155.645 3
พ ๑๑๓ ส
๑.๒

สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ใน จังหวัดนครปฐม

ปริญญานิพนธ์

ของ

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ

ก.ค. 2539

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ตุลาคม 2534

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

180171

สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

ของ

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ตุลาคม 2534

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิต และเปรียบเทียบสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 655 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามสุขภาพจิต SCL - 90 เป็นแบบตรวจสอบรายการ ซึ่งดัดแปลงโดยคณะนักจิตวิทยาของโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา การวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบความแตกต่างโดยใช้ค่าสถิติ ซี (Z - test) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. หญิงมีครรภ์ มีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับปกติ

2. หญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. หญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรน้อย มีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. หญิงมีครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุก ๆ ด้าน ไม่แตกต่างกัน

5. หญิงมีครรภ์ที่มีชุมชนที่อยู่อาศัยในเขตเมือง และเขตชนบท มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. หญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวเดี่ยวมีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้านไม่ดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวขยาย

8. หญิงมีครรภ์ที่มีอายุแรกสมรสแตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้าน ไม่แตกต่างกัน

9. หญิงมีครรภ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันในด้านโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

10. หญิงมีครรภ์ที่มีลำดับการของการตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรกมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

MENTAL HEALTH OF PREGNANT WOMEN IN CHANGWAT NAKORN PATHOM

AN ABSTRACT

BY

PAIBOON CHAOSUANSREECHAROEN

Prensented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University
October 1991

The purposes of this study were to investigate and compare the states of mental health of pregnant women in Changwat Nakorn Pathom. Simple random sampling was applied to 655 pregnant women in Changwat Nakorn Pathom. The instrument was Symptom Check List - 90 (SCL - 90) developed by Pychologist of Somdez Chao Praya Hospital. The Z - test., One - way Analysis of Variance and Newman - Keuls test were applied to analyze the data.

The results were as follow:

1. The states of mental health in all aspects of pregnant women were normal.

2. There were significantly different states of mental health among the pregnant women with different ages at .05 level.

3. Pregnant women with few children had significantly better states of mental health than pregnant women with many children at .05 level.

4. There were no significantly different states of mental health among the pregnant women with different family income.

5. There were significantly different states of mental health between urban pregnant women and rural pregnant women at .05 level.

6. There were significantly different states of mental health among the pregnant women with different occupation at .05 level.

7. There were no significantly different states of mental health between pregnant women in nuclear families and extended families.

8. There were no significantly different states of mental health among the pregnant women with different ages of marriage.

9. There were significantly different states of mental health among pregnant women with different education only in psychoticism area at .05 level.

10. Pregnant women with second and so pregnancy had significantly better states of mental health than pregnant women with first pregnancy at .05 level.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(รศ.กมลรัตน์ กรีทอง)

..... กรรมการ
(ผศ.ทวีสิทธิ์ สิทธิกร)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(รศ.กมลรัตน์ กรีทอง)

..... กรรมการ
(ผศ.ทวีสิทธิ์ สิทธิกร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผศ.สุจินต์ ปรีชามารถ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศ.ดร.สมพร บัวทอง)

วันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2534

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ กมลรัตน์ กรีทอง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ สิทธิกร ที่กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลืออย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม และเจ้าหน้าที่ฝายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือจากผู้มีพระคุณอีกหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถจะกล่าวนามในที่นี้ได้หมด ผู้วิจัยสำนึกและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

อนึ่ง ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ไพบูลย์ สาวสวนศรีเจริญ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	3
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	3
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	7
	การวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิต	29
	การวิจัยในต่างประเทศ	29
	การวิจัยในประเทศไทย	30
	สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า	34
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	35
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	35
	ประชากร	35
	กลุ่มตัวอย่าง	35
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	36
	เกณฑ์ให้คะแนนของเครื่องมือ	37
	การหาคุณภาพเครื่องมือ	38
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	38
	วิธีการจัดกระทำกับข้อมูล	39
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	39
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	42
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	42
	การวิเคราะห์ข้อมูล	43
	ผลการศึกษาค้นคว้า	43

บทที่ หน้า

5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ 102

บทย่อ 102

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า 102

วิธีดำเนินการวิจัย 102

การวิเคราะห์ข้อมูล 102

สรุปผลการค้นคว้า 103

อภิปรายผล 104

ข้อเสนอแนะ 109

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป 110

บรรณานุกรม 111

ภาคผนวก 117

ประวัติย่อของผู้วิจัย 125

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครปฐม	36
2	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามอายุ	44
3	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามจำนวนบุตร	44
4	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามรายได้ของครอบครัว	45
5	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย	45
6	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามอาชีพ	46
7	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามประเภทของครอบครัว	46
8	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามอายุแรกสมรส	47
9	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามระดับการศึกษา	47
10	จำนวนหญิงมีครรภ์จำแนกตามลำดับของการตั้งครรภ์	48
11	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม	48
12	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามอายุ	51
13	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามจำนวนบุตร	54
14	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามรายได้ของครอบครัว	57
15	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย	60
16	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามอาชีพ	63
17	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามประเภทของครอบครัว	67
18	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามลายุแรกสมรส	70
19	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามระดับการศึกษา	73
20	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์จำแนกตามลำดับการตั้งครรภ์	77
21	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน	80

ตาราง หน้า

22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตเป็นรายคู่ ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน..... 82

23 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน..... 85

24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน..... 86

25 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ ที่มีชุมชนที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน..... 88

26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน..... 90

27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตเป็นรายคู่ ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน..... 92

28 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวแตกต่างกัน..... 95

29 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแรกสมรสแตกต่างกัน..... 96

30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน..... 98

31 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์แตกต่างกัน..... 100

32 รายข้อของแต่ละกลุ่มอาการ..... 124

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม.....	50
2	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามอายุ.....	53
3	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามจำนวนบุตร.....	56
4	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามรายได้ของครอบครัว:...	59
5	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย.....	62
6	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามอาชีพ.....	66
7	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามประเภทของครอบครัว...	69
8	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามอายุแรกสมรส.....	72
9	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามระดับการศึกษา.....	76
10	ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์จำแนกตามลำดับของการตั้งครรภ์...	79

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ประเทศไทยมีประชากรวัยเด็กประมาณ 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 35 ของประชากรทั้งประเทศ และเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นเป้าหมายหลักสำคัญกลุ่มหนึ่งที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อให้เด็กในวัยนี้เจริญเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของประชากรวัยเด็กนี้มาก จึงได้กำหนดให้ ปี พ.ศ. 2533 - 2534 เป็นปีทองของเด็กไทยขึ้น เพื่อให้เด็กไทยเกิดรอดปลอดภัย เจริญเติบโตสมวัย สูงใหญ่กว่าเดิม และได้รับการพัฒนาตามศักยภาพเต็มที่ (ปีทองของเด็กไทย. 2533 : 5) ซึ่งการพัฒนาการวัยเด็กนี้ ควรเริ่มตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการในครรภ์ที่สำคัญมี 3 ประการ คือ พันธุกรรม (Heredity) หมายถึง การถ่ายทอดลักษณะต่าง ๆ จากบรรพบุรุษไปสู่บุตรหลานเป็นการสืบเนื่องลักษณะประจำตัว ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ (สมประสงค์ มั่นจินดา และคณะ. 2516 : 46) ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด หลังคลอด และตลอดอายุขัยของมนุษย์ เราเรียกลักษณะดังกล่าวว่าเป็นตัวแปรธรรมชาติ (Nature Variables) นอกจากนี้ยังมีตัวแปรที่สำคัญอีกอันหนึ่งที่เราไม่สามารถจะละเลยได้เพราะพฤติกรรมเป็นจำนวนมากของมนุษย์ถูกครอบคลุม อยู่ภายใต้อิทธิพลของตัวแปร ชนิดนี้คือ สิ่งแวดล้อม (Nurture Variables) (มลวิภา ทรงวุฒิศิล. 2528 : 53) เช่น อิทธิพลทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม อาหารระหว่างการตั้งครรภ์ โรคติดเชื้อต่าง ๆ ฮอร์โมน รังสี ยาและสารพิษต่าง ๆ (จริยาวัตร และอุดม คมพยัคฆ์. 2523 : 150 - 153) และประการสุดท้ายคือ ปัจจัยทางด้านจิตใจ จิตใจและร่างกายย่อมสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เมื่อจิตใจดีเสียอย่างหนึ่งย่อมทำให้การทำงานของร่างกายดี แม่ที่มีจิตใจและอารมณ์ดี จะดูแลสุขภาพอนามัยและการปฏิบัติตนของแม่ถูกต้องจะช่วยให้ลูกในครรภ์เจริญเติบโตตามเป้าหมาย ส่วนแม่ที่เป็นทุกข์ มีความวิตกกังวลและเศร้าซึม การทำงานของร่างกายผิดปกติ ย่อมทำให้การเจริญเติบโตของลูกในครรภ์ไม่ดีเท่าที่ควร (สุโขทัยธรรมาธิราช. 2531 ก : 86) ความเกี่ยวดองระหว่าง

แม่และทารก เริ่มเมื่อแม่รู้สึกว่าลูกดิ้นอยู่ในท้อง เด็กจะรู้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นภายนอก (เย็นศรี พิชัยสนิท. 2531 : 46)

ในครรภ์แรก พ่อแม่มีความวิตกกังวลสูง สำหรับหญิงที่มีบุตรนอกสมรส หรือหญิงที่มีสามีนอกใจ มักจะมีอาการทางจิตใจ อารมณ์รุนแรงมากขึ้นกว่าปกติ (จิตติมา โสภารัตน์. 2527 : 48) ความกดดัน (Stress) ที่ได้รับในขณะตั้งครรภ์จะมีผลเสียต่อทารกในครรภ์หรือต่อทารกที่เกิดใหม่ด้วย (มลวิภา ทรงวุฒิศิล. 2528 : 87) ความขัดแย้งทางอารมณ์ (Emotional conflict) ของมารดาอาจไปสู่ทารกได้โดยผ่านทางระบบเอ็นโดไครน์ (Endocrine) และไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการหดตัวของมดลูก และต่อปริมาณของเลือดและอ๊อกซิเจนที่มาหล่อเลี้ยง (สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. ม.ป.ป. ก : 2 - 6) ถ้าแม่มีอารมณ์ที่รุนแรงและเป็นเวลานานในช่วงระยะการตั้งครรภ์ในสัปดาห์ที่ 8 - 12 ทำให้เกิดเพดานโหว่และปากแหว่งได้ (อุบลรัตน์ เพ็งสลิตย์. 2527 : 69)

สภาพจิตใจของคนเราจะมีความมั่นคงสมบูรณ์เพียงใดก็ตามย่อมขึ้นอยู่กับการวางรากฐานชีวิตมาตั้งแต่ระยะอยู่ในครรภ์ (อมรากุล อินโอชานนท์. 2531 : 94 - 95) ลักษณะโครงสร้างทางสมองของบุคคลจะถูกตระเตรียมไว้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา (อุบลรัตน์ เพ็งสลิตย์. 2531 : 66) เด็กจะบันทึกข้อมูลพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบของพ่อแม่ตั้งแต่อยู่ในท้องแม่ เด็กจะมีอารมณ์เครียด มีความอาฆาตแค้นพยาบาท ความสุข ความผ่อนคลายสบายใจ ก็ขึ้นอยู่กับอารมณ์ของแม่ทั้งสิ้น คลอดมาแล้วก็จะได้รับข้อมูลจากพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ฯลฯ ด้วย (ณรงศักดิ์ ตะละภัฏ และ ยงยุทธ วงศ์กิรมย์ศานติ์. 2533 : 69) ชีวิตที่เป็นสุขจึงเกิดจากความอบอุ่นในครอบครัว (ฝน แสงสิงแก้ว. 2510 : 137) ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญมาก กิจกรรมของครอบครัวย่อมผูกพันกับการดำเนินชีวิตของคนทุกคน ถึงแม้สถาบันครอบครัวจะมีหลักเกณฑ์ที่ไม่แน่นอนอยู่หลายประการแต่คนในสังคมก็ได้ใช้ครอบครัวเป็นที่ยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตมาตลอดทุกยุคสมัย (เฉลียว บุญยงค์. 2526 : 28) การเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพจิตดี จึงเป็นหน้าที่สำคัญที่สุดของบิดามารดาทุกคน (สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. ม.ป.ป. ก : 2) พ่อแม่ คือต้นเหตุของความสุขความทุกข์ ทั้งปวงของเด็ก สิ่งที่สำคัญในการเลี้ยงดูเด็กก็คือ ความรักระหว่างพ่อแม่ เพราะสิ่งนี้จะทำให้ลูกได้รับความอบอุ่น สบายใจ และมีความสุข (วณิช บรรจง. 2530 : 36) มีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการดี มีสุขภาพจิตดี เรียนรู้ได้อย่างไม่มีปัญหา (สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. 2531 : 9)

ประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่หรือนิกส์ การพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วนี้ มีผลทำให้ประชาชนมีความยุ่งยากปรับตัวหรือดำรงชีวิตอันก่อให้เกิดปัญหา

ความกดดันในสังคมมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนจิตใจของประชาชนทำให้เกิดความเครียด (กรมการแพทย์. 2532 : คำนำ) โดยเฉพาะตามเมืองใหญ่ ๆ ที่มีคนส่วนใหญ่มักจะใช้ชีวิตเป็นไปตามตารางสอนแทบทุกคนคือ การงาน เพื่อนฝูง หรือ ครอบครัว เมื่อเกิดความล้มเหลวจะเกิดความรู้สึกอยากแยกตัวเองไปอยู่โดดเดี่ยว เพราะเมื่อมองไปรอบตัวเพื่อจะหาเพื่อนฝูงมาช่วยปลอบทุกข์ ก็จะพบว่าเพื่อน ๆ เหล่านั้น ต่างก็วุ่นวายอยู่กับการงานจนไม่มีเวลาว่าง (ไทยรัฐ. 22 กรกฎาคม 2533 หน้า 6) มนุษย์เอาตัวรอดตัวใครตัวมัน ลืมนึกถึงความผูกพันใกล้ชิดในครอบครัวขาดความเห็นอกเห็นใจคนอื่น คดีหย่าร้างมากขึ้น ลูกที่เกิดมาเดือดร้อนมากขึ้น และจำนวนคนเป็นโรคจิต โรคประสาทมากขึ้น บางคนหันเข้าปลอบตัวเองด้วยสุราและยาเสพติด ในตอนต้นก็อาจจะดีแต่ปั้นปลายมักลงเอยด้วยโรคประสาท (ฝน แสงสิงแก้ว. 2525 : 25) ในปี 2528 ประชากรไทยป่วยด้วยโรคจิตโรคประสาท ประมาณ 800,000 คน อันดับที่ 6 ของโลก (ณัจฉลดา พิชิตบัญชาการ. 2530 : 340) โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่ได้ให้บริการผู้ป่วยโรคประสาท และโรคจิต และการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต จิตเวชศาสตร์ ประสาทวิทยา และประสาทพยาธิวิทยา แก่ประชาชน จากรายงานปี 2532 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 103,676 คน (ไทยรัฐ. 24 กรกฎาคม 2533 หน้า 3) ในจำนวน 5 คน จะเป็นผู้หญิง 3 คน ผู้ชาย 2 คน (ไทยรัฐ. 13 กรกฎาคม 2533 หน้า 5)

ผู้วิจัยเห็นว่าสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการ ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด ตลอดอายุขัย เพื่อทราบสภาวะของสุขภาพจิต และเป็นแนวทางในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิต สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป อันส่งผลให้ได้ทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพสูงสุดในสังคมไทยสืบไป

<u>ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า</u>

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม ตามตัวแปรด้านอายุ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัย ประเภทของครอบครัว อาชีพ อายุแรกสมรส ระดับการศึกษา และลำดับของการตั้งครรภ์

<u>ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า</u>

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตควบคู่กับสุขภาพกาย

2. ผู้ให้บริการ นอกจากการคำนึงถึงสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญกับสาเหตุโดยล้อมด้วย เช่น ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งมีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างมาก

3. เพื่อให้องค์กร หน่วยงาน ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องทราบถึงปัญหาสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ เพื่อหาทางป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่สนใจจะศึกษาต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร ประชากรที่ใช้วิจัยครั้งนี้ คือ หญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง สามพราน นครชัยศรี บางเลน ดอนตูม และกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 7,169 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง สามพราน นครชัยศรี บางเลน ดอนตูม และกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 717 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

3.1.1 อายุ

3.1.2 จำนวนบุตร

3.1.3 รายได้ของครอบครัว

3.1.4 ชุมชนที่อยู่อาศัย

3.1.5 อาชีพ

3.1.6 ประเภทของครอบครัว

3.1.7 อายุแรกสมรส

3.1.8 ระดับการศึกษา

3.1.9 ลำดับของการตั้งครรภ์

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. อายุ ผู้ตอบแบบสอบถาม หมายถึง อายุจริงที่ผู้ตอบแบบสอบถามมาฝากครรภ์ ซึ่งแบ่งเป็นอายุน้อยกว่า 20 ปี 20 - 30 ปี 31 - 40 ปี และ 41 ปีขึ้นไป

2. หญิงมีครรภ์ หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

3. รายได้ หมายถึง เงินเดือนรวมถึงค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่ครอบครัวได้รับในแต่ละเดือน โดยใช้ข้อมูลจากสำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม ซึ่งแบ่งออกได้ คือต่ำกว่า 3,500 บาท/เดือน 3,501 - 5,000 บาท/เดือน และมากกว่า 5,000 บาท/เดือน

4. ชุมชนที่อยู่อาศัย หมายถึง จำนวนและความหนาแน่นของประชากร และความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งแบ่งได้ 2 เขต คือ

4.1 เขตเมือง ได้แก่ หญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล หรือสุขาภิบาล

4.2 เขตชนบท ได้แก่ หญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล หรือสุขาภิบาล

5. จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรที่คลอดแล้วและมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุตรที่อยู่ในครรภ์ด้วย แบ่งได้ดังนี้คือ

5.1 จำนวนบุตรน้อย คือ จำนวนบุตร 1 - 2 คน

5.2 จำนวนบุตรมาก คือ จำนวนบุตรมากกว่า 2 คนขึ้นไป

6. ประเภทของครอบครัว หมายถึง จำนวนสมาชิกมากน้อย บทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ของสมาชิก ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

6.1 ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยสมาชิก 2 ช่วงวัย คือ สามี ภรรยา และบุตรธิดา ที่ยังไม่สมรส

6.2 ครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวร่วม ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยว ตั้งแต่ 2 ครอบครัว ขึ้นไป หรือประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่ 3 ช่วงวัยขึ้นไป

7. อายุแรกสมรส หมายถึง อายุของหญิงมีครรภ์ที่มีการอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาเป็นครั้งแรก โดยไม่คำนึงว่าจะถูกต้องตามประเพณีหรือกฎหมาย แบ่งได้ คือ น้อยกว่า 20 ปี 20 - 30 ปี 31 - 40 ปี และ 41 ปีขึ้นไป

8. อาชีพ หมายถึง อาชีพของหญิงมีครรภ์ คือ เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

9. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาของหญิงมีครรภ์ คือ ป.1 - ป.6 (7) ม.1 - ม.3 (มศ.1 - มศ.3) ม.4 - ม.6 (มศ.4 - มศ. 5) อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

10. ลำดับของการตั้งครรภ์ หมายถึง ลำดับของการตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงว่าการตั้งครรภ์จะสิ้นสุดก่อนคลอดมาเป็นทารก หรือการตั้งครรภ์ที่สามารถคลอดออกมาเป็นทารกได้ แบ่งเป็น 2 ประเภท

10.1 การตั้งครรภ์ครั้งแรก

10.2 การตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรก

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อความสะดวกต่อการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็นข้อ ๆ ดังนี้ คือ

1. ความหมายของสุขภาพจิต
2. ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี
3. ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี
4. การเสริมสร้างสุขภาพจิต
5. การตั้งครรภ์
6. การวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิต
   - 6.1 การวิจัยในต่างประเทศ
   - 6.2 การวิจัยภายในประเทศ

1. ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิต มีความหมายกว้างมาก ยากที่จะกำหนดให้แน่นอนได้ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตไว้ว่า "สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขและเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสามารถดำรงชีวิตของตนเองได้โดยไม่เสียดุลยภาพ ทำให้มีความสุขความสบายใจ รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นภายในจิตใจแต่อย่างใด สุขภาพจิตมิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคทางจิต และโรคทางประสาทเท่านั้น หากแต่รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดีอีกด้วย" (จรินทร์ ธานีรัตน์. 2523 : 269)

ฝน แสงสิงแก้ว (2522 : 20) บิดาแห่งสุขภาพจิตของประเทศไทย กล่าวถึง สุขภาพจิตว่าเป็นการมีชีวิตที่มีสุข สุขภาพจิตนั้นตั้งต้นมาจากครอบครัว การพัฒนาจิตใจ คือ ยอดของการสร้างสุขภาพจิตที่ดีและป้องกันจิตเสื่อมในใจผู้ใหญ่ในภาลต่อมา

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้ให้ความหมายว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่สามารถปรับปรุงจิตใจให้มีความสุข แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ สุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงได้ตามภาวะการณ์ และสิ่งแวดล้อม บางขณะอาจจะไม่ดี ทำให้เกิดความทุกข์และความสุข แล้วแต่สุขภาพจิตในขณะนั้นผู้มีสุขภาพจิตดีต้องมีลักษณะดังนี้

1. มีสุขภาพกายดี ไม่มีโรคภัยเบียดเบียน มีความสุข พอใจในตนเอง

2. มีความสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไปถูกต้องเหมาะสมตามทำนองคลองธรรมและพอใจในผลที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง และปรับตัวมีความสัมพันธ์ต่อผู้อื่นได้ดี สามารถทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ไม่เป็นโรคจิตโรคประสาท (สุโขทัยธรรมาธิราช. 2529 ก : 420)

สุจริต สุวรรณชีพ (2525 : 4 - 5) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพของจิตที่มีความเข้มแข็งสามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต และสุขภาพจิตของมนุษย์โดยทั่วไปมีลักษณะไม่คงที่มักเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาสุขบ้างทุกข์บ้างได้เสมอ จากแรงผลักดันทั้งภายในตัวเองและจากผู้คนในสังคมรอบตัว

กรมการแพทย์ (2529 : 3) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพจิตของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและ สภาพแวดล้อมที่เป็นจริง และอธิบายว่าในการดำเนินชีวิตปุถุชนย่อมต้องเผชิญความทุกข์ ความตึงเครียด ความไม่พอใจ ความผิดหวัง แต่ผู้มีสุขภาพจิตดีจะสามารถแก้ปัญหาหรือผ่อนปรนหาทางออกที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม และสามารถปรับจิตใจให้ยอมรับผลที่จะเกิดตามมาได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสบายตามอัตภาพและปราศจากอาการของโรคจิต โรคประสาท

เลิกเบิร์ต (Egbert.. 1980 : 10) สุขภาพจิตตามแนวศาสนาพุทธ หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในศีลทั้งกาย วาจา ใจ มีสติพิจารณาสิ่งทั้งหลายให้ผู้เรียนเท่ากับความเป็นจริง ไม่ถูกครอบงำด้วยความยินดียินร้ายและมีความเป็นมิตรกับคนอื่น ๆ

เบอร์นาร์ด (Bernard. 1970 : 17) สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของบุคคล เพื่อให้ตนเองได้รับประโยชน์ มีความพอใจ สุขใจ และพฤติกรรมนั้นไม่ขัดต่อสังคม คนมีสุขภาพจิตดีสามารถจะเผชิญและยอมรับความเป็นจริงในชีวิต สุขภาพจิตของบุคคลจะดีที่สุดเมื่อ

บุคคลนั้นยอมรับความสำเร็จของตนเองตามสภาพความเป็นจริง และความสามารถของตนเองด้วยความพอใจ โดยได้รับความกระทบกระเทือนหรือความคับข้องใจน้อยที่สุด บุคคลจะมีสุขภาพจิตในขั้นที่น่าพอใจ ถ้าบุคคลนั้นไม่ตึงเครียดต่อความไม่สมหวัง จะไม่มีปฏิกิริยาต่อต้านรุนแรง แต่จะรักษาไว้ซึ่งความมีเหตุผล การแสดงออกจะเหมาะสมกับกาลเทศะ

มูลี่ (Mouly. 1965 : 165 - 167) กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคลเป็นการลดความตึงเครียดทางอารมณ์เพื่อการปรับตัว เพื่อสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ อันจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในทุกสภาวะแวดล้อม มีความมั่นคงทางจิตใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและสามารถที่จะทำ ประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้ดี

2. ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

ได้มีผู้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้หลากหลาย ดังนี้

สุโท เจริญสุข (2520 : 226 - 227) กล่าวว่าลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี พอเป็นที่สังเกตได้ เช่น

1. มีความรู้สึกปฏิบัติตัวพอเหมาะสม ไม่มากไม่น้อยเกินไปในเรื่องการกินการอยู่ การเชื่อมั่นในตนเอง

2. มีความเข้าใจดีเกี่ยวกับความสามารถ ความเป็นไทของตัวเอง และในการเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ

3. รู้จักยับยั้งชั่งใจ หักห้ามอารมณ์เป็น ไม่โลภ โกรธ หลง โดยไม่สมควร

4. มีความมุ่งหมายแน่นอนในชีวิต ไม่เคว้งคว้างเลื่อนลอย เรื่อยเจื่อยตามบุญตามกรรม มีอาชีพเป็นหลักฐาน

5. มีกริยาท่าทางเรียบร้อย ไม่วิปริตบกพร่อง (จนเกินขนาดและขอบเขต) ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2526 : 6) กล่าวถึงลักษณะนิสัยของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้

1. มีเป้าหมายในชีวิต เป็นเป้าหมายไปได้ตามความเป็นจริงและมีลักษณะสร้างสรร

2. มีนิสัยในการทำงานดี

3. มีนิสัยในการควบคุมอารมณ์ดี มีความอดทนต่อความไม่สมหวังสูง

4. มีนิสัยในการพักผ่อนหย่อนใจที่ไม่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเองและบุคคลอื่น

5. มีนิสัยทางการสังคมดี

สุชาติ โสมประยูร (2515 : 150 - 152) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีโดยทั่ว ๆ ไป ไว้ดังนี้

1. เป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดี เช่น

1.1 ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์กลัว โกรธ รัก อิจฉาริษยา หรือความกังวลใด ๆ ก็ตาม

1.2 สามารถยอมรับความผิดหวังแห่งชีวิตได้อย่างกล้าหาญ

1.3 มีใจกว้างพอที่จะยอมรับและเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้ง่ายพอ ๆ กับของตนเอง

1.4 รู้จักประมาณความสามารถของตนเองได้ดี ไม่ดูถูกหรือยกย่องความสามารถของตนเองจนเกินไป

1.5 สามารถยอมรับสภาพความขาดแคลนในสิ่งต่าง ๆ ของตนเอง และให้ความยอมรับนับถือตนเอง

1.6 สามารถจะจัดการกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์เกือบทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

1.7 มีความพอใจและชื่นชมยินดีต่อความสุขสบายหรือความสำเร็จเล็ก ๆ น้อย ๆ ในชีวิตประจำวันได้

ฯลฯ

2. เป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดี เช่น

2.1 สามารถให้ความสนใจหรือความรักใคร่แก่ผู้อื่นได้ และยอมรับพิจารณา ความสนใจ หรือความรักใคร่ของผู้อื่นที่มีต่อตนเองด้วยดี

2.2 ความสัมพันธ์เป็นส่วนตัวกับเพื่อนฝูงได้ราบรื่น และยั่งยืนนานอย่างน่าพอใจ

2.3 เข้าใจและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลได้

2.4 สามารถจะเป็นทั้งผู้นำและผู้ตามที่ดีได้

2.5 มีความรู้สึกตนเองก็เป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะหรือสังคม

2.6 มีความรับผิดชอบต่อเพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย

ฯลฯ

3. เป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับความจริงแห่งชีวิตได้ดี เช่น

3.1 มีความรับผิดชอบอย่างสมบูรณ์ต่อปัญหาหรือวุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3.2 สามารถปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นเสมอถ้ามีเวลาหรือโอกาส แต่ถ้าจำเป็นก็สามารถจะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ได้ปรับปรุงให้ดีนั้น ๆ ได้เสมอ

3.3 ในการประกอบกิจการต่าง ๆ จะมีแผนงานวางไว้ล่วงหน้าเสมอ จึงเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีระเบียบและมั่นคง

3.4 พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาชีวิตได้ โดยไม่ตกอยู่ในความประมาทและปราศจากความวิตกกังวล หรือไม่หวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3.5 สามารถเปลี่ยนแปลงแนวความคิดของตนเอง พร้อมทั้งยอมรับประสบการณ์หรืออุดมคติใหม่ ๆ ได้

3.6 สามารถจะใช้สมรรถภาพตามธรรมชาติของตนเองให้เป็นประโยชน์ได้เป็นอย่างดี

3.7 ตั้งความมุ่งหมายแห่งชีวิตไว้ได้อย่างเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป

3.8 สามารถจะคิดและตัดสินใจในเรื่องปัญหาชีวิตของตนเองได้อย่างฉลาดโดยปราศจากความลังเลใจ หรือความเสียอกเสียใจในภายหลัง

3.9 มีความมานะพยายามเป็นอย่างดีต่อกิจการงานที่ตนทำ รวมทั้งมีความพออกพอใจและชื่นชมยินดีต่อการกระทำนั้น ๆ ด้วย

ฯลฯ

สุภาพรรณ โคตรจรัส (2527 : 114 - 116) ได้กล่าวถึงสุขภาพจิตดี มีลักษณะดังนี้

1. ด้านปัญญาความคิด ความเข้าใจ เป็นผู้ที่มีความรับรู้ที่ตรงความเป็นจริง ใช้สติประกอบปัญญาในการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุผล รับรู้และเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง เต็มใจที่จะหาวิธีแก้ปัญหาโดยตรงในการเผชิญปัญหา

2. ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ สามารถเผชิญความตึงเครียด และความกดดันเป็นอย่างดี เมื่อเผชิญปัญหาจะไม่กระทบกระเทือนเกินกว่าเหตุ รักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอ แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเอาชนะความขัดแย้งในใจทั้งภายในและภายนอกได้

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ดี ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว หรือแสวงหากิจกรรมทางสังคมมากเกินไป จนทำให้มีความสัมพันธ์ผู้อื่นเพียงผิวเผิน หรือพึ่งพิงผู้อื่นจนกลายเป็นภาระ ไม่ได้คาดผู้อื่นเพื่อหวังประโยชน์ส่วนตัว ยอมรับ และเข้าใจในตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น

4. ด้านการงาน ทำงานได้เต็มความสามารถ เลือกอาชีพได้ตรงกับความสนใจ และความสามารถของตน รับรู้ และรู้สึกว่าตนเป็นประโยชน์กับสังคม มีคุณค่า มีความกระตือรือร้นในชีวิต มีแรงบันดาลใจ มีพลังในการทำงาน

5. ด้านความรัก สามารถรักได้อย่างแท้จริง เป็นความรักในมนุษยชาติ เป็นความรักที่ประกอบด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความพึงพอใจเมื่อเป็นผู้อื่นที่ตนรักมีความสุข รวมทั้งความรักทางเพศ

6. ด้านตนมีความเข้าใจในตนเอง รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ว่าตนเองคือใคร ต้องการอะไรในชีวิต ยอมรับข้อบกพร่องและภาคภูมิใจในส่วนดีของตน สามารถเปิดเผยตัวจริงของตนเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สามารถพัฒนาได้อย่างดีที่สุดตามศักยภาพของตนเอง

7. ด้านการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม ใช้สติปัญญาในการเผชิญปัญหา มีความมั่นคงสม่ำเสมอ แสดงออกอย่างเหมาะสม

จรินทร์ ธานีรัตน์ (2523 : 270 - 273) กล่าวว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดี ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ย่อมรู้จักตนเองและเข้าใจตนเองได้ดี ซึ่งได้แก่การรู้จักและเข้าใจตนเองได้ดีในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1.1 รู้จักและยอมรับสภาพของตนเอง ทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการรู้จักและการยอมรับสภาพที่เป็นจริงของตนเอง

1.2 รู้จักประมาณความสามารถของตนเองได้ดี ไม่ดูถูกเหยียดหยามน้อยเนื้อต่ำใจในความสามารถของตน หรือโอ้อวดยกย่องในความสามารถของตนเองเกินความเป็นจริง

1.3 รู้จักประมาณตนเองได้ดีในการปรับตัวเข้ากับสังคม และรู้จักวางตนได้อย่างเหมาะสมกับสังคมทุกระดับ

1.4 รู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดี ไม่โกรธง่าย ไม่มีอารมณ์หวั่นเกรง ไม่อิจฉาริษยา หรือความวิตกกังวลต่าง ๆ เพราะสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การทำให้เกิดความหวั่นไหวทางประสาท อาจจะทำให้เป็นโรคจิตได้ง่าย

1.5 รู้จักทำจิตใจให้มั่นคง แน่วแน่ สุขุม เยือกเย็น หนักแน่น ไม่หวั่นไหวง่าย ๆ

1.6 รู้จักและสามารถรับกับความผิดหวัง หรือความสำเร็จในภาระกิจต่าง ๆ ในชีวิต ไม่แสดงออกซึ่งความเสียใจหรือดีใจจนเกินไป และทำตัวเองให้พร้อมที่จะพบกับสิ่งนั้นได้ดีในทุกโอกาส

1.7 รู้จักตนเองให้รู้สึกยินดีกับบุคคลที่ได้รับความสำเร็จ และรู้จักแสดงความเสียใจอย่างจริงใจกับบุคคลที่ผิดหวัง หรือประสบความล้มเหลว

1.8 รู้จักหาวิธีในการดำเนินงานของตนเองให้ดำเนินงานไปด้วยความเรียบร้อยเสมอ

1.9 รู้จักให้ความสนใจในตนเองทุกด้านตามสมควร ไม่ใช่แบกหมดอาลัยตายอยากปล่อยชีวิตไปวันหนึ่ง ตลอดจนรู้จักทำตัวเองให้มีความหมาย และมีชีวิตชีวาสดชื่นเสมอ

1.10 รู้จักมีความพอใจและยินดีต่อความสำเร็จที่ตนทำขึ้น แม้ว่าเล็กน้อยก็ตาม

1.11 รู้จักสนองความต้องการของตนเองในทางที่ถูกที่ควร และเหมาะสม

1.12 รู้จักหาสิ่งทดแทนหรือแสวงหาความพึงพอใจ เพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลินให้สุขสบายใจได้ตามอัตภาพ

2. รู้จักและเข้าใจบุคคลอื่นได้ดี การปรับสุขภาพจิตที่ดีนั้น การรู้จักและเข้าใจตนเองแต่เพียงฝ่ายเดียวนั้นยังไม่เป็นการเพียงพอ เพราะคนเราย่อมจะต้องอยู่ในสังคมกับบุคคลอื่น ฉะนั้นจึงจำเป็นจะต้องรู้จักและเข้าใจบุคคลอื่นด้วย การรู้จักและเข้าใจบุคคลอื่นนั้น เราควรจะรู้จักและเข้าใจในสิ่งต่อไปนี้

2.1 รู้จักให้ความสนใจหรือให้ความรักใคร่บุคคลอื่น และยอมรับพิจารณาสนใจความรักใคร่ของบุคคลอื่นด้วยความยุติธรรมและเหมาะสมด้วยดี

2.2 รู้จักยอมรับและเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่นด้วยดี และมีเหตุผล

2.3 รู้จักยอมรับและพิจารณาด้วยดีในการติชมจากบุคคลอื่นด้วยความใจกว้างและเป็นธรรม

2.4 มีความสัมพันธ์และเป็นมิตรกับเพื่อนฝูง มิตรสหาย ได้อย่างราบรื่นโดยตลอดและยืนนานอย่างน่าพอใจ

2.5 เข้าใจและยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล ว่าแต่ละคนนั้นย่อมไม่เหมือนกันในด้านต่าง ๆ ฉะนั้นเราจะเหมือนเพื่อนหรือคนอื่นจะเหมือนเรานั้นย่อมไม่ได้

2.6 มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะหรือของสังคมเสมอ หากเรามีความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้เรามีจิตใจพร้อมที่จะเข้าร่วมและปรับตัวเข้ากับคณะนั้นอย่างเต็มที่

2.7 รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบาและไม่เอาเปรียบเทียบเพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่น

2.8 มีความรับผิดชอบต่อมิตรสหาย และบุคคลที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี

2.9 มีความเสียสละและช่วยเหลือมิตรสหายอย่างมีน้ำใจ

2.10 ไม่โอ้อวดความดี ความสามารถของตนเองเหนือบุคคลอื่น หรือดูถูกเหยียดหยามบุคคลอื่น

2.11 รู้จักและเข้าใจสถานภาพของผู้นำ และผู้ตามได้เป็นอย่างดี

2.12 ทำงานร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างราบรื่นและได้ผลดี รู้จักให้ความร่วมมือและประสานให้งานของหมู่คณะสัมฤทธิ์ผลด้วยดี

3. สามารถเผชิญกับปัญหาและความจริงแห่งชีวิตได้ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีย่อมแสดงออกซึ่งลักษณะแห่งความกล้าเผชิญกับความจริงแห่งชีวิต และปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ดังต่อไปนี้

3.1 มีความสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ด้วยความสุขุมเยือกเย็น โดยไม่มีความประหม่าและความวิตกกังวลใด ๆ

3.2 สามารถใช้เหตุผล หรือวิธีการแห่งปัญญาในการแก้ปัญหาต่าง ๆ

3.3 สามารถใช้สติปัญญาตัดสินใจ หรือแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ไม่ผิดพลาดและมีเหตุผล

3.4 มีความรับผิดชอบต่อปัญหา หรืออุปสรรคต่าง ๆ ด้วยความยินดี ไม่ปัดความรับผิดชอบไปให้บุคคลอื่น

3.5 มีความสามารถในการประกอบภารกิจต่าง ๆ โดยได้เตรียมการวางแผนไว้ล่วงหน้า

3.6 สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ทุกสถานภาพ ไม่ว่าเป็นสภาพใด

3.7 สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงแนวความคิดของตนเองและพร้อมที่จะรับอุดมคติหรือแนวความคิดใหม่ ๆ ได้เสมอ

3.8 มีความเข้าใจและยอมรับว่าในชีวิตของเรา ความสำเร็จและความล้มเหลวหรือผิดหวัง เป็นของคู่กัน หากประสบความล้มเหลวก็พยายามต่อสู้ และตั้งต้นใหม่ได้เสมอ

3.9 สามารถเผชิญกับปัญหา และแก้ปัญหานั้นโดยอาศัยหลักความจริง ไม่เป็นคนพูดปดหรือพูดเกินความจริง

3.10 มีความมุ่งหมายแห่งชีวิตไว้อย่างเหมาะสมไม่สูงหรือต่ำเกินไป มีหนทางที่จะเป็นความจริงได้

สุเมธ แก้วแพรก (2526 : 14) ได้กล่าวว่า การจะพิจารณาว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีหรือไม่นั้นให้พิจารณา

1. เกี่ยวกับตนเอง ผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมเข้าใจสภาพแท้จริงของตนเอง ยอมรับสภาพของตนเอง รู้จักประมาณตน มีอารมณ์มั่นคง

2. เกี่ยวกับผู้อื่น ผู้มีสุขภาพจิตดี ยอมรับนับถือผู้อื่น รู้จักให้และรับมิตรภาพกับผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ

3. เกี่ยวกับการดำรงชีวิต ผู้มีสุขภาพจิตดี เผชิญกับปัญหาชีวิตได้ มีความรับผิดชอบต่อปัญหา ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ได้เสมอ มีปรัชญาชีวิต

กรมการแพทย์ (2529 : 3) กล่าวว่า ผู้มีสุขภาพจิตดี จะมีลักษณะ ดังนี้

1. ไม่มีโรคทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ

2. สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

3. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้ หรือสามารถทำประโยชน์แก่ตนเองและแก่ชุมชนได้ตามควรแก่สภาพของตนเอง

4. สามารถปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

สุรางค์ จันทน์เอม (2527 : 14) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ มีลักษณะ 2 ประการต่อไปนี้คือ

1. มีความสามารถที่จะต่อสู้ และเผชิญกับปัญหาในชีวิตของตนได้โดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน

2. มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตด้วยอารมณ์มั่นคงและกล้าหาญไม่ท้อถอย เมื่อทำสิ่งใดผิดพลาดไปก็พยายามแก้ไข และหาหนทางทำให้สำเร็จ

วิวัฒน์ชัย กุลมาตย์ (2526 : 191 - 192) ได้กำหนดแนวทางหรือหลักเกณฑ์ในการพิจารณาพฤติกรรมเป็นปกติมีดังนี้คือ

1. พฤติกรรมนั้นบังเกิดความสำเร็จ (Effective)

บุคคลปกติมักจะแสดงพฤติกรรมโดยตรงต่อปัญหา และสามารถเอาชนะความเครียดและความกลัว บุคคลจะพยายามแก้ปัญหาต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ถึงแม้ว่าจะมีความเครียดเกิดขึ้นมากเพียงใดก็ตาม ถ้าเป้าหมายนั้นได้รับการพิจารณาว่ามีค่าและความหมาย

2. พฤติกรรมนั้นมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

บุคคลที่มีการปรับตัวดี มักใช้ประโยชน์จากพลังงานและความสามารถของเขาอย่างเต็มที่ เขารู้สภาพความเป็นจริงอย่างเพียงพอที่จะตระหนักถึงการขาดประสิทธิภาพ เมื่อมี

อุปสรรคหรือเป้าหมายในภาวะการณ์เหล่านี้ เขายอมรับความคับข้องใจและการสูญเสียเป้าหมาย และหันไปใช้พลังงานไปในทางใหม่ต่อไป

3. พฤติกรรมนั้นมีความเหมาะสม (Appropriate)

บุคคลปกติมักแสดงความคิด ความรู้สึก และการกระทำซึ่งเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม การรับรู้ของเขามักจะสะท้อนถึงความจริง การพิจารณาก็ได้มาจากข้อมูลต่าง ๆ หลาย ๆ ทาง นอกจากนี้ บุคคลปกติอาจแสดงความกลัว วิตกกังวล โกรธ ผิดหวัง ที่เกี่ยวข้องกับสภาพที่เขาเผชิญอยู่ และจะหายไปเมื่อสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนปกติไม่แต่เพียงเหมาะสมกับสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนปกติไม่แต่เพียงเหมาะสมกับสภาพการณ์ หากแต่ยังเหมาะกับระดับอายุและระดับวุฒิภาวะของเขาด้วย

4. พฤติกรรมนั้นมีการยืดหยุ่นได้ (Flexible)

บุคคลปกติสามารถปรับตนเองได้ เมื่อใดก็ตามที่เผชิญกับความขัดแย้ง และความคับข้องใจ เขาจะหาแนวทาง เพื่อแก้ปัญหาแทนการใช้วิธีเดิมอยู่ตลอดไป บุคคลปกติมีความตั้งใจในการเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง มีความกระตือรือร้นต่อสิ่งใหม่โดยที่ทั้งหมดเป็นไปในรูปของการยืดหยุ่นได้

5. สามารถใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม (Able to profit from experiences) เช่น ในการเรียนรู้รับรู้สิ่งใหม่ ๆ ในสถานการณ์ต่าง ๆ และในการปรับปรุงต่อสิ่งแวดล้อมทุกสถานการณ์ เป็นต้น

6. สามารถเกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ได้ดี (Interpersonality Effective) บุคคลที่มีการปรับตัวดี จะสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นและสังคม ด้วยความสุข ความพอใจ กล่าวคือ สามารถทำตัวให้เข้ากับสังคมหรือบุคคลอื่นได้ดี โดยสังคมหรือบุคคลเหล่านั้นมีความสุข ตัวเองก็มีความสุขด้วย

7. มีความมั่นคงในตนเอง (Self - Secure) บุคคลที่มีการปรับตนเองดีจะมีการนับถือตนเอง รู้ในคุณค่าและความปลอดภัยมั่นคงในตนเอง บุคคลประเภทนี้จะรู้และยอมรับสภาพที่เขาเป็นอยู่ หรือถ้าเขารับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางที่ดีเขาก็จะมองขบวนการเปลี่ยนแปลงนั้น ฐานะเป็นแรงจูงใจตัวเอง และควบคุมตัวเองได้เป็นอย่างดี

จาโฮดา (Jahoda. 1958 : 28 - 35) กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง การมีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละบุคคลนั้น จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ 6 ประการ คือ

1. เจตคติที่ดีต่อตนเอง (Attitude Toward Self) สามารถที่จะยอมรับสภาพของตนเองสามารถที่จะยอมรับความอ่อนแอและความบกพร่องของตนเอง ความมั่นใจในตนเอง มีความภาคภูมิใจในความสำคัญของตนเอง เคารพตน ตลอดทั้งเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเอง

2. ความเข้าใจและการตระหนักเกี่ยวกับตนเอง (Self Actualization) ในเรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคลเป็นไปอย่างสมปรารถนาและสอดคล้องกับศักยภาพของตนเอง สามารถประสบความสำเร็จและความมุ่งหวังที่พึงประสงค์ ตลอดทั้งสามารถพัฒนาความสามารถของตนจนเต็มที่

3. ความประสมประสาน (Integration) ขององค์ประกอบบุคลิกภาพเป็นไปอย่างกลมกลืนราบรื่น มีสติสัมปชัญญะ ไม่อยู่ใต้อิทธิพลของจิตไร้สำนึก มีความสามารถที่จะทนต่อความวิตกกังวล และความบีบคั้นภายใต้สภาวะการณ์ใดสภาวะการณ์หนึ่งได้

4. ความเป็นตัวของตัวเองและความเป็นอิสระในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Autonomy) อันเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ มีความเป็นอิสระจากอิทธิพลของสังคมในการที่จะตัดสินใจยึดมาตรฐานที่เป็นหลักประจำใจของตน มากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับการบีบคั้นของอิทธิพลภายนอก

5. การยอมรับและเผชิญต่อความเป็นจริง (Reality Perception) ไม่งมงายในความเพ้อฝันหรือความปรารถนาของตนเอง ขณะเดียวกันมีความสนใจเอาใจใส่ในสวัสดิภาพของบุคคลอื่น ๆ

6. ความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคและสิ่งแวดล้อม โดยสามารถที่จะรักและให้ความรักแก่บุคคลอื่นได้ สามารถที่จะรับความรักจากบุคคลอื่น สามารถที่จะอุทิศเวลาให้แก่งานตลอดทั้งการละเล่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีความพอใจในสภาพแวดล้อมของตนเอง เต็มใจที่จะหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาตลอดทั้งอุปสรรคที่จะต้องเผชิญในชีวิตของตน

เอกเบิร์ต (Egbert. 1980 : 11) ได้กล่าวไว้ว่า ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือ

1. รู้จักตนเอง สามารถพัฒนาผสมผสานบุคลิกได้เหมาะสมกับความเป็นจริง
2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางเป็นจริงได้
3. เป็นผู้ที่เข้าใจชีวิตและมุ่งหมายในชีวิต
4. เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต
5. มีความสามารถในการปรับความคิด พฤติกรรมตามสถานการณ์ของชีวิตแต่ละช่วงได้
6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

3. ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

ปราณี รามสูต (2528 : 253 - 254) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี ดังนี้คือ

1. ขาดความสามารถในการควบคุมตนเองเท่าที่ควร มีอารมณ์อ่อนไหวเปลี่ยนแปลงเดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย และการแสดงออกซึ่งอารมณ์จะรุนแรงมาก ตื่นเต้นตกใจง่าย ทุกข์ร้อน วิตกกังวลเกินกว่าเหตุ

2. ไม่รู้จักและเข้าใจตนเองเท่าที่ควร มักมองตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ซ่อนเร้นความรู้สึกภายใน มักปรับตัวแบบทดแทนเพื่อให้คนอื่นเข้าใจผิดมักคิดว่าตนเองมีปมด้อย

3. พัฒนาการทางสังคมไม่ดี ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นไม่ค่อยได้ ไม่ค่อยยอมรับความจริง ขี้ระแวง มองคนในแง่ร้าย และมักเก็บตัวมากจนเกินไป

ฟอง เกิดแก้ว (2525 : 94 - 95) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตไม่ดี ดังนี้คือ

1. อารมณ์ตายตัว และไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่
   1.1 รู้สึกกลุ้มใจอยู่เป็นเวลานาน ๆ
   1.2 รู้สึกกลัวคน และไม่กล้าเผชิญในกาลเวลาต่าง ๆ
   1.3 เป็นคนขี้ระแวงสงสัยไม่มีสาเหตุ
   1.4 โกรธโดยปราศจากเหตุผล
2. มีความรู้สึกทางด้านค่านิยมที่ผิดแปลกไป ได้แก่
   2.1 สิ่งที่สำคัญจะมีค่าสำหรับตนน้อย แต่กลับไปเห็นในสิ่งที่ไม่สำคัญกว่า
   2.2 รู้สึกภาคภูมิใจในการที่ได้เป็นภาฝาก
3. มีความแตกต่างอย่างมากมายระหว่าง
   3.1 ความสามารถและการปฏิบัติของตน
   3.2 สิ่งที่คิดกับสิ่งที่ทำ
   3.3 ความมุ่งหมายที่ตั้งไว้ กับการทุ่มเทความพยายามเพื่อให้ประสบความสำเร็จ
4. ขาดความซื่อสัตย์ในตัวเอง ได้แก่
   4.1 มิได้ระลึกถึงขีดจำกัดความสามารถในตัวเอง
5. พูดเกินความเป็นจริง คิดว่าตนเองนี้สำคัญ ได้แก่
   5.1 เพื่อปกปิดปมด้อย จึงทำตัวประหนึ่งว่าเป็นคน "เด่น"

6. อาจจะหนีจากชีวิต เพราะความตกใจกลัว หรือถอยหนี

7. ขาดวินัยในตนเอง

8. เวลาและพลังงานถูกใช้ให้สูญไปเพราะอารมณ์เป็นตัวบ่อนทำลาย ได้แก่

8.1 รู้สึกอิจฉาอยู่เสมอ

8.2 รู้สึกขุ่นเคืองใจอยู่เสมอ

9. ปฏิเสธที่จะเรียนโดยประสบการณ์ ได้แก่

9.1 พูดถึงทัศนคติ และพฤติกรรมที่ตนเสียเปรียบในอดีตอย่างซ้ำ ๆ ซาก ๆ

9.2 ดื้อดึงและยึดมั่นในอคติต่าง ๆ ของตน

10. จะใช้เวลาเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่มีอย่างเอาเป็นเอาตาย

สุรางค์ จันทน์เอม (2527 : 16) กล่าวว่า บุคคลใดก็ตาม ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่ จะแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติเบื้องต้นออกมาดังนี้ คือ

1. ความผิดปกติทางด้านความประพฤติ เช่น แสดงกิริยามารยาทไม่เรียบร้อย ดื้อดึง เกะกะระราน ชอบทะเลาะวิวาท ทำลายสิ่งของ พูดปด ลักขโมย หนีโรงเรียน เที่ยวกลางคืน เล่นการพนัน ติดยาเสพติด และอื่น ๆ

2. ความผิดปกติทางด้านประสาทอย่างอ่อน เช่น หงุดหงิดบ่อย ๆ ฉุนเฉียว ร้องไห้ ขี้อิจฉา พูดเพ้อเจ้อ ตัดสินใจอะไรเองไม่ได้ มีความหวาดกลัว นอนละเมอ ติดคนใดคนหนึ่งเป็นพิเศษ ตลอดจนมีอาการกระตุกส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

3. ความผิดปกติทางด้านนิสัย ได้แก่พวกกินอยู่ยาก นอนหลับยาก กัดเล็บ ดูดนิ้วมือ ปัสสาวะรดที่นอน และอื่น ๆ

4. การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย เช่น ขณะที่เด็กกำลังเจริญเติบโต จะไม่คว่ำ คลาน ยืน หรือเดินตามวัยที่ต้องการ ทั้ง ๆ ที่กลไกด้านต่าง ๆ พร้อมที่จะทำงานได้ หรือผู้ใหญ่ที่แสดงกิริยาคล้ายเด็กในด้านการพูดจา การแต่งกาย เป็นต้น

ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี (สุโขทัยธรรมาธิราช. 2531 : 730) มีลักษณะดังนี้

สุขภาพจิตไม่ดีคือสภาพจิตใจไม่เป็นสุข กล่าวคือบางครั้งบางโอกาสของชีวิตเราอาจพบปัญหาอุปสรรคที่ต้องทุ่มเทแก้ไขอย่างเต็มที่ แต่ไม่สามารถจัดการให้ลุล่วงไปได้ทำให้สภาพจิตใจของเราตกต่ำ เศร้าหมองลงไป หรือรุ่มร้อน วิตกกังวล จนไม่สามารถจะปรับให้กลับเข้าสู่สภาพปกติได้อย่างเดิม เราอาจหงุดหงิด หลง ๆ ลืม ๆ ไม่มีสมาธิ เหนื่อยหน่ายที่มักพูดว่าเซ็ง หรือเบื่อ เราอาจปฏิบัติงานได้โดยปกติแต่คุณภาพของงานต่ำลง เราเองก็รู้ตัวอยู่และพยายามแก้ไข

อยู่เสมอ ซึ่งดีขึ้นบ้างแต่เป็นไปอย่างช้า ๆ กรณีเช่นนี้เป็นลักษณะของสุขภาพจิตไม่ดี แต่เป็นระยะที่ไม่รุนแรง เราสามารถแก้ไขด้วยตนเองหรือคนใกล้ชิดมิตรสหายช่วยให้ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ดีลักษณะของสุขภาพจิตไม่ดีมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับไม่รุนแรงดังกล่าวจนถึงระดับที่รุนแรงมาก เช่น เป็นโรคประสาท โรคจิตไปเลย การแก้ไขหรือเยียวยารักษาต้องอาศัยผู้ชำนาญการช่วย

4. การเสริมสร้างสุขภาพจิต

การเสริมสร้างสุขภาพจิตทำได้โดย (สุไขทัยธรรมาธิราช. 2529 ก : 422)

1. ปรับปรุงตนเอง ซึ่งมีวิธีการเสริมสร้างได้หลายประการเช่น

1.1 บำรุงร่างกายให้มีสุขภาพกายดี โดยการออกกำลังกายพอสมควร รับประทานอาหารที่ถูกส่วน

1.2 ฝึกควบคุมอารมณ์ให้เป็นคนอารมณ์เยือกเย็นสุขุม ไม่โกรธง่าย หรือเสียใจ ดีใจง่าย ๆ รู้จักข่มใจตนเอง และมีงานทำที่มั่นคง มีรายได้พอเพียงแก่การดำรงชีพ

1.3 ทำตัวให้เป็นประโยชน์ ต่อสังคม ช่วยเหลือผู้อื่นในทางที่ถูก

1.4 มีทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น

1.5 หาทางผ่อนคลายความตึงเครียดโดยการพักผ่อนหย่อนใจ หรือออกกำลังหรือไปท่องเที่ยวตามสภาพเศรษฐกิจของตน

1.6 ทำงานอดิเรกที่ตัวเองชอบและสนใจ

1.7 ให้ความสนใจในทางศาสนา เพื่อเป็นเครื่องช่วยยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ในขณะที่มีปัญหามากมาย และหาทางแก้ไขไม่ได้ ความรู้ทางศาสนาจะช่วยผ่อนคลายปัญหาและความตึงเครียดทางจิตใจ

2. ปรับปรุงสภาพแวดล้อม เป็นหน้าที่ของทุกคนจะต้องรับผิดชอบ เช่น

2.1 มีการรักใคร่ปรองดองภายในครอบครัว ให้ความรักและความอบอุ่นแก่บุตร

2.2 ให้โอกาสได้มีการศึกษา มีวิชาชีพที่พอจะเลี้ยงตัวได้

2.3 จัดสถานที่พักผ่อน เช่น สวนสาธารณะ เพื่อให้มีที่พักผ่อนหย่อนใจ

2.4 มีความเป็นธรรมในสังคม

2.5 จัดหางานให้ทำตามความเหมาะสม เพื่อให้มีรายได้พอแก่การดำรงชีพ

2.6 มีสวัสดิการในเรื่องรายได้ สุขภาพ และเรื่องที่อยู่อาศัยในรายที่ต้องการ

วรรณี ลิมอักษร (2524 : 36) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัวว่าควรมีบรรยากาศ และองค์ประกอบดังนี้

1. พยายามขจัดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบิดากับมารดา บิดามารดากับบุตรหรือระหว่างบุตรกับบุตรให้หมดไปหรือให้เหลือน้อยที่สุด

2. ให้เด็กรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวให้เขามีสิทธิต่าง ๆ ร่วมกับบิดามารดา เช่น อนุญาตให้เด็กต้อนรับหรือมีงานเลี้ยงรับรองเพื่อนในบ้านเป็นครั้งคราว

3. ส่งเสริมให้ทุกคนในครอบครัวรักใคร่ปรองดองกัน

4. ระเบียบวินัยที่เคร่งครัดหรือข้อห้ามต่าง ๆ พยายามให้มีน้อยที่สุด

5. ให้ทุกคนในครอบครัวมีอิสระในการแสดงความเห็นหรือในการกระทำ ไม่ให้รู้สึกว่าลูกถูกจำกัดขอบเขตจนรู้สึกอึดอัด

6. บิดา มารดา ทำตัวให้บุตรมีความเชื่อมั่น และเป็นที่ไว้วางใจของบุตรได้

7. บิดา มารดา ควรทำตัวให้ใกล้ชิดสนิทสนมกับบุตร

8. การเงินในครอบครัวไม่ขาดแคลน

9. ยึดมั่นในคุณธรรมและมีความยุติธรรมกับบุตรทุกคน

10. ฝึกความรับผิดชอบให้กับเด็ก

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2531 : 80) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ดังนี้

1. เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ ต้องรีบฝากครรภ์

2. หมั่นคอยปรึกษาแพทย์

3. พักผ่อนให้เพียงพอ

4. หลีกเลี่ยงโรคภัยต่าง ๆ

5. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

6. อย่าฉุนเฉียว โกรธ ควรมีจิตใจแจ่มใส

7. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

8. สามีคอยให้กำลังใจ

กลั๊กและกลั๊ก (รัชนี ลาชโรจน์. 2527 : 262; อ้างถึงมาจาก Glueck and Glueck. n.d.) ที่ให้ข้อเสนอแนะในการเลี้ยงเด็กให้มีสุขภาพจิตดีว่าขึ้นอยู่กับ

1. ความรักของมารดา

2. ความรักของบิดา

3. การเลี้ยงดูของมารดา

180171

4. วินัยของบิดาหรือวิธีที่บิดาใช้เพื่อให้บุตรเชื่อฟังคำสอน

5. ความรักใคร่ปรองดองของสามีภรรยา

จรินทร์ ธานีรัตน์ (2526 : 194 - 196) ได้ให้แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยปรับปรุงในสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. ให้รู้จักยอมรับสภาพแห่งความเป็นจริง กล่าวคือทุกสิ่งทุกอย่างจะเป็นไปตามสภาพของมัน คนเราเลือกเกิดไม่ได้ รูปลักษณะ ความสามารถ ความมีสติปัญญาก็เป็นไปตามสภาพที่มันจะเป็นไป การฝึกฝนเพียรพยายามหรือการปรุงแต่งหรือการทดแทนนั้นย่อมทำได้ แต่อยู่ในสภาพเท่าที่จะเป็นไปได้เท่านั้น เราควรยอมรับความจริงเช่นนั้น จะทำให้เราปราศจากความวิตกกังวลใจใด ๆ เป็นการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริงได้เป็นอย่างดี

2. ไม่ควรตั้งความหวังของชีวิตไว้สูงจนเกินไป ควรตั้งไว้พอประมาณเพื่อเปรียบเทียบความสามารถ ฐานะเศรษฐกิจ และสภาพทั่วไปอื่น ๆ ด้วยเพื่อป้องกันความผิดหวัง

3. ควรหาสุภาษิตประจำใจ เพื่อเป็นเครื่องเตือนใจ เช่น "อย่าจริงจังกับชีวิตจนเกินไป" เมื่อเกิดความผิดหวังขึ้น เพราะไม่สามารถทำตามที่ตนหวังไว้ ก็ต้องไม่จริงจังถึงกับตีอกชกหัวสิ้นสติสมประดี หรือหมดอาลัยตายอยากต่อชีวิต แต่กลับดูข้อบกพร่องเพื่อแก้ไขไม่ให้ผิดพลาดอีกต่อไป

4. ควรหาที่ปรึกษาเมื่อเกิดความข้อใจ เมื่อเกิดข้อขัดแย้งขึ้นในจิตใจควรหาทางระบายออกไป ไม่ควรเก็บสะสมไว้ในใจครุ่นคิดแต่ผู้เดียว แต่ควรหาคนที่ไว้ใจได้เพื่อระบายปรึกษาหารือหาทางออกที่เหมาะสม เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา เพื่อนสนิท ครูบาอาจารย์ หรือแพทย์ เป็นต้น

5. ให้ทำจิตใจให้ร่าเริงและมองโลกในแง่ดีเสมอ การทำใจให้ร่าเริงเสมอจะช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ เพราะว่าปัญหาเกิดสามารถหาช่องทางแก้ไขได้ หากเผชิญปัญหากลับโมโหฉุนเฉียวหรือเคร่งเครียด สมองอาจตื้อตันไม่ปลอดโปร่งและทำให้เกิดความตึงเครียดและอารมณ์ผิดปกติ เป็นผลเสียแก่สุขภาพจิต

การมองโลกในแง่ดีเสมอทำให้จิตใจสบาย ไม่คิดหมกมุ่นอยู่ในเรื่องที่ไร้สาระ คิดว่าคนนั้นเป็นอย่างนั้น คนโน้นเป็นอย่างนี้ทำให้เกิดการฟุ้งซ่านโดยไม่เกิดผลดีแก่สุขภาพแต่อย่างใด

6. ให้เข้าร่วมในกิจกรรมนันทนาการเพื่อผักผ่อนหย่อนใจ ให้หันมาสนใจเลือกกิจกรรมนันทนาการที่ตนชอบและสมัครใจ เข้าร่วมในเวลาว่างเพื่อเป็นการจัดกิจกรรมของชีวิตให้สมดุล ไม่ใช่ทำแต่งานอย่างเดียว เพราะชีวิตไม่ใช่ต้องงาน ชีวิตประกอบด้วยหลายอย่าง "ทำแต่งานไม่มี

การเล่น ทำให้แจ็คเป็นเด็กโง่" (All work and no play make Jack a dull boy) ถ้าผู้ใหญ่ไม่ใช่โง่แต่สมองจะตึงเครียดและแตกสลาย (Breakdown) ถ้าหากแก้ไขไม่ถูกต้อง การดำเนินชีวิตที่เต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวายและการแข่งขัน นันทนาการจะมาช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดช่วยรักษาดุลยภาพของจิตใจได้เป็นอย่างดีทำให้สุขภาพจิตดีมั่นคง

7. พยายามปรับปรุงบุคลิกภาพตนเองให้เข้ากับคนอื่น กล่าวคือ ให้สามารถเข้ากับบุคคลทุกชั้นทุกเพศและทุกประเภท การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ความโอบอ้อมอารี การเสียสละ การให้ความช่วยเหลือ และความร่วมมือ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างบุคลิกภาพให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ดี ไม่วางท่าทางจนไม่มีใครคบหาสมาคมด้วย และพูดจาก้าวร้าวกำแหงเป็นลักษณะของโรคจิตอย่างหนึ่ง ควรหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านี้จะทำให้สุขภาพจิตของตนดีขึ้น

8. ควรออกกำลังกายประจำวันเสมอ การออกกำลังกายเป็นประจำวัน อาจจะเป็นเวลาเช้าและเย็นหรือเวลาเย็นทุกวัน นอกจากจะทำให้สุขภาพทางกายดีแล้ว ย่อมทำให้สมองปลอดโปร่งนอนหลับสนิทเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางจิตที่ดีอย่างหนึ่ง

9. ควรฝึกหัดรับผิดชอบในหน้าที่ที่ตนทำอยู่ หรือที่รับมอบหมาย การฝึกความรู้สึกสำนึกในความรับผิดชอบในหน้าที่ การรู้จักตัดสินใจในหน้าที่การงานและการตัดสินใจอย่างถูกต้องเสมอ ๆ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นการเสริมสร้างสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี

10. ควรเลื่อมใสและยึดถือในคำสอนทางศาสนาเพื่อเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งจิตใจ และเป็นสรณะทางใจไม่ให้ฟุ้งซ่าน จะทำจิตใจให้สงบ ไม่โลภ ไม่อิจฉาริษยา ไม่อาฆาตมาดร้าย จองเวรจองกรรม แต่มีการให้ การช่วยเหลือค้ำจุนกันและกันตามสมควร หลักธรรมคำสอนทางศาสนานี้ส่งเสริมสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดียิ่ง

ยรรยง ศุทธรัตน์ (2520 : 31 - 33) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ภรรยาจะทำได้ เพื่อช่วยเสริมสุขภาพจิตของสามี ซึ่งมีหลักใหญ่ ๆ คือ

1. ควรจะรู้ว่าเมื่อไรที่สามีของตัวมีเรื่องไม่สบายใจหรือวิตกกังวล
2. พยายามมองส่วนดีของสามี
3. อย่าคิดว่าสามีไม่เคยทำอะไรให้ตัวเลย
4. ผู้หญิงส่วนมากมักจะชอบพูด แต่ภรรยาควรจะฟังสามีพูดเรื่องของเขาบ้าง

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (2530 : 25) ได้กล่าวถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตดังนี้

1. พยายามหางานทำอยู่เสมอ ไม่ปล่อยเวลาให้ผ่านไปโดยเปล่าประโยชน์
2. หาเวลาพักผ่อนบ้างไม่ควรเคร่งเครียดอยู่กับงานตลอดเวลา

3. หาความสุขสนุกสนานบ้าง การมีอารมณ์ขันจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้ดียิ่ง

4. ใช้จริยธรรมเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เช่น ความซื่อสัตย์ มานะ อดทน ความขยัน โอบอ้อมอารี เกรงกลัวต่อบาป เป็นต้น

5. หากมีปัญหาทางจิตใจ จนไม่สามารถแก้ปัญหาเองได้ควรปรึกษาบิดา มารดา ครู ญาติผู้ใหญ่ หรือจิตแพทย์ ให้ช่วยเหลือไม่ควรพึ่งพาสารเสพติด หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สุจริต สุวรรณชีพ (2532 : 22) ได้เขียนถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตว่า แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ที่สำคัญคือ

1. ในเด็ก จะต้องเสริมสร้างคุณลักษณะที่สำคัญ ๆ ต่อการเผชิญความเครียด คือ

1.1 ต้องให้ความรักความอบอุ่นให้เหมาะสมพอควร โดยเฉพาะในช่วง 0-2 ปี ความรักจะทำให้เด็กรู้จักให้รู้จักรับและรู้จักควบคุมอารมณ์ ความอบอุ่นจะทำให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเอง มีความกล้า เพราะรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ

1.2 ต้องให้รู้จักคิดอย่างมีเหตุผล

1.3 ต้องให้รู้จักยอมรับความจริง ทำผิดก็คล้อยยอมรับผิด สู้ไม่ได้ก็ยอมรับว่าแท้ โดยถือว่าการยอมรับความจริงเป็นความดี ไม่ใช่ความเสียหน้าหรือถึงจะได้รับโทษบ้างก็เป็นความกล้า

1.4 ประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาและความเหนื่อยยากในการฝ่าฟันอุปสรรคด้วยตนเอง

2. ในผู้ใหญ่

2.1 ต้องฝึกแบ่งเวลาทำงานและพักผ่อนให้เป็นเรื่องเป็นราวอย่านำมาปะปนกัน

2.2 ต้องหัดคิดมองปัญหากว้าง ๆ วางแผนระยะยาว

2.3 หัดมีอารมณ์ขันเสียบ้าง โดยเริ่มจากการหัดยิ้มหัดทักท้าย หัดสนใจผู้อื่นมากขึ้นจนถึงการเข้าร่วมสนุกกับเพื่อนฝูงเป็นครั้งคราว

2.4 ต้องฝึกควบคุมอารมณ์ ทุกครั้งที่รู้สึกเครียดหรือไม่พอใจ นอกจากควบคุมแล้วต้องหัดแสดงออกอย่างเหมาะสม คือกล้าที่จะแสดงออกอย่างมีเหตุผล ไม่ใช่วิธีกดเก็บ

2.5 ฝึกสมาธิ เพื่อการควบคุมตนเองและการเสริมกำลังความคิด

การสร้างเสริมสุขภาพจิตคือ การสนับสนุนปัจจัยทางกาย จิต สังคม ของบุคคลที่มีผลหรือสนับสนุนการดำเนินชีวิตทั้ง 5 ด้านของบุคคล ได้แก่ การทำงาน การเงิน การสังคม ครอบครัว และสุขภาพ ให้เป็นไปอย่างมีดุลยภาพ เป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข และปรับตัวเมื่อมีปัญหาชีวิตได้ง่าย

และเร็ว ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การกำจัดและจำกัดปัจจัยทางกาย ใจ สังคม ที่มีผลเชิงลบ หรือเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการดำเนินชีวิต และการปรับตัวเมื่อมีปัญหาชีวิตเกิดขึ้น ให้มีวิธีการปรับตัวเหมาะสม กลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติต่อไป โดยเฉพาะประชากรกลุ่มที่มีสุขภาพจิตเสี่ยงต่อการชำรุด (สุโททัยธรรมาธิราช 2532 : 831)

5. การตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ หรือการมีครรภ์ เกิดจากการที่ไข่ของฝ่ายหญิงได้ผสมกับเชื้ออสุจิของฝ่ายชาย แล้วมีการฝังตัวลงในเยื่อบุที่โพรงมดลูก เพื่อเจริญเติบโตต่อไป จนครบระยะเวลาประมาณ 280 ∓ 7 วัน จึงจะคลอดออกมาเป็นทารก (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2533 : 37)

ระยะตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์เอสโทรเจน (Estrogen) และ โปรเจนเตอโรน (Progesterone) จะมีระดับสูงขึ้น การที่หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกอยากปกป้องคุ้มครองและฟูมฟักทารกนั้น สาเหตุร่วมกันทั้งทางด้านจิตใจและชีวเคมีของร่างกาย เชื่อว่าภาวะทางร่างกายและชีวเคมีมีอิทธิพลอย่างมาก จะเห็นว่าผู้หญิงบางคนไม่เคยรักเด็กมาก่อนเลย พอให้กำเนิดทารกจะรู้สึกรักและปกป้องลูกน้อยแม้ด้วยชีวิตของเธอทันที แต่ก็พึงสังวรว่า ภูมิหลังของบุคลิกภาพเดิมของหญิงแต่ละคน มีอิทธิพลสำคัญอย่างยิ่ง ผู้หญิงที่ไม่รักลูกนั้น แม้ฉีดฮอร์โมนโปรเจนเตอโรน ก็ไม่อาจทำให้รักลูกได้ แต่ผู้หญิงที่มีบุคลิกภาพเดิมดีอยู่ก่อน จะโอบอุ้มฟูมฟักลูกของเธอมากยิ่งขึ้น ในระยะที่ร่างกายของเธอมีระดับโปรเจสเตอโรนสูงขึ้น (จิตรา วสุวานิช 2527 : 154; จำเนียร ช่วงโชติ. 2532 : 178)

จากเอกสารต่าง ๆ ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของสตรีขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นกระบวนการโดยธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีดังนี้คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบอื่น ๆ ได้แก่

1.1 ช่องคลอด (Vagina) ขยายใหญ่ ยาว และหนามากขึ้น นุ่มขึ้นมากเพราะมีเลือดมาเลี้ยงมาก ถ้าเกิดมีอาการคัน หรือมีตกขาวในช่องคลอด อาจเป็นเชื้อรา พยาธิ หนองใน หรืออื่น ๆ ควรรีบพบแพทย์

1.2 ปากมดลูก (Cervix) ที่ปากมดลูกมีเลือดมาเลี้ยงมากทำให้อ่อนนุ่ม มีเมือกปิดปากมดลูกเพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่มดลูก

1.3 มดลูก (Uterus) ขยายใหญ่ขึ้นประมาณ 5-6 เท่า น้ำหนักจะมากขึ้นเป็น 20 เท่า คือ จาก 30 กรัม เป็นประมาณ 1000 กรัม มีความจุมากขึ้น ขนาดก่อนตั้งครรภ์ตามปกติจุประมาณ 3-4 ลูกบาศก์เซ็นติเมตร จะขยายเพิ่มเป็น 3000-5000 ลูกบาศก์เซ็นติเมตร ผนังมดลูกก่อนตั้งครรภ์ หนา 8 มิลลิเมตร จะหนาเพิ่มขึ้นเป็น 25 มิลลิเมตร เมื่อตั้งครรภ์ได้ 4 เดือน มดลูกจะหดตัวรัดตัวมากขึ้น

1.4 รังไข่ (Ovary) รังไข่ข้างที่ไข่สุกจะขยายโตขึ้น และให้ฮอร์โมนเรียกว่า โปรเจนเตอโรน และเอสโตรเจน (Progesterone and Estrogen Hormone) เพื่อช่วยให้ทารกเจริญเติบโต

1.5 เต้านม (Mammary Glands) ขยายใหญ่ขึ้น ท่อและต่อมน้ำนมเพิ่มจำนวน เริ่มขยายตัวตั้งแต่ครรภ์ 2 เดือน หัวนมมีสีคล้ำ มองเห็นเส้นโลหิตดำแถวเต้านมเป็นสีเขียวคล้ำ (areola) กว้างขึ้น สิ่งที่ควรปฏิบัติ คือ เลือกใส่เสื้อชั้นในที่เหมาะสม ไม่รัดจนเกินไปทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน

1.6 อาการแพ้ท้อง (Morning Sickness) เกิดขึ้นได้ร้อยละ 50 ของหญิงมีครรภ์ เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากรกและอารมณ์จิตใจที่กังวลหวาดกลัว ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอยู่เฉพาะ 1 - 3 เดือนแรกเท่านั้น การดูแลทำโดยการอธิบายให้มีความมั่นใจคลายกังวล ให้งดอาหารรสจัด กินน้อย แต่บ่อย แต่ในรายที่เป็นมากมีการเสียน้ำและเกลือแร่ในโลหิต จะต้องให้ยาระงับอาเจียน หรือน้ำเกลือ

1.7 อาการง่วงเหงาหาวนอนและเหนื่อยง่าย อาการนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะ 2 เดือนแรกแล้วก็หายไป

1.8 ปัสสาวะบ่อย ๆ เป็นอาการปกติที่เกิดขึ้น เนื่องจากมดลูกขยายใหญ่ขึ้นไปกดบริเวณกระเพาะปัสสาวะ และเลือดมีปริมาณมากขึ้น ทำให้ปัสสาวะบ่อย ๆ

1.9 ช่วงท้องขยาย จะเห็นได้ชัดประมาณเดือนที่ 4 เป็นต้นไป

1.10 ท้องอืดแน่นท้อง อาการท้องอืดและแน่นท้องจะตามด้วยการเรออันเป็นความรำคาญรองลงมา ซึ่งอาจจะป้องกันได้บ้างโดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหารได้ง่าย เช่น ถั่ว เป็นต้น

1.11 อาการแสบร้อนในทรวงอก โดยเฉพาะเวลานาน หรือก้มตัว เนื่องจากมดลูกโตขึ้นและดันกระเพาะอาหาร ทำให้น้ำกรดในกระเพาะอาหารไหลขึ้นมาในหลอดอาหารตอนต้น บริเวณทรวงอก อาจจะแก้ไขหรือบรรเทาอาการได้ด้วยการรับประทานยาลดกรด แมกนีเซียม หรืออลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ ไม่ใช้โซดามิ้นต์ เพราะจะมีโซเดียมตั้ง

1.12 การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ ทารกจะเริ่มมีการเคลื่อนไหวประมาณต้นเดือนที่ 4 และจะเคลื่อนไหวมากและแรงขึ้นเมื่อโตมากขึ้น หญิงมีครรภ์ควรจะสังเกตการเคลื่อนไหวด้วยถ้าทารกไม่มีการเคลื่อนไหวเกิน 48 ชั่วโมง ควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

1.13 การเปลี่ยนสีที่ผิวหน้า ในช่วงระยะประมาณเดือนที่ 6 หญิงมีครรภ์อาจสังเกตรอยด่างดำบนผิวหนังบริเวณใบหน้า หน้าอก หรือหน้าท้อง รอยด่างดำนี้จะหายไปเองภายหลังการคลอด

1.14 ตะคริวที่ขา เนื่องจากปริมาณแคลเซี่ยมในเส้นเลือดลดลงหรือการไหลเวียนของโลหิตที่ขาเป็นไปช้าขึ้น ควรบีบนวดให้ความร้อนช่วยบริหารข้อเท้า งอ - เหยียดบ่อย ๆ กินแคลเซียมคาร์บอเนต หรือแลคเตรด และอลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ เพื่อดูดซึมฟอสฟอรัสออก จะทำให้อาการเป็นตะคริวหายไป

1.15 ท้องผูก เป็นอาการปกติของหญิงมีครรภ์ การป้องกันทำได้โดยรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากให้มากขึ้น หากจะต้องรับประทานยาระบาย จะต้องขอคำแนะนำจากแพทย์

1.16 ปวดหลัง อาการปวดหลังเกิดขึ้นจากความไม่คุ้นเคยกับการต้องรับน้ำหนักซึ่งเพิ่มขึ้น ประกอบกับความหย่อนยานของกระดูกข้อต่อของส่วนหลัง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความปวดบริเวณช่วงล่างได้ การบรรเทาอาจทำได้โดย การพักผ่อนการสวมรองเท้าส้นเตี้ย และการบริหารร่างกาย

1.17 รอยสีแดง รอยสีแดงหรือสีชมพูจางบนผิวหนังบริเวณท้องและหน้าอกโดยเฉพาะในระยะเดือนแรกเป็นสัญญาณอันหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงการขยายตัวของผิวหนัง บางครั้งจะรู้สึกคัน จงอย่าเกา ทางที่ดีควรใช้น้ำมันมะกอก หรือครีมบำรุงผิวทาบาง ๆ เช้า เย็น และก่อนนอน

1.18 เลือดกำเดา ในระหว่างการตั้งครรภ์ปริมาณเลือดในร่างกายจะเพิ่มขึ้นที่บริเวณจมูก เส้นเลือดฝอยมักจะแตก และทำให้เลือดกำเดาไหล

1.19 เป็นลมวิงเวียน เกิดเนื่องจากโลหิตเป็นจำนวนมากถูกส่งไปเลี้ยงทารกในครรภ์มากกว่าปกติ จึงทำให้เกิดการไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงสมอง มีปริมาณน้อยลง จึงทำให้เกิดอาการวิงเวียนหน้ามืดได้ง่าย

1.20 นอนไม่หลับ เนื่องมาจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

1. คิดมาก เพราะความวิตกกังวลกับสภาวะใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นต่อไป
2. เพราะครรภ์ใหญ่ขึ้น และเด็กมักจะดิ้นแรง ๆ ทำให้นอนไม่หลับ ไม่สบายและไม่สงบกาย

1.21 น้ำลายออกมาก เนื่องจากต่อมน้ำลายถูกกระตุ้น การรู้รสต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป

1.22 ระดูขาว จะมีมูกใสออกมากขึ้น เนื่องจากเลือดมาหล่อเลี้ยงผนังช่องคลอดมากขึ้น ต้องใช้ผ้าซับ แต่ถ้ามีสีเหลืองหรือข้นเหม็น คัน แสดงว่าผิดปกติ ต้องตรวจรักษา

1.23 เส้นเลือดขอดที่บริเวณน่อง แคมเล็กและแคมใหญ่ของอวัยวะเพศ รอบทวาร (ริดสีดวง) เนื่องจากมีปริมาณเลือดมาหล่อเลี้ยงบริเวณเชิงกรานมากขึ้นและไหลเวียนช้าไม่สะดวก จึงคั่งในเส้นเลือด

1.24 เท้าบวมเป็น ๆ หาย ๆ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดต้องงดเว้นการยืน การห้อยเท้านาน ๆ หรือใช้ผ้ารัดน่อง ถ้าต้องยืน

1.25 ปริมาตรของเลือด เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 โดยเฉพาะในเดือนที่ 4-6 ของการตั้งครรภ์ ทำให้หัวใจและหลอดเลือดต้องทำงานเพิ่มขึ้น 1/4 เท่าของภาวะปกติ

1.26 เหงือกและฟัน มักมีติ่งเนื้องอกที่ซอกฟันซึ่งจะหายได้เอง ฟันอาจผุจากความต้องการแคลเซียมสำหรับทารก ต้องกินแคลเซียมเพิ่ม

2. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และจิตใจ การตั้งครรภ์เป็นภาวะที่หญิงจะต้องเพิ่มภาระความรับผิดชอบและความไม่สะดวกสบายนานาประการ บางรายจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อม การอบรม วัฒนธรรมประเพณี

2.1 ความขัดแย้งทางอารมณ์ เช่น การไม่ยอมรับของผู้มีครรภ์เอง หรือของคนในครอบครัว ทำให้เกิดความโกรธเกลียด เป็นเหตุให้ลดความอยากอาหาร หงุดหงิด

2.2 กังวลหวาดกลัว เป็นเหตุให้เบื่ออาหาร อาเจียน ปวดศีรษะและทั่วร่างกาย ในระยะคลอดจะแสดงอาการปวดทุรนทุรายเกินปกติ ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้ คือ

2.2.1 กลัวเจ็บ กลัวตาย

2.2.2 ระมัดระวังในเรื่องข้อห้ามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องต่าง ๆ

2.2.3 ความรู้สึกกังสัยสน กังไม่แน่ใจในคุณค่าของเด็กที่จะเกิดมา

2.2.4 ไม่สามารถที่จะยอมรับในบทบาทของความเป็นแม่ได้

2.2.5 ความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ผู้หญิงบางคนรู้สึกว่าตัวเองหมดความสวยงาม

2.3 เศร้าซึม เนื่องจากความไม่พร้อมในด้านต่าง ๆ ต่อมใต้สมองจะปล่อยสารที่มีฤทธิ์บีบหลอดเลือดทั่วร่างกาย เกิดอาการปวดศีรษะ ตะคริวที่น่อง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

* ฉะนั้น ผู้มีครรภ์จึงควรปรับสภาพทางจิตใจของตนเอง หรือมีผู้คอยช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สามีควรให้ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ปลอบใจ รับผิดชอบ และเอาใจใส่ ดูแลทุกข์สุขของภรรยาให้มาก จะช่วยให้ภาวะจิตใจของหญิงมีครรภ์เข้มแข็งดีขึ้น เพราะจากการศึกษาวิจัยพิสูจน์ได้ว่าอารมณ์จิตใจของหญิงมีครรภ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และบุคลิกภาพของบุตรได้ *

6. การวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต

6.1 <u>การวิจัยในต่างประเทศ</u>

เวนไรท์ (Wainright. 1966 : 40 - 44) รายงานว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการทางจิตเวชจากเหตุส่งเสริมซึ่งเกี่ยวกับการเป็นพ่อคน มีทั้งโรคจิตเภทชนิดระแวงซึ่งชอบเศร้าและมีความคิดอยากฆ่าตนเองและผู้อื่น บุคลิกภาพแปรปรวน เช่น โรคพิษสุรา กามวิปริต จะฆ่าตัวตาย และโรคประสาทชนิดกังวลและเศร้า

รอลลิน และ เฟลแมน (Rollins and Felman. 1970 : 10) ประเมินเจตคติในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพของการสมรส พบว่า เจตคติ ในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับสัมพันธภาพของการสมรสจะแตกต่างกันตามอายุของผู้เป็นบิดามารดา และจำนวนบุตรธิดาที่มีอายุแตกต่างกัน

อิงลิช (English. 1963 : 459) พบว่า วัยย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะต้องหลีกเลี่ยงจากความวิตกกังวล และความกดดันต่าง ๆ ที่อาจทำให้เป็นโรคประสาท ซึ่งถ้าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีก็จะสามารถผ่านชีวิตในวันต่าง ๆ ไปได้อย่างราบรื่น

เอเคลร์แมน (Coleman and Hammen. 1974 : 302; citing Ackerman. 1958) กล่าวว่าการที่ผู้หญิงต้องการมีบุตรหรือธิดานั้น เพื่อจะพิสูจน์ให้เห็นว่าคนนั้นพร้อมที่จะมีผู้สืบสกุล มีความสมบูรณ์ทางร่างกายทุกประการ ไม่เป็นหมัน ซึ่งอย่างน้อยก็ช่วยให้ขจัดความวิตกกังวลในเรื่องการเป็นหมันออกไป

ฟิตเลอร์ (Feitler. 1980 : 456 - 457) ได้ศึกษาสุขภาพจิตครู 3,300 คน ปรากฏว่าถูกกดดันเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก และสาเหตุความเครียดอันดับ 1 ของครูมาจากนักเรียน 1 หรือ 2 คน ซึ่งมีความประพฤติไม่เรียบร้อย มากกว่าการขาดวินัยของนักเรียนทั้งหมดในชั้นเรียนหรือนักเรียนทั้งโรงเรียน และยังมีตัวแปรทางด้านอื่นที่ทำให้ครูมีความเครียด เช่น เงินเดือนต่ำ ขาดโอกาสในความก้าวหน้า และการแบ่งชั้นเรียน

เบสเนอร์ (Coleman and Hammen. 1974 : 308 - 309; citing Besner. 1967) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความยากไร้ทางเศรษฐกิจ และแบบแผนของครอบครัว พบว่าในครอบครัว

ฐานะต่ำสามีและภรรยาจะห่างเหิน มีอารมณ์โดดเดี่ยว ระแวงสงสัย มีการทะเลาะเบาะแว้งและความขัดแย้งมากกว่าสามีและภรรยาที่อยู่ในครอบครัวฐานะปานกลางและฐานะสูง

ลีเบอร์แมน (Lieberman. 1970 : 10) ได้ศึกษาเกี่ยวกับขนาดของครอบครัว พบว่า

1. สถานภาพสมรส หรือสภาพการแต่งงานที่มีแต่ความบาดหมางไม่ลงรอยกัน โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัวจะลดลงตามจำนวนบุตรธิดาที่เพิ่มมากขึ้น

2. การปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์และไม่น่าปิติ พบในกลุ่มคู่สมรสที่มีบุตรหรือธิดา แต่ไม่ต้องการบุตรหรือธิดานั้น

3. ขนาดของครอบครัวและจำนวนบุตรธิดา มีผลต่อการปรับตัวของคู่สมรส สำหรับครอบครัวขนาดใหญ่ และจำนวนบุตรธิดาหลายคนมีผลทำให้คู่สมรสมีโอกาสที่จะปรับตัวให้สอดคล้องกันและกันลดน้อยลง อีกทั้งความไม่สุขสมบูรณ์จะเพิ่มมากขึ้น

6.2 <u>การวิจัยภายในประเทศ</u>

กิตติพร ปัญญาภิญโญผล (2516 : 47) ได้ทำวิจัยเรื่องสุขภาพจิตของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยใช้ตัวอย่างจากครูทั้งสิ้น 424 คน แยกเป็นครูชาย 212 คน และครูหญิง 212 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อสำรวจสถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของครู อันมีผลกระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตของครู โดยเปรียบเทียบสุขภาพจิตของครูตามตัวแปรต่าง ๆ พบว่าครูหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่าครูชาย ครูที่อยู่ในช่วงอายุต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ครูที่มีประสบการณ์ในการสอนจำนวนปีต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

กวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันไกรผล (2520 : 12 - 23) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 156 คน แบบสอบถามที่ใช้ ดัดแปลงจากแบบสอบถามที่ใช้ใน St.irling Counly Study ของมหาวิทยาลัย Harward และ Cornell Medical Index ซึ่งประกอบด้วยคำถามต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการของโรคทางจิตเวช และสุขภาพจิต รวม 67 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นักศึกษามีสุขภาพจิตดีร้อยละ 41.0 มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อยร้อยละ 40.4 และมีสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 18.6 ระดับสุขภาพจิตนี้สัมพันธ์กับเพศและคณะที่ศึกษาอยู่

2. นักศึกษามีโรคทางจิตเวชร้อยละ 31.8

3. อาการทาง Psychosomatic พบได้มากกว่าร้อยละ 44.9 - 75.6

4. การกลัวโจรเป็นปัญหาสำคัญ สำหรับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แต่ผลต่อสุขภาพจิตมีอยู่ไม่มากอย่างที่เคยเข้าใจกัน และพบว่านักศึกษาหญิงมีอัตรากลัวโจรสูงกว่านักศึกษาชาย

พิไลรัตน์ รุจิวณิชย์กุล (2523 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้มารับบริการจากหมอดู : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการจากหมอดูชองสมาคมโหรแห่งประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้รับบริการจากหมอดูเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย อายุอยู่ในช่วง 15-30 ปี เป็นโสดส่วนมาก การศึกษาชั้นปริญญาตรีมากที่สุด ฐานะปานกลาง

2. สุขภาพจิตของผู้มารับบริการ

2.1 ความรู้สึกต่อตนเอง ส่วนใหญ่สามารถควบคุมความผิดหวังได้ รองลงมารู้สึกโกรธเวลาไม่พอใจ และมีความวิตกกังวลเป็นอันดับสาม

2.2 ความรู้สึกต่อบุคคลอื่น มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง หรือมีส่วนร่วมในครอบครัว ในเพื่อนร่วมงาน และในเพื่อนฝูง

2.3 ความสามารถในการดำเนินชีวิต สามารถหาความพึงพอใจในชีวิต หรือประสบความสำเร็จในชีวิตได้น้อย

วิไลวัจส์ กฤษณะภูติ และสำเริง จันทรสุวรรณ (2523 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านสวัสดิการของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่อยู่ในหอพักมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 791 คน พบว่า

1. มีอาการวิตกกังวลมากที่สุดร้อยละ 56.6 อาการอื่นที่พบ ได้แก่ หวาดระแวง ย้ำคิดย้ำทำ หลงผิด ซึมเศร้า หวาดกลัวและอยากฆ่าตัวตาย

2. สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตเกิดจาก ครอบครัวแตกแยก ปัญหาอารมณ์จิตใจ ความขัดแย้งในครอบครัวและอื่น ๆ ปัญหาเศรษฐกิจมีความสำคัญมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.7 ของผู้ตอบทั้งหมด

พัชรา กาญจนารัณย์ และคณะ (2527 : 34 - 40) ได้วิจัยเรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของประชากรในบริเวณพื้นที่ชลประทานป่าสักใต้ และบริเวณกรุงเทพมหานคร" ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประชากรในบริเวณพื้นที่โครงการป่าสักใต้ ได้แก่ ประชากรในอำเภอหนองแค

จังหวัดสระบุรี อำเภอวังน้อย อำเภออุทัย อำเภอภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา รวมทั้งอำเภอหนองเสือ อำเภอคลองหลวง อำเภอธัญญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 200 คน และกลุ่มตัวอย่างประชากรบริเวณกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ย่านอุตสาหกรรม แห่งเสื่อมโทรม หมู่บ้านจัดสรร เขตชานเมือง และย่านการค้า จำนวน 200 คน โดยใช้เครื่องมือวัดสุขภาพจิต SCL - 90 ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

1. ประชากรในบริเวณพื้นที่ชลประทานโครงการปาสักใต้มีแนวโน้มที่จะมีอาการผิดปกติทางร่างกาย ย้ำคิดย้ำทำและซึมเศร้ามากกว่า ประชากรบริเวณกรุงเทพมหานคร ขณะที่ประชากรบริเวณกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มที่จะมีอาการทางด้านก้าวร้าวและโรคจิตมากกว่า ประชากรในบริเวณพื้นที่ชลประทานโครงการปาสักใต้

2. ประชากรในกรุงเทพมหานครที่อาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรมมีแนวโน้มที่จะมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย การไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล และกลัวโดยไม่มีเหตุผลมากกว่าพวกที่อยู่ในย่านอื่น ๆ

กรมการแพทย์ (2532 : 13 - 14) ได้ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยภาคใต้ของประเทศไทย พ.ศ. 2531 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 จังหวัด คือ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช และสงขลา จำนวน 673 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูงมาก ระดับเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 77 คน (11.44%) สูงระดับปกติ จำนวน 122 คน (18.13%) และจำนวน 88 คน (13.08%) เป็นกลุ่มที่มีความเครียดอยู่ก่อนแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 386 คน (57.35%) เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตแต่อย่างใด ผู้ที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตมีความเครียดสูงมากระดับเสี่ยง ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ คือ

1. เป็นเพศหญิง (มากกว่าชายประมาณ 5 เท่า)
2. อยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป วัย 46-65 ปี มากที่สุด
3. อยู่ในกลุ่มผู้มีบุตร จำนวนบุตร 3-5 คน มากที่สุด
4. เป็นกลุ่มที่มีการสูญเสีย ทั้งการสูญเสียบุคคลในครอบครัว บ้านพักอาศัย ที่ทำกิน และทรัพย์สินต่าง ๆ

ส่งศรี จัยสิน และคณะ (2528 : 247 - 257) ได้ศึกษาวิจัยของประชาชน จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างของประชาชนตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทุกคนสุ่มตัวอย่างจากทุกอำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,217 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิต SCL - 90 พบว่า

1. ความเครียดสูงขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น

2. เพศชายและเพศหญิง มีความเครียดไม่แตกต่างกัน

3. ประชาชนในเขตเทศบาลมีความเครียด ต่ำกว่าประชาชนนอกเขตเทศบาล โดยมีข้อสังเกตว่าอาจเนื่องมาจากปัจจัยเป็นอยู่ที่ดีกว่า

4. สถานภาพสมรส หย่า หม้าย และแยกกันอยู่ ความเครียดสูงสุด

กนกรัตน์ สุพะตุงคะ (2523 : 36 - 38) วิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตนักเรียนในเขตแทรกซึมผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 446 คน แยกเป็นชาย 239 คน หญิง 207 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม SCL-90 การวิจัยปรากฏดังนี้

1. สุขภาพจิตนักเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านเกี่ยวกับความกลัวโดยไม่มีเหตุผลพบว่า มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติเล็กน้อย

2. นักเรียนชายมีสุขภาพจิตดีกว่าหญิง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ในด้านเกี่ยวกับการติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า กลัวโดยไม่มีเหตุผล และขี้ระแวง แต่นักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนชายในด้านการย้ำคิดย้ำทำ และพบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงต่ำกว่าคนปกติในด้านเกี่ยวกับความซึมเศร้าและกลัวโดยไม่มีเหตุผล

3. บุคคลที่เด็กจะปรึกษาเมื่อมีปัญหา ได้แก่ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง และครู ตามลำดับ

ถาวร บุตรโสมตา (2525 : จ - ฉ) ทำวิจัยเรื่องสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม ที่รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยสุ่มตัวอย่างจำนวน 139 คน โดยใช้แบบทดสอบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยทหารราชการสนามมีสถานภาพโสด กับสมรสแล้วมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยทหารราชการสนาม มีอายุน้อยกับอายุมาก มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ศิริพร สุวรรณทศ และ อาภาพิตร พูลพุทธพงษ์. 2530 : 35, 38) ได้ศึกษาระบาดวิทยาในครอบครัวที่มีบุตร 2 คน กับปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไข้ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต ในปี 2527 จำนวน 102 ราย อายุระหว่าง 1 - 20 ปี จากการศึกษาพบว่า

1. เด็กมีปัญหาการเรียนไม่ดี ร้อยละ 29.14 ซึ่งเป็นบุตรคนโต บิดามารดามีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา

2. ผู้ศึกษาได้แยกเด็กที่มีปัญหาอารมณ์และจิตใจ จำนวน 10 ราย พบว่าเด็กกลุ่มนี้อายุเฉลี่ย 13.5 ปี เป็นบุตรคนโต บิดามารดาอยู่ด้วยกัน แต่ทะเลาะกันเสมอ การศึกษาของมารดา

อยู่ในระดับมัธยม และบิดาอยู่ในระดับปริญญา เด็กมีปัญหาในการปรับตัว ไม่มั่นใจในตนเอง คิดมาก พูดเพ้อเจ้อ และปัสสาวะรดที่นอน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย พบว่าสุขภาพจิตจะแตกต่างกันไปตามอายุ จำนวนบุตรธิดา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา แหล่งที่อยู่อาศัย อาชีพ ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการตั้งสมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้าได้

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. หญิงมีครรภ์ที่มีอายุต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน
2. หญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรน้อยจะมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมาก
3. หญิงมีครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน
4. หญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน
5. หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน
6. หญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวเดี่ยวจะมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวขยาย
7. หญิงมีครรภ์ที่มีอายุแรกสมรสต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน
8. หญิงมีครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน
9. หญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรกจะมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง สามพรานนครชัยศรี บางเลน กำแพงแสน และดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 7,169 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ หญิงมีครรภ์ซึ่งอาศัยอยู่ทั้ง 6 อำเภอ จำนวน 717 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในอำเภอนั้น ๆ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10% (ชญาดา ศิริภิรมย์. 2529 : 179 ; อ้างอิงมาจาก ศักดิ์ ผาสุกนิรันดร์. 2510 : 74 - 75) ของหญิงมีครรภ์ในอำเภอนั้น ๆ โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครปฐม

อำเภอ	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เมือง	2,871	288
สามพราน	754	75
นครชัยศรี	990	99
บางเลน	934	93
กำแพงแสน	1,142	114
ดอนตูม	478	48
รวม	7,169	717

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของครอบครัว อายุแรกสมรส ระดับการศึกษา และลำดับของการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิต SCL - 90 (Symptom Check List-90) ซึ่งคณะนักจิตวิทยาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาได้ดัดแปลงมาจากของ Dr. Leonard R. Derogatis, Dr. Limo Covi, Dr. Ronald S.Lipman มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 90 ข้อ โดยแบ่งลักษณะสุขภาพจิตออกเป็น 10 ด้าน ดังนี้คือ

2.1 ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization) ประกอบด้วยคำถามที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาหรือความทุกข์เนื่องมาจากการทำงานที่ผิดปกติของร่างกาย ได้แก่อาการที่เกี่ยวกับระบบหายใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบหัวใจ และระบบอื่น ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ

2.2 การย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - compulsive) เป็นพฤติกรรมอันเนื่องมาจากแรงผลักดันด้านความคิดให้เกิดการกระทำซ้ำ ๆ ซึ่งรบกวนผู้ป่วย และเป็นอาการที่ไม่ต้องการให้

เกิดขึ้นแต่ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ต้องสูญเสียความสามารถในด้านสติปัญญาไปด้วย

2.3 ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น (Interpersonal Sensitivity) มีพื้นฐานอันเนื่องมาจากความรู้สึกบกพร่องหรือมีปมด้อย โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น การลดค่านิยมของตัวเอง ความอึดอัด และความไม่สบายใจในระหว่างการมีปฏิกิริยาโต้ตอบด้านสังคมกับบุคคลอื่นรู้สึกเป็นทุกข์ที่จะติดต่อกับคนอื่น

2.4 ความซึมเศร้า (Depression) อาการของอารมณ์เศร้า เช่น หมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีแรงจูงใจ สูญเสีย พลัง สิ้นหวัง ท้อแท้ คิดฆ่าตัวตาย อาการเหล่านี้มีผลถึงการสูญเสียทางสติปัญญาด้วย

2.5 ความวิตกกังวล (Anxiety) สังเกตได้จากมีความกระวนกระวาย นั่งไม่ติดที่ รู้สึกกลัว และความตึงเครียด อาจมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น อาการสั่น

2.6 ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย (Hostility) จะสะท้อนให้เห็นถึงความคิด อารมณ์ หรือการกระทำ ซึ่งเป็นลักษณะของความรู้สึกโกรธแค้น ขุ่นเคือง รวมทั้งความรู้สึกก้าวร้าว ทำลาย ความรู้สึกโต้แย้ง และควบคุมอารมณ์ไม่ได้

2.7 กลัวโดยปราศจากเหตุผล (Phobia) เช่น กลัวคน สถานที่ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยปราศจากเหตุผล และเกินความจริง ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น

2.8 หวาดระแวง (Paranoid) สังเกตได้จากความคิดที่หวาดระแวง เช่น การกล่าวโทษคนอื่น ความไม่เป็นมิตร ความระแวงสงสัย เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง หลงผิด สูญเสียการควบคุมตัวเอง ความคิดมักใหญ่ใฝ่สูง คิดว่าตัวเองใหญ่โต

2.9 โรคจิต (Psychoticism) สังเกตได้จากพฤติกรรมของโรคจิต ซึ่งมีตั้งแต่อาการที่ยังไม่แสดงชัดเจนจนถึงอาการที่แสดงออกมาอย่างชัดเจน เช่น ถดถอย ยกตัวเอง หนีสังคม หูแว่ว คิดว่าตัวเองถูกควบคุม

2.10 อาการร่วมอื่น ๆ (Additional) รู้สึกผิด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

เกณฑ์ให้คะแนนของเครื่องมือ

ให้ผู้ตอบอ่านแบบสอบถามแล้วพิจารณาว่าอาการเหล่านั้นได้ถูกรบกวนมากน้อยเพียงใดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำตอบจะแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความทุกข์หรือปัญหาที่เกี่ยวกับอาการนั้นเลย ให้ 0 คะแนน

เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความทุกข์ที่เกี่ยวกับอาการนั้นอยู่บ้างไม่สม่ำเสมอ ให้

1 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นค่อนข้างสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนพอประมาณไม่รุนแรงนัก ให้ 2 คะแนน

ค่อนข้างมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความทุกข์ที่เกี่ยวกับอาการนั้นสม่ำเสมอ และมีจำนวนพอประมาณไปจนถึงมาก ให้ 3 คะแนน

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความทุกข์ที่เกี่ยวกับอาการนั้นทั้งความถี่และความรุนแรงให้ 4 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน เมื่อตรวจให้คะแนนตามแบบสอบถาม แล้วนำคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านไปเปรียบเทียบกับค่าสถิติ ที (T-Score) ซึ่งคณะนักจิตวิทยาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาได้ศึกษาและสร้างเกณฑ์ปกติไว้ ปัญหาของคนปกติทั่วไปจะอยู่ระหว่างคะแนน T-Score ที่ 40 - 60 โดยเฉลี่ยจะอยู่ในคะแนน T-Score ที่ 50 คะแนนที่ได้สูงหรือต่ำกว่านี้ถือว่าเป็นคะแนนผิดปกติ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับหญิงมีครรภ์ที่ไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้เท่ากับ .96 ซึ่งมีความเชื่อมั่นเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยนำหนังสือตามข้อ 1 ไปถึงสถานที่ทั้ง 7 แห่ง เพื่อขออนุญาต พร้อมทั้งนัดวันเวลา ที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยชักชวน แนะนำผู้ช่วยวิจัย (ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง) ให้เข้าใจในการวิจัยทั้งจุดมุ่งหมายของการวิจัยและการใช้แบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 แห่ง

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา ที่นัดหมายไว้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม 2534

6. ตรวจสอบแบบสอบถามที่รับคืน หลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาแล้วปรากฏว่าได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 655 ฉบับ ในจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป 717 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.35

วิธีการจัดกระทำกับข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[x]

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสุขภาพจิต SCL - 90

1. ให้คะแนนแบบสอบถามสุขภาพจิตตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. หาค่าเฉลี่ยของอาการสุขภาพจิตแต่ละด้านเปรียบเทียบกับคะแนน ที (T - Score) ของเกณฑ์มาตรฐานที่คณะนักจิตวิทยาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาได้ศึกษาและสร้างเกณฑ์ปกติไว้

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันและทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2, 4, 6 และ 9 โดยใช้สถิติค่า ซี (Z - test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 3, 5, 7 และ 8 โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One - way Analysis of Variance)

5. เมื่อค่าสถิติ เอฟ (F - test) ตามข้อ 4 มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐานได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 ค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2530 : 41)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\bar{x}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (Ferguson. 1981 : 68)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิแอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 171)

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left\{1 - \frac{s_i^2}{s_t^2}\right\}$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

s_i^2 แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนแบบสอบถามแต่ละข้อ

s_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4, 6 และ 9 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2530 : 176)

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

เมื่อ Z แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน Z - distribution

$\bar{X}_1$, $\bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

s_1^2, s_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

4. เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 2, 3, 5, 7 และ 8 โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว โดยใช้สูตร (Lindquist. 1956 : 63)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution

MS_B แทน ค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

5. ถ้าหากพบว่าผลการทดสอบตามข้อ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method จากสูตร Winer. 1971 : 210 - 218)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน q - statistic ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\overline{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	คะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Z	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน Z - distribution
df	แทน	Degree of freedom
MS	แทน	Mean Square
SS	แทน	Sum of Square
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
SOM	แทน	ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย
OBS	แทน	การย้ำคิดย้ำทำ
INT	แทน	ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น
DEP	แทน	ความซึมเศร้า
ANX	แทน	ความวิตกกังวล
HOS	แทน	ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย
PHO	แทน	กลัวโดยปราศจากเหตุผล
PAR	แทน	หวาดระแวง
PSY	แทน	โรคจิต
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าร้อยละคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของครอบครัว อายุแรกสมรส ระดับการศึกษา และลำดับของการตั้งครรภ์

2. หาค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม และจำแนกตามคุณสมบัติเบื้องต้น ในข้อ 1 โดยการนำค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิต เปรียบเทียบกับ T - Score ของแต่ละด้าน

3. เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ ในจังหวัดนครปฐม ตามสมมุติฐานดังนี้

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุ รายได้ของครอบครัว อาชีพ อายุแรกสมรส และระดับการศึกษา ต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว โดยใช้สถิติค่า เอฟ (F - test)

3.2 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตร ชุมชนที่อยู่อาศัย ประเภทของครอบครัว และลำดับของการตั้งครรภ์ต่างกัน โดยใช้ค่าสถิติ ซี (Z - test)

ผลการศึกษาค้นคว้า

1. หาค่าร้อยละคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับอายุ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของครอบครัว อายุแรกสมรส ระดับการศึกษา และลำดับของการตั้งครรภ์ (ดังปรากฏตามตาราง 2 - 10)

ตาราง 2 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 20	118	18.00
20 - 30	457	69.80
31 - 40	78	11.90
41 ปีขึ้นไป	2	0.30
รวม	655	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่าหญิงมีครรภ์มีช่วงอายุระหว่าง 20 - 30 ปีมากที่สุด และอายุ 41 ปีขึ้นไปน้อยที่สุด

ตาราง 3 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร (คน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 - 2	569	86.90
มากกว่า 2 คน	86	13.10
รวม	655	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่มีบุตร 1 - 2 คน

ตาราง 4 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 3,500 บาท	400	61.10
3,501 - 5,000	179	27.30
มากกว่า 5,000	76	11.60
รวม	655	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าหญิงมีครรภ์มีรายได้ของครอบครัว น้อยกว่าเดือนละ 3,500 บาท มากที่สุด และที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือน น้อยที่สุด

ตาราง 5 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย

ชุมชนที่อยู่อาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เขตเมือง	212	32.40
เขตชนบท	443	67.60
รวม	655	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่าหญิงมีครรภ์มีชุมชนที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง

ตาราง 6 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกษตรกรรม	159	24.30
ค้าขาย	66	10.10
รับจ้าง	363	55.40
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	2.70
อื่น ๆ	49	7.50
รวม	655	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่าหญิงมีครรภ์มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจน้อยที่สุด

ตาราง 7 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามประเภทของครอบครัว

ประเภทของครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ครอบครัวเดี่ยว	325	49.60
ครอบครัวขยาย	330	50.40
รวม	655	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายมีจำนวนใกล้เคียงกัน

ตาราง 8 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามอายุแรกสมรส

อายุแรกสมรส (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 ปี	227	42.30
20 - 30	358	54.70
31 - 40	19	2.90
41 ปีขึ้นไป	1	0.20
รวม	655	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ มีอายุแรกสมรสอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี มากที่สุด และอายุ 41 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด

ตาราง 9 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ป.1 - ป.6 (7)	515	78.60
ม.1 - ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	9.80
ม.4 - ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	5.80
อนุปริญญา	17	2.60
ปริญญาตรี	21	3.20
รวม	655	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วง ป.1 - ป.6 มากที่สุด และระดับอนุปริญญาน้อยที่สุด

ตาราง 10 จำนวนหญิงมีครรภ์ จำแนกตามลำดับการตั้งครรภ์

ลำดับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ครั้งแรก	353	53.90
ไม่ใช่ครั้งแรก	302	46.10
รวม	655	100.00

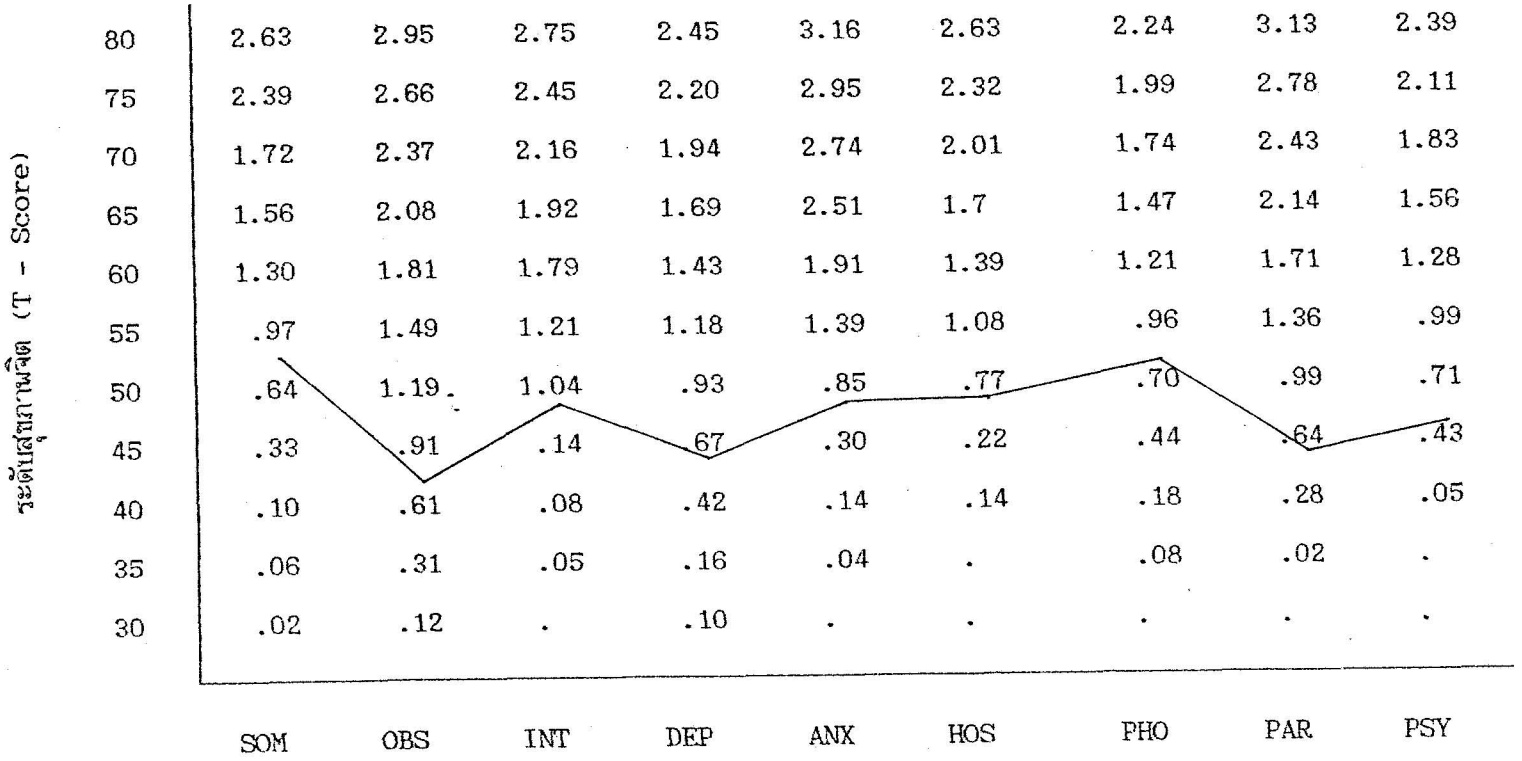
จากตาราง 10 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ มีลำดับการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากกว่าที่ไม่ใช่ครั้งแรก

2. หาค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม และจำแนกตามคุณสมบัติเบื้องต้นในข้อ 1 (ดังปรากฏตาราง 11 - 20 และภาพประกอบ 1 - 10)

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย	655	.76	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	655	.69	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น	655	.66	ปกติ
การซึมเศร้า	655	.62	ปกติ
ความวิตกกังวล	655	.55	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย	655	.61	ปกติ
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	655	.77	ปกติ
หวาดระแวง	655	.50	ปกติ
โรคจิต	655	.44	ปกติ

จากตาราง 11 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม มีสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ระดับสุขภาพจิตปกติ = T - Score ที่ 40 - 60

ระดับสุขภาพจิตผิดปกติ = T - Score ที่ต่ำกว่า 40 และสูงกว่า 60

ภาพประกอบ 1 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม

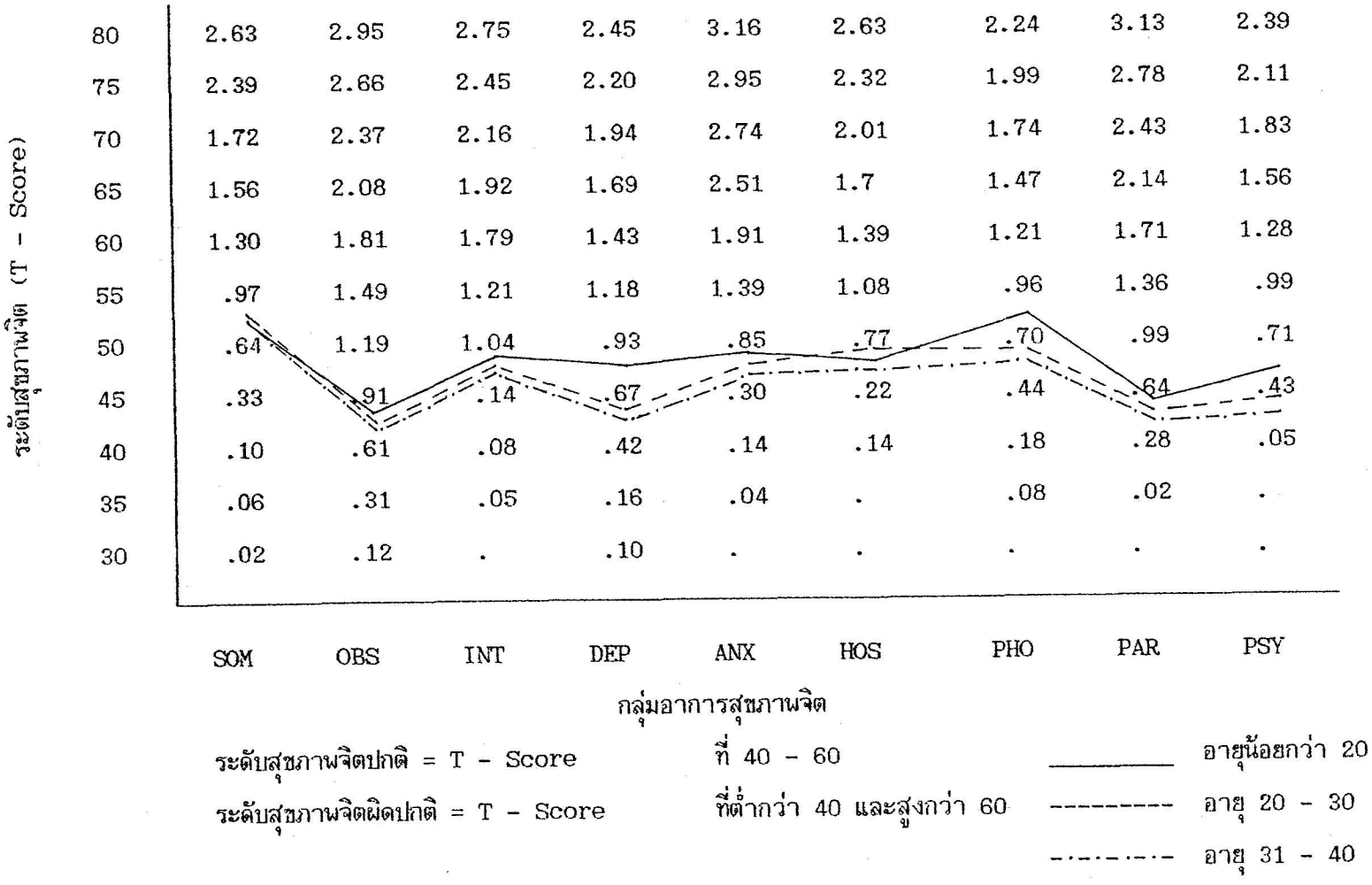
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามอายุ

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อายุ (ปี)	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติของ	น้อยกว่า 20	118	.75	ปกติ
ร่างกาย	20 - 30	457	.76	ปกติ
	31 - 40	78	.75	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	น้อยกว่า 20	118	.74	ปกติ
	20 - 30	457	.67	ปกติ
	31 - 40	78	.65	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบ	น้อยกว่า 20	118	.77	ปกติ
ติดต่อกับบุคคลอื่น	20 - 30	457	.64	ปกติ
	31 - 40	78	.57	ปกติ
ความซึมเศร้า	น้อยกว่า 20	118	.72	ปกติ
	20 - 30	457	.60	ปกติ
	31 - 40	78	.57	ปกติ
ความวิตกกังวล	น้อยกว่า 20	118	.62	ปกติ
	20 - 30	457	.54	ปกติ
	31 - 40	78	.47	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว	น้อยกว่า 20	118	.75	ปกติ
ทำลาย	20 - 30	457	.59	ปกติ
	31 - 40	78	.50	ปกติ

ตาราง 12 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อายุ (ปี)	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	น้อยกว่า 20	118	.64	ปกติ
	20 - 30	457	.76	ปกติ
	31 - 40	78	.61	ปกติ
หวาดระแวง	น้อยกว่า 20	118	.62	ปกติ
	20 - 30	457	.48	ปกติ
	31 - 40	78	.46	ปกติ
โรคจิต	น้อยกว่า 20	118	.55	ปกติ
	20 - 30	457	.42	ปกติ
	31 - 40	78	.36	ปกติ

จากตาราง 12 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม

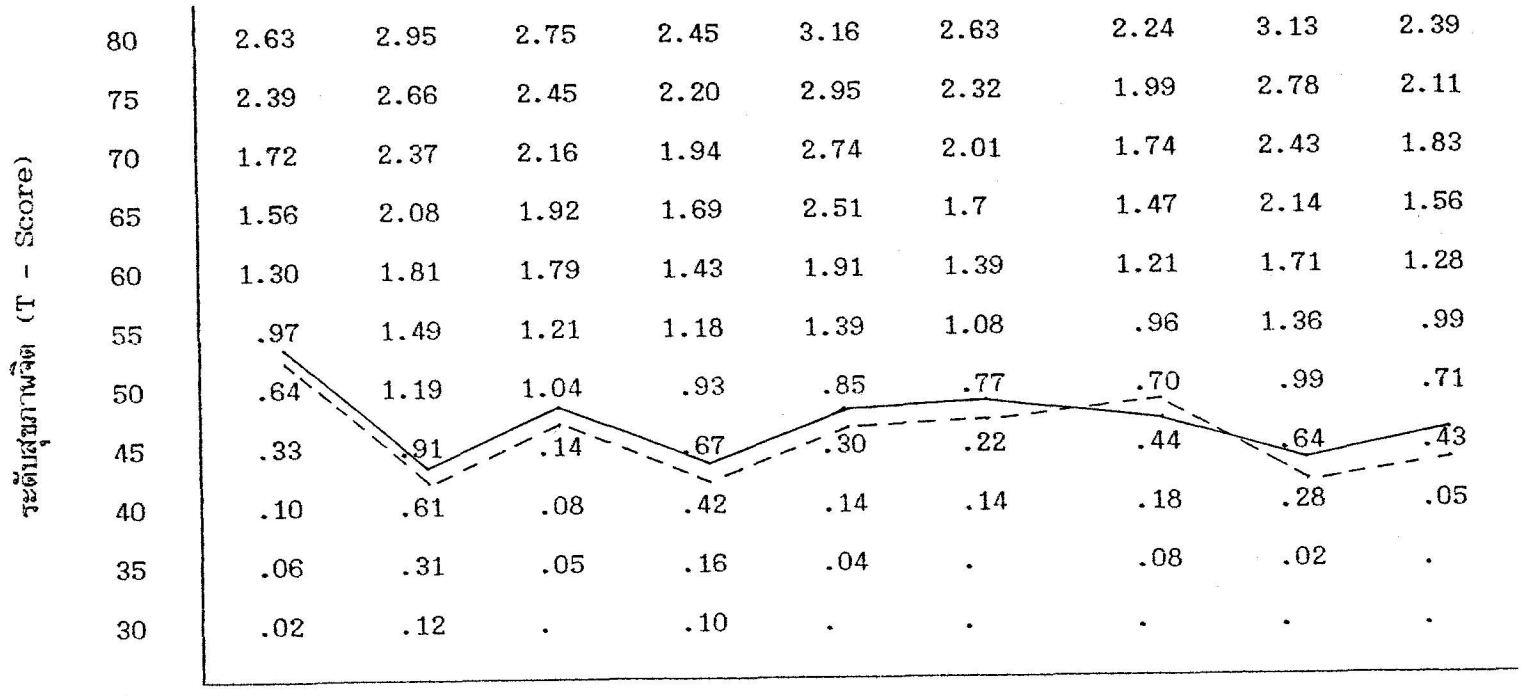
ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามจำนวนบุตร

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	จำนวนบุตร	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติ	บุตรน้อย	569	.76	ปกติ
ของร่างกาย	บุตรมาก	86	.71	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	บุตรน้อย	569	.69	ปกติ
	บุตรมาก	86	.65	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบ	บุตรน้อย	569	.67	ปกติ
ติดต่อกับบุคคลอื่น	บุตรมาก	86	.55	ปกติ
ความซึมเศร้า	บุตรน้อย	569	.64	ปกติ
	บุตรมาก	86	.51	ปกติ
ความวิตกกังวล	บุตรน้อย	569	.56	ปกติ
	บุตรมาก	86	.47	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว	บุตรน้อย	569	.62	ปกติ
ทำลาย	บุตรมาก	86	.54	ปกติ
กลัวโดยปราศจาก	บุตรน้อย	569	.57	ปกติ
เหตุผล	บุตรมาก	86	.62	ปกติ
หวาดระแวง	บุตรน้อย	569	.51	ปกติ
	บุตรมาก	86	.46	ปกติ

ตาราง 13 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	จำนวนบุตร	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
โรคจิต	บุตรน้อย	569	.45	ปกติ
	บุตรมาก	86	.35	ปกติ

จากตาราง 13 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรน้อยและบุตรมาก มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามจำนวนบุตร

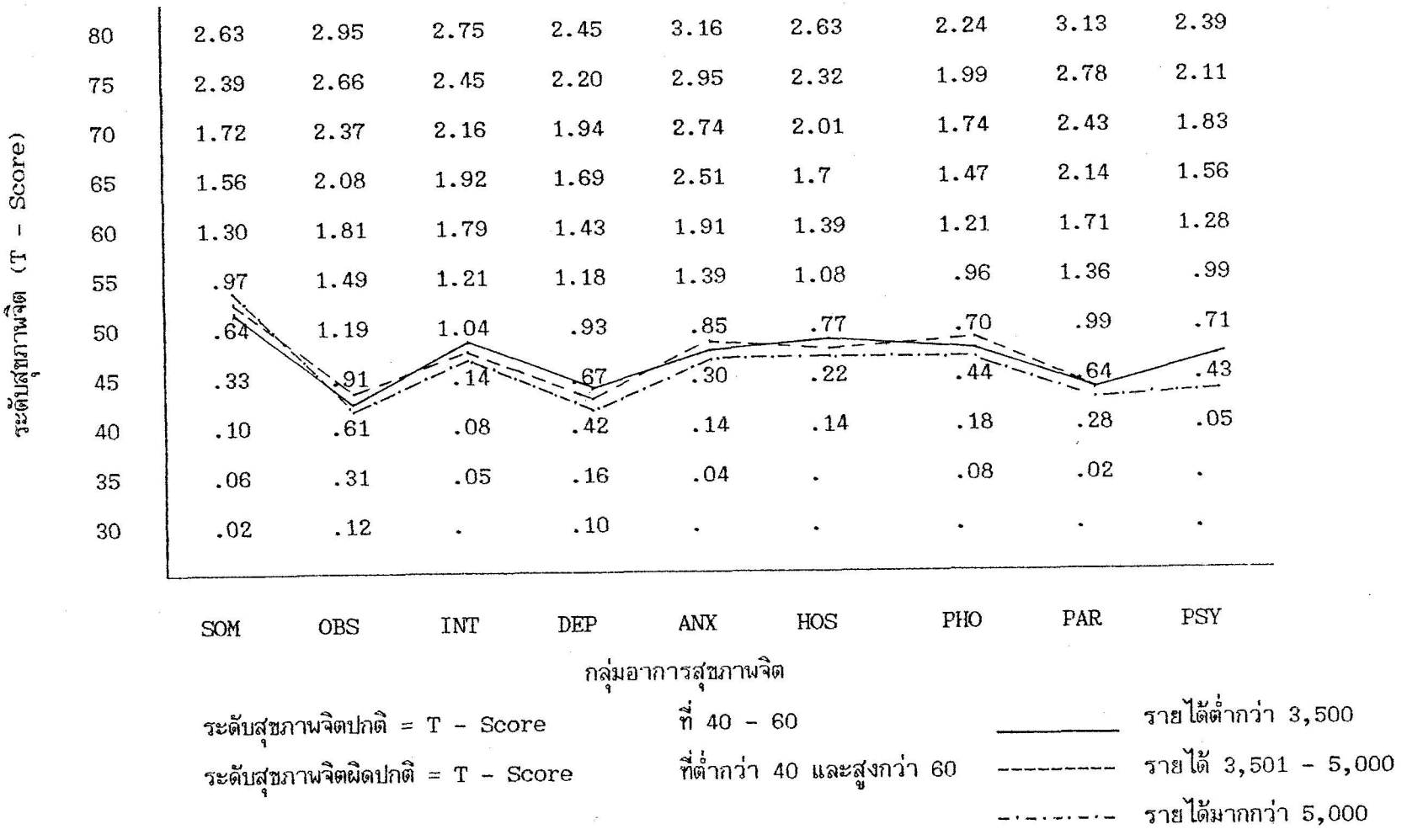
ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.74	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.76	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.85	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.69	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.70	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.66	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.66	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.65	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.57	ปกติ
ความซึมเศร้า	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.63	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.61	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.59	ปกติ
ความวิตกกังวล	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.54	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.59	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.50	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.62	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.60	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.57	ปกติ

ตาราง 14 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.56	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.59	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.65	ปกติ
หวาดระแวง	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.51	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.51	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.44	ปกติ
โรคจิต	น้อยกว่า 3,500 บาท	400	.45	ปกติ
	3,501 - 5,000	179	.45	ปกติ
	มากกว่า 5,000	76	.35	ปกติ

จากตาราง 14 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ ที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

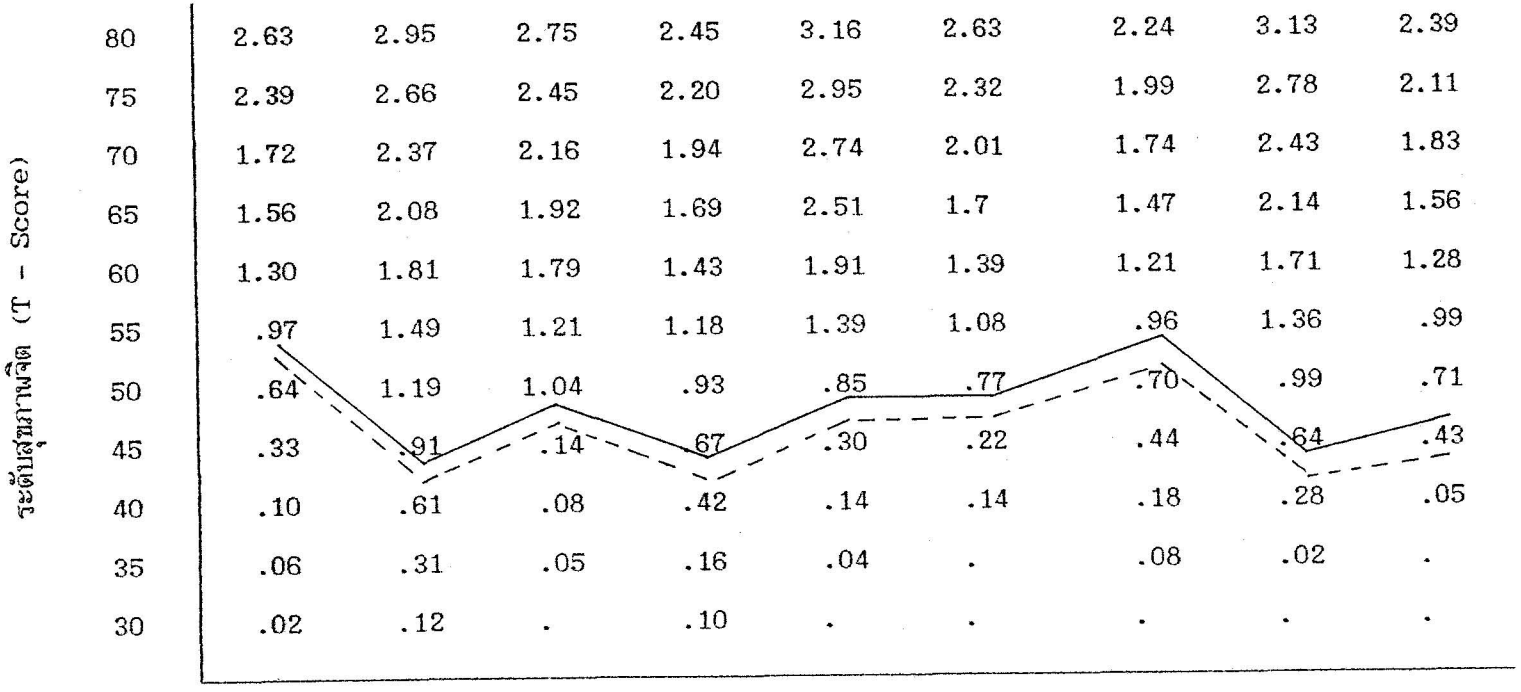
ตาราง 15 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ชุมชนที่อยู่อาศัย	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติ	เขตเมือง	212	.83	ปกติ
ของร่างกาย	เขตชนบท	443	.72	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	เขตเมือง	212	.72	ปกติ
	เขตชนบท	443	.67	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบ	เขตเมือง	212	.74	ปกติ
ติดต่อกับบุคคลอื่น	เขตชนบท	443	.62	ปกติ
ความซึมเศร้า	เขตเมือง	212	.66	ปกติ
	เขตชนบท	443	.60	ปกติ
ความวิตกกังวล	เขตเมือง	212	.61	ปกติ
	เขตชนบท	443	.52	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว	เขตเมือง	212	.67	ปกติ
ทำลาย	เขตชนบท	443	.58	ปกติ
กลัวโดยปราศจาก	เขตเมือง	212	.84	ปกติ
เหตุผล	เขตชนบท	443	.73	ปกติ
หวาดระแวง	เขตเมือง	212	.57	ปกติ
	เขตชนบท	443	.47	ปกติ

ตาราง 15 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ชุมชนที่อยู่อาศัย	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
โรคจิต	เขตเมือง	212	.50	ปกติ
	เขตชนบท	443	.41	ปกติ

จากตาราง 15 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ ที่มีชุมชนที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และเขตชนบท มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามอาชีพ

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อาชีพ	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติ	เกษตรกรรม	159	.70	ปกติ
ของร่างกาย	ค้าขาย	66	.85	ปกติ
	รับจ้าง	363	.75	ปกติ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	.72	ปกติ
	อื่น ๆ	49	.86	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	เกษตรกรรม	159	.64	ปกติ
	ค้าขาย	66	.69	ปกติ
	รับจ้าง	363	.68	ปกติ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	.58	ปกติ
	อื่น ๆ	49	.93	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อ	เกษตรกรรม	159	.60	ปกติ
กับบุคคลอื่น	ค้าขาย	66	.61	ปกติ
	รับจ้าง	363	.66	ปกติ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	.62	ปกติ
	อื่น ๆ	49	.86	ปกติ

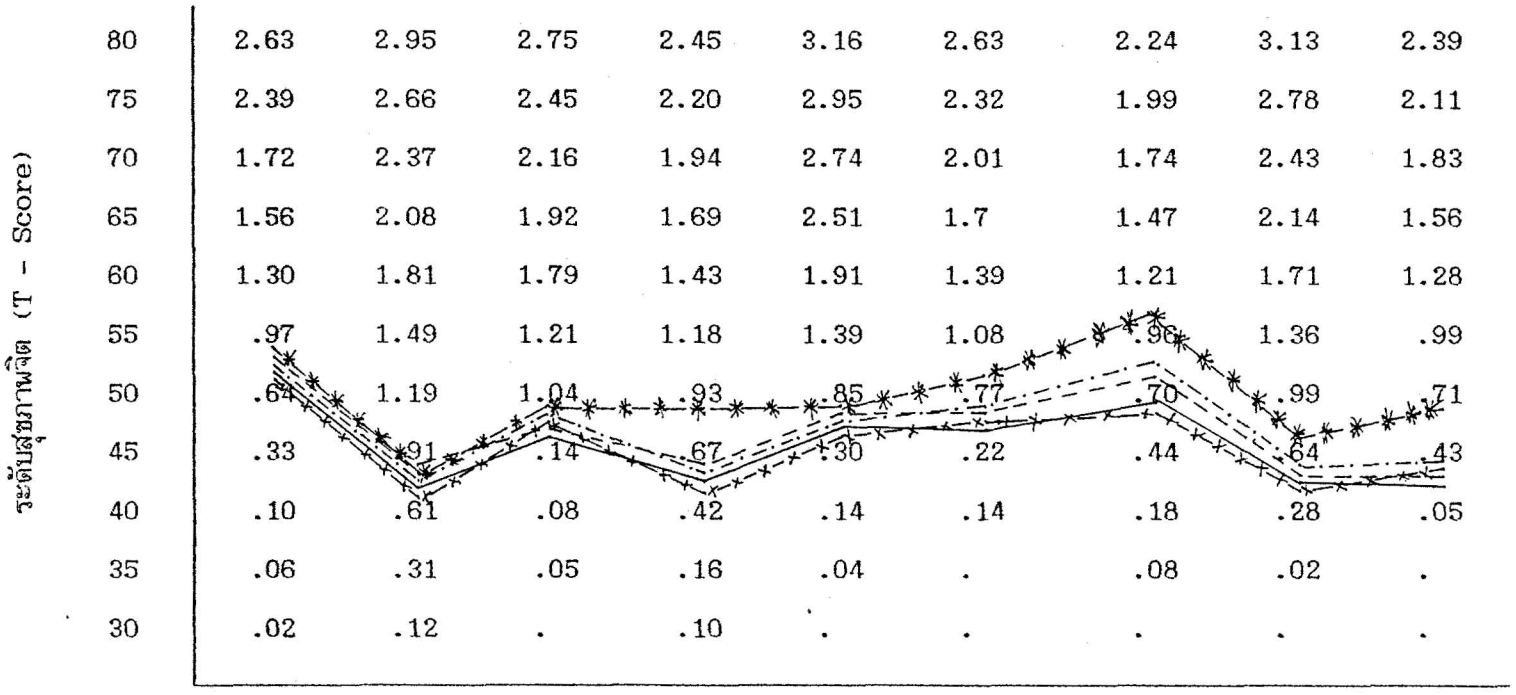
ตาราง 16 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อาชีพ	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความซึมเศร้า	เกษตรกรรม	159	.56	ปกติ
	ค้าขาย	66	.66	ปกติ
	รับจ้าง	363	.62	ปกติ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	.47	ปกติ
	อื่น ๆ	49	.87	ปกติ
ความวิตกกังวล	เกษตรกรรม	159	.48	ปกติ
	ค้าขาย	66	.57	ปกติ
	รับจ้าง	363	.55	ปกติ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	.42	ปกติ
	อื่น ๆ	49	.80	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว	เกษตรกรรม	159	.51	ปกติ
ทำลาย	ค้าขาย	66	.61	ปกติ
	รับจ้าง	363	.63	ปกติ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	.53	ปกติ
	อื่น ๆ	49	.81	ปกติ

ตาราง 16 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อาชีพ	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	เกษตรกรรม	159	.70	ปกติ
	ค้าขาย	66	.75	ปกติ
	รับจ้าง	363	.77	ปกติ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	.63	ปกติ
	อื่น ๆ	49	1.01	ปกติ
หวาดระแวง	เกษตรกรรม	159	.43	ปกติ
	ค้าขาย	66	.50	ปกติ
	รับจ้าง	363	.51	ปกติ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	.42	ปกติ
	อื่น ๆ	49	.68	ปกติ

จากตาราง 16 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามอาชีพ

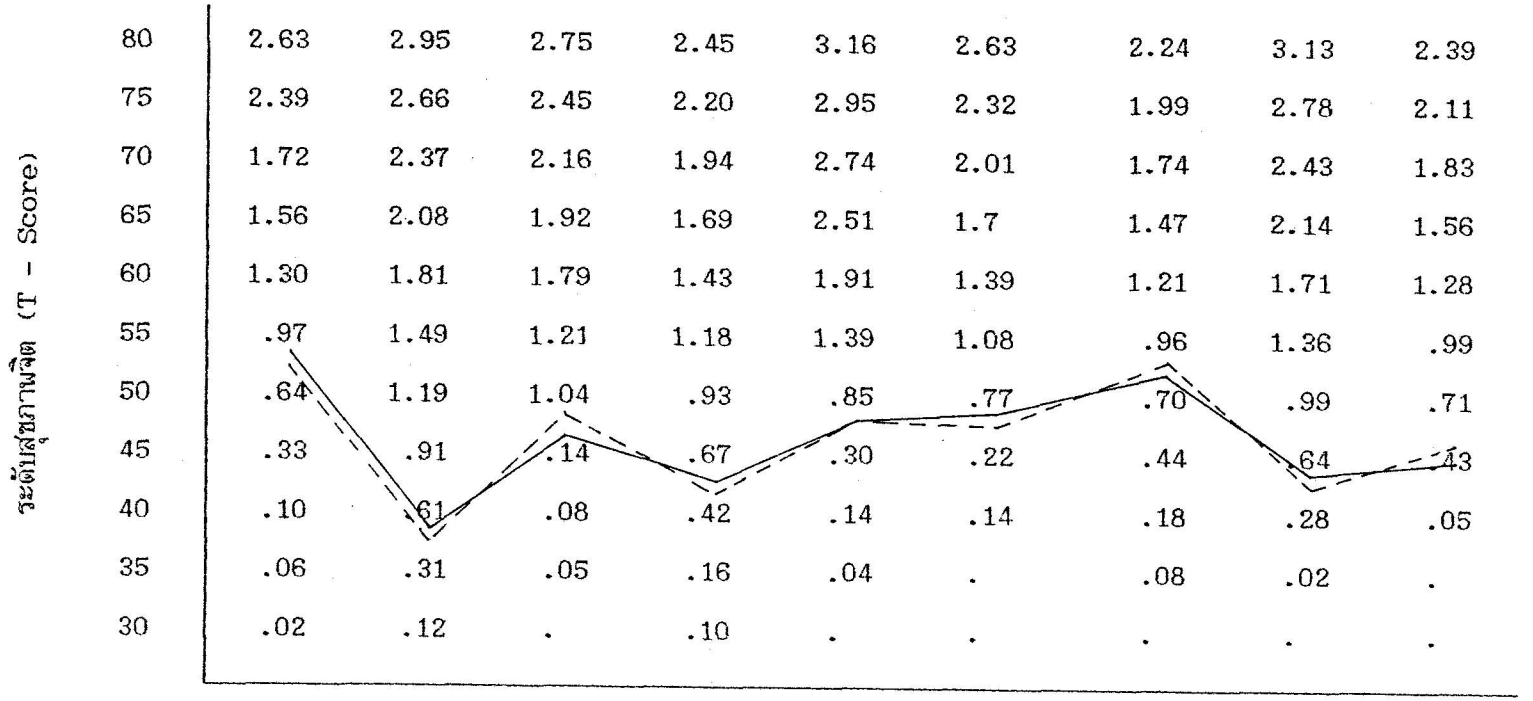
ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามประเภทของครอบครัว

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ประเภทของครอบครัว	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติ	ครอบครัวเดี่ยว	325	.76	ปกติ
ของร่างกาย	ครอบครัวขยาย	330	.75	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	ครอบครัวเดี่ยว	325	.52	ปกติ
	ครอบครัวขยาย	330	.49	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชิดต่อต่อ	ครอบครัวเดี่ยว	325	.65	ปกติ
กับบุคคลอื่น	ครอบครัวขยาย	330	.66	ปกติ
ความซึมเศร้า	ครอบครัวเดี่ยว	325	.50	ปกติ
	ครอบครัวขยาย	330	.49	ปกติ
ความวิตกกังวล	ครอบครัวเดี่ยว	325	.55	ปกติ
	ครอบครัวขยาย	330	.55	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว	ครอบครัวเดี่ยว	325	.48	ปกติ
ทำลาย	ครอบครัวขยาย	330	.45	ปกติ
กลัวโดยปราศจาก	ครอบครัวเดี่ยว	325	.76	ปกติ
เหตุผล	ครอบครัวขยาย	330	.78	ปกติ

ตาราง 17 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ประเภทของครอบครัว	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
หวาดระแวง	ครอบครัวเดี่ยว	325	.52	ปกติ
	ครอบครัวขยาย	330	.48	ปกติ
โรคจิต	ครอบครัวเดี่ยว	325	.43	ปกติ
	ครอบครัวขยาย	330	.44	ปกติ

จากตาราง 17 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7



ระดับสุขภาพจิตปกติ = T - Score ที่ 40 - 60 _____ ครอบครัวเดี่ยว

ระดับสุขภาพจิตผิดปกติ = T - Score ที่ต่ำกว่า 40 และสูงกว่า 60 --------- ครอบครัวขยาย

ภาพประกอบ 7 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามประเภทของครอบครัว

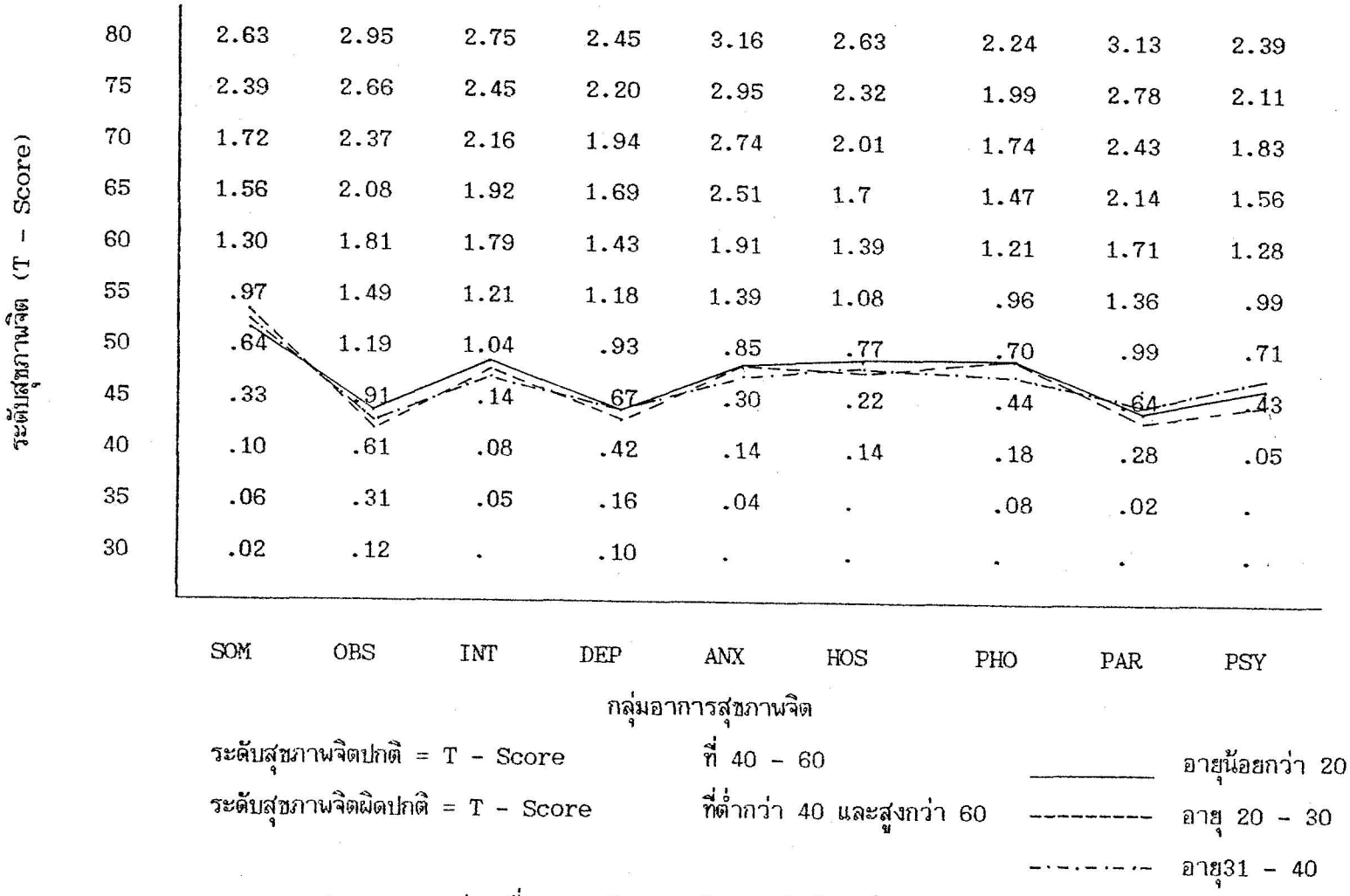
ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามอายุแรกสมรส

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อายุแรกสมรส	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติ	น้อยกว่า 20 ปี	277	.72	ปกติ
ของร่างกาย	20 - 30	358	.78	ปกติ
	31 - 40	19	.77	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	น้อยกว่า 20 ปี	277	.71	ปกติ
	20 - 30	358	.67	ปกติ
	31 - 40	19	.69	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบ	น้อยกว่า 20 ปี	277	.68	ปกติ
ติดต่อกับบุคคลอื่น	20 - 30	358	.64	ปกติ
	31 - 40	19	.63	ปกติ
ความซึมเศร้า	น้อยกว่า 20 ปี	277	.64	ปกติ
	20 - 30	358	.61	ปกติ
	31 - 40	19	.64	ปกติ
ความวิตกกังวล	น้อยกว่า 20 ปี	277	.55	ปกติ
	20 - 30	358	.55	ปกติ
	31 - 40	19	.52	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว	น้อยกว่า 20 ปี	277	.66	ปกติ
ทำลาย	20 - 30	358	.57	ปกติ
	31 - 40	19	.58	ปกติ

ตาราง 18 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อายุแรกสมรส	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความโกรธ ก้าวร้าว	น้อยกว่า 20 ปี	277	.66	ปกติ
ทำลาย	20 - 30	358	.57	ปกติ
	31 - 40	19	.58	ปกติ
กลัวโดยปราศจาก	น้อยกว่า 20 ปี	277	.77	ปกติ
เหตุผล	20 - 30	358	.77	ปกติ
	31 - 40	19	.60	ปกติ
หวาดระแวง	น้อยกว่า 20 ปี	277	.52	ปกติ
	20 - 30	358	.48	ปกติ
	31 - 40	19	.64	ปกติ
โรคจิต	น้อยกว่า 20 ปี	277	.44	ปกติ
	20 - 30	358	.43	ปกติ
	31 - 40	19	.46	ปกติ

จากตาราง 18 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแรกสมรสแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามอายุแรกสมรส

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามระดับการศึกษา

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติ	ป.1-ป.6 (7)	515	.74	ปกติ
ของร่างกาย	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.77	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.90	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.78	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.73	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	ป.1-ป.6 (7)	515	.67	ปกติ
	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.75	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.80	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.69	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.65	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อ	ป.1-ป.6 (7)	515	.63	ปกติ
กับบุคคลอื่น	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.73	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.81	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.75	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.67	ปกติ

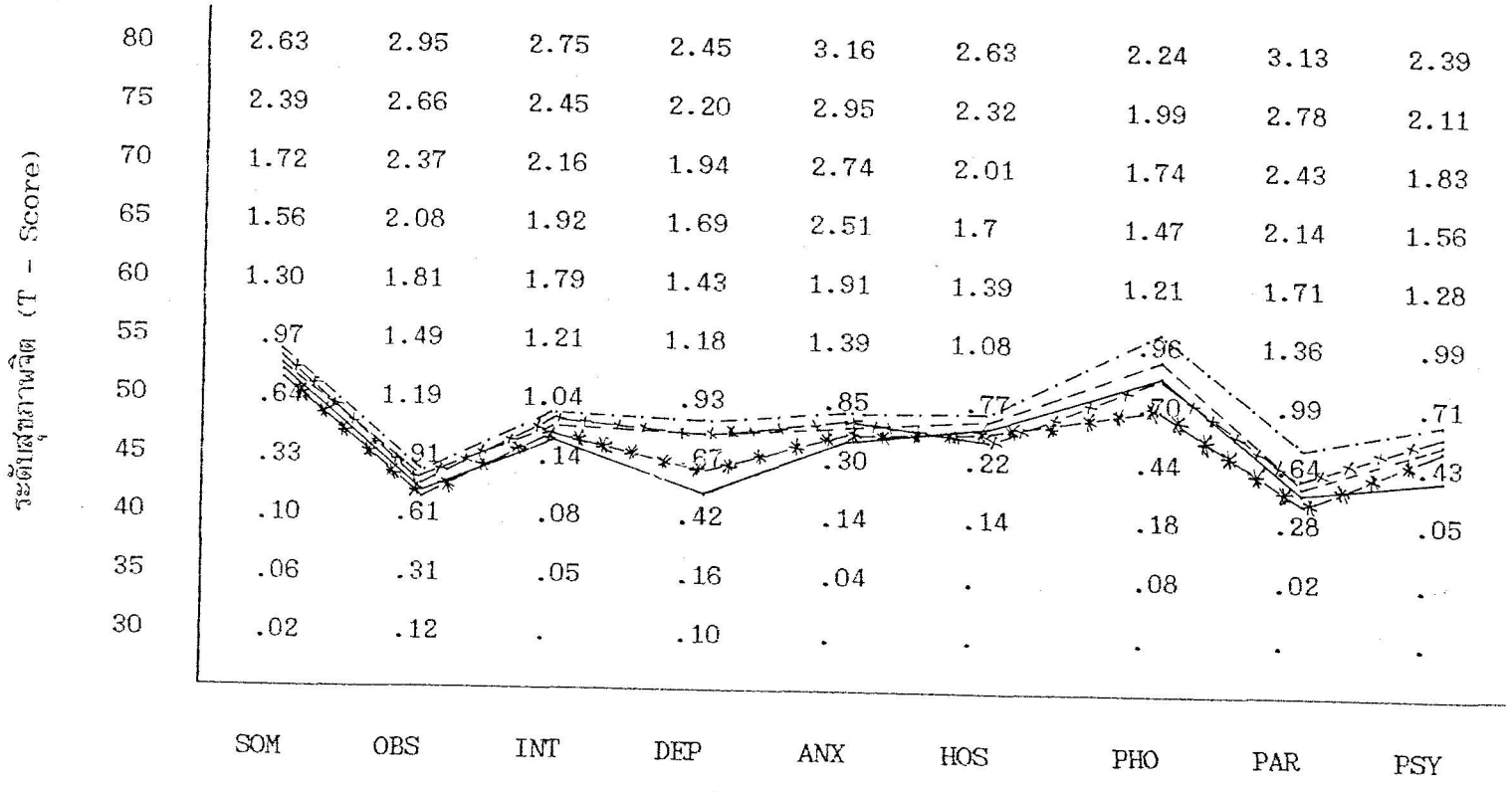
ตาราง 19 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความซึมเศร้า	ป.1-ป.6 (7)	515	.60	ปกติ
	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.65	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.73	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.70	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.63	ปกติ
ความวิตกกังวล	ป.1-ป.6 (7)	515	.53	ปกติ
	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.58	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.73	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.65	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.56	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว	ป.1-ป.6 (7)	515	.60	ปกติ
ทำลาย	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.66	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.76	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.49	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.57	ปกติ
กลัวโดยปราศจาก	ป.1-ป.6 (7)	515	.75	ปกติ
เหตุผล	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.81	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.98	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.75	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.70	ปกติ

ตาราง 19 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
หวาดระแวง	ป.1-ป.6 (7)	515	.48	ปกติ
	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.54	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.70	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.44	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.57	ปกติ
โรคจิต	ป.1-ป.6 (7)	515	.41	ปกติ
	ม.1-ม.3 (มศ.1-มศ.3)	64	.49	ปกติ
	ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)	38	.62	ปกติ
	อนุปริญญา	17	.47	ปกติ
	ปริญญาตรี	21	.50	ปกติ

จากตาราง 19 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามระดับการศึกษา

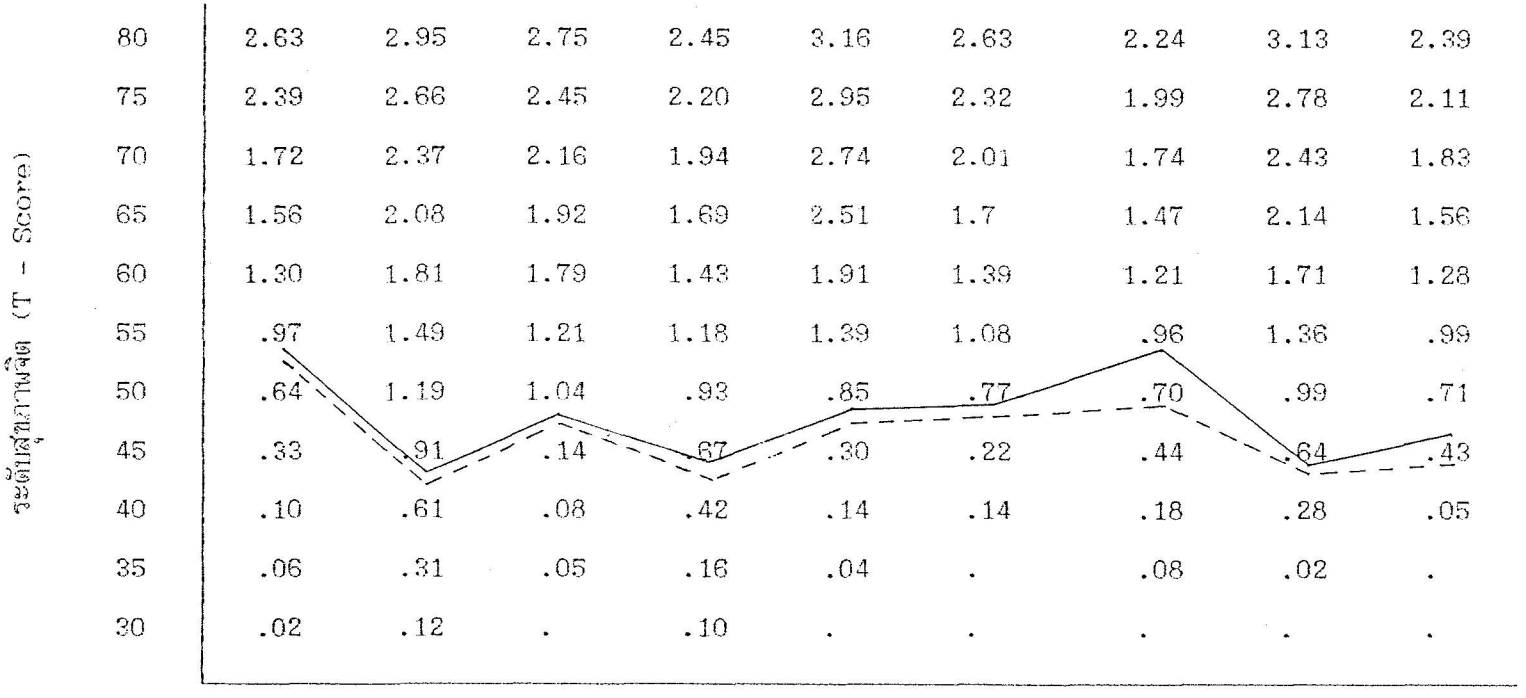
ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตเป็นรายด้านของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามลำดับการตั้งครรภ์

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ลำดับการตั้งครรภ์	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
ความรู้สึกผิดปกติ	ครั้งแรก	353	.80	ปกติ
ของร่างกาย	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.70	ปกติ
การย้ำคิดย้ำทำ	ครั้งแรก	353	.70	ปกติ
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.68	ปกติ
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อ	ครั้งแรก	353	.70	ปกติ
กับบุคคลอื่น	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.60	ปกติ
ความซึมเศร้า	ครั้งแรก	353	.66	ปกติ
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.57	ปกติ
ความวิตกกังวล	ครั้งแรก	353	.58	ปกติ
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.51	ปกติ
ความโกรธ ก้าวร้าว	ครั้งแรก	353	.65	ปกติ
ทำลาย	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.56	ปกติ
กลัวโดยปราศจาก	ครั้งแรก	353	.85	ปกติ
เหตุผล	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.67	ปกติ
หวาดระแวง	ครั้งแรก	353	.51	ปกติ
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.50	ปกติ

ตาราง 20 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ลำดับการตั้งครรภ์	n	$\bar{X}$	ระดับสุขภาพจิต
โรคจิต	ครั้งแรก	353	.47	ปกติ
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.40	ปกติ

จากตาราง 20 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับการตั้งครรภ์ครั้งแรกและไม่ใช่ครั้งแรก มีระดับสุขภาพจิตทางด้านปกติ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 10



ระดับสุขภาพจิตปกติ = T - Score ที่ 40 - 60 ———— ตั้งครรภ์ครั้งแรก

ระดับสุขภาพจิตผิดปกติ = T - Score ที่ต่ำกว่า 40 และสูงกว่า 60 ---------- ตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรก

ภาพประกอบ 10 ค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ จำแนกตามลำดับของการตั้งครรภ์

3. เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุ รายได้ของครอบครัว อาชีพ อายุแรกสมรส และระดับการศึกษาต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (ดังปรากฏตามตาราง 21, 24, 26, 29 และ 30

3.1.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตเป็นรายคู่ ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุ และอาชีพ ต่างกัน โดยวิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls test) (ดังปรากฏตามตาราง 22 และ 27)

3.2 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ ที่มีจำนวนบุตร ชุมชนที่อยู่อาศัย ประเภทของครอบครัว และลำดับของการตั้งครรภ์ ต่างกัน โดยใช้ค่าสถิติ ซี (Z - test) (ดังปรากฏตามตาราง 23, 25, 28 และ 31)

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	1.70	3	.56	2.17
	ภายในกลุ่ม	169.69	651	.26	
	รวม	171.39	654		
การย้ำคิดย้ำทำ	ระหว่างกลุ่ม	4.53	3	1.56	5.92*
	ภายในกลุ่ม	166.07	651	.25	
	รวม	171.60	654		
ความรู้สึกไม่สอบติดต่อกับบุคคลอื่น	ระหว่างกลุ่ม	4.25	3	1.42	5.82*
	ภายในกลุ่ม	158.75	651	.24	
	รวม	163.00	654		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $^{*}F_{.05}$ (3,651) = 2.62

ตาราง 21 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความซึมเศร้า	ระหว่างกลุ่ม	3.85	3	1.28	5.27*
	ภายในกลุ่ม	158.50	651	.24	
	รวม	162.35	654		
ความวิตกกังวล	ระหว่างกลุ่ม	3.53	3	1.17	6.10*
	ภายในกลุ่ม	125.45	651	.19	
	รวม	128.98	654		
ความโกรธ ก้าวร้าว	ระหว่างกลุ่ม	3.96	3	1.32	6.09*
ทำลาย	ภายในกลุ่ม	141.20	651	.21	
	รวม	145.16	654		
กลัวโดยปราศจาก	ระหว่างกลุ่ม	5.90	3	1.97	5.88*
เหตุผล	ภายในกลุ่ม	217.84	651	.33	
	รวม	223.75	654		
หวาดระแวง	ระหว่างกลุ่ม	4.32	3	1.44	5.72*
	ภายในกลุ่ม	163.72	651	.25	
	รวม	168.04	654		
โรคจิต	ระหว่างกลุ่ม	2.44	3	.81	4.83*
	ภายในกลุ่ม	109.61	651	.16	
	รวม	112.05	654		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 *$F_{.05}$ (3,651) = 2.62

จากตาราง 21 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุก ๆ ด้าน ส่วนในด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกายไม่แตกต่างกัน และได้เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls test) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตเป็นรายคู่ ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อายุ	$\bar{X}$	(3) .65	(2) .67	(1) .74
การย้ำคิดย้ำทำ	31 - 40 (3)	.65	-	.02	.09
	20 - 30 (2)	.67		-	.07
	น้อยกว่า 20 (1)	.74			-
			(3)	(2)	(1)
			.57	.64	.77
ความรู้สึกไม่ชอบ	31 - 40 (3)	.57	-	.07	.20*
ติดต่อกับบุคคลอื่น	20 - 30 (2)	.64		-	.13*
	น้อยกว่า 20 (1)	.77			-
			(3)	(2)	(1)
			.57	.60	.72
ความซึมเศร้า	31 - 40 (3)	.57	-	.03	.15*
	20 - 30 (2)	.60		-	.12
	น้อยกว่า 20 (1)	.72			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อายุ	$\bar{X}$	(3) .47	(2) .54	(1) .62
ความวิตกกังวล	31 - 40 (3)	.47	-	.07	.15*
	20 - 30 (2)	.54		-	.08
	น้อยกว่า 20 (1)	.62			-
			(3)	(2)	(1)
			.50	.59	.75
ความโกรธ ก้าวร้าว	31 - 40 (3)	.50	-	.09	.25*
ทำลาย	20 - 30 (2)	.59		-	.16*
	น้อยกว่า 20 (1)	.75			-
			(3)	(2)	(1)
			.61	.76	.87
กลัวโดยปราศจาก	31 - 40 (3)	.61	-	.15*	.26*
เหตุผล	20 - 30 (2)	.76		-	.11
	น้อยกว่า 20 (1)	.87			-
			(3)	(2)	(1)
			.46	.48	.62
หวาดระแวง	31 - 40 (3)	.46	-	.02	.16*
	20 - 30 (2)	.48		-	.14*
	น้อยกว่า 20 (1)	.62			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อายุ	$\bar{X}$	(3) .36	(2) .42	(1) .55
โรคจิต	31 - 40 (3)	.36	-	.06	.19*
	20 - 30 (2)	.42		-	.13*
	น้อยกว่า 20 (1)	.55			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กับหญิงมีครรภ์ที่มีอายุ 20 - 30 ปี มีความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย หวาดระแวง และโรคจิต มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หญิงมีครรภ์ที่มีอายุ น้อยกว่า 20 ปี กับอายุ 31 - 40 ปี มีความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย กลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง และโรคจิต มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีอายุ 20 - 30 ปี กับ 31 - 40 ปี มีการกลัวโดย ปราศจากเหตุผล มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้านระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	จำนวนบุตร	n	$\bar{X}$	S	Z
ความรู้สึกผิดปกติ	บุตรน้อย	569	.76	.50	.90
ของร่างกาย	บุตรมาก	86	.71	.57	
การย้ำคิดย้ำทำ	บุตรน้อย	569	.69	.49	.59
	บุตรมาก	86	.65	.61	
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อ	บุตรน้อย	569	.67	.49	2.21*
กับบุคคลอื่น	บุตรมาก	86	.55	.48	
ความซึมเศร้า	บุตรน้อย	569	.64	.49	2.16*
	บุตรมาก	86	.51	.48	
ความวิตกกังวล	บุตรน้อย	569	.56	.44	1.79*
	บุตรมาก	86	.47	.45	
ความโกรธ ก้าวร้าว	บุตรน้อย	569	.62	.46	1.54
ทำลาย	บุตรมาก	86	.54	.49	
กลัวโดยปราศจาก	บุตรน้อย	569	.79	.57	3.04**
เหตุผล	บุตรมาก	86	.59	.62	
หวาดระแวง	บุตรน้อย	569	.51	.50	.79
	บุตรมาก	86	.46	.53	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 **$Z_{.01}$ = 2.32

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 * $Z_{.05}$ = 1.64

ตาราง 23 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	จำนวนบุตร	n	$\bar{X}$	S	Z
โรคจิต	บุตรน้อย	569	.45	.42	2.35**
	บุตรมาก	86	.35	.34	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 $^{**}Z_{.01} = 2.32$

จากตาราง 23 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ ที่มีจำนวนบุตรน้อย มีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมาก ในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่า ในด้านกลัวโดยปราศจากเหตุผล และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	.78	2	.39	1.50
	ภายในกลุ่ม	170.60	652	.26	
	รวม	171.38	654		
การย้ำคิดย้ำทำ	ระหว่างกลุ่ม	.10	2	.05	.19
	ภายในกลุ่ม	170.51	652	.26	
	รวม	171.61	654		

ตาราง 24 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น	ระหว่างกลุ่ม	.65	2	.32	1.30
	ภายในกลุ่ม	162.36	652	.24	
	รวม	163.01	654		
ความซึมเศร้า	ระหว่างกลุ่ม	.13	2	.06	.26
	ภายในกลุ่ม	162.22	652	.24	
	รวม	162.35	654		
ความวิตกกังวล	ระหว่างกลุ่ม	.46	2	.23	1.16
	ภายในกลุ่ม	128.52	652	.19	
	รวม	128.98	654		
ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย	ระหว่างกลุ่ม	.18	2	.09	.42
	ภายในกลุ่ม	144.97	652	.22	
	รวม	145.15	654		
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.83	2	.41	1.22
	ภายในกลุ่ม	222.92	652	.34	
	รวม	223.75	654		
หวาดระแวง	ระหว่างกลุ่ม	.28	2	.14	.55
	ภายในกลุ่ม	167.76	252	.25	
	รวม	168.04	254		

ตาราง 24 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
โรคจิต	ระหว่างกลุ่ม	.58	2	.29	1.72
	ภายในกลุ่ม	111.46	652	.17	
	รวม	112.04	654		

จากตาราง 24 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุก ๆ ด้าน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3

ตาราง 25 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีชุมชนที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ชุมชนที่อยู่อาศัย	n	$\bar{X}$	S	Z
ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย	เขตเมือง	212	.83	.54	2.47*
	เขตชนบท	443	.72	.49	
การย้ำคิดย้ำทำ	เขตเมือง	212	.72	.48	1.15
	เขตชนบท	443	.67	.52	
ความรู้สึกไม่สอบติดต่อกับบุคคลอื่น	เขตเมือง	212	.74	.48	2.96**
	เขตชนบท	443	.62	.50	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 $^{**}Z_{.01} = 2.57$

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $^{*}Z_{.05} = 1.96$

ตาราง 25 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ชุมชนที่อยู่อาศัย	n	$\bar{X}$	S	Z
ความซึมเศร้า	เขตเมือง	212	.66	.50	1.37
	เขตชนบท	443	.60	.49	
ความวิตกกังวล	เขตเมือง	212	.61	.47	2.38*
	เขตชนบท	443	.52	.42	
ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย	เขตเมือง	212	.67	.49	2.20*
	เขตชนบท	443	.58	.45	
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	เขตเมือง	212	.84	.59	2.21*
	เขตชนบท	443	.73	.57	
หวาดระแวง	เขตเมือง	212	.57	.59	2.30*
	เขตชนบท	443	.47	.48	
โรคจิต	เขตเมือง	212	.50	.44	2.55*
	เขตชนบท	443	.41	.39	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 * $Z_{.05} = 1.96$

จากตาราง 25 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีชุมชนที่อาศัยในเขตเมือง และเขตชนบท มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน ในด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย กลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแตกต่าง ในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในด้านการย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	1.59	4	.39	1.52
	ภายในกลุ่ม	169.80	650	.26	
	รวม	171.39	654		
การย้ำคิดย้ำทำ	ระหว่างกลุ่ม	3.46	4	.86	3.36*
	ภายในกลุ่ม	167.15	650	.25	
	รวม	170.61	654		
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น	ระหว่างกลุ่ม	.03	4	.03	2.60*
	ภายในกลุ่ม	167.15	650	.25	
	รวม	163.00	654		
ความซึมเศร้า	ระหว่างกลุ่ม	4.05	4	1.01	4.15*
	ภายในกลุ่ม	158.30	650	.24	
	รวม	162.35	654		
ความวิตกกังวล	ระหว่างกลุ่ม	4.20	4	1.05	5.47*
	ภายในกลุ่ม	124.78	650	.19	
	รวม	128.98	654		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 * $F_{.05}$ (4,650) = 2.39

ตาราง 26 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย	ระหว่างกลุ่ม	3.36	4	.90	4.17*
	ภายในกลุ่ม	141.53	650	.21	
	รวม	145.16	654		
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	4.02	4	1.00	2.97*
	ภายในกลุ่ม	219.73	650	.33	
	รวม	223.75	654		
หวาดระแวง	ระหว่างกลุ่ม	2.47	4	.61	2.42*
	ภายในกลุ่ม	165.57	650	.25	
	รวม	168.04	654		
โรคจิต	ระหว่างกลุ่ม	1.13	4	.28	1.65
	ภายในกลุ่ม	110.92	650	.17	
	รวม	112.05	654		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 * $F_{.05}$ (4,650) = 2.39

จากตาราง 26 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันในทุก ๆ ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกายและโรคจิต ไม่แตกต่างกัน และได้เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls test) ดังปรากฏในตาราง 27

ตาราง 27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิต เป็นรายคู่ระหว่างหญิงมีครรภ์ ที่มีอาชีพแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อาชีพ		$\bar{X}$	(4) .58	(1) .64	(3) .68	(2) .69	(5) .93
การย้ำคิดย้ำทำ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	(4)	.58	-	.06	.10	.11	.35*
	เกษตรกรรม	(1)	.64		-	.04	.05	.29*
	รับจ้าง	(3)	.68			-	.01	.25*
	ค้าขาย	(2)	.69				-	.24*
	อื่น ๆ	(5)	.93					-
				(1) .60	(2) .61	(4) .62	(3) .66	(5) .86
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น	เกษตรกรรม	(1)	.60	-	.01	.02	.06	.26
	ค้าขาย	(2)	.61		-	.01	.05	.25
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	(4)	.62			-	.04	.24*
	รับจ้าง	(3)	.66				-	.20
	อื่น ๆ	(5)	.86					-
				(4) .47	(1) .56	(3) .62	(2) .66	(5) .87
ความซึมเศร้า	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	(4)	.47	-	.09	.15	.19	.40*
	เกษตรกรรม	(1)	.56		-	.06	.10	.31*
	รับจ้าง	(3)	.62			-	.04	.25*
	ค้าขาย	(2)	.66				-	.21*
	อื่น ๆ	(5)	.87					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 27 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อาชีพ		$\bar{X}$	(4) .42	(1) .48	(3) .55	(2) .57	(5) .80
ความวิตกกังวล	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	(4)	.42	-	.06	.13	.15	.38*
	เกษตรกรรม	(1)	.48		-	.07	.09	.32*
	รับจ้าง	(3)	.55			-	.02	.25*
	ค้าขาย	(2)	.57				-	.23*
	อื่น ๆ	(5)	.80					-

				(1) .51	(4) .53	(2) .61	(3) .63	(5) .81
ความโกรธ	เกษตรกรรม	(1)	.51	-	.02	.10	.12	.30*
ก้าวร้าว ทำลาย	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	(4)	.53		-	.08	.10	.28*
	ค้าขาย	(2)	.61			-	.02	.20
	รับจ้าง	(3)	.63				-	.18
	อื่น ๆ	(5)	.81					-

				(4) .63	(1) .70	(2) .75	(3) .77	(5) 1.01
กลัวโดยปราศจาก	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	(4)	.63	-	.07	.12	.14	.38*
เหตุผล	เกษตรกรรม	(1)	.70		-	.05	.07	.31*
	ค้าขาย	(2)	.75			-	.02	.26*
	รับจ้าง	(3)	.77				-	.24*
	อื่น ๆ	(5)	1.01					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 27 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	อาชีพ		$\bar{X}$	(4) .42	(1) .43	(2) .50	(3) .51	(5) .68
หวาดระแวง	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	(4)	.42	-	.01	.08	.09	.26
	เกษตรกรรม	(1)	.43		-	.07	.08	.25
	ค้าขาย	(2)	.50			-	.01	.18
	รับจ้าง	(3)	.51				-	.17
	อื่น ๆ	(5)	.68					-

จากตาราง 27 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ กับอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย และกลัวโดยปราศจากเหตุผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ กับอาชีพเกษตรกรรม มีการย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย และกลัวโดยปราศจากเหตุผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ กับอาชีพรับจ้าง มีการย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และกลัวโดยปราศจากเหตุผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ กับอาชีพค้าขาย มีการย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า และความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 28 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงม ครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ประเภทของครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	Z
ความรู้สึกผิดปกติ	ครอบครัวเดี่ยว	325	.76	.54	.30
ของร่างกาย	ครอบครัวขยาย	330	.75	.48	
การย้ำคิดย้ำทำ	ครอบครัวเดี่ยว	325	.69	.52	.35
	ครอบครัวขยาย	330	.68	.49	
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อ	ครอบครัวเดี่ยว	325	.65	.51	-.38
กับบุคคลอื่น	ครอบครัวขยาย	330	.66	.48	
ความซึมเศร้า	ครอบครัวเดี่ยว	325	.62	.50	-.19
	ครอบครัวขยาย	330	.62	.49	
ความวิตกกังวล	ครอบครัวเดี่ยว	325	.55	.45	.18
	ครอบครัวขยาย	330	.55	.43	
ความโกรธ ก้าวร้าว	ครอบครัวเดี่ยว	325	.60	.48	-.27
ทำลาย	ครอบครัวขยาย	330	.61	.45	
กลัวโดยปราศจาก	ครอบครัวเดี่ยว	325	.76	.58	-.38
เหตุผล	ครอบครัวขยาย	330	.78	.58	
หวาดระแวง	ครอบครัวเดี่ยว	325	.51	.52	-.43
	ครอบครัวขยาย	330	.49	.48	

ตาราง 28 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ประเภทของครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	Z
โรคจิต	ครอบครัวเดี่ยว	325	.43	.41	-.19
	ครอบครัวขยาย	330	.44	.41	

จากตาราง 28 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ ที่มีประเภทของครอบครัวเดี่ยว มีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้าน ไม่ดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวขยาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 6

ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแรกสมรสแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความรู้สึกผิดปกติ	ระหว่างกลุ่ม	.98	3	.32	1.24
ของร่างกาย	ภายในกลุ่ม	170.41	651	.26	
	รวม	171.39	654		
การย้ำคิดย้ำทำ	ระหว่างกลุ่ม	.67	3	.22	.86
	ภายในกลุ่ม	169.93	651	.26	
	รวม	170.60	654		

ตาราง 29 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น	ระหว่างกลุ่ม	.60	3	.20	.80
	ภายในกลุ่ม	162.41	651	.24	
	รวม	163.01	654		
ความซึมเศร้า	ระหว่างกลุ่ม	.55	3	.18	.74
	ภายในกลุ่ม	161.80	651	.24	
	รวม	162.35	654		
ความวิตกกังวล	ระหว่างกลุ่ม	.33	3	.11	.56
	ภายในกลุ่ม	128.65	651	.19	
	รวม	128.98	654		
ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย	ระหว่างกลุ่ม	1.53	3	.51	2.31
	ภายในกลุ่ม	143.63	651	.22	
	รวม	145.16	654		
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.92	3	.30	.90
	ภายในกลุ่ม	222.82	651	.34	
	รวม	222.74	654		
หวาดระแวง	ระหว่างกลุ่ม	.78	3	.26	1.01
	ภายในกลุ่ม	167.26	651	.25	
	รวม	168.04	654		

ตาราง 29 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
โรคจิต	ระหว่างกลุ่ม	.22	3	.07	.44
	ภายในกลุ่ม	111.82	651	.17	
	รวม	112.04	654		

จากตาราง 29 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ ที่มีอายุแรกสมรสแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้าน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความรู้สึกผิดปกติ	ระหว่างกลุ่ม	.90	4	.22	.86
ของร่างกาย	ภายในกลุ่ม	170.48	650	.26	
	รวม	171.38	654		
การย้ำคิดย้ำทำ	ระหว่างกลุ่ม	.87	4	.21	.83
	ภายในกลุ่ม	169.73	650	.26	
	รวม	170.60	654		

ตาราง 30 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น	ระหว่างกลุ่ม	1.67	4	.41	1.68
	ภายในกลุ่ม	161.34	650	.24	
	รวม	163.01	654		
ความซึมเศร้า	ระหว่างกลุ่ม	1.17	4	.29	1.18
	ภายในกลุ่ม	161180	650	.24	
	รวม	162.35	654		
ความวิตกกังวล	ระหว่างกลุ่ม	1.61	4	.40	2.06
	ภายในกลุ่ม	127.37	650	.19	
	รวม	128.98	654		
ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย	ระหว่างกลุ่ม	1.37	4	.34	1.55
	ภายในกลุ่ม	143.79	650	.22	
	รวม	145.16	654		
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	2.08	4	.52	1.53
	ภายในกลุ่ม	221.66	650	.34	
	รวม	223.74	654		
หวาดระแวง	ระหว่างกลุ่ม	1.91	4	.47	1.87
	ภายในกลุ่ม	166.13	650	.25	
	รวม	168.04	654		

ตาราง 30 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	แหล่งตัวแปร	SS	df	MS	F
โรคจิต	ระหว่างกลุ่ม	1.77	4	.44	2.62*
	ภายในกลุ่ม	110.27	650	.17	
	รวม	112.04	654		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $^{*}F_{.05}$ (4,650) = 2.39

จากตาราง 30 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันในด้านโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 31 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์แตกต่างกัน

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ลำดับของการตั้งครรภ์	n	$\bar{X}$	S	Z
ความรู้สึกผิดปกติ	ครั้งแรก	353	.80	.51	2.48**
ด้านร่างกาย	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.70	.50	
การย้ำคิดย้ำทำ	ครั้งแรก	353	.70	.49	.50
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.68	.53	
ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อ	ครั้งแรก	353	.70	.50	2.51**
กับบุคคลอื่น	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.60	.48	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 $^{**}Z_{.01}$ = 2.32

ตาราง 31 (ต่อ)

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	ลำดับของการตั้งครรภ์	n	$\bar{X}$	S	Z
ความซึมเศร้า	ครั้งแรก	353	.66	.51	2.37**
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.57	.47	
ความวิตกกังวล	ครั้งแรก	353	.58	.46	2.13*
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.51	.41	
ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย	ครั้งแรก	353	.65	.48	2.31*
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.56	.45	
กลัวโดยปราศจากเหตุผล	ครั้งแรก	353	.85	.61	4.04**
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.67	.53	
หวาดระแวง	ครั้งแรก	353	.51	.50	.29
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.50	.50	
โรคจิต	ครั้งแรก	353	.47	.43	2.23*
	ไม่ใช่ครั้งแรก	302	.40	.39	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ** $Z_{.01} = 2.32$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 * $Z_{.05} = 1.64$

จากตาราง 31 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรก มีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ในด้านความวิตกกังวล ความโกรธ ทำลาย และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่าในด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า และกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในด้านการย้ำคิดย้ำทำ และหวาดระแวง ไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม ตามตัวแปรด้านอายุ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัย ประเภทของครอบครัว อาชีพ อายุแรกสมรส ระดับการศึกษา และลำดับของการตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 717 คน หลังจากคัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำแนกได้ดังนี้ อำเภอเมือง 280 คน สามพราน 71 คน นครชัยศรี 84 คน บางเลน 82 คน กำแพงแสน 94 คน และดอนตูม 44 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 655 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่าง (Simple Random Sampling)

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิต SCL - 90 (Symtom Check List - 90)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าร้อยละคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของครอบครัว อาชีพ อายุแรกสมรส ระดับการศึกษา และลำดับของการตั้งครรภ์

2. หาค่าเฉลี่ยและระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม และจำแนกตามคุณสมบัติเบื้องต้น ในข้อ 1 โดยการนำค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิต เปรียบเทียบกับ T - Score ของแต่ละด้าน

3. เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ ในจังหวัดนครปฐม ตามสมมุติฐานดังนี้

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมี

ครรภ์ที่มีอายุ รายได้ของครอบครัว อาชีพ อายุแรกสมรส และระดับการศึกษา ต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว

3.2 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน ระหว่างหญิงมีครรภ์ ที่มีจำนวนบุตร ชุมชนที่อยู่อาศัย ประเภทของครอบครัว และลำดับของการตั้งครรภ์ ต่างกัน โดยใช้ค่าสถิติ ซี (Z - test)

สรุปผลการค้นคว้า

1. หญิงมีครรภ์ มีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับปกติ

2. หญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน

2.1 หญิงมีครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กับอายุ 20 - 30 ปี มีความแตกต่างกันในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย หวาดระแวง และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 หญิงมีครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กับอายุ 31 - 40 ปี มีความแตกต่างกันในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย กลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 หญิงมีครรภ์ที่มีอายุ 20 - 30 ปี กับอายุ 31 - 40 ปี มีความแตกต่างกันในด้านกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

3. หญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรน้อย มีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมากในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่าในด้านกลัวโดยปราศจากเหตุผล และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านอื่นไม่แตกต่างกัน

4. หญิงมีครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุก ๆ ด้าน ไม่แตกต่างกัน

5. หญิงมีครรภ์ที่มีชุมชนที่อยู่อาศัยในเขตเมือง และเขตชนบท มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันในด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย กลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแตกต่างกันในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในด้านการย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน

6. หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน

6.1 หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ กับอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีความแตกต่างกันในด้านการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย และกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ กับอาชีพเกษตรกรรม มีความแตกต่างกันในด้านการย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย และกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.3 หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ กับอาชีพรับจ้าง มีความแตกต่างกันในด้านการย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.4 หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ กับอาชีพค้าขาย มีความแตกต่างกันในด้านการย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. หญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวเดี่ยวมีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้านไม่ดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวขยาย

8. หญิงมีครรภ์ที่มีอายุแรกสมรสแตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้าน ไม่แตกต่างกัน

9. หญิงมีครรภ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันในด้านโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

10. หญิงมีครรภ์ที่มีลำดับการของการตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรกมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ในด้านความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่าในด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า และกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในด้านการย้ำคิดย้ำทำ และหวาดระแวง ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม มีระดับสุขภาพจิตในทุก ๆ ด้านปกติ ทั้งนี้เพราะหญิงมีครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและชีวเคมีของร่างกาย และเชื่อว่าถ้าหญิงมีครรภ์ มีบุคลิกภาพเดิมที่ดี จะทำให้หญิงมีครรภ์เกิดความรู้สึกอยากปกป้องคุ้มครองและฟูมฟักทารกในครรภ์ (จิตรา วสุวานิช. 2527 : 154; จำเนียร ช่วงโชติ. 2532 : 178)

เกิดความภาคภูมิใจ มีจิตใจร่าเริง มองโลกในแง่ดี เพราะอีกไม่นานนักก็จะให้กำเนิดทารกน้อยออกมาเลี้ยงดู ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอเดอร์แมน (Coleman and Hammen. 1974 : 302; citing Ackerman. 1958) ที่พบว่าผู้หญิงต้องการมีบุตรหรือธิดานั้น เพื่อพิสูจน์ให้เห็นว่าคนนั้นพร้อมที่จะมีผู้สืบสกุล มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย ไม่เป็นหมัน ซึ่งอย่างน้อยก็ช่วยให้ขจัดความวิตกกังวลในเรื่องการเป็นหมันออกไป อีกทั้งการฝากครรภ์ ตรวจครรภ์ มีการให้คำ แนะนำ ปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ในการปฏิบัติตน ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เช่น สามี บิดา มารดา บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว เป็นต้น

2. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กับอายุ 20 - 30 ปี มีความแตกต่างกันในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย หวาดระแวง และโรคจิต และยังแตกต่างกับอายุ 31 - 40 ปี เพิ่มมากกว่าอายุ 20 - 30 ปี ในด้านความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะหญิงมีครรภ์อายุ น้อยกว่า 20 ปี ซึ่งอยู่ในวัยหนุ่มสาวเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เกิดความสับสนระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ (กรมการแพทย์. 2531 : 9) และจะต้องมาประสบกับการเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์อีก

ส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีอายุ 20 - 30 ปี กับอายุ 31 - 40 ปี มีความแตกต่างกันในด้านกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพราะผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี เป็นระยะที่บุคคลต้องการจะมีบุตรไว้สืบสกุล และเป็นช่วงที่สามารถมีบุตรได้เป็นอย่างดี ประสิทธิภาพทางร่างกายสูงสุด เป็นระยะที่มีความกระตือรือร้นต่อการสำรวจกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการสำหรับชีวิต และเป็นระยะเวลาของการพึ่งตนเอง แต่การปรับตัวจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก การพัฒนาการในวัยรุ่นที่ผ่านมา ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ การคาดหวังเกี่ยวกับบุตรของตน ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละบุคคล (อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์. 2527 : 368, 374, 394 - 397, จำเนียร ช่วงโชติ. 2532 : 197) ส่วนหญิงมีครรภ์อายุ 31 - 40 ปี นั้น นับว่าเป็นช่วงที่บุคคลทำงานสำคัญ ๆ มากที่สุด และมีความรับผิดชอบสูงเป็นส่วนใหญ่ ค่านิยมจะถูกทดเทิดให้เป็นเรื่องของสังคม ศาสนา ความเป็นผลเมืองดี และปรัชญา มีน้ำใจต่อผู้อื่น และมีคุณธรรม (จำเนียร ช่วงโชติ. 2532 : 197, นวลละออ สุภาผล. 2527 : 152 - 153)

จากผลการศึกษา พบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของกิตติพร ปัญญาภิญโญผล (2516 : 47) พบว่า ครูที่มีช่วงอายุต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

และ ถาวร บุตรโสมตา (2525 : จ - ฉ) พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนาม มีอายุน้อยกับอายุมาก มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

3. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรน้อย มีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมาก ในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า และความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่าในด้านกลัวโดยปราศจากเหตุผล และโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้เพราะการมีบุตรมากก่อให้เกิดภาวะการแออัดคับแคบในบ้าน มีรายได้ไม่พอเลี้ยงตัวเองและครอบครัว ภาวะการเลี้ยงดูสูง เกิดการเจ็บป่วยและตายมากกว่าที่ควร ขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ อบรมสั่งสอน เด็กเกิดความว้าเหว่ ไม่มีที่ปรึกษา ทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน ภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ ถ้ามีพื้นฐานทางจิตไม่ดีอยู่แล้ว ย่อมจะมีภาวะแปรปรวนทางจิตได้ง่าย (สุโขทัยธรรมาธิราช. 2528 : 38 - 39, 2529 ข : 234) จากผลการศึกษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของลีเบอร์แมน (Lieberman.1970 : 10) ที่พบว่าจำนวนบุตรธิดาหลายคนมีผลทำให้คู่สมรสมีโอกาสที่จะปรับตัวให้สอดคล้องกันและกันน้อยลง อีกทั้งความไม่สุขสมบูรณ์จะเพิ่มขึ้น และกรมการแพทย์ (2532 : 13 - 14) พบว่า ผู้ที่ได้ผลกระทบด้านสุขภาพจิตมีความเครียดสูงมาก ระดับเสี่ยง คือผู้ที่มีบุตรจำนวน 3 - 5 คน

4. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุก ๆ ด้าน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 อาจเป็นเพราะหญิงมีครรภ์ส่วนมาก ไม่ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย มีการผลิตเพื่อกินเอง ใช้เอง ทำให้เกิดความสมดุล พอกินพอใช้ ไม่ขาดทุน ไม่เป็นหนี้สิน จึงมีชีวิตที่สงบ และสิ่งเหล่านี้ไม่ได้คิดออกมาเป็นรายได้ที่เป็นตัวเงิน ผลการศึกษา ไม่สอดคล้องกับเบสเนอร์ (Coleman and Hammen. 1974 : 308 - 309; citing Besner. 1967) พบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ สามีและภรรยาจะห่างเหินมีอารมณ์ ว้าเหว่ ระแวงสงสัย มีการทะเลาะเบาะแว้ง และความขัดแย้งมากกว่าสามีและภรรยาที่อยู่ในครอบครัวฐานะปานกลางและฐานะสูง วิไลวัจส์ กฤษณะภูติ และสำเริง จันทรสุวรรณ (2523 : บทคัดย่อ) พบว่าสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปัญหาเศรษฐกิจมากที่สุด

5. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีชุมชนที่อยู่อาศัยในเขตเมือง และเขตชนบทมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันในด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย กลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และแตกต่างกันในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่ง

เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 4 อาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงเริ่มจากเมืองหลวงก่อนและขยายเข้าสู่สังคมแบบ ตัวเมืองที่เจริญตามกันขึ้นมาในท้องถิ่นต่าง ๆ และโดยที่สังคมชนบททั้งหลายก็กำลังขยายตัวไปในทางที่จะก้าวขึ้นมาสู่สังคมแบบตัวเมืองด้วยกันทั้งนั้น (ผจงจิตต์ อธิคมนันทะ. 2533 : 100) แต่การพัฒนาสมัยใหม่ทำให้หมู่บ้านชนบทล้มละลายทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพราะรายจ่ายเพิ่มขึ้น (ประเวศ วะสี. 2530 : 17) ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัชรา กาญจนารัณย์ และคณะ. (2527 : 34 - 40) พบว่าประชากรในบริเวณพื้นที่ชลประทานโครงการปาสักใต้มีแนวโน้มที่จะมีอาการผิดปกติทางร่างกายมากกว่าประชากรบริเวณกรุงเทพมหานคร และ ส่งศรี จัยสิน และคณะ. (2528 : 247 - 257) ที่พบว่าประชาชนในเขตเทศบาลมีความเครียด ต่ำกว่าประชาชนนอกเขตเทศบาล

6. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5 โดยพบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ มีความแตกต่างกับอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม รับจ้าง และค้าขาย ในหลาย ๆ ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพอื่น ๆ ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน เมื่อเกิดความคับข้องใจมีปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัว โอกาสที่จะไปปะทะสังสรรกับบุคคลอื่น เพื่อหาทางระบายออกหรือแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการปรึกษาหารือกัน อาจมีน้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ ส่วนผลการวิจัยไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาไว้

7. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวเดี่ยวมีระดับสุขภาพจิตทุก ๆ ด้านไม่ดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีประเภทของครอบครัวขยาย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 6 เนื่องจากทางด้านจิตวิทยา ถือว่าครอบครัว เน้นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของตนมากที่สุด เป็นกลุ่มที่มีความเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกแต่ละคน เกี่ยวโยงกันประดุจสายใยแมลงมุม (คณาจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. 2525 : 202) และบทบาทของสตรีในปัจจุบันมีมากขึ้นในสังคม มีสิทธิเสรีภาพโดยเท่าเทียมกัน (ผจงจิตต์ อธิคมนันทะ. 2533 : 68) ส่วนผลการวิจัย ไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาไว้

8. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีอายุแรกสมรสแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุก ๆ ด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 7 ทั้งนี้เพราะการสมรสในปัจจุบันสามารถชลอการมีบุตร ธิดา ได้ เพราะมีวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวหลายวิธี สามารถเลือกได้ตามความเหมาะสม ทำให้ไม่ต้องรับภาระในการเลี้ยงบุตร ธิดา ในภาวะที่คู่สมรสยังไม่พร้อม ซึ่งมีส่วนในการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้ประการหนึ่ง ดังที่ ชัชชัย มุ่งการดี. (2533 : 14) กล่าวว่าประชาชนโดย เฉพาะกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผน

ครอบครัว และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล อันเป็นผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ ส่วนผลการวิจัยในเรื่องนี้ ไม่พบว่ามีผู้ใดได้ศึกษาไว้

9. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันในด้านโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 8 จากการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาในภาคบังคับ ส่วนการศึกษาในระดับสูงขึ้นไปมีจำนวนน้อย การศึกษานั้นมีบทบาทมากในการพัฒนาชีวิตและสังคมเป็นอย่างมาก เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้ ความคิด ทักษะ ค่านิยม มีความสามารถในการใช้สติปัญญาของตน ในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ สามารถดำรงชีวิตและพัฒนาชีวิตด้านความเป็นอยู่ให้สอดคล้องกับภาวะด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันได้ด้วยวิธีการที่ชอบธรรม การศึกษาทำให้ชีวิตมีคุณภาพ (พิมพ์พรรณ เทพสุเมธานนท์, เรืองศรี ศรีทอง และนุชนารถ สุนทรพันธ์. 2534 : 8) สำหรับชีวิตที่มีคุณภาพนั้นเป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจ การเมือง และทางสังคมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตน สามารถแก้ปัญหาและเฉพาะหน้า หรือปัญหาที่สลับซับซ้อนได้ (ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และณรงค์ เทียนส่ง. 2521 : 138)

10. ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรกจะมีสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ในด้านความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย และโรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่าในด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า และกลัวโดยปราศจากเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 9 อาจเป็นเพราะในการตั้งครรภ์ครั้งแรกนั้น หญิงมีครรภ์อาจจะมีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูลูกของตนในอนาคตด้วย ส่วนฝ่ายสามีจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตนเองไม่เคยได้รับมาก่อน หากไม่สามารถปรับตัวยอมรับภาวะที่ภรรยาแสดงออกได้เช่นการแพ้ท้องจะมีอารมณ์หงุดหงิด ถ้าสามีมีอาการวิตกกังวล ก็จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับคู่ครองของตนเองได้ (สุโขทัยธรรมาธิราช. 2528 : 72) และในสังคมไทย พ่อนับว่าเป็นผู้นำครอบครัว และลูกเป็นผู้สืบสกุลพ่อโดยตรง จึงมีความต้องการที่จะมีลูก ถึงแม้ฝ่ายหญิงยังไม่ต้องการมีลูก แต่เพื่อเห็นแก่สามีก็ยอมเสียสละ หรือในบางรายทั้งพ่อและแม่ยังไม่ต้องการมีลูก แต่ขาดความรู้ในการวางแผนครอบครัว แม่จึงเกิดตั้งครรภ์ (สุโขทัยธรรมาธิราช. 2531 ก : 63 - 64) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของลีเบอร์แมน (Lieberman. 1970 : 10) พบว่า การปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์และไม่น่าปิติ พบในกลุ่มคู่สมรสที่ไม่ต้องการบุตรหรือธิดานั้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ชี้ชัดแล้วว่ามีปัจจัยหลาย ๆ ประการ ที่มีผลต่อสุขภาพจิต ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้นไม่สามารถแก้ไข ปรับปรุงเปลี่ยนได้ในระดับจุลภาค หรือเฉพาะบุคคล แต่จะต้องมองไปถึงโครงสร้างและระบบที่มีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงมีผลกระทบต่อกันและกัน เช่น ในด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. สถาบันครอบครัว ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กจากความต้องการให้เด็กเชื่อฟังแต่ผู้ใหญ่อย่างเดียว ให้เป็นเด็กที่กล้าแสดงความคิดเห็น หัดแก้ปัญหาด้วยตนเอง และจะส่งผลให้รู้จักการแก้ปัญหาชีวิตในภายภาคหน้าได้ดี เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตดี

2. สถาบันการศึกษา ทั้งในระบบและนอกระบบ นอกจากจะให้ความรู้ตามหลักสูตรหรือวิชาชีพโดยตรงแล้ว ควรจะจัดความรู้ที่จะให้นำไปใช้แก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และไปอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสงบสุข

3. สถาบันทางศาสนา ควรจะปรับเปลี่ยนวิธีการเผยแพร่อบรม ความรู้ด้านศาสนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ตลอดจนเปลี่ยนพฤติกรรมการนับถือศาสนาเพียงรูปแบบหรือเพียงการประกอบพิธีกรรม ไปสู่การนับถือศาสนาโดยยึดเนื้อหา หรือแก่นแท้ของศาสนาเป็นหลักเพื่อจะได้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจได้อย่างแท้จริง

4. สถาบันที่เกี่ยวกับการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จะต้องหารูปแบบการพัฒนาที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมท้องถิ่น การพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วนั้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาเพียงด้านวัตถุอย่างเดียว โดยไม่พัฒนาจิตใจควบคู่กันไป นอกจากการพัฒนาจะล้มเหลวแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจด้วย

5. สถาบันที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นสถาบันที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน จะต้องระลึกอยู่เสมอว่าการมุ่งแต่รักษาโรคอย่างเดียวนั้นอาจจะไม่ประสบความสำเร็จ และปัญหาอาจจะรุนแรงยิ่งขึ้นไปเรื่อย ๆ เพราะโรคนั้นอาจจะไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หรือสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง อาจเกิดจากสาเหตุร่วมหลาย ๆ อย่าง เช่น สภาพแวดล้อมภายในครอบครัว ชุมชน หรือสังคม โดยเฉพาะครอบครัวนับว่าสำคัญยิ่ง ฉะนั้นงานเวชศาสตร์ครอบครัวไม่สามารถจะละเลยไปได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้เครื่องมือทดสอบสุขภาพจิตแบบอื่น ๆ โดยเฉพาะแบบทดสอบที่นักวิชาการไทยได้สร้างขึ้นเอง เพราะอาจจะทำให้ได้ลักษณะปัญหาสุขภาพจิตที่กระจ่างชัดยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาถึงตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุของการตั้งครรภ์ ลักษณะของการสมรส ภูมิลำเนาเดิม สถานภาพในด้านต่าง ๆ ของคู่สมรส ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์ก่อนการสมรส เป็นต้น ซึ่งจะเพิ่มความสมบูรณ์ของลักษณะปัญหาสุขภาพจิต และใช้เป็นแนวทางในการแนะนำป้องกันส่งเสริม ตลอดจนการแก้ปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การศึกษาเปรียบเทียบ สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดหรือภาคอื่นที่มีสภาพภูมิประเทศ หรือลักษณะอื่น ๆ ที่แตกต่างกัน เช่น ศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิต ได้ถูกต้องกับท้องถิ่นนั้น ๆ

4. การศึกษาแบบเจาะลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตเป็นด้าน ๆ ไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเฉพาะด้าน ได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

5. ในเรื่องของสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก มีความลึกซึ้ง ละเอียดอ่อน การใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว อาจจะได้ข้อมูลไม่ชัดเจน ผู้วิจัยควรจะใช้วิธีการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือวิธีการอื่น โดยที่ผู้วิจัยเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์นั้นด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้องมากกว่าการใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกวัตน์ สุขะตุงคะ. วิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.

กวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันไกรพล. "การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์," วารสารจิตวิทยาคลินิค. 7 : 12 - 23 ; เมษายน 2520.

การแพทย์, กรม. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2529.

_____. "การส่งเสริมสุขภาพจิตหญิงมีครรภ์," ข่าวสารสุขภาพจิต. 7(10) : 80 ; ตุลาคม, 2531.

_____. ความรู้สุขภาพจิตสำหรับ อสส. อสม. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์, 2531.

_____. "การศึกษาผลกระทบต้านสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยภาคใต้ของประเทศไทย พ.ศ. 2531," ข่าวสารสุขภาพจิต. 8(2) : 13 - 15 ; กุมภาพันธ์, 2532.

_____. สุขภาพจิต 12. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2532.

กิตติพร ปัญญาภิญโญผล. สุขภาพจิตของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2516. อัดสำเนา.

คณาจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. สังคมวิทยามานุษยวิทยาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : กราฟิคอาร์ต, 2525.

จรินทร์ ธานีรัตน์. อนามัยบุคคล. กรุงเทพฯ : พีระพันธนา, 2523.

_____. อนามัยบุคคลและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สหบูรพาสาส์นการพิมพ์, 2526.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. "การตั้งครรภ์," หมอชาวบ้าน. 11(13) : 37 ; มีนาคม 2533.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอุดม คมพยัคฆ์. อนามัยแม่-เด็กและการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม, 2523.

จารุณี สงขกุล. สุขภาพในครอบครัว. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พลศึกษา, 2527. อัดสำเนา.

จิตรา วสุวนิช. สุขภาพจิตและการปรับอารมณ์. กรุงเทพฯ : ป.สัมพันธ์พาณิชย์, 2527.

จิตติมา โสภารัตน์. การอนามัยแม่และเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2527.

จำเนียร ช่วงโชติ. จิตวิทยาความแตกต่าง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2532.

เฉลียว บุญยงค์. การศึกษาชีวิตครอบครัว. กรุงเทพฯ : แสงจันทร์การพิมพ์, 2526.

ชญาดา ศิริภิรมย์. การวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2529.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

ชัชชัย มุ่งการดี. ความเป็นมาของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : องค์การสังเคราะห์ทหารผ่านศึก 2533.

ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และณรงค์ เทียนส่ง. ประชากรศึกษา กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2521.

โชคชัย ทับล้อม. "คุณภาพสังคม : โรคบ้ากำลังระบาดหนักในไทย." ไทยรัฐ. 13 กรกฎาคม, 2533. หน้า 5.

ณัจฉลดา พิชิตปัญชาการ. ปัญหาสังคม. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2530.

ณรงค์ ตะละภัฏ และยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. "โครงการอบรมสัมมนาสุขภาพจิตสำหรับพ่อแม่" "โรงเรียนสำหรับพ่อแม่," ข่าวสารสุขภาพจิต. 9(9) : 68 - 69 ; 2533.

ถาวร บุตรโสมตา. สุขภาพจิตผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.

เทพนม เมืองแมน. รอบเดือนมาสายควรทำอย่างไร. ม.ป.ท. : 2527. อัดสำเนา.

นวลละออ สุภาผล. ทฤษฎีบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527. อัดสำเนา.

นันท์ พินิต. "เติมพลังปัญญาเพื่อเขย้อนโลก," ไทยรัฐ. 22 กรกฎาคม 2533. หน้า 6.

นิภา มนุญปิจุ. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.

ประสงค์ บูรณ์พงศ์. "สังคมยุคใหม่เพิ่มคนไข้ซึมเศร้า," ไทยรัฐ. 24 กรกฎาคม 2533. หน้า 3.

ประเวศ วะสี. พุทธกับเกษตรกรรมศานติสุขของสังคมไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2530.

ปราณี รามสูตร. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เจริญกิจ, 2528.

"ปีทองของเด็กไทย," ข่าวสารสุขภาพจิต. 9(5) : 35 ; 2533.

ผจงจิตต์ อธิคมนันทะ. การเปลี่ยนแปลงสังคมและวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2533.

ฝน แสงสิงแก้ว. "รวมเรื่องสุขภาพจิต," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 12(3 - 4) : 130 - 137 ; กรกฎาคม - ตุลาคม 2510. กรุงเทพฯ : ไทยเขษม, 2510.

_____. "สุขภาพจิต และการประชุมวิชาการสุขภาพจิตของสมัชชาองค์การอนามัยโลก," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ม.ป.ท. : 256; กรกฎาคม - ตุลาคม 2522.

_____. "ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว," การศึกษาเอกชน. 7(4) : 21 - 26 ; มกราคม 2525.

พัชรา กาญจนารัณย์ และคณะ. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของประชากรในพื้นที่ชลประทานโครงการป่าสักใต้ และบริเวณกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย, 2527. อัดสำเนา.

พิไลรัตน์ รุจิวณิชย์กุล. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้มารับบริการจากหมอดู : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการจากหมอดูของสมาคมโหรแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523. อัดสำเนา.

พิมพ์พรรณ เทพสุเมธานนท์, เรืองศรี ศรีทอง และนุชนาถ สุนทรพันธุ์. การศึกษาเพื่อพัฒนาชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2534.

เพ็ญศรี พิชัยสนิท. "การเลี้ยงดูเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก," ใน เด็กดีเด่นด้านสุขภาพ ปี 2526 - 2530. หน้า 46. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2531.

ฟอง เกิดแก้ว. อนามัยส่วนบุคคลและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2525.

มนต์ชัย ไชยพร. "การวางแผนครอบครัว," หมอชาวบ้าน. 12(143) : 74; มีนาคม 2534.

มลวิภา ทรงวุฒิศีล. จิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คุณพินอักษรกิจ, 2528.

ยรรยง ศุทธรัตน์. "สุขภาพจิตในครอบครัว," สุขภาพ. 5(11) : 29 - 33 ; สิงหาคม 2520.

รัชนี ลาชโรจน์. อนามัยครอบครัวและเวชปฏิบัติ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มศว.ประสานมิตร, 2527.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศึกษาพร, 2528.

วรรณี ลิมอักษร. สุขภาพจิตในโรงเรียน. สงขลา : โครงการบริหารวิชาการ มศว.สงขลา, 2524.

วณิช บรรจง. ศิลปะการเข้าถึงจิตใจเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : รุ่งวัฒนา, 2530.

วางแผนครอบครัว, สมาคม. คู่มือการสอนเรื่องครอบครัวศึกษา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสไตล์, 2530.

วิวัฒน์ชัย กุลมาตย์. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : พัฒนศึกษา, 2526.

วิไลวัจส์ กฤษณะภูติ และสำเริง จันทรสุวรรณ. ปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านสวัสดิการหอพักของนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานการวิจัย, 2523. อัดสำเนา.

ศิริพร สุวรรณเทศ และอาภาพิตร พูลพุทธหงษ์. "การศึกษาระบาดวิทยาในครอบครัวที่มีบุตรสองคน กับปัญหาสุขภาพจิต," ข่าวสารสุขภาพจิต. 6(5) : 35 ; พฤษภาคม, 2528.

ส่งศรี จัยสิน และคณะ. "สุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี," วารสารกรมการแพทย์. 4 : 247 - 259 ; เมษายน 2528.

สมประสงค์ มั่นจินดา และคณะ. คู่มือการศึกษาวิชาพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ : พิมเณศ, 2516.

สุจริต สุวรรณชีพ. คู่มือฝึกอบรมความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล. กรุงเทพฯ : กองสุขภาพจิต, 2525.

_____. "ความเครียด," ข่าวสารสุขภาพจิต. 8(3) : 22 ; มีนาคม 2532.

สุชาติ โสมประยูร. สุขวิทยา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2515.

สุพัฒนา เตชาติวงศ์ ณ อยุธยา. สุขภาพจิตของสตรีมีครรภ์มีอิทธิพลต่ออนาคตของชาติ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., ม.ป.ป.ก.

_____. ลูกรักจงเป็นเด็กดี. กรุงเทพฯ : คุรุสภา, 2527. ข.

_____. "สุขภาพจิตดีปีใหม่," ชีวิตและสุขภาพ. 7(46) : 9 ; มกราคม 2531.

สุภาพรรณ โคตรจรัส. สุขภาพจิต เล่ม 1 จิตวิทยาในการดำรงชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา และครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป.

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

สุเมธ แก้วแพรก. การปรับตัวและสุขภาพจิตในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : คุณฑิณอักษรกิจ, 2526.

สุโขทัยธรรมาธิราช, มหาวิทยาลัย. คนาวัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนพิมพ์, 2528.

_____. สุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ประชาชน, 2529 ก.

_____. วิทยาการระบาดและการควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2529. ข.

_____. พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ประชาชน, 2531. ก.

_____. คนาวัยชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : น่ำกังการพิมพ์, 2531. ข.

_____. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.

สุโท เจวิญสุข. บทศึกษาจิตวิทยา จิตวิทยาเพื่อการศึกษา การแนะแนว สุขภาพจิตในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2520.

อมราภุล อินโอชานนท์. ข่าวสารสุขภาพจิต. 7(12) : 94 - 95 ; ธันวาคม 2531.

อุบลรัตน์ เพ็งสลิตย์. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : แสงจันทร์การพิมพ์, 2527.

_____. ความจำมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ; มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2531.

Ackerman, N.W. "The Psychodynamics of Family Life, 1958." In Contemporary Psychology and Effective Behavior. Edited by James C. Coleman and Constance L. Hammen. Illinois : Scott, Foreman, 1974.

Bernard, Harold W. Mental Health in Classroom. New York : McGraw - Hill Book Company, 1970.

Besner, A. "Economic Deprivation and Family Pattern, 1967." In Contemporary Psychology and Effective Behavior. Edited by Jame C. Coleman and Constance L. Hammen. Illinois : Scott, Foreman, 1974.

Coleman, James C. Abnormal Psychology and Modern Live. Los Angeles : Scott, Foreman Company, 1964.

Egbert, E. "Concept of Wellness," Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service. 18 : 9 - 12 September, 1980.

Enling, Spurgeon O. and Peason, Gerald H.J. Emotional Problems of Living. New York : W.W. Norton Company, 1963.

Feitter, F and Tokar, E. "Getting and Handle on Teacher Stress : How bad is the problem," Educational Leadership. 99 : 456 - 457 ; September, 1980.

Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychology and Education. 5th ed. Tokyo : McGraw - Hill, International Book, 1981.

Jahoda, Maria. Curent Concept of Positive Mental Health. New York : New York Book Copany Publisher Inc., 1958.

Lieberman, J.E. "A Case of the Small Family," Population Reference Bulletin. 1 - 10 April, 1970.

Lindquist, E.F. Design and Analysis of Experiment in Psychology. Boston : Noughton Mifflin, 1956.

Mouly, George J. Psychology of Effective teaching. New York : Holt Rinchart and Winton Inc., 1965.

Rollin and Feldman. "Mariton Satisfaction Over the Family Circle." Journal of Marriage and Family. 1 : 10 ; 1970.

Wainright, W.H. Fatherhood as a Precipitant of Mental Illness Am. J. Psychiat. 123 : 40 - 44 ; 1966.

Winer, Gary Lee. An Experimental Analysis of Static Visual Acuity of Movie, Trained and Experience Motocholists During, Simulated Motocycle Operation. Doctor's Thesis, The Ohio State University, 1971.

ภาคผนวก

แบบสอบถามส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว

<u>คำชี้แจง</u> โปรดกาเครื่องหมายกากบาท ✕ ลงในช่อง ◯ ตามความเป็นจริง หรือเติมคำในช่องว่าง

1. ขณะนี้ท่านอายุเท่าใด
   - ◯ น้อยกว่า 20 ปี
   - ◯ 20 - 30 ปี
   - ◯ 31 - 40 ปี
   - ◯ 41 ปีขึ้นไป
2. จำนวนบุตร รวมกับที่กำลังตั้งครรภ์อยู่
   - ◯ 1 คน
   - ◯ 2 คน
   - ◯ 3 คน
   - ◯ มากกว่า 3 คน ระบุ.....คน
3. รายได้ของครอบครัว
   - ◯ ต่ำกว่า 3,500 บาท/เดือน
   - ◯ 3,501 - 5,000 บาท/เดือน
   - ◯ มากกว่า 5,000 บาท/เดือน
4. ท่านอาศัยอยู่ใน
   - ◯ เขตสุขาภิบาล
   - ◯ เขตเทศบาล
   - ◯ นอกเขตสุขาภิบาลและเทศบาล
5. อาชีพของท่าน
   - ◯ เกษตรกรรม
   - ◯ ค้าขาย
   - ◯ รับจ้าง
   - ◯ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
   - ◯ อื่น ๆ ระบุ.....

6. สมาชิกในครอบครัวนอกจากตัวท่านและสามียังมีสมาชิกอื่นหรือไม่

◯ ไม่มี

◯ มี ระบุ.....

7. อายุที่ท่านแต่งงาน

◯ น้อยกว่า 20 ปี

◯ 20 - 30 ปี

◯ 31 - 40 ปี

◯ 41 ปีขึ้นไป

8. การศึกษาของท่าน

◯ ป.1 - ป.6 (7)

◯ ม.1 - ม.3 (มศ.1 - มศ. 3)

◯ ม.4 - ม.6 (มศ.4 - มศ.5)

◯ อนุปริญญา

◯ ปริญญาตรี

◯ สูงกว่าปริญญาตรี

9. การตั้งครรภ์ของท่านครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ ครั้งที่

◯ ครั้งแรก

◯ ไม่ใช่ครั้งแรก

แบบสอบถามส่วนที่ 2

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นปัญหาซึ่งอาจจะเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง โปรดอ่านแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และหลังจากท่านอ่านแล้ว ให้ทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลขที่อธิบายตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ว่าปัญหานั้น ได้รบกวนท่านมากน้อยเพียงใด ในสัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันนี้ ทำเครื่องหมายวงกลมเพียงหนึ่งคำตอบในแต่ละข้อและให้ทำทุกข้อ

โปรดใช้ดินสอ ถ้าท่านเปลี่ยนคำตอบ ให้ลบเครื่องหมายแรกออก โปรดอย่าทำเครื่องหมายอื่นบนกระดาษ

โปรดดูตัวอย่างก่อนทำ

ท่านถูกรบกวนโดยสิ่งต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

1. ปวดหลัง ไม่เลย 0 เล็กน้อย (1) ปานกลาง 2 ค่อนข้างมาก 3 มากที่สุด 4

ท่านถูกรบกวนโดยสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ปวดศีรษะ	0	1	2	3	4
2. ประสาทอ่อนหรือประหม่าง่าย	0	1	2	3	4
3. ความคิดซ้ำซาก	0	1	2	3	4
4. เป็นลมหรือวิงเวียน	0	1	2	3	4
5. ขาดความสนใจทางเพศ	0	1	2	3	4
6. ความรู้สึกวิพากวิจารณ์คนอื่น	0	1	2	3	4
7. มีความคิดว่าผู้หนึ่งผู้ใดสามารถควบคุมความคิดของท่าน	0	1	2	3	4
8. รู้สึกว่าคนอื่น ๆ ควรได้รับคำตำหนิที่ให้ท่านลำบาก	0	1	2	3	4
9. จำอะไรไม่ค่อยได้	0	1	2	3	4
10. กังวลเกี่ยวกับความสะเพร่าของตัวเอง	0	1	2	3	4
11. ความรู้สึกโกรธและหงุดหงิดง่าย	0	1	2	3	4
12. ปวดที่หัวใจหรือหน้าอก	0	1	2	3	4
13. รู้สึกกลัวที่โล่งแจ้งหรือถนน	0	1	2	3	4

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
14. รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงหรือเชื่องช้า	0	1	2	3	4
15. คิดอยากจะตาย	0	1	2	3	4
16. ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน	0	1	2	3	4
17. อาการตัวสั่น	0	1	2	3	4
18. รู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น	0	1	2	3	4
19. ไม่เจริญอาหาร	0	1	2	3	4
20. ร้องไห้	0	1	2	3	4
21. รู้สึกอายหรืออึดอัดเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้าม	0	1	2	3	4
22. รู้สึกว่าถูกรักษัง หรือถูกคุกคาม	0	1	2	3	4
23. กลัวโดยไม่มีเหตุผล	0	1	2	3	4
24. มีอารมณ์ผุ่งที่ระงับไม่ได้	0	1	2	3	4
25. รู้สึกกลัวเมื่อออกนอกบ้านคนเดียว	0	1	2	3	4
26. ตำหนิตัวเองในเรื่องต่าง ๆ	0	1	2	3	4
27. ปวดนั่นเอว	0	1	2	3	4
28. รู้สึกลำบากในการทำงานให้เสร็จ	0	1	2	3	4
29. รู้สึกเหงา	0	1	2	3	4
30. รู้สึกเศร้า	0	1	2	3	4
31. กังวลในสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป	0	1	2	3	4
32. รู้สึกไม่สนใจในสิ่งต่าง ๆ	0	1	2	3	4
33. รู้สึกกลัว	0	1	2	3	4
34. รู้สึกสะเทือนใจง่าย	0	1	2	3	4
35. คนอื่นล่วงรู้ถึงความคิดในใจของท่าน	0	1	2	3	4
36. รู้สึกว่าคนอื่น ๆ ไม่เข้าใจหรือเห็นอกเห็นใจท่าน	0	1	2	3	4
37. รู้สึกว่าคนอื่นไม่เป็นมิตรหรือไม่ชอบท่าน	0	1	2	3	4
38. ต้องทำงานช้า ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าถูกต้อง	0	1	2	3	4
39. หัวใจเต้นแรงและเร็ว	0	1	2	3	4

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
40. คลื่นไส้หรือปั่นป่วนในท้อง	0	1	2	3	4
41. รู้สึกต้อยกว่าผู้อื่น	0	1	2	3	4
42. ปวดกล้ามเนื้อ	0	1	2	3	4
43. รู้สึกถูกจ้องมองหรือกล่าวถึง	0	1	2	3	4
44. มีปัญหาเรื่องหลับยาก	0	1	2	3	4
45. ตรวจตราสิ่งที่ทำไปแล้วซ้ำแล้วซ้ำอีก	0	1	2	3	4
46. มีความลำบากในการตัดสินใจ	0	1	2	3	4
47. รู้สึกกลัว การเดินทางโดยรถประจำทางหรือรถไฟ	0	1	2	3	4
48. หายใจไม่สะดวก	0	1	2	3	4
49. รู้สึกสะบัดร้อนสะบัดหนาว	0	1	2	3	4
50. หลีกเลี่ยงบางสิ่งบางอย่าง, สถานที่บางแห่ง	0	1	2	3	4
51. คิดอะไรไม่ออก	0	1	2	3	4
52. รู้สึกชาหรือซู่ซ่าตามตัว	0	1	2	3	4
53. มีก้อนอะไรมาจุกอยู่ที่คอหอย	0	1	2	3	4
54. รู้สึกสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต	0	1	2	3	4
55. ไม่มีสมาธิ	0	1	2	3	4
56. รู้สึกว่าบางส่วนของร่างกายไม่มีแรง	0	1	2	3	4
57. รู้สึกตึงเครียด	0	1	2	3	4
58. รู้สึกหนักตาม แขน ขา	0	1	2	3	4
59. คิดถึงเรื่องความตาย	0	1	2	3	4
60. รับประทานอาหารมากเกินไป	0	1	2	3	4
61. รู้สึกไม่สบายใจเมื่อคนเฝ้ามอง หรือพูดเกี่ยวกับตัวของท่าน	0	1	2	3	4
62. มีความคิดที่ไม่ใช่เป็นความคิดของตัวเอง	0	1	2	3	4
63. อยากทำร้ายคนอื่น	0	1	2	3	4
64. ตื่นแต่เช้ามืด	0	1	2	3	4

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
65. ทำอะไรซ้ำซากเป็นต้นว่า แตะ, นับ, ล้าง	0	1	2	3	4
66. หลับไม่สนิท	0	1	2	3	4
67. อยากทำลายข้าวของ	0	1	2	3	4
68. รู้สึกว่าคนอื่นไม่เห็นด้วย และไม่ร่วมมือกับท่าน	0	1	2	3	4
69. รู้สึกว่าคนอื่นมุ่งความสนใจมาที่ตัวท่าน	0	1	2	3	4
70. รู้สึกอึดอัดเมื่อมีคนมาก เช่น เมื่อไปซื้อของหรือชมภาพยนตร์	0	1	2	3	4
71. รู้สึกว่าการทำทุกสิ่งทุกอย่างต้องใช้ความพยายาม	0	1	2	3	4
72. รู้สึกตื่นตกใจเป็นบางครั้ง	0	1	2	3	4
73. รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องกินหรือดื่มในที่สาธารณะ	0	1	2	3	4
74. มีเรื่องโต้แย้งกับคนอื่นบ่อย ๆ	0	1	2	3	4
75. รู้สึกกระวนกระวายเมื่อถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว	0	1	2	3	4
76. คนอื่นไม่ให้ความเชื่อถือในความสำเร็จของท่าน	0	1	2	3	4
77. รู้สึกว้าเหว่ แม้ว่าจะอยู่ท่ามกลางผู้คน	0	1	2	3	4
78. รู้สึกนั่งไม่ติด	0	1	2	3	4
79. รู้สึกตัวเองไม่มีค่า	0	1	2	3	4
80. รู้สึกว่าสิ่งที่คุ้นเคยมาก่อนดูแปลกไป	0	1	2	3	4
81. อยากตะโกน หรือขว้างปาข้าวของ	0	1	2	3	4
82. รู้สึกกลัวจะเป็นลมในที่สาธารณะ	0	1	2	3	4
83. รู้สึกว่า คนอื่นจะเอาเปรียบถ้าท่านยอม	0	1	2	3	4
84. ความคิดเรื่องเพศรบกวนท่านค่อนข้างมาก	0	1	2	3	4
85. มีความคิดว่าท่านควรได้รับโทษจากบาปที่ท่านก่อขึ้น	0	1	2	3	4
86. รู้สึกมีอะไรมาผลักดันให้ทำสิ่งต่าง ๆ	0	1	2	3	4

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
87. มีความคิดว่าบางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติอย่างร้ายแรง เกิดขึ้นกับร่างกายของท่าน	0	1	2	3	4
88. ไม่เคยรู้สึกสนิทสนมกับผู้อื่น	0	1	2	3	4
89. มีความรู้สึกผิด	0	1	2	3	4
90. มีความคิดว่า บางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้นกับจิตใจของท่าน	0	1	2	3	4

ตาราง 32 รายข้อของแต่ละกลุ่มอาการ

	SOMATIZATION	OBSESSIVE COMPULSIVE	INTERPERSONAL SENSITIVITY	DEPRESSION	ANXIETY	HOSTILITY	PHOBIA	PARANOID	PSYCHOTICISM	ADDITIONAL
	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
	1	3	6	5	2	11	13	8	7	19
	4	9	21	14	17	24	25	18	16	44
	12	10	26	15	23	63	47	73	35	59
	27	28	34	20	33	67	50	68	62	60
	40	38	36	22	37	74	70	76	77	64
	42	45	37	29	39	81	75	8	84	66
	48	46	61	30	72		82		85	89
	49	51	69	31	78				87	
	52	55	73	32	80				88	
	53	65		41	86				90	
	56			54						
	58			71						
				79						
Total	12	10	9	13	10	6	7	6	10	7

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ – ชื่อสกุล	นายไพบูลย์ สาวสวนศรีเจริญ
วัน เดือน ปีเกิด	13 มิถุนายน 2505
สถานที่เกิด	82 ม. 3 ต.หนองงูเหลือม อ.เมือง จ.นครปฐม
ที่อยู่ปัจจุบัน	83 ม. 7 ต.ธรรมศาลา อ.เมือง จ.นครปฐม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2525 ประกาศนียบัตรวิชาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พนักงานอนามัย) จากวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ จ.ยะลา
	พ.ศ. 2529 ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) จาก มหาวิทยาลัยรามคำแหง
	พ.ศ. 2533 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
	พ.ศ. 2534 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2525 – ปัจจุบัน สถานีอนามัยวัดธรรมศาลา อ.เมือง จ.นครปฐม