไขปัญหามีคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม

3. ทักษะชีวิตในภาพรวมไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้นได้ เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทาง จิตใจและสติปัญญา และพัฒนาการทางสังคม เป็นรอยต่อของความเป็นเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งยังมี พฤติกรรมก่อนไปทางเด็ก เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551) ทำให้เกิดความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักเรียน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และอาศัยอยู่กับครอบครัวที่อยู่ใกล้โรงเรียน และต้องพึ่งพาบิดามารดา ครู ที่ช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้กับวัยรุ่น เพื่อที่จะสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน และจัดกิจกรรมหรือโครงการ โดยการส่งเสริมการพัฒนาทักษะชีวิตในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งส่งเสริม การมีส่วนร่วมระหว่างสถาบันการศึกษาและสถาบันครอบครัว ในการสั่งสอนและอบรมเลี้ยงดู รวมทั้งปรับพฤติกรรมให้วัยรุ่นมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพและใช้ชีวิตในสังคม ได้

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา ถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนต้น เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย เป็นต้น เพื่อใช้เป็น ตัวแปรทำนายในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนต้นให้มีความชัดเจนมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาการวิเคราะห์เส้นทางหรือพัฒนาแบบจำลองสมการ โครงสร้างสำหรับการ ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับการศึกษาตัวแปรส่งผ่าน ที่จะสามารถอธิบายตัวแปรทำนายที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น เช่น การศึกษาภูมิหลัง ครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ครอบครัว รูปแบบโครงสร้างครอบครัว และระดับการศึกษาของบิดามารดา ที่ส่งผลต่อทักษะชีวิตของวัยรุ่นนำไปสู่การเสริมสร้างภาวะ สุขภาพจิตที่ดี เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีสภาพแวดล้อมในการเติบโตมาแตกต่างกัน เช่น เปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเมือง และวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในชนบท เนื่องจากมีสภาพแวดล้อมและพื้นฐานครอบครัวแตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2551). ข้อมูลคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯ ทั่วประเทศ. เข้าถึงได้จาก http://www2.djop.moj.go.th/stat/main_user.php?mid=2&mon=2
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตเด็ก. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). คู่มือการสอนทักษะชีวิตในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. กรุงเทพฯ: ยูเร็นส์อิมเมจกรุ๊ป.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). 120 ปี สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2432-2532. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ทักษะชีวิต. เข้าถึงได้จาก <http://www.klb.dmh.go.th>
- กาญจนา สรรพคุณ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, สันต์ชัย พูลสวัสดิ์, ปรีชา ไวยโกคา, วราภรณ์ เทพสุนทร, มนัสดา ยุคตานนท์ และสุชาดา วราหพันธ์ (2554). หนังสือเรียนรายวิชาพื้นฐานสุขศึกษา 6 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. กรุงเทพฯ: เอมพัทธ์.
- เกสร มุ่ยจิ้น. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 23(2), 306-318.
- จกกลณี ดุษฎีเจริญ. (2540). สัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบิดามารดา การเห็นคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรวพร สุภาพ, วราพร บุญยะธาน, วิริทธิ์ กิตติพิชัย และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2553). โครงการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อลดพฤติกรรมเการและส่งเสริมการทำมาค้าของเด็กระดับประถมศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 40(1), 7-16.
- จันทร์พิมพ์ สุขเสริม และฉันทนา กล่อมจิต. (2553). ผลของการใช้โปรแกรมกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงติดเกมคอมพิวเตอร์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(1), 96-103.

- ฉิมห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส, สายใจ พัวพันธ์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 1-13.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ่ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (2557). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. ชาติรี บ้านชื่น. (2553). *ฝ่าวิกฤตปัญหาชีวิตวัยรุ่นไทยในปี 2553*. เข้าถึงได้จาก www.cps.chula.ac.th/cps/pop_info/tha/...2553/.../news_th_73-006.pdf
- ณัฐพงศ์ สิงห์สาธร และจุฬารณีย์ โสตะ. (2555). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยทักษะชีวิตในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(3), 174-183.
- ณัฐรุช แก้วสุทธา, ณรงค์ศักดิ์ เหล่าศรีสิน และวิกุล วิศาลเสสถ์. (2557). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์ในนิสิตทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 6(11), 16-24.
- เดิมศักดิ์ คทวนิช. (2546). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- ทักษิณี สุริยะไชย. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ในตนเองกับการร่วมรู้สึกในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทิวาทิพย์ แสนเมือง, ทศพร ชูศักดิ์, เบญจวรรณ นันทชัย และสันทวีช ไชยวงศ์. (2558). ประสิทธิภาพการพัฒนาทักษะชีวิตไปยังความรู้และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศท่ามกลางนักเรียนหญิงโรงเรียนมัธยมศึกษา. *วารสารนเรศวรพะเยา*, 8(2), 103-106.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ General health questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-7.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2545). *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ. 2545*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิทร สมนึก. (2554). ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเชื้อพังผืดมัยโอฟาเซียล. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 21(1), 1-6.
- ชมลวรรณ เหล่าวิทยานุกษ์. (2545). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมทางสังคม ทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย และพฤติกรรมเสริมสร้างสังคม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- นพัสชวินทร์ มูลทาทอง. (2555). ทักษะชีวิตกับการศึกษาเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชน. *วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 9(1), 23-30.
- นัยนา เอื้อพงศ์กิติกุล. (2551). สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกรณีศึกษา: ในโรงเรียนสิริรัตนาธร สังกัดสำนักงานเขตการศึกษาพื้นที่การศึกษาเขต 1 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่น. ใน *พิมพ์ภรณ์ ถิ่นกลิ่น, บรรณาธิการ, การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย* (หน้า 156-203). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- บรรพต แสนสุวรรณ. (2550). การพัฒนากิจกรรมการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- บุญโรม สุวรรณพาหุ, อรัญญา ต้อยคัมภีร์ และวรรณิ แกมเกตุ. (2556). สุขภาวะของวัยรุ่น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(2), 127-137.
- บุษกร สืบซึ่ง. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อครอบครัวและการสื่อสารในครอบครัวกับทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประวิต เอรารวรรณ และนุชชานา เหลืองอังกูร. (2544). การสร้างแบบประเมินทักษะชีวิตและผลการส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปราณี บุญญา, วงพัคตร์ ภูพันธ์ศรี, บุญเลิศ ไพรินทร์ และสุวิมล อังควานิช. (2556). ผลของการฝึกทักษะชีวิตที่มีต่อการปรับตัวและการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2), 30-42.
- ผ่องศรี อิ่มสอน และนันทนา น้ำฝน. (2556). ภาวะสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 27(1), 64-71.
- พนม เกตุมาน. (2550). พัฒนาการวัยรุ่น. เข้าถึงได้จาก http://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm
- พนม เกตุมาน. (2555). ปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่น (*Adolescent problems*). เข้าถึงได้จาก http://www.psyclin.co.th/new_page_57.htm
- พลากร ดวงเกตุ. (2553). ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เพลินพิศ จันทรศักดิ์. (2541). *ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนบางปะกอกวิทยาคม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- มณฑนา บรรพสุทธิ. (2553). *การพัฒนาความสามารถในการคิดแก้ปัญหาทักษะชีวิต ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่2 ด้วยการจัดการเรียนรู้แบบปัญหาเป็นฐาน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาหลักสูตรและการนิเทศ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- มันจรา ธรรมบุศย์. (2558). *ทักษะชีวิต*. เข้าถึงได้จาก <http://th49.ilovetranslation.com/vcXPbFjduVS=d/>
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก. (2558). *ทักษะชีวิต*. เข้าถึงได้จาก http://www.iamchild.org/site/index.php?option=com_content&view=article&id=125:-life-skill-&catid=93:2011-08-14-08-44-57&Itemid=95
- ยุพยงค์ โคตรพัฒนานนท์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจของครอบครัวระยะมีบุตรวัยรุ่นกับทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รศวันต์ อาริมิตร. (2555). *พัฒนาการด้านจิตใจและสังคมของวัยรุ่น*. ใน วิโรจน์ อารีกุล, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สุริยเดว ทรีปาตี, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, รศวันต์ อาริมิตร, จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์, บรรณาธิการ, *พัฒนาการและการเจริญเติบโตของวัยรุ่น* (หน้า 19-22). กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน.
- รัชดาวรรณ แดงสุข. (2550). *การอบรมเลี้ยงดูที่ส่งผลต่อทักษะชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- รุ่งฤดี จินฉนวนโส. (2551). *ปัจจัยทางครอบครัวที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตพื้นที่การศึกษาสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ลัดดา แสนสีหา, หนูพล พิลายนต์ และพัชชบุล กิ่งพุ่ม. (2545). *ผลของการฝึกแก้ไขปัญหาคือพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น: รายงานการวิจัย*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วรรษมา คุณาติศร และจากรินทร์ ปีตานุพงศ์. (2553). *ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์ในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28(3), 139-144.

- วรางคณา ชมพูปาน และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2555). ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจจุฬาลงกรณ์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(3), 302-309.
- วัชรารณณ์ โปธิสุวรรณ. (2550). การเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มระหว่างทฤษฎีเหตุผลและอารมณ์กับทฤษฎีจิตวิทยาปัจเจกบุคคล ที่มีต่อทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วารินทร์ ถาน้อย, อทิตยา พรชัยเกตุ โอวของ และภาศิญา อ่อนดี. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(ฉบับพิเศษ ตุลาคม-ธันวาคม), 60-76.
- วารุณี จิวหลง. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิมลพรรณ ทองชาติ. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วุฒิไกร ศักดิ์สุรگانต์. (2558). ประสิทธิภาพการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิต เพื่อเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอเมืองชลบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(4), 612-620.
- แววดาว ดวงจันทร์. (2550). การใช้กิจกรรมทักษะชีวิตเพื่อพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศยมน เชื้อเจริญศักดิ์. (2547). การศึกษาเปรียบเทียบทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัยของวัยรุ่นตอนต้นในกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศศิวิมล เกลียวทอง. (2557). การศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อทักษะชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ศิริพร แสงศรีจันทร์, พยาม การดี, กัญญา นันตะแก้ว และรัตนา ทาสีทรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนิติตกระบวนกรเรียนการสอนปัจจัยเกือหนุนกับความสุขของนิติตพยาบาลมหาวิทาลัยพะเยา. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทาลัยพะเยา*, 1(2), 20-28.
- ศุภชัย ตู๊กลาง. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 283-294.
- สถาบันราชานุกูล. (2551). *คู่มือคู่มือสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สาวิตรี อัยณางค์กรชัย, อโนชา หมักทอง และณอมศรี อินทนนท์. (2551). *การเฝ้าระวังพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาการวิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติด ในภาคใต้สำนักวิจัยและพัฒนามหาวิทาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2555). *คู่มืออบรมหลักสูตร การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต สำหรับสื่อมวลชนท้องถิ่น*. นนทบุรี: สานคิด. เข้าถึงได้จาก <http://mhtech.dmh.go.th/vcr6/book/MD00000005%20-%20file.pdf>
- สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2555). *ทักษะชีวิต*. เข้าถึงได้จาก <http://lifeskills.obec.go.th/main.php>
- สุภาวดี สมจิตต์ และนันทนา น้ำฝน. (2556). ภาวะสุขภาพวัยรุ่นของวัยรุ่นตอนต้นเขตสาทร กรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทาลัยนเรศวร*, 21(1), 55-63.
- สุมาลี เทวฤทธิ์, มนตรี ทองมูล และโชคชัย วิริยะพงษ์. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการบริหารและพัฒนา*, 3(1), 104-117.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2553). *วิจัยชี้สุขภาพของเด็กและเยาวชนอยู่ในสภาพเสี่ยง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dekplus.org>
- สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2551). *กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- เสาวณิต กิตติณานนท์. (2554). *การเปรียบเทียบค่าความเหลื่อมของความแปรปรวนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ที่เป็นผลจากความแตกต่างของความยาวของแบบวัด*. วิทยานิพนธ์ คุรุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทาลัย.

- อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมช้าย และวรวรรณ จุฑา. (2552). รายงานการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่ และสุจริต สุวรรณชีพ. (2544). รายงานวิจัยการศึกษาดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์.
- อรพินทร์ ชูชม, สุภาพร ธนะชานันท์ และทัศนาก ทอภักดี. (2555). ปัจจัยเชิงเหตุและผลของ ภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 18(2), 1-16.
- อรุณี โสตนานิชย์วงศ์. (2554). สุขภาพจิตในวัยรุ่นทางเลือกที่แก้ไขได้. ปทุมธานี: โรงพยาบาล ศรีรัษฎา. เข้าถึงได้จาก http://www.klb.dmh.go.th/download_file.php?str_folder_name...
- อัญชลี ภูมิจันทิก และรุจิรา ดวงสงค์. (2554). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การ สร้างเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย อันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 11(4), 55-66.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2550). พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น. เข้าถึงได้จาก <http://www.ricd.go.th/smartteen/p2teen.php>
- อากรณ์ ตีนาน. (2551). แนวคิดและวิธีการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น. ชลบุรี: ไฮเดนกรุป ปริ้นท์ แอนด์ มีเดีย.
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. In M. Kernis (Ed.), *Self-esteem: Issues and answers* (pp. 4-9). New York: Psychology Press.
- Fink, E., Patalay, P., Sharpe, H., Holley, S., Deighton, J., & Wolpert, M. (2015). Mental health difficulties in early adolescence: A comparison of two cross sectional studies in England from 2009 to 2014. *Journal of Adolescent Health*, 56(5), 502-507.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.

- Goldberg, D., & Newell, C. (1996). *General health questionnaire [GHQ], 12 Item version, 20 item version, 30 item version, 60 item version [GHQ 12, GHQ 20, GHQ 30, GHQ 60]. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Kermanshani, M. M. (2016). Effect of critical thinking on mental health in Tehran's high-school second-grade teachers. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*, 6(7), 2316-2324.
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: A population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(26), 1-8.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement [NCS-A]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Naseri, A., & Babakhani, N. (2014). The effect of life skills training on physical and verbal aggression male delinquent adolescents marginalized in karaj. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 4875-4879.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2002). *Nursing research: Principles and methods*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A., Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Hölling, H., Bullinger, M., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., Döpfner, M., & BELLA study group. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study within the national health interview and examination survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(S1), 22-33. doi: 10.1007/s00787-008-1003-2
- Srikala, B., & Kishore, K. V. (2010). Empowering adolescents with life skills education in schools-school mental health program: Does it work?. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(4), 344-349.
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2001). *What is the life skills approach ?*. Retrieved from <http://www.unicef.org/teachers/teacher/lifeskil.htm>

- Varcarolis, E. M. (2012). *Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care*. New York: Elsevier Saunders.
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing* (6th ed). St. Louis, MI: Saunders Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- World Health Organization [WHO]. (1994 a). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (1994 b). *Mental health*. Retrieved from http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Adolescent health*. Retrieved from http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Child and adolescent health and development*. Retrieved from http://www.who.int/child_adolescent_health/news/archive/2011/0106_2011/en/index.html
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Mental health*. Retrieved from http://www.who.int/topics/mental_health/en/

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้นประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (GHQ-12)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น

กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อจึงจะเป็นคำตอบที่สมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง ที่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้

(นางสมรภัท ครองยุทธ)

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตอนต้น

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ (นับเฉพาะจำนวนปีเต็ม คัดเดือนและวันทิ้งไป)

10 ปี

11 ปี

12 ปี

13 ปี

14 ปี

15 ปี

3. ระดับชั้นที่กำลังศึกษาอยู่

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

4.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

13.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป(GHQ-12)

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ผ่านมาเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

1. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้

ก. ดีกว่าปกติ

ข. เหมือนปกติ

ค. น้อยกว่าปกติ

ง. น้อยกว่าปกติมาก

2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ

ก. ไม่เลย

ข. ไม่มากกว่าปกติ

ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ

ง. มากกว่าปกติมาก

3.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

12.

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น

คำชี้แจง ขอให้ท่านเปรียบเทียบข้อความแต่ละข้อความว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านหรือไม่ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน เพียงข้อละ 1 คำตอบ

คำอธิบาย

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก
 ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่าน ปานกลาง
 น้อย หมายถึง ข้อความนั้นกับความเป็นจริงของท่าน น้อย

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
1. ฉันสามารถมองอะไรแล้ววิเคราะห์ได้หลายแง่มุม			
2. เมื่อพบปัญหาฉันพยายามคิดหาสาเหตุเพื่อหาแนวทางแก้ไข			
3. ฉันเป็นคนไม่เชื่ออะไรง่าย ๆ			
4.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
66.			

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และคำชี้แจง



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

Influencing of Life Skills on Mental Health in Early Adolescents

ชื่อนิติ นางสมรภัท ครอบงูทร

รหัสประจำตัวนิสิต 55920314 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 04 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 240 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงเรียนเบญจมะนมาราช จังหวัดอุบลราชธานี

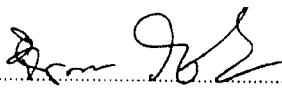
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 17 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วาชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับนักเรียน)

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-04-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสรัก ครองยุทธ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น นักเรียนได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

เมื่อนักเรียนเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยครั้งนี้ให้ครบถ้วน จำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต และแบบสอบถามทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 20-30 นาที โดยมีผู้วิจัยนั่งอยู่บริเวณใกล้เคียงพร้อมให้คำแนะนำหรือตอบคำถามข้อสงสัยในแบบสอบถามดังกล่าว ประโยชน์ที่จะได้รับ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานนำการพัฒนาการจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่เหมาะสมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของนักเรียนในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่านักเรียนจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ตาม จะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาของนักเรียนแต่อย่างใด นักเรียนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีกระบวนการระบุชื่อ-สกุลของนักเรียนที่ทำให้ทราบว่าข้อมูลนี้เป็นของนักเรียนแต่ใช้รหัสตัวเลขแทน ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามข้อมูลที่นักเรียนตอบและใบอนุญาตการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อก ส่วนการเข้าถึงข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์จะต้องใช้รหัสในการเปิดทุกครั้ง โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยเชิงวิชาการในภาพรวม ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

หากนักเรียนมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวสรัก ครองยุทธ หมายเลขโทรศัพท์ 093-5262665 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสมรค์ ครองยุทธ
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้ง
ให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ
ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับผู้ปกครอง)

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-04-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมรกต ครองยุทธ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

เมื่อเด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถาม สำหรับการวิจัยครั้งนี้ให้ครบถ้วน จำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต และแบบสอบถามทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 20-30 นาที โดยมีผู้วิจัยนั่งอยู่บริเวณใกล้เคียงพร้อมให้คำแนะนำหรือตอบคำถามข้อสงสัยในแบบสอบถามดังกล่าว ประโยชน์ที่จะได้รับ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานนำการพัฒนาการจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่เหมาะสมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของเด็กในปกครองของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าเด็กในปกครองของท่านจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ตามจะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาของท่านแต่อย่างใด เด็กในปกครองของท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีภาระระบุชื่อ-สกุลของเด็กในปกครองของท่านที่ทำให้ทราบว่าข้อมูลนี้เป็นของเด็กในปกครองของท่าน แต่ใช้รหัสตัวเลขแทน ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามข้อมูลที่เด็กในความปกครองของท่านตอบ และใบอนุญาตการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อก ส่วนการเข้าถึงข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์จะต้องใช้รหัสในการเปิดทุกครั้งโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยเชิงวิชาการในภาพรวม ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่

นางสมรค์ ครองยุทธ หมายเลขโทรศัพท์ 093-5262665 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสมรค์ ครองยุทธ

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้ง
ให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ
ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น
วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสมรค์ ครองยุทธ)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางสมรภัท ครองยุทธ)

ภาคผนวก ค

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษา

หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล



ที่ ศธ ๐๔๒๕๙.๐๑/๘๕๕

โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช
ถนนสรรพสิทธิ์ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง การอนุญาตให้เกิดรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ ๖๖๐๓/๑๐๒๓ ลงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสมรภัท ครอบงุมพร รหัสประจำตัว ๕๕๙๒๐๓๑๔ นิสิตหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น” และขอความอนุเคราะห์ให้เกิดรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๓ นั้น โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช อนุญาตให้
ดำเนินการได้ หากดำเนินการเรียบร้อยแล้วขอให้ส่งผลการวิจัยให้โรงเรียนทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ว่าที่ร้อยตรี

(กมล สาดศรี)

ผู้อำนวยการโรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช

งานแนะแนว โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช

โทรศัพท์ ๐-๔๕๒๔-๒๖๔๖ , ๐-๔๕๒๔-๐๖๘๓-๕ ต่อ ๑๑๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๐๒๓



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวรัก ครองยุทธ รหัสประจำตัว ๕๕๙๒๐๓๑๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ ๑-๓ โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๒๔๐ ราย ได้แก่
 - ๒.๑ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ จำนวน ๒ ห้องเรียน
 - ๒.๒ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๒ จำนวน ๒ ห้องเรียน
 - ๒.๓ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ จำนวน ๒ ห้องเรียน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๕๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๙๓ ๕๒๖ ๒๖๖๕



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร. ๒๔๓๖
ที่ ศธ ๖๖๐๗.๗/๐๒๒๗ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นางสมรภัฏ ครอบงมุธ รหัสประจำตัว ๕๕๙๒๐๓๑๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น" โดย รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามทักษะชีวิต พื้นฐานของวัยรุ่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อครอบครัว และการสื่อสาร ในครอบครัวกับทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่น" ของ คุณบุษกร สืบซึ่ง หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูล การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียวอิศเรศ)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา