610.730 73
จ327ก
ฉ.3

P42
103 ฉ 106

การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

จารุพร แสงเปา

27 พ.ย. 2534

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2534

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

174816

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(ผศ.สุจินต์ ปรีชามารถ)

..... กรรมการ

(อ.ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ผศ.สุจินต์ ปรีชามารถ)

..... กรรมการ

(อ.ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผศ.หวีสิทธ์ สิทธิกร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ.ดร.สมพร บัวทอง)

วันที่ 3.. เดือน พฤษภาคม.. พ.ศ. 2534..

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ อาจารย์ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร ที่ได้ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำในการศึกษาค้นคว้าเป็นอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณนิสิตที่ร่วมชั้นเรียน วิชาเอกสุขศึกษา ที่ได้ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกคน จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยสำนึกในความกรุณาที่ได้รับจากทุกฝ่ายที่มีส่วนช่วยให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

จารุพร แสงเปา

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	3
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	4
	ข้อตกลงเบื้องต้น	4
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	7
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	19
	การวิจัยในต่างประเทศ	19
	การวิจัยในประเทศไทย	29
	สมมุติฐานของการวิจัย	39
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	40
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	40
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	40
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	42
	วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	43
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	44

บทที่ หน้า

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า 46
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล 46
ผลการศึกษาค้นคว้า 46

5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ 66
บทย่อ 66
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า 66
วิธีดำเนินการวิจัย 66
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 67
การวิเคราะห์ข้อมูล 67
สรุปผลการค้นคว้า 68
อภิปรายผล 70
ข้อเสนอแนะ 79
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป 80

บรรณานุกรม 81

ภาคผนวก 92

ประวัติย่อของผู้วิจัย 108

บัญชีตาราง

ตาราง หน้า

1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามลำดับชั้นปีการศึกษา 47

2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามอายุ 48

3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามสภาพการสมรสของบิดามารดา 49

4 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 50

5 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามลำดับที่ของการเป็นบุตร 51

6 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามภูมิลำเนาเดิม 52

7 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามระดับสุขภาพจิต 53

8 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามระดับชั้นปีการศึกษากับระดับสุขภาพจิต 54

9 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามอายุกับระดับสุขภาพจิต 55

10 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามสภาพการสมรสของบิดามารดากับระดับสุขภาพจิต 56

11 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิต 57

12 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิต 58

13 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิต 59

14 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นปีการศึกษากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล 60

15 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล 61

ตาราง หน้า

16 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการสมรสของบิดามารดากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล 62
17 ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล 63
18 ความสัมพันธ์ระหว่างลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล 64
19 ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล 65

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขจะดำเนินไปได้ตามวัตถุประสงค์นั้น จำเป็นจะต้องอาศัยแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ แต่แพทย์และพยาบาลนั้น นับว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ให้เป็นไปตามเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ การให้บริการทางด้านสาธารณสุขนั้นจะประกอบไปด้วยการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย ยิ่งเมื่อกิจการสาธารณสุขขยายตัว และจำนวนประชากรของประเทศเพิ่มมากขึ้น ความต้องการในการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขก็เพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว และปรากฏว่าบริการเหล่านี้พยาบาลต้องเข้าไปมีบทบาท และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทุกส่วนของงาน เกือบจะกล่าวได้ว่าไม่มีงานสาธารณสุขส่วนใดเลยที่พยาบาลมิได้มีส่วนเข้าไปเกี่ยวข้อง เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วความต้องการพยาบาลย่อมจะมีมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องผลิตพยาบาลให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพพร้อมที่จะไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการผลิตพยาบาลให้มีคุณภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงสุขภาพและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่สถาบันผลิตพยาบาลจะจัดให้กับนักศึกษาพยาบาล

งานการพยาบาลเกี่ยวข้องโดยตรงต่อชีวิตและความปลอดภัยของประชาชน การผลิตพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของพยาบาลเป็นสำคัญ เพราะงานพยาบาลเป็นงานที่หนัก การที่พยาบาลจะให้การพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์แบบนั้น พยาบาลจะต้องมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความรู้มีทักษะ ต้องมีความอดทน เสียสละ ความสุขส่วนตน และเสี่ยงต่อการเกิดโรค อีกทั้งการปฏิบัติงานเป็นผลัดและต้องเปลี่ยนเวลาบ่อยครั้งจึงทำให้มีปัญหาต่อสุขภาพ และด้านจิตใจ (บุญเพียร

จันทวัฒนา. 2523 : 24) ในหลักการอาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่ต้องมีความเสียสละปรารถนาจะทุ่มเทชีวิตช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยหรือผู้เดือดร้อนในเรื่องของสุขภาพ แต่ในชีวิตจริงนั้นพยาบาลก็คือปุถุชนเหมือนกับคนในอาชีพอื่น ๆ ย่อมรู้สึกโกรธเกลียดและมีความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตที่มีมาตรฐาน และมีความปรารถนาและความต้องการต่าง ๆ ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างดีและเหมาะสม (สุรพงศ์ อำพันวงศ์. 2529 : 47 - 48) แต่โดยเหตุที่สภาพสังคมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงเร็วมาก บุคคลจำเป็นต้องปรับตัวมากขึ้น นักศึกษาพยาบาลก็เช่นกันต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และยังต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับลักษณะวัยของตนที่เปลี่ยนไป เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลกำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อันเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตและพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่ทำให้เกิดความเครียดและมีปัญหาการปรับตัวได้ง่าย (ชิรวัฒน์ นิจเนตร. 2526) อีกทั้งนักศึกษายังต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับลักษณะวิชาชีพพยาบาลที่ตนกำลังศึกษาอยู่ด้วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2533 : 224) การศึกษาวิชาชีพพยาบาลนั้น นักศึกษาต้องฝึกให้การพยาบาลผู้ป่วยในสภาพที่เป็นจริง ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ฉุกเฉินเฉพาะหน้าที่ต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ต้องฝึกการทำงานร่วมกับแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่น ๆ ต้องฝึกการอยู่เวรบ่าย เวรดึก ต้องเสียสละ อดทนมีความรับผิดชอบสูงจะเห็นได้ว่า นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวอย่างมากพร้อมกันในหลาย ๆ ด้านย่อมจะเกิดปัญหาการปรับตัวได้โดยง่าย ดังที่เฮอร์ลอค (Hurlock. 1968 : 467 - 468) กล่าวว่าในช่วงวัยรุ่นตอนปลายของเด็กหญิงจะมีปัญหามากกว่าเด็กชาย ถ้าถูกผลักดันให้ก้าวสู่งานอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานของวิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่ค่อนข้างหนัก มีการสลับเปลี่ยนเวรทำงาน ต้องปฏิบัติงานในเวลาวิกาลซึ่งอาจรบกวนต่อการดำรงชีวิตในสังคม (สุปราณี วศินอมร และคนอื่น ๆ. 2530 : 59) แต่ก็เป็นความจำเป็นในการจัดหลักสูตรที่ต้องมีทั้งการศึกษาทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ซึ่งทัศนา บุญทอง (2522 : 9 - 31) และสมิท (Smith. 1968 : 3) ได้ให้ความเห็นว่า การศึกษาภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเป็นหัวใจของการเรียนวิชาการพยาบาลเป็นการช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ให้รู้จักแก้ปัญหาในการให้การพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์แบบ จากการศึกษาของ สุทธิรัตน์ พิมพงศ์ (2518 : 50) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการเรียนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า

องค์ประกอบที่ส่งผลต่อการเรียนของนักศึกษาคือ ความสนใจ และการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล พิมพา สมพงษ์ และคนอื่น ๆ (2523 : 33) ได้ศึกษาปัญหาของนักศึกษาพยาบาลรามาธิบดีทุกชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นมีปัญหาด้านการปรับตัวทางด้านการเรียนมากกว่าด้านอื่น ๆ นักศึกษาพยาบาลที่ปรับตัวไม่ได้ นอกจากจะมีผลโดยตรงต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาด้วย ดังที่ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530 : 71 - 72) กล่าวว่าเมื่อบุคคลปรับตัวไม่ได้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ (Frustration) รู้สึกถูกบีบคั้น (Stress) และเกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจ (Conflict) ความรู้สึกเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในเวลาต่อมา จากสภาพดังกล่าวข้างต้นร่วมไปกับการสังเกตของผู้วิจัย ซึ่งได้ทำการสอนนักศึกษาพยาบาลมาเป็นเวลาหลายปี พบว่าปัจจุบันนี้นักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี มีนักศึกษาที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น บางรายต้องบำบัดรักษาจากจิตแพทย์ บางรายต้องหยุดพักการเรียน ปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาล เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างมากที่ควรจะให้การช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต สำหรับการช่วยเหลือนั้นผู้วิจัยเห็นว่าควรเริ่มค้นหา และสำรวจดูจำนวนของนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผลของการสำรวจครั้งนี้จะช่วยให้ผู้วิจัย และคณาจารย์ ในวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์สามารถในการช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ดีขึ้น และยังช่วยให้มีแนวทางจัดการป้องกัน และเสริมสร้างให้นักศึกษามีสุขภาพจิตดีต่อไป

<u>ความมุ่งหมายของการค้นคว้า</u>

1. เพื่อสำรวจจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ตามตัวแปรด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดา-มารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร ภูมิลำเนาเดิม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ผลจากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตครั้งนี้ จะทำให้ทราบจำนวนนักศึกษา ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

2. เพื่อเป็นแนวทางให้อาจารย์ อาจารย์แนะแนว และคณาจารย์ ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ได้ให้การช่วยเหลือนักศึกษาที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพจิตเสียแต่ต้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงต่อไป

3. เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยให้คำปรึกษาแนะแนวของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ได้จัดกิจกรรมป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักศึกษาพยาบาล

4. เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาปัจจัยและสาเหตุต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนการสอน

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การตอบแบบสอบถามของนักศึกษาพยาบาลเชื่อถือได้

2. ระดับสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ระดับ แบ่งตามคะแนนการตอบแบบสอบถาม ดังนี้

   0 - 15 คะแนน มีสุขภาพจิตดี

   16 - 30 คะแนน มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย

   31 คะแนนขึ้นไป สุขภาพจิตไม่ดี

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ภาคการศึกษาที่ 2 ประจำปีการศึกษา 2533 จำนวน 545 คน ซึ่งใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

2.1.1 ระดับชั้นปีการศึกษา

2.1.2 อายุ

2.1.3 สภาพการสมรสของบิดา - มารดา

2.1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

2.1.5 ลำดับที่ของการเป็นบุตร

2.1.6 ภูมิลำเนาเดิม

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข โดยมีความขัดแย้งใจน้อยที่สุด ไม่เป็นโรคจิตและโรคประสาท ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้สึกผิดปกติของร่างกายตามระบบต่าง ๆ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล การย้ำคิดย้ำทำ ความโกรธ มีอาการตกใจและตื่นเต้นง่าย ก้าวร้าวทำลาย กลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง และพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงอาการผิดปกติทางจิต ซึ่งสภาวะสุขภาพจิต

สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถาม The Cornell Medical Index-Health Questionaire (C.M.I)

2. นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2533 ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

3. อายุ หมายถึง ระดับอายุของนักศึกษาพยาบาล แบ่งตามช่วงอายุดังนี้ 17 - 19 ปี, 20 - 22 ปี, 23 - 25 ปี และ 25 ปีขึ้นไป

4. สภาพการสมรสของบิดามารดา หมายถึง สภาพของการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาในครอบครัวในลักษณะของการมี บิดาเสียชีวิต มารดาเสียชีวิต บิดามารดาเสียชีวิต บิดามารดาแยกกันอยู่ บิดามารดาหย่าจากกัน บิดามารดาอยู่ร่วมกัน

5. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง รายได้ของครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น มีรายได้ 1,000 - 3,000 บาท, 3,001 - 6,000 บาท, 6001 - 9,000 บาท, และ 9,001 บาทขึ้นไป

6. ลำดับที่ของการเป็นบุตร หมายถึง ลำดับที่ของการเป็นบุตรของนักศึกษาพยาบาล โดยแบ่งเป็น บุตรคนโต บุตรคนสุดท้อง บุตรคนเดียว และอื่น ๆ

7. ภูมิลำเนาเดิม หมายถึง สถานที่อยู่เดิมของครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล แบ่งเป็น กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคอีสาน ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออก

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลวงวิเชียรแพทยาคม (2510 : 2) ได้ให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพจิต" ไว้ว่า คือความสามารถในการรักษามาตรฐานแห่งจิตไว้ พร้อมกับส่งเสริมให้จิตใจมีความสุขความเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไปอีก

✓ สายสุรี จุติกุล (2511 : 12) กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพทางจิต (Mentally Healthy) คือ คนที่ยอมรับความเป็นจริง และมองเห็นความสัมพันธ์ที่ถูกต้องระหว่างตนเอง และสิ่งแวดล้อม

เดือน สินธุพันธ์ประทุม (2511 : 1) กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพจิตดีคือ คนที่สามารถปรับตัวได้ (Adjusted Person) หมายความว่า เมื่อเผชิญกับความคับข้องใจ จะไม่แสดงความท้อแท้หรือเสียใจเกินกว่าเหตุ และเมื่อเผชิญปัญหา ก็จะแก้ปัญหาโดยอาศัยข้อเท็จจริง ส่วนคนที่มีสุขภาพจิตไม่ดีคือคนที่ปรับตัวไม่ได้ (Maladjusted Person) คือเมื่อพบกับความคับข้องใจจะแสดงความท้อแท้ และวิตกกังวลออกมาเสนอ และแก้ปัญหาโดยการหนีความจริง

มูลี (Mouley. 1965 : 165 – 167) กล่าวว่า สุขภาพจิตหมายถึงการกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เป็นการลดความตึงเครียดทางอารมณ์เพื่อการปรับตัวเพื่อสัมพันธภาพอันดี ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เช่น เพศ วัฒนธรรม และสภาพสังคม

นิเคลลี (Nikelly. 1966 : 10) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตในส่วนที่สัมพันธ์กับนักเรียน ดังต่อไปนี้ นักเรียนที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ เป็นบุคคลที่ยอมรับตนเอง ยอมรับทั้งในส่วนที่เด่นและข้อบกพร่องของตนเอง พยายามใช้ประโยชน์จากสิ่งที่เขามีอยู่ ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด และพยายามมิให้ความอ่อนแอ ส่วนบุคคลมาขัดขวางกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน พยายามดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายในอนาคต มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม มั่นคง มีอารมณ์ที่สมบูรณ์แบบ สามารถที่จะเผชิญต่อสภาพความเป็นจริง รู้จักแยกแยะพฤติกรรมที่ถูกออกจากพฤติกรรมที่ผิด มีความรับผิดชอบ

ชั่วดี มีพลังที่จะเผชิญต่อความขัดแย้งในใจของตนเอง ความขัดแย้งของความรู้สึกของตนเอง ความขัดแย้งที่เกิดจากความต้องการของตนเอง และประสบการณ์ของสภาพแวดล้อม

เจโฮดา (Jahoda. 1958, 1970 : 28 - 35) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การที่มีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละบุคคลนั้น จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้ง 6 ประการต่อไปนี้ ประการแรกคือ เจตคติที่มีต่อตนเอง สามารถที่จะยอมรับตนเอง สามารถที่จะยอมรับความอ่อนแอ และความบกพร่องของตนเอง ความมั่นใจในตนเอง มีความภูมิใจในความสำคัญของตนเอง เคารพตนเอง ตลอดทั้งเข้าใจ และยอมรับสภาพของตนเอง ประการที่สองคือ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคลเป็นไปอย่างสมปรารถนา และสอดคล้องกับศักยภาพของตนเอง สามารถประสบความสำเร็จ และความมุ่งหวังที่พึงประสงค์ ตลอดทั้งสามารถพัฒนาความสามารถของตนจนเต็มที่ ประการที่สามคือ ความประสมประสานขององค์ประกอบบุคลิกภาพเป็นไปอย่างกลมกลืน ราบรื่น มีสติสัมปชัญญะ ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของจิตไร้สำนึก มีความสามารถที่จะทนต่อความวิตกกังวล และความบีบคั้นภายใต้สภาวการณ์ใด สภาวการณ์หนึ่งได้ ประการที่สี่คือ ความเป็นตัวของตัวเองและความเป็นอิสระในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อันเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ มีความเป็นอิสระจากอิทธิพลของสังคมในการที่จะตัดสินใจ โดยยึดมาตรฐานที่เป็นหลักประจำใจของตนมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับการบีบคั้นของอิทธิพลภายนอก ประการที่ห้าคือ การยอมรับและเผชิญต่อความเป็นจริง ไม่หลงงมงายในความเพ้อฝัน หรือความปรารถนาของตนเอง ขณะเดียวกัน มีความสนใจเอาใจใส่ในสวัสดิภาพของบุคคลอื่น ๆ และประการที่หกคือ ความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรค และสิ่งแวดล้อม โดยสามารถที่จะรัก และให้ความรักแก่บุคคลอื่นได้ สามารถที่จะรับความรักจากบุคคลอื่น สามารถที่จะอุทิศเวลาให้แก่งาน ตลอดทั้งการละเล่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีความพอใจในสภาพแวดล้อมของตนเอง เต็มใจที่จะหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาตลอดทั้งอุปสรรค ที่จะต้องเผชิญในชีวิตของตน

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคนอื่น ๆ (2518 : 4) กล่าวว่า สุขภาพจิตคือ ความต้องการของเราเองที่จะทำให้มีความสุข ความสงบทางจิตใจ มีความสนุกสนาน ร่าเริง ตลอดจนความพึงพอใจต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคมที่อาศัยอยู่

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2521 : 1 - 3) กล่าวว่า สุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องของโรคจิต โรคประสาท เท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับการนึกคิด รู้สึกและการกระทำของบุคคลที่แสดงถึง ความมั่นคงทางใจ บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะมีความรู้ตามสมควรแก่อัตภาพ และการปรับตัวเข้ากับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ได้เป็นอย่างดี มีการดำรงชีวิตที่สมดุลย์ สามารถรักษาดุลย์ทางอารมณ์ได้โดยยอมรับนับถือตนเอง และบุคคลอื่น ๆ มีการควบคุมตนเอง อดกลั้นต่อความคิดเห็นของคนอื่น สามารถที่จะเป็นผู้รับ ผู้ให้ รู้จักตัดสินใจ และรับผิดชอบ เผชิญกับปัญหาความสำเร็จ และความล้มเหลวได้อย่างสงบ

ฝน แสงสิงแก้ว (2522 : 57) จิตแพทย์ผู้วางรากฐานจิตเวชและสุขภาพจิตของประเทศไทย ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า คือสภาพของชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีสุขภาพจิตดีนั้นไม่เพียงแต่ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาทเท่านั้น แต่เป็นผู้มีสมรรถภาพ มีการงาน และชีวิตที่เป็นสุข และทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความพอใจ งานของสุขภาพจิตคือ งานป้องกัน รักษา และส่งเสริมป้องกัน

เอิกเบิร์ต (Egbert. 1980 : 10) กล่าวว่า สุขภาพจิตหมายถึง การปฏิบัติตนอยู่ในศีลทั้งทางใจ วาจา มีสติ พิจารณาสิ่งทั้งหลายให้รู้เห็นเท่ากับความจริง ไม่ถูกครอบงำด้วยความยินดี ยินร้าย และมีความเป็นมิตรกับคนอื่น ๆ

คาเพลน และคนอื่น ๆ (Kaplan and others. 1980 : 285) กล่าวว่า สุขภาพจิตหมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นสภาพของจิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิต หรือสภาพของจิตใจที่สมบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้อย่างราบรื่น และสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ได้ภายใต้ภาวะสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคม และลักษณะความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต สุขภาพจิตมิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความผิดปกติทางใจเท่านั้น แต่เป็นการแสดงออกถึงการวางตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคมด้วย (กองสุขภาพจิต. 2524 : 75)

สมพงษ์ รังสิพราหมณกุล (2525 : 1) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้นต้องเป็นผู้มองโลกในแง่ดี พึ่งตนเองได้ พึ่งผู้อื่นได้บ้าง และทำให้ผู้อื่นพึ่งได้บ้าง สามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง

และผู้อื่น สามารถปรับตัวให้เข้ากับปัญหา อุปสรรคของชีวิตได้โดยไม่เสียดุลยภาพ เป็นผู้สำรวจตนเอง มองตนเองอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง รู้สึกในคุณค่า และขอบเขตของตน มีความพอใจในสถานภาพของตน และรู้สึกมีความมั่นคงในชีวิต พอใจในบทบาทและเพศแห่งตน เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต แล้วปรับปรุงแก้ไขตัวเองเสมอ มีความอยากรู้อยากเห็น หรือใฝ่รู้ใฝ่เรียน มีความพอใจจะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มองผู้อื่นในแง่ดี เคารพ ให้ความสนใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้ใกล้ชิด มีความพร้อมที่จะร่วมมือประนีประนอมกับผู้อื่น มีการแสดงออก และควบคุมอารมณ์ของตนดี มีบุคลิกภาพเหมาะสมกับเพศ วัย และบทบาทของตน

✓ สุรางค์ จันทน์เอม (2527 : 2) กล่าวว่า สุขภาพจิตคือสุขภาพของจิตใจที่ดีของมนุษย์ หรือการมีสภาพจิตที่ดี เช่น มีจิตใจเบิกบานแจ่มใสอยู่เสมอ ไม่มีความวิตกกังวลใด ๆ มีแนวความคิดถูกต้อง ส่วนบุคคลที่มีสุขภาพจิตเสื่อมย่อมหมายถึง บุคคลที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีความกังวลทุกข์ร้อนอยู่เสมอ ตลอดจนมีแนวความคิด พฤติกรรมผิดไปจากปกติธรรมดา

กรมการแพทย์ (2529 : 3) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาพจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัว และปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคม และสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง และการดำรงชีวิตปุถุชนย่อมต้องเผชิญความทุกข์ ความตึงเครียด ความไม่พอใจ ความผิดหวัง ฯลฯ แต่ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะสามารถแก้ปัญหา หรือผ่อนปรนหาทางออกที่เหมาะกับสังคมวัฒนธรรมและสามารถปรับจิตใจ ให้ยอมรับผลที่จะเกิดตามมาได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสุขสบายตามอัตภาพ และปราศจากอาการของโรคจิต โรคประสาท

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530 : 19) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่มีร่างกาย และจิตใจที่เป็นสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ มีความมั่นคงทางจิตใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีบุคลิกภาพที่อำนวยประโยชน์ให้แก่ตนเอง และสังคมได้เป็นอย่างดี และสามารถทำประโยชน์ให้ทั้งแก่ตนเอง และสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากคำจำกัดความที่ผู้รู้ได้อธิบายไว้แตกต่างกัน สามารถสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะทางจิตใจที่มั่นคง และสมบูรณ์ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข ไม่มีอาการของโรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี สร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นได้

เกณฑ์ในการพิจารณาลักษณะผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น มีผู้เสนอไว้หลายท่านมีทั้งที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันดังนี้

จาโฮดา (Jahoda. 1958 : 118) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะต้องมีลักษณะดังนี้

1. มีความเข้าใจตนเอง รวมไปถึงแรงกระตุ้น แรงขับความปรารถนา และความหวังของตนเอง

2. ความสามารถในการพัฒนาตนเอง ให้มีความเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น

3. มีแนวคิด ความรู้สึก และการกระทำที่สอดคล้องกัน ไม่ขัดแย้งกันเองระหว่างความคิดและการกระทำ

4. มีความเป็นตัวของตัวเองในการทำงาน การแสดงความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งมีความเข้าใจสภาพการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง

5. สามารถยืดหยุ่นในการตอบสนองต่อสภาวะความตึงเครียด บีบคั้นหรือแรงผลักดันที่มีอยู่ในชีวิตประจำวันได้ โดยไม่สูญเสียกำลังใจ หรือบุคลิกภาพแปรปรวน

ฟรอยด์ (Freud ใน Lazarus. 1969) เป็นความสมดุลย์ในการทำงานของ id, ego และ superego และมีการพัฒนาการถึงขั้นมีวุฒิภาวะทางเพศที่สมบูรณ์ คือสามารถรักได้อย่างแท้จริงและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (2516 : 139 - 140) เน้นเรื่องการปรับตัวผู้มีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่ปรับตัวได้เป็นอย่างดี สามารถเผชิญความคับข้องใจ โดยไม่แสดงความยุ่งยากใจ ท้อแท้หรือเสียใจเกินเหตุ มีอารมณ์มั่นคง แก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง เข้าใจและยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและของผู้อื่น รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ส่วนคนที่ปรับตัวไม่ได้นั้นมักจะทนความขัดแย้งในใจ

ความคับข้องใจไม่ได้ มักจะแก้ปัญหาด้วยการหนีความจริง นอกจากนี้ยังได้สรุปลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ไว้เป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. มีสุขภาพกายดี มีสุขนิสัยดีในเรื่องการพักผ่อน การออกกำลังกาย อาหาร และการรักษาความสะอาด

2. สามารถเผชิญกับความจริง โดยไม่แสดงพฤติกรรมเกินกว่าเหตุ

3. เมื่อพบอุปสรรค จะพยายามใช้วิธีแก้ปัญหาโดยตรง ไม่หลีกหนี

4. มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

5. มีความเคารพตนเอง และผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต

6. มีเป้าหมาย ความสนใจ และวิธีการไปสู่เป้าหมายภายใน ขอบเขตที่สังคมยอมรับ

7. เข้าใจและยอมรับตนเองอย่างแท้จริง ทราบถึงส่วนดีและยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง เป็นคนมีอารมณ์ขัน

8. มีความกระตือรือร้นในชีวิต ไม่เบื่อหน่ายท้อแท้ เข้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความพอใจ

ผ่องพรรณ อยู่ประเสริฐ (1974 : 1 - 2) ได้รายงานเกี่ยวกับสุขภาพไว้ว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ จะเป็นบุคคลที่ประการแรกคือ ยอมรับสภาพความเป็นตัวของตัวเอง มีเหตุผล เคารพในเหตุผล และพยายามแสวงหาแนวทางที่จะปรับปรุงตนเอง ประการที่สองคือ รู้จักประเมินค่าของตนเองตามสภาพความเป็นจริง ตั้งแต่ระดับความคาดหวัง ความสำเร็จของตนเอง อันเป็นการวางแผนชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง โดยแผนชีวิตนั้น ๆ ไม่สูง หรือต่ำเกินความสามารถตามสภาพความเป็นจริงของตนเอง ประการที่สามคือ มีความรับผิดชอบในการที่จะตัดสินใจ ตลอดทั้งสามารถดำเนินชีวิตของตนเอง โดยไม่ไปก่อความยุ่งยากลำบากให้แก่ผู้อื่น ประการที่สี่คือ สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข และมีความสุข สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้ สามารถดำเนินชีวิตได้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย และอุดมคติของตนเอง ประการที่ห้าคือ สามารถที่จะทนต่อความบีบคั้น สภาพการณ์ที่บีบบังคับ และกังวลใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นสามารถปรับตัวปรับใจให้ชนะเหตุการณ์ที่ผิดหวังใจและความคับข้องใจต่าง ๆ ประการที่หกคือ มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น มีแนว

ความคิดที่ดีทั้งต่อตนเอง และต่อสังคม ประการที่เจ็ดคือ สามารถแสวงหาอิสรภาพ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีแนวทางชีวิตที่เป็นตัวของตัวเอง ไม่เป็นบุคคลที่ทำตามบุคคลอื่นแต่ประการเดียว หรือมีความเห็นแก่ตัวอย่างร้ายกาจเพียงประการเดียว ประการที่แปดคือ พยายามที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมากกว่าจะหนีปัญหานั้น ๆ อีกทั้งจะต้องไม่พยายามใช้กลวิธีในการป้องกันตัว หรือกลไกในทางจิตมากเกินไป หรือบ่อยครั้งเกินไป และประการที่เก้าคือ คำนึงถึงวัฒนธรรม ระเบียบประเพณี และค่านิยมต่าง ๆ ของสังคม โดยนำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มาพิจารณาประกอบกับความรู้สึกสิทธิของตนเอง ทั้งที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อจะนำมาเป็นแนวทางในการพิจารณาว่า ควรจะสนองความต้องการของชีวิตในระดับใด จึงจะมีชีวิตจิตใจอยู่อย่างสมบูรณ์

แอดเลอร์ (Adler อ้างอิงจาก Lugo and Hershey. 1976) เน้นความสำคัญของความสนใจและความรู้สึกทางสังคม ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยความรักมากกว่าการแข่งขันมองเห็นเพื่อนมนุษย์มีคุณค่า

ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ (2523 : 6 - 7) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่มีความเจริญเติบโตทางจิตเป็นปกติ มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลผู้นั้นสามารถเผชิญปัญหาประจำวันได้ สามารถแก้ไขจัดการสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอได้ มีสมองและปฏิภาณเฉียบไวสามารถควบคุมอารมณ์ได้มีชวัญดี ประกอบกิจการต่าง ๆ ด้วยความพึงพอใจ รู้สึกสนุก และนอกจากนี้ ผู้มีสุขภาพจิตดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ด้วย คือ

1. เป็นผู้มีจิตใจเจริญเติบโต และพัฒนาการได้สูงสุด

2. มีความมั่นคงทางอารมณ์ ไม่หวั่นไหวง่าย ๆ และมีความเป็น "ผู้ใหญ่"

3. มีชวัญและกำลังใจดี ในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ ประจำวัน ทั้งในบ้าน ในโรงเรียน และในชุมชน

4. พยายามเอาชนะอุปสรรค โดยไม่ย่นย่อท้อถอย สามารถดำเนินงานตามโครงการไปได้จนสำเร็จบริบูรณ์ ไม่ละทิ้งเสียกลางคัน และมีความภาคภูมิใจพอสมควร ในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี

5. ไม่ตัดขาดจากโลกแห่งความเป็นจริง โดยการสร้างโลกแห่งความฟุ้งซ่านเข้ามาแทนที่

6. ไม่มีความรู้สึกผิดจนเกินสมควร ไม่ว่าในเรื่องความคิด ความรู้สึกหรือการกระทำใด ๆ

7. มีความนับถือตนเอง และผู้อื่นได้ และไม่มีความรู้สึกว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้ายจากผู้อื่น

8. สามารถรู้สึกเป็นสุขโดยลำพังตนเองได้เป็นบางครั้ง ในวันหนึ่ง ๆ และสามารถทำให้จิตสงบ ว่าง เป็นสมาธิได้

9. แสดงความสนใจ อยากรู้อยากเห็น และกระตือรือร้นในการดำรงชีวิตประจำวัน มีความกล้าหาญ เชื่อมั่นในตนเอง และร่าเริง มากกว่าความขลาดกลัว ไม่กล้า และขี้อาย

10. ยอมรับสภาพและบทบาทของเพศชาย หรือเพศหญิงได้ เพื่อว่าเด็กผู้ชายควรจะมีเป้าหมายที่จะพัฒนาเป็นผู้ชายเต็มตัว และเด็กผู้หญิงก็ควรจะมีเป้าหมายที่จะพัฒนาเป็นผู้หญิงเต็มตัวด้วย

11. มีความรักใคร่และนับถือบิดามารดาของตน แต่ก็แสดงให้เห็นว่ากำลังมีอิสระในตนเอง และสามารถทำกิจการต่าง ๆ ด้วยตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ

12. มีความรู้สึกว่าชีวิตเป็นของมีค่า ควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไปและแสวงหาเป้าหมายของชีวิตที่เป็นที่พอใจของตนเอง และขณะเดียวกันก็มีความสำคัญแก่สังคมด้วย

บิสช็อพ (Bischof. 1970) เน้นความสำคัญของบรรยากาศทางสังคม และความเป็นประโยชน์ ชื่นชมในตนเอง และประสบการณ์ที่ตนประสบ สามารถรัก และเข้าใจตนเอง และผู้อื่น ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

เอ็กเบิร์ต (Egbert. 1980 : 11) กล่าวว่า ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะมีลักษณะดังนี้ คือ

1. รู้จักตัวเอง สามารถพัฒนาบุคลิกภาพผสมผสานกันได้เหมาะสมกับความเป็นจริง

2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางที่เป็นจริงได้

3. เป็นผู้ที่เข้าใจชีวิตและจุดมุ่งหมายในชีวิต

4. เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิตสามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต

5. มีความสามารถในการปรับความคิดพฤติกรรม ตามประสบการณ์ของชีวิตแต่ละช่วงได้

6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

✓สุภาพรรณ โครตจรัส (2527 : 114 - 116) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะดังนี้คือ

1. ด้านปัญญา ความคิด ความเข้าใจ เป็นผู้ที่มีการรับรู้ที่ตรงตามความเป็นจริง ใช้สติปัญญาประกอบในการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุมีผล รับรู้และเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง เต็มใจที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยตรงในการเผชิญปัญหา

2. ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ สามารถเผชิญความตึงเครียดและความกดดันต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เมื่อเผชิญปัญหาจะไม่กระทบกระเทือนเกินกว่าเหตุ รักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอ แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเอาชนะความขัดแย้งในใจ ทั้งภายในและภายนอกได้

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว หรือแสวงหากิจกรรมทางสังคมมากเกินไป จนทำให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นเพียงผิวเผิน หรือพึ่งพิงผู้อื่นจนรู้สึกเป็นภาระ ไม่ได้คบผู้อื่นเพื่อหวังประโยชน์ส่วนตัว ยอมรับและเข้าใจในตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง มีความจริงใจมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น

4. ด้านการงานทำงานได้เต็มความสามารถ เลือกอาชีพได้ตรงกับความสนใจและความสามารถของตนเอง รับรู้และรู้สึกว่าตนเป็นประโยชน์กับสังคม มีคุณค่า มีความกระตือรือร้นในชีวิต มีแรงบันดาลใจ มีพลังในการทำงาน

5. ด้านความรัก สามารถรักได้อย่างแท้จริง เป็นความรักในมนุษยชาติ เป็นความรักที่ประกอบด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเชื่อถือไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนมความพึงพอใจเมื่อเห็นผู้ที่ตนรักมีความสุข รวมทั้งความรักทางเพศ

6. ด้านตน มีความเข้าใจในตนเอง ยอมรับตนเอง รู้ว่าตนคือใครต้องการอะไรในชีวิต ยอมรับข้อบกพร่อง และภาคภูมิใจในส่วนดีของตนสามารถเปิดเผยตัวจริงของตนเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สามารถพัฒนาตนได้อย่างดีที่สุดตามศักยภาพของตนเอง

7. ด้านการเผชิญ และควบคุมสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ ในการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม ใช้สติปัญญาในการเผชิญปัญหา มีอารมณ์มั่นคงสม่ำเสมอ แสดงออกอย่างเหมาะสม

อัจฉรา สุขารมณ์ (2527 : 7 - 8) กล่าวว่า ผู้มีสุขภาพจิตดีมีลักษณะดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ที่สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับบุคคล และสถานการณ์ต่าง ๆ ทางสังคมได้

2. เป็นผู้ที่มีความคงเส้นคงวา ในการดำรงชีวิตถึงแม้จะมีอุปสรรคอันใด ก็สามารถที่จะแก้ปัญหานั้น ๆ ได้

3. เป็นผู้ที่มีความสามารถในการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

4. เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในความสำเร็จของตน

5. เป็นผู้สามารถควบคุมความต้องการของตนให้เป็นไปในแนวทางที่สังคมยอมรับ

6. เป็นผู้ที่สามารถที่จะเรียนรู้ได้จากประสบการณ์

7. เป็นผู้ที่มีอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์

8. เป็นผู้ที่ประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงาน การสังสรรค์ การสันทนาการ ตามลักษณะปกติ

9. เป็นผู้สร้างลักษณะนิสัยประจำตัวที่ดี อันเป็นประโยชน์แก่ตนและบุคคลอื่น

กรมการแพทย์ (2529 : 3) ได้ให้ข้อพิจารณาผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้คือ

1. ไม่มีโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

3. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้ หรือ สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง และแก่ชุมชนได้ตามสมควรแก่สภาพตน

4. สามารถปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร (2531 : 6) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี หมายถึง ผู้ที่มีความเจริญเติบโตทางจิตเป็นปกติ มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์ สามารถแก้ไขจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอได้ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความพึงพอใจลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้มีจิตใจเจริญเติบโตและพัฒนาการได้สูงสุด

2. มีความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี

3. มีความกระตือรือร้น ไม่เหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจ หรือหมดหวังในชีวิต

4. มีความรู้สึกและมองโลกในแง่ดีเสมอ

5. ไม่มีอารมณ์เครียดจนเกินไป และมีอารมณ์ขันบ้างตามสมควร

6. มีความตั้งใจในการประกอบกิจกรรมงานต่าง ๆ ประจำวันทั้งในบ้านในโรงเรียนและในชุมชน

7. รู้จักตนเองและเข้าใจบุคคลอื่นได้ดี

8. มีความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีเหตุผล

9. สามารถแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อประสบความล้มเหลว

จากหลักเกณฑ์การให้ลักษณะต่าง ๆ ของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรมีลักษณะดังนี้คือ

1. มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัย

2. มีอารมณ์มั่นคง สามารถควบคุมตัวเองได้ เมื่อเกิดความตึงเครียด มีความเชื่อมั่นในตัวเอง เข้าใจชีวิต

3. มีสติปัญญารู้จักใช้เหตุผล ในการเผชิญชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

4. มองโลกในแง่ดี มีความรักต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีมนุษยสัมพันธ์อันดีต่อกัน

5. มีความคาดหวังในชีวิตเพื่อพัฒนาตนเอง ให้มีความเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่าการพิจารณาสุขภาพจิตดีของบุคคลนั้น ควรพิจารณา 2 ด้าน คือ พิจารณาที่ตนเอง และพิจารณาที่การปฏิบัติตนต่อผู้อื่น

1. พิจารณาที่ตนเองคือ ควรเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง มีสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และควรเป็นผู้มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เข้าใจตัวเอง มองเห็นตนมีคุณค่ามีประโยชน์ต่อผู้อื่น มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและเมื่อพบอุปสรรคก็สามารถต่อสู้ได้โดยไม่แสดงออกถึงความยุ่งยากทางใจมากนัก

2. พิจารณาจากการปฏิบัติตนต่อผู้อื่นคือ ควรวางตนได้อย่างเหมาะสมในสังคม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น พยายามทำตนให้เป็นประโยชน์มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนในสังคม รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา

สาเหตุที่ทำให้คนมีสุขภาพจิตเสื่อม จะขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยจากภายในร่างกาย คือสิ่งได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดรูปร่าง ลักษณะ อารมณ์ สติปัญญา และโรคบางอย่างของมนุษย์ ฯลฯ

2. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมอันเกิดจากสภาวะเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม และอื่น ๆ ที่มากระทบจิตใจ

ด้วยเหตุที่สุขภาพจิตเป็นเรื่องของพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่ต้องเป็นไปตามบทบาทและบรรทัดฐานทางสังคม โรคจิต โรคประสาท จึงเกี่ยวข้องกับสังคมทั้งในแง่ของคำจำกัดความและที่มาของโรคกล่าวคือ โรคจิต (Mental Illness) เป็นความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่ผิดไปจากมาตรฐานที่สังคมยอมรับ ดังนั้น เชื่อกันว่าตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิต โรคประสาทขึ้น ได้แก่ วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียบิดามารดา กลุ่มเพื่อน สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เชื้อชาติ การย้ายถิ่น การว่างงาน วิกฤติการณ์ทางสังคมและสงคราม

ริงเนส (Ringness. 1968 : 270) กล่าวว่า เมื่อคนเราเกิดความคับข้องใจ ความขัดแย้งเนื่องมาจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ก็จะมีผลทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ และในที่สุดจะทำให้สุขภาพจิตเสื่อมได้

สมชาย จักรพันธุ์ (2523 : 41 - 42) กล่าวถึงสาเหตุของโรคจิต โรคประสาทว่ามีผู้ตั้งทฤษฎีต่าง ๆ ไว้ 3 ประการ ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มใดจะมีความเชื่อเน้นหนักไปด้านใด

กลุ่มแรก เชื่อในเรื่องความผิดปกติทางกาย เช่น พยาธิสภาพทางสมอง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือระบบเผาผลาญอาหาร จิตแพทย์กลุ่มนี้จะไม่สนใจอิทธิพลของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย การจำแนกอาการของโรคและการวินิจฉัยโรคเป็นไปในแนวทางเดียวกับอายุรศาสตร์ทั่วไป

กลุ่มที่ 2 เชื่อในความผิดปกติทางพันธุกรรม โดยได้รับอิทธิพลจากแนวความคิดของ ชาร์ล ดาร์วิน (Charles Darwins) เชื่อว่า ผู้ป่วยโรคจิตจะมีความผิดปกติทางพันธุกรรม และสมองซึ่งเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และยอมรับว่าส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวให้เข้ากับสังคมยุคใหม่ไม่ได้ และเป็นวิถีทางธรรมชาติที่จะขจัดเผ่าพันธุ์ที่อ่อนแอและความผิดปกติให้หมดไป การป้องกันจึงทำได้โดยการห้ามย้ายถิ่นฐาน และสนับสนุนทฤษฎีชาติพันธุ์บริสุทธิ์ ในต้นศตวรรษที่ 20 นี้ หลายรัฐในสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายให้ตอนคนไข้โรคจิต และอาชญากรรมบางพวก จิตแพทย์กลุ่มนี้เข้าใกล้ชุมชนมากขึ้น เพราะถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องป้องกันสังคมให้พ้นจากคนวิกลจริต

กลุ่มที่ 3 เชื่อในอิทธิพลของสังคม ประเพณีและวัฒนธรรม กลุ่มนี้ยอมรับว่าความผิดปกติทางกายและทางกรรมพันธุ์ มีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ แต่ในเวลาเดียวกัน สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนการศึกษาก็เป็นองค์ประกอบ ซึ่งอาจสำคัญกว่าในสองทฤษฎีแรก จิตแพทย์ในกลุ่มนี้เชื่อว่า ความผิดปกติทางจิตอาจมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคม ความบีบคั้นในด้านต่าง ๆ หรือตัวผู้ป่วยเองที่อยู่ในวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยในวัยชรา วัยเด็กเข้าโรงเรียน ฯลฯ

วรรณี ลิมอักษร และกมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2524 : 25, 304) กล่าวถึงสาเหตุของการมีสุขภาพจิตเสื่อมโดย ให้ความสำคัญของสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งรวมถึงการอบรมเลี้ยงดู สัมพันธภาพของบุคคลในบ้าน สภาพแวดล้อมในโรงเรียนและสภาพแวดล้อมทางสังคม

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

คาร์ (Carr. 1956 : 93 - 97) ได้ศึกษาปัญหาของนักศึกษา มหาวิทยาลัยฟลอริดา ที่ลงทะเบียนในภาคเรียนแรกของปีการศึกษา 1951 - 1952 โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่เรียนดีกับ

เรียนอ่อน ใช้ผลการเรียนในมหาวิทยาลัยมาเป็นเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้คือ แบบสำรวจปัญหา Mooney Problem Checklist ประกอบด้วยปัญหา 11 ประเภท แต่ละประเภทมีปัญหาย่อย 30 ข้อ ผลจากการศึกษาพบว่า

1. คนเรียนดีมีปัญหาหนักในด้านทั่ว ๆ ไป แต่คนเรียนอ่อนมีปัญหาทางด้านวิชาการ

2. นักศึกษาทั้งสองกลุ่มมีปัญหาทางด้านสังคมและบุคลิกภาพมากกว่าทางด้านศาสนา ปรัชญา และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ

3. กลุ่มเรียนอ่อนมีความสามารถทางกิจกรรมของสังคมมากกว่ากลุ่มเรียนดี

ชานสกี้ (Chansky. 1958 : 330 - 340) ใช้ข้อทดสอบความวิตกกังวลศึกษาความวิตกกังวลของนิสิตวิทยาลัย นำนิสิตกลุ่มทดลอง (Experimental group) มาทดสอบการอ่านติดต่อกัน 3 ชุด คือ ความคล่องในการอ่าน การอ่านเก็บความเข้าใจ และสิ่งที่ต้องจำในการอ่าน โดยทำให้สถานการณ์ในการสอบตึงเครียด ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) นำมาทดสอบในสถานการณ์ปกติ พบว่า ยิ่งมีความวิตกกังวลมากก็จะยิ่งทำคะแนนลดลงทั้ง 3 ชุด จึงสรุปว่า ผลของความวิตกกังวลที่วัดโดยแบบทดสอบความวิตกกังวล กับผลของความวิตกกังวลในสถานการณ์การสอบที่ตึงเครียดจะมีผลต่อการอ่านต่างกัน

แฮรี่ (Harry. 1960 : 1126) ได้ทำการศึกษาเรื่องบริการสำหรับนิสิตในมหาวิทยาลัยมิชิแกน โดยใช้ระบบสอบถามของมูนีย์ เพื่อต้องการทราบว่า ปัญหาใดบ้างที่นิสิตต้องขอความช่วยเหลือจากมหาวิทยาลัย และปัญหาใดบ้างที่เป็นปัญหาของนิสิต ปรากฏผลพอสรุปได้ดังนี้

1. นิสิตต้องการขอความช่วยเหลือจากมหาวิทยาลัยในเรื่องการเงิน ที่อยู่อาศัย งานอาชีพ กิจกรรมทางด้านสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจ

2. นิสิตที่แต่งงานแล้วมีปัญหาทางการเงิน ที่อยู่อาศัย และอาชีพมากกว่านิสิตที่ยังไม่ได้แต่งงาน

3. จำนวนข้อปัญหาของนิสิตกับจำนวนปัญหาที่นิสิตต้องขอความช่วยเหลือจากวิทยาลัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฟ็อค และคนอื่น ๆ (Fox and others. 1963) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและประสบการณ์ในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้แบบสอบถาม ถามนักศึกษาพยาบาลจำนวน 2,895 คน ในสหรัฐอเมริกา พบว่า สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเครียดเรียงจากมากไปหาน้อยมีดังนี้ ความสอดคล้องระหว่างตารางการเรียนในชั้นเรียน และการฝึกงานบนคลีนิค การตั้งความหวังของระดับความสามารถที่ครูมีต่อนักศึกษา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นวิชาชีพของพยาบาล มนุษยสัมพันธ์ของการทำงานในโรงพยาบาลและกฎระเบียบข้อบังคับของโรงเรียน

เซนา (Sena. 1966 : 59) ได้ศึกษาความเป็นอยู่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย โดยใช้แบบสอบถามของมูนีย์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 126 คน พบว่า

1. พวกพบความสำเร็จทางการเรียนต่ำมีปัญหาทางการเรียน และปัญหาทางสังคมน้อยกว่าพวกที่มีความสำเร็จทางการเรียนสูง

2. พวกพบความสำเร็จต่ำมีความตั้งใจที่จะอธิบายถึงปัญหาที่เขาประสบกับผู้ให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัย มากกว่าพวกที่มีความสำเร็จปานกลางและสูง

3. ลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบมากทั้ง 3 กลุ่ม คือ การปรับตัว กิจกรรมทางสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคม

แมน (Mann. 1969 : 152 - 174) ได้สรุปผลการวิจัยของเขาว่าลักษณะความเป็นผู้นำมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับลักษณะแสดงตัว และความสามารถในการปรับตัว และพบอีกว่า บุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวจะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีความสามารถในการสังคม และไม่มีความวิตกกังวล

ไดเนอร์ (Diener. 1970 : 396 - 400) ได้ศึกษาเกี่ยวกับนิสัยและทัศนคติในการเรียนของนิสิต ในมหาวิทยาลัยอาร์แคนซอร์ จำนวน 138 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตัวอย่าง คือ นิสิตที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและต่ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีนิสัย และทัศนคติในการเรียนแตกต่างกัน คือนิสิตที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงมีนิสัย และทัศนคติในการเรียนดีกว่านิสิตที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ

174816

สถิติในอเมริกา (Baker. 1964 : 534 - 540; Smith and others. 1963 : 351 - 361; Harvard University Health Service Annual Report. 1967 - 1970) ได้พบว่าในบรรดานักศึกษามหาวิทยาลัย หรือวิทยาลัยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจทั้งหมดพอจะจำแนกประเภทออกเป็นโรคประสาท (Neurosis) ร้อยละ 44 บุคลิกภาพแปรปรวน (Character disorder) ร้อยละ 31 ปัญหาการปรับตัว (Adjustment or situational problems) ร้อยละ 17 และโรคจิต (Psychosis) ร้อยละ 8 อาการซึมเศร้า (Depression) พบร้อยละ 30 - 40 ของผู้ป่วย ส่วนอัตวินิบาตกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายอันดับที่ 3 ในช่วงอายุ 15 - 19 ปีนั้นพบว่านักศึกษาที่พูดอยู่ว่าจะฆ่าตัวตาย (Threatened suicide) มีราว 90,000 คนทุกปี ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) มีราว 20,000 คน และที่ฆ่าตัวตายเป็นผลสำเร็จมีราว 1,000 คน นักศึกษาที่ได้รับการศึกษาทางจิตเวชมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีนักศึกษาที่ต้องออกจากมหาวิทยาลัยก่อนจบหลักสูตรถึงร้อยละ 40 และในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งที่สาเหตุมาจากความแปรปรวนทางจิตเวช

อิงค์แฮม และคนอื่น ๆ (Ingham and others. 1972 : 281 - 292) ได้วิจัยโดยใช้แบบสอบถาม The Cornell Medical Index สุ่มตัวอย่างพบว่า ความเจ็บป่วยทางจิตเห็นชัดในชนบท มากกว่าในเขตเมือง เหตุผลน่าจะเป็นจากการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วของภาวะเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนนอกเขตเทศบาลที่ยังล้าหลัง และมีระดับเศรษฐกิจต่ำมากเมื่อเทียบกับในเมืองต้องประสบปัญหาที่ต้องแก้ไขและปรับตัว

ลินช์ (Lynch. 1972 : 499 - A) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพ และปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับวิทยาลัยของนักศึกษาหญิงปีที่ 1 ประเภทประจำและเดินเรียน ในวิทยาลัยแห่งรัฐเมืองเจอร์ซี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาประเภทประจำ 33 คน ประเภทเดินเรียน 33 คน จากการศึกษา พบว่า เมื่อนักศึกษาเข้ามาเรียนใหม่ ๆ นักศึกษาประเภทประจำและเดินเรียนมีปัญหาไม่แตกต่างกัน พอภาคเรียนภาคต้นผ่านพ้นไปนักศึกษาประเภทประจำและเดินเรียน มีการปรับตัวให้เข้ากับวิทยาลัยแตกต่างกัน และนักศึกษาทั้งสองประเภทเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรักษาสุขภาพและการปรับตัวให้เข้ากับวิทยาลัย ตั้งแต่ตอนต้นภาคเรียนไปจนกระทั่งจบภาคเรียน

คิงค์ และคนอื่น ๆ (King and others. 1973) ได้ศึกษานักศึกษาในมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด จากปีที่ 1 ถึงปีสุดท้ายของมหาวิทยาลัยพบว่าบุคลิกภาพของนักศึกษามีส่วนหนึ่งที่ Identify กับอาจารย์และสิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัย

เรสเลอร์ และเฟรนส์ (Rexler and French. 1975 : 20 - 26) ได้ศึกษาวิธีการเรียนรู้ของนักศึกษาสาธารณสุข 7 สาขา ซึ่งมีนักศึกษาพยาบาลรวมอยู่ด้วยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ ชอบประสบการณ์การเรียนรู้โดยอาจารย์เป็นผู้สอนในเนื้อหาวิชาที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม (Concrete) มากกว่าลักษณะของนามธรรม (Abstract)

คอลลินซ์ (Collins. 1976 : 4859 - A) ได้ศึกษาปัญหาที่ประสบด้วยตนเองของนักศึกษาต่างประเทศที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยฮาร์วารด์ (Harvard University) โดยใช้แบบสอบถามของมูนีย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา 112 คน จาก 28 ประเทศใน 4 ภูมิภาคของโลกคือ เอเชีย อาฟริกา คาริบเบียน และภาคตะวันออกกลาง ผู้วิจัยแยกกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาตามเพศ วิชาเอก ภูมิลำเนา สถานภาพการสมรส และระดับชั้นเรียน ผลจากการศึกษาพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของนักศึกษาต่างประเทศในมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจ ปัญหาการเงิน ปัญหาเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัย ปัญหาการงาน ปัญหาทางบ้านและครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ทางจิตวิทยาเกี่ยวกับบุคคล และปัญหาเกี่ยวกับเพศและการแต่งงาน นักศึกษาต่างประเทศที่เป็นโสดจะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่แต่งงานแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาปีที่ 1, 2, 3 และ 4 มีปัญหาแตกต่างกันมาก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนปัญหาของนักศึกษาต่างวิชาเอกไม่แตกต่างกัน นักศึกษาชายมากกว่านักศึกษาหญิง และนอกจากนั้นยังพบว่านักศึกษาจากเอเชียมีปัญหามากที่สุด ส่วนนักศึกษาจากคาริบเบียนมีปัญหาน้อยที่สุด

คูน และคูน (Kuehn and Kuehn. 1978 : 1207 - 1209) ได้รวบรวมข้อมูลจากนักศึกษามหาวิทยาลัยเปิดแห่งหนึ่งที่มาปรึกษากับศูนย์แนะแนวและบริการด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย พบว่าเป็นนักศึกษาปีที่หนึ่ง (freshmen) ถึงร้อยละ 30 โดยร้อยละ 90 มาด้วยปัญหาส่วนตัวหรือปัญหาด้านจิตใจ มีเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่มาด้วยปัญหาด้านการเรียน แต่เมื่อตรวจดูประวัติการศึกษา

แล้ว มีนักศึกษากลุ่มนี้เกือบครึ่งที่เรียนอยู่ในระดับต่ำกว่า 50 เปอร์เซ็นไทล์ Kuehn & Kuehn จึงเชื่อว่าร้อยละ 25 ของนักศึกษาที่มารับบริการจากศูนย์แนะแนวฯ มีสติปัญญาในระดับต่ำกว่าเฉลี่ยและจะศึกษาในมหาวิทยาลัยด้วยความยากลำบาก แม้จะไม่มีปัญหาด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย

ทากาลา และคนอื่น ๆ (Takala and others. 1973 : 294 - 305) กับนันดิ และคนอื่น ๆ (Nandi and others. 1979 : 276 - 293) ได้ทำการศึกษาวิจัยในประเทศอินเดีย พบว่า คนที่มีอายุมากขึ้น โอกาสป่วยทางจิตจะมากขึ้น ในประเทศนี้มีข้อสมมุติฐานอันหนึ่งก็คือ ความรับผิดชอบและภาระหน้าที่ทางครอบครัวและสังคมกล่าวคือ ในกลุ่มคนอายุน้อยซึ่งอาจยังไม่มีครอบครัวอยู่ในวัยเรียน ไม่มีภาระรับผิดชอบทั้งทางครอบครัวและสังคมมากนัก รวมทั้งยังสามารถพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เช่น บิดา มารดา ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ในเวลาที่เกิดปัญหาต่าง ๆ อีกด้านหนึ่งคือ เรื่องการปรับตัว และการมีกิจกรรมผ่อนคลายความตึงเครียดในกลุ่มคนอายุน้อย มีกิจกรรมบันทนาการมาก และยังมีการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองอยู่เสมอซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยลดความเครียดลงได้

ทาสโต และคอลลินกน (Tasto and colligan. 1978) จากสถาบันวิจัย Stanford ได้ทำการศึกษาผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล จำนวน 2,400 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในจำนวนนี้มีพยาบาลที่ต้องอยู่เวรดึก จำนวน 1,200 คน ผลการศึกษานี้มีส่วนช่วยสนับสนุนว่าการอยู่เวรดึกมีผลทำให้สภาพร่างกาย (Physical) และจิตสังคม (Psychosocial) ของผู้นั้นแย่ลง สาเหตุเป็นเพราะนาฬิกาชีวภาพของคนเราไม่สามารถที่จะตั้งใหม่ (reset) ได้ง่าย ๆ เหมือนกับการตั้งเวลาของนาฬิกาทั่วไป การปรับตัวของคนเราให้เข้ากับเวลาหลับและตื่นที่ตั้งใหม่นั้น ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 - 2 อาทิตย์ บางคนอาจใช้เวลา 4 - 6 อาทิตย์ และสำหรับบางคนนั้นความอดทนที่จะปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่แทบเป็นไปไม่ได้เลย ผู้อยู่เวรดึกนอกจากจะประสบกับความลำบากในการปรับตัวให้ได้กับเวลาหลับและตื่นเวลาใหม่แล้ว ยังต้องประสบกับปัญหาที่คนทำงานในเวลาที่ไม่เหมือนกับเพื่อน ๆ ส่วนใหญ่ในสังคมอีกทั้งต้องปรับตัวให้เข้ากับความสว่าง และความมืดของธรรมชาติในแต่ละวันด้วย ด้านร่างกายคนเราอาจจะปรับตัวให้เข้ากับการทำงานในตอนดึกได้ แต่ด้านจิตใจคนเราอาจไม่สามารถปรับใจได้ ความรู้สึกโดดเดี่ยวกังวลเป็นทุกข์ และรู้สึกเหมือนถูก

ทอดทิ้ง อาจมีผลรวบกวนการหลับ และรูปแบบการรับประทานอาหารของผู้นั้น พยาบาลที่ไม่สามารถปรับตัวกับการทำงานเวรดึกได้ และมาทำงานด้วยอาการอ่อนเพลีย เชื่องซึม จะทำให้เป็นภาระต่อผู้อื่น และเป็นผลเสียต่อการทำงานกลุ่ม ถ้าการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้นั้นอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานก็จะเป็นผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วย และถ้าพยาบาลเกิดทำความผิดพลาดในการตัดสินใจด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ก็อาจจะนำผลเสียมาสู่หน้าที่การงานของพยาบาลผู้นั้นได้ วิกฤตการณ์ในอาการของผู้ป่วยมักเกิดขึ้นในช่วงกลางดึก และช่วงเช้าตรู่ ดังนั้นพยาบาลทุกคนจะต้องตื่นตัว และมีสมองที่ปลอดโปร่งไว้เตรียมแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่เวรดึกอยู่ และจากการศึกษาผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรวมทั้งพยาบาลของสถาบันวิจัย Stanford พบว่า 20% ของผู้ทำงานเวรดึกที่ถูกสับเปลี่ยนเวลาทำงานบ่อย ๆ รายงานว่าเคยทำผิดพลาดขณะปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ครั้ง การทำงานเวรดึกไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อสุขภาพและจิตใจของผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น ผู้ที่ต้องทำงานเวรดึกไม่ว่าจะเป็นพยาบาล ผู้ควบคุมในหอบังคับการบิน นักบิน ตำรวจ ทุกคนต่างมีความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของประชาชนจำนวนมาก การปรับตัวให้ชีวิตง่ายขึ้นย่อมช่วยให้ชีวิตอื่นปลอดภัยด้วย

เจ็ด (Jegede. 1979) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของนักศึกษาก่อนเข้าศึกษาในวิทยาลัยและก่อนจบวิทยาลัย พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากวิชาชีพที่เรียนและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย

คอฟแมน (วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา. 2523 : 60; อ้างอิงมาจาก Kauffman. 1968 : 19 - 21) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาสภาพนักศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า

ปีที่ 1 นักศึกษารู้สึกตื่นเต้น และสนใจทุก ๆ สิ่งรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการเรียนหรือกิจกรรมสังคมในมหาวิทยาลัย มีความอยากเรียนและตั้งใจในการศึกษาพยายามปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมของมหาวิทยาลัย และเชื่อฟังคำสอนอาจารย์

ปีที่ 2 นักศึกษาไม่ค่อยพอใจอาจารย์ เริ่มมีความคิดเห็นขัดแย้งและเป็นปฏิปักษ์ต่อมหาวิทยาลัย มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ขึ้น

ปีที่ 3 นักศึกษามักจะสงบเงียบชอบอยู่กับกลุ่มเพื่อน ๆ มีความเฉยเมยต่อสังคมในมหาวิทยาลัย และการเรียนอาจมีความคิดที่จะเริ่มมีเพื่อนต่างเพศที่สนิท

ปีที่ 4 นักศึกษาไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่มักจะเริ่มสนใจเกี่ยวกับงานการศึกษาต่อ และความก้าวหน้าในอนาคต

เจนคินสัน (Jenkinson. 1981 : 24 - 27) ได้ทำการศึกษาวิจัยในประเทศอังกฤษ โดยศึกษาจากนักศึกษาพยาบาลจำนวน 14 คน กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลซึ่งทำงานเฉพาะเวรดึกเป็นประจำ จำนวน 15 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ถูกหมุนเวียนให้อยู่เวรดึก มีอาการข้างเคียงที่เป็นผลกระทบจากการทำงานเวรดึก มากกว่าเจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานเวรดึกเป็นประจำอยู่แล้ว อาการข้างเคียงได้แก่ ปวดศีรษะ อยากอาเจียน สูบบุหรี่ รับประทานอาหารหรือของว่างและดื่มมากขึ้น ในช่วงอยู่เวรดึกนักศึกษามักจะบ่นมากเกี่ยวกับการหลับไม่พอหลับไม่สนิท และรู้สึกเซื่องซึมง่วงเหงาหาวนอน

ชิริโบก้า และคนอื่น ๆ (Chiriboga and others. 1983 : 294 - 297) ได้ศึกษาเรื่องความเครียด และการปรับตัวของพยาบาลในโรงพยาบาล ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยมักมีระดับความเครียดสูง เนื่องจากการรับรู้และประเมินต่อความเครียดได้ไม่กว้างขวางลึกซึ้งประสบการณ์ไม่เพียงพอจึงขาดแนวทางในการปฏิบัติงาน

กรีนเบอร์ก, ไซเกลและไลทช์ (Greenberg, Siegel and Leitch. 1983 : 373 - 384) ได้เปรียบเทียบอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนกับบิดามารดาที่มีต่อสุขภาพจิตวัยรุ่น ในด้านการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง และความพึงพอใจในชีวิต โดยศึกษาในวัยรุ่นซึ่งกำลังเรียนอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ในช่วงอายุ 12 - 19 ปี คัดเลือกได้เพศชาย 123 คน เพศหญิง 79 คน วัยรุ่นเหล่านี้อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับกลาง ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามวัดการปรับตัวในชีวิตประจำวัน มโนมติต่อตัวเอง ความพึงพอใจในชีวิต ความใกล้ชิดกับบิดามารดาและกลุ่มเพื่อน จากผลการวิจัย พบว่า สัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบิดามารดาและกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง และความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ยังพบความใกล้ชิดกับบิดามารดาสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้มากกว่าความใกล้ชิดกับเพื่อน นั่นคือ สัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดามีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มเพื่อน

ดวงใจ กสานติกุล (1984 : 84) ได้รายงานการศึกษาของการใช้บริการของศูนย์สุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแวนเดอร์บิลท์ รัฐเทนเนสซี่ สหรัฐอเมริกา ในช่วงปีการศึกษา พ.ศ. 2519 - 2521 มีนักศึกษา จำนวน 218 คน ส่วนใหญ่มีอาการนำมาด้วยอารมณ์เศร้า อันเกิดจากปฏิกริยาปรับตัว มีนักศึกษาส่วนน้อยที่มาด้วยอาการทางกาย จิตพยาธิสภาพก็พบได้หลาย ๆ แบบเช่นเดียวกันในกลุ่มประชากรทั่ว ๆ ไป การรักษาที่นักศึกษาได้รับมักเป็นแบบจิตบำบัดร่วมกับยาสงบประสาท ผู้รายงานได้ให้ข้อเสนอแนะในการให้การบริการด้านสุขภาพจิตแก่นักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทุก ๆ แห่ง จึงควรจัดให้มีศูนย์สุขภาพจิต หรือหน่วยแนะนำสุขภาพจิต เพื่อให้บริการแก่นิสิตนักศึกษา รวมทั้งจัดให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาแก่นักศึกษา เพื่อให้ความช่วยเหลือนิสิตได้แต่เนิ่น ๆ และการจัดให้มีจิตแพทย์ประจำศูนย์ หรือหน่วยแนะนำฯ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพราะมีนักศึกษาจำนวนมากที่มีจิตพยาธิสภาพรุนแรงเกินกว่าจะให้คำปรึกษาแนะนำธรรมดา จำเป็นต้องใช้ยาสงบประสาทร่วมด้วย

จอห์นสัน (Johnson. 1985 : 2173) ได้รวบรวมงานวิจัยในเด็กและวัยรุ่นในประเทศอุตสาหกรรม เช่น สวีเดน กับประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ซูดาน เมื่อปี ค.ศ. 1965 และ ค.ศ. 1980 พบว่า การเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วทำให้สุขภาพกายดีขึ้น แต่สุขภาพจิตเสื่อมลง เพราะการเป็นอุตสาหกรรมมีผลต่อโครงสร้างของครอบครัว ทำให้บิดามารดามีโอกาสควบคุมบุตรน้อยลงความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง ต้องประสบกับปัญหาการย้ายถิ่น เพิ่มอัตราการหย่าร้างและต้องเพิ่มความสามารถในการปรับตัว เมื่อทุกคนตกอยู่ในภาวะต้องปรับตัว ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง บางครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ดังนั้นเด็กและวัยรุ่นภายในครอบครัวจึงขาดการประคับประคองทางจิตใจ เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตจึงมีปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย

โสไลมาน และเมย์ซีเลส (Soliman and Mayseless. 1985 : 3371) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสนใจของบิดามารดาต่อบุตร กับสุขภาพจิตของบุตร โดยศึกษาจากบิดามารดาต่อบุตร ชาวอิสราเอล 84 ครอบครัว ซึ่งนำบุตรไปใช้บริการที่คลินิคสุขภาพจิต (Mental

Health Clinic) เด็กเหล่านี้มีอายุ 6 - 18 ปี มารดามีอาชีพแม่บ้าน 38 คน อาชีพรับจ้าง 46 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสภาพการทำงานของมารดา ส่วนความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตทราบได้จากจิตแพทย์และครู และจากผลการวิจัย พบว่า ความรุนแรงในปัญหาสุขภาพจิตของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบกับรายได้ของมารดา และความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับบุตร นั่นคือ เด็กจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถ้ามารดามีรายได้น้อย และเด็กจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถ้ามีความสัมพันธ์กับบิดาน้อย

โอคาซา และคนอื่น ๆ (Okasha and others. 1985 : 144 - 150) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการเรียนของนักศึกษาชายในมหาวิทยาลัยอียิปต์ว่า มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตใจอย่างไร โดยศึกษานักศึกษาที่มีปัญหาการเรียน 178 คน เปรียบเทียบกับนักศึกษาที่ประสบความสำเร็จทางการศึกษา 77 คน พบว่านักศึกษาที่มีปัญหาการเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับสภาพเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ มาจากบ้านที่อยู่กันอย่างหนาแน่นแออัด มีปัญหาครอบครัวเนื่องจากพ่อแม่ไม่ปรองดองทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย ๆ และเป็นนักศึกษาที่ต้องจากบ้านมาอยู่ไกล ๆ นอกจากนี้นักศึกษาที่มีความล้มเหลวทางการเรียน ยังมีเพื่อนน้อย โดยเฉพาะเพื่อนต่างเพศและไม่ค่อยมีกิจกรรมสันทนาการ เขาได้เสนอแนะว่านักศึกษาที่มีปัญหาการเรียนมักจะมีบุคลิกภาพเป็นแบบเก็บกด และมีความวิตกกังวลสูง

โคนนิคเบอรี และคนอื่น ๆ (Koenigsbery and others. 1985 : 207 - 212) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการและบุคลิกภาพผิดปกติซึ่งถือตามหลักเกณฑ์ของ DSM III ในคนไข้ 2,462 ราย พบว่าบุคลิกภาพผิดปกติมักพบร่วมกับพวกที่ติดยาเสพติดและโรคประสาท (Anxiety และ Somatoform disorders) พวกที่ติดยาเสพติดพบร่วมกับบุคลิกภาพผิดปกติชนิด Antisocial โรคผิดปกติทางจิตและอารมณ์แปรปรวนไม่ค่อยพบมีบุคลิกภาพผิดปกติ

คิงค์ (King. 1986 : 71 - 150) ได้ศึกษาพบว่าสิ่งแวดล้อมที่ดีในวิทยาลัยสามารถสร้างทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ วิทยาลัยควรจะคำนึงถึงปัญหาความตึงเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นในวิทยาลัย ต้องพยายามแก้ไขปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยให้เอื้ออำนวยให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีและมีสุขภาพ

จิตที่ดีขณะศึกษาในวิทยาลัย จากการศึกษากลุ่มนักศึกษาที่มีทัศนคติไม่ดีต่อวิชาชีพ ไม่พบลักษณะเฉพาะของบุคลิกภาพผิดปกติชนิดใดเป็นลักษณะเด่น

ไมลน์ และวัทคิน (Miline and Watkin. 1986 : 139 - 146) ได้ศึกษาถึงการประเมินผลของการเปลี่ยนเวร มีผลต่อความเครียด การปรับตัวและความกดดันของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีการศึกษาสูงจะมีความเครียดน้อยกว่า เพราะสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

โฮมสตอร์ม และคนอื่น ๆ (Holmstrom and others. 1987 : 1 - 202) ได้ศึกษาการเจ็บป่วยทางจิต และสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยฟินแลนด์ เป็นเวลา 13 ปี และรายงานในปี ค.ศ. 1987 พบว่า ความเจ็บป่วยทางจิตมีมากขึ้นตามอายุ เพศชายต่างกับเพศหญิง นักศึกษาหญิงจะเชื่อเรื่อง tradition ส่วนนักศึกษาชายจะสนใจความเป็นอยู่ในสังคมและมนุษยสัมพันธ์มากกว่า การเจ็บป่วยทางจิตของนักศึกษาชายมักแสดงออกมาในรูปของอาการทางกาย ส่วนนักศึกษาหญิงแสดงออกในรูปของความกลัวและวิตกกังวล

การวิจัยในประเทศไทย

ศรีธรรม ธนะภูมิ และฉวี สิงหวิสัย (2520) ได้ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระหว่างปี 2517 - 2519 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 83 ราย มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี 2518 - 2519 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 42 ราย จากข้อมูลนี้การวินิจฉัยสูงสุดคือโรคประสาท ซึ่งมีร้อยละ 39.28 และร้อยละ 57.14 ในมหาวิทยาลัยทั้งสองแห่งตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่มาขอรับบริการทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นหนุ่มสาวที่มีสติปัญญาดี สามารถที่จะพูดแสดงออกถึงปัญหาของตน และปัญหานั้นก็เพิ่งเกิดขึ้นไม่นานนัก จึงสามารถที่จะให้การช่วยเหลือด้วยการแนะนำ หรือการปรึกษาในระยะสั้น จำนวนนักศึกษาที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจและอารมณ์ ดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นเรื่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับปัญหาการปรับตัว หรือสถานการณ์

ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติต่าง ๆ การให้คำแนะนำหรือการแนะแนวเพียงสองสามครั้งมักจะเป็นการเพียงพอแล้ว เนื่องจากความแปรปรวนทางจิตใจในวัยนี้หายได้ค่อนข้างรวดเร็ว เมื่อได้รับการรักษา การบริการทางด้านสุขภาพจิตแก่นักศึกษาที่มีปัญหาเช่นนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นในอันที่จะช่วยลดความวุ่นวายในระหว่างการศึกษา ช่วยเพิ่มระดับของสติปัญญาและวุฒิภาวะทางอารมณ์ และยังช่วยป้องกันโรคทางจิต (Mental illness) ซึ่งจะเกิดตามมาทีหลัง

กวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันไกรผล (2520) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 156 คน เป็นชาย 78 คน หญิง 78 คน พบว่า นักศึกษาคณะวิศวกรรมศาสตร์มีอัตราการมีสุขภาพจิตไม่ดีสูงที่สุด คือร้อยละ 25.49 รองลงมาคือ นักศึกษาคณะแพทย์ศาสตร์ ร้อยละ 18.64 และต่ำสุดคือ นักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 10.87

ยรรยง ศุทธรัตน์, พิรา ศุทธรัตน์ และฉวี สิงหวิสัย (2521) ได้รายงานผลการตรวจสุขภาพจิตอาจารย์โรงเรียนสาธิต โดยใช้แบบทดสอบสุขภาพ The Cornell Medical Index Health Questionare พบว่ามีอาการทางจิตเวช 26 ราย จาก 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.80

ธนู ชาติธนานนท์ และคนอื่น ๆ (2521) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดชัยนาท พบว่า ร้อยละ 68.84 ของนักเรียนที่ศึกษาอยู่คือ 148 ราย ใน 215 ราย มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตในภายหลัง

สมศร เชื้อหิรัญ, วิทยา นาควัชระ และวาสนา แฉล้มเขตร (2522) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 541 คน โดยใช้แบบสอบถาม The Cornell Medical Index พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพจิตไม่ดี 270 คน คิดเป็นร้อยละ 49.90 สำหรับนักศึกษาพยาบาลในหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) นั้น พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีสุขภาพจิตไม่ดีสูงสุดคือ ร้อยละ 59.09 รองลงมาคือชั้นปีที่ 2 คือร้อยละ 44

จำลอง ดิษยวณิช, พริ้มเพรา ดิษยวณิช และสังวรณ์ สมบัติใหม่ (2522) ได้สำรวจปัญหาความแปรปรวนทางจิตใจ ที่มีผลกระทบกระเทือนต่อการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ที่มหาวิทยาลัย

เชียงใหม่ พบว่าจำนวนนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ปี 2516 - 2520 มีรวมทั้งสิ้น 441 ราย ในจำนวนนี้การวินิจฉัยของความแปรปรวนทางจิตใจที่พบอันดับสูงสุดคือ จิตสรีราพาธ ร้อยละ 42.18 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความตึงเครียดหรือจิตใจ (Tension or psychogenic headache) ที่รองลงมาคือ โรคประสาทร้อยละ 31.05 โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดวิตกกังวล นอกจากนั้นพบว่า มีปฏิกริยาการปรับตัวร้อยละ 8.84 โรคจิตร้อยละ 6.12 บุคลิกภาพแปรปรวน รวมทั้งการติดยาเสพติด หรือเหล้าและปัญหาทางเพศ รวมร้อยละ 7.9 และอื่น ๆ ซึ่งมีจำนวนค่อนข้างน้อย

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2523) ได้ทำการวิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า สุขภาพจิตของนักเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่านักเรียนชายมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนหญิง

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจนปัจจนึก (2524) ศึกษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่น โดยใช้ดัชนีสองตัวคือ การรายงานปริมาณปัญหาทางกายและปัญหาทางจิตของผู้ตอบพบว่าดัชนีทั้งสอง ไม่มีความสัมพันธ์กันแต่อย่างใดในกลุ่มรวมผู้ตอบทั้งหมด แต่เมื่อแยกประเภทของผู้ตอบ ตามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังบางประการกลับพบว่า ในแต่ละตัวแปรที่ใช้แบ่ง จะมีกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่มีลักษณะสุขภาพกาย และจิตสัมพันธ์กันทางบวกอย่างสูง และพบว่าวัยรุ่นที่เพศต่างกัน ชั้นเรียนต่างกัน บิดามารดามีระดับการศึกษาต่างกัน มีสุขภาพจิตต่างกันด้วย ผู้มีสุขภาพจิตด้อยที่สุดคือ วัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกรุงเทพมหานคร และเป็นผู้ที่บิดา และหรือมารดามีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ด้วย

ยุพา วิสุทธิโกศล (2524) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในโรงเรียน และได้สรุปว่า สุขภาพจิตของครูมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของนักเรียน และในการพิจารณาสุขภาพจิตของครูนั้นควรจะคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้คือ ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ครอบครัว การศึกษา ความถนัด สังคมของครูในโรงเรียน สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพราะว่า เรื่องต่าง ๆ ของครูดังกล่าวนี้ มีผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนโดยตรง ส่วนสุขภาพจิตที่ดีของนักเรียนประกอบด้วย การมีความพอใจ

ตั้งใจในการเรียนอย่างสม่ำเสมอ ไปโรงเรียนด้วยใจรัก มีความสุข สนุกสนาน ร่วมมือกับครูในการเรียนการสอนเป็นอย่างดี อีกทั้งการจะป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับนักเรียน จะต้องคำนึงถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของนักเรียนที่อาจไม่ปกติ ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ เชาวน์ปัญญาต่ำ ปัญหาด้านความถนัดทางการเรียน ตลอดทั้งปัญหาครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม สำหรับการศึกษาปัญหาและสาเหตุของความเจ็บป่วยของเด็กและเยาวชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ สุดา เหลี่ยววิริยกิจ (2525 : 1 - 3) พบว่า ในการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก เด็กและเยาวชนที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ทั้งชายและหญิงที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2524 จำนวน 100 รายนั้น ผลปรากฏว่า อาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบมากที่สุด และปัญหาที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ และจิตใจของเด็กมากที่สุด คือปัญหาด้านการเรียนและปัญหาครอบครัว ซึ่งบุคคลที่มีความสำคัญต่อปัจจัยทั้งสอง คือบิดามารดาของเด็กนั่นเอง นอกจากนี้ ยุพา วิสุทธิโกศล, จิรภา พรประสิทธิ์ เพลินพิศ กัลยาณสุด และชวัญทิพย์ โพธิ์วัตถุธรรม (2525 : 1 - 2) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการป่วยทางจิตใจของนักเรียน โดยศึกษาจากนักเรียนที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2523 นักเรียนกลุ่มดังกล่าวอยู่ในช่วงวัยรุ่นอายุระหว่าง 16 - 20 ปี ผลการศึกษาปรากฏว่า ประการแรก นักเรียนที่ป่วยทางจิตมีจำนวน 378 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 42,691 คน และพบว่า ป่วยด้วยโรคจิตมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ โรคประสาทและโรคชนิดอื่น ๆ ตามลำดับ ซึ่งส่วนมากได้รับการรักษา แบบผู้ป่วยนอกมากกว่าต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประการที่สอง นักเรียนชายป่วยด้วยโรคทางจิตใจมากกว่านักเรียนหญิง ประการที่สาม นักเรียนที่ป่วยด้วยโรคทางจิตใจทั้งเพศชายและหญิง มีช่วงอายุระหว่าง 16 - 20 ปี มากที่สุด ประการที่สี่ นักเรียนดังกล่าวมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด และประการที่ห้า สาเหตุที่ทำให้นักเรียนป่วยด้วยโรคทางจิตใจ มีทั้งปัญหาที่เกิดเนื่องจากตัวเด็กของครอบครัว กรรมพันธุ์ ปัญหาทางโรงเรียน ครู และเพื่อนนักเรียน นอกจากนี้ จากการศึกษานี้ยังพบว่า นักเรียนที่ศึกษาเป็นนักเรียนที่อยู่ในช่วงอายุ 16 - 20 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเองมากที่สุด ทำให้มี

อารมณ์ว้าวุ่นและปรับตัวลำบาก นอกจากนี้การที่นักเรียนชายป่วยด้วยโรคทางจิตใจมากกว่านักเรียนหญิง อาจจะเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย และการคบเพื่อน เช่น การติดสารเสพติด การเกิดอุบัติเหตุทางร่างกายและสมองมีมาก เพราะนักเรียนชายผาดโผนมากกว่านักเรียนหญิง เป็นต้น

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2525 : 1 - 2) ได้สรุปเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตเด็กในโรงเรียนจากการศึกษาบทบาทครูในการส่งเสริมสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้ สำหรับวัยเด็กเล็ก (ช่วงอายุระหว่าง 5 - 10 ปี) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ คือความบกพร่องในพัฒนาการ การเรียน ความประพฤติ และอาการของความกังวล ส่วนวัยเด็กโต (ช่วงอายุระหว่าง 11 - 15 ปี) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบคือ ปัญหาเรื่องการเรียน ความประพฤติ การคบเพื่อน พัฒนาการผิดปกติ และความกังวลมากกว่าปกติ นอกจากนี้ วัยรุ่น (ช่วงอายุระหว่าง 16 - 19 ปี) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ คือความกังวลเรื่องการเจริญเติบโตทางร่างกาย ทางอารมณ์และสังคม ปัญหาความประพฤติ ปัญหาการเรียน และปัญหาทางอารมณ์

สำหรับสุขภาพจิตวัยรุ่นนั้น เสาวลักษณ์ เลิศคำรงค์เดช ศิริพร ทองบ่อ และจีรังกูล เมืองแก้ว (2525 : 1 - 3) ได้ศึกษาจากนักเรียนที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 621 คน ผลการศึกษาพบว่า ประการแรกกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงกว่าวัยรุ่นที่อยู่กับบิดามารดา ประการที่สอง กลุ่มนักเรียนวัยรุ่นเพศชายที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงกว่าวัยรุ่นเพศชายที่อยู่กับบิดามารดา และประการที่สาม ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นเพศหญิงที่อยู่กับบิดามารดาและกลุ่มที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา

ชิรวัฒน์ นิจเนตร (2526) ได้ศึกษา เรื่องสภาพเชิงจิต-สังคม ในโรงเรียนกับสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่น ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งการศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาความเกี่ยวพันระหว่างสภาพแวดล้อมทางโรงเรียนกับสุขภาพจิตห้าด้านของนักเรียนวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย อาการทางกาย มโนภาพแห่งตน ความซึมเศร้า ความก้าวร้าว และสุขภาพจิตรวมทั้งห้าด้านนี้ สำหรับสภาพ

แวดล้อมทางโรงเรียนประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (ความแออัดของสถานศึกษา) และสภาพแวดล้อมทางจิตและสังคม สามด้านคือ ความรู้สึกแออัดต่อสถานศึกษา ความแร้นแค้นทางจิตในโรงเรียน และบรรยากาศในชั้นเรียน จุดประสงค์ที่สำคัญคือ การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมเหล่านี้กับสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีลักษณะบุคลิกภาพ และภูมิหลังทางครอบครัวแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมปีที่ 5 และเทียบเท่า ซึ่งเรียนอยู่ในสถานศึกษาของกรมสามัญศึกษา และกรมอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,122 คน โดยผู้ถูกศึกษาได้ตอบแบบสอบถามต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ แบบสอบถามภูมิหลังทั่วไป แบบวัดสุขภาพจิตห้าด้าน แบบวัดลักษณะ-แสดงตัว แบบวัดลักษณะความเชื่ออำนาจภายในภายนอก แบบวัดความรู้สึกแออัด แบบวัดความแร้นแค้นทางจิต และแบบวัดบรรยากาศในชั้นเรียน ผลการวิจัยภาคสนามครั้งนี้พบว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งห้าด้านของวัยรุ่นมากที่สุดคือ การรับรู้สภาพแวดล้อมในโรงเรียนทั้งสามด้าน โดยเฉพาะบรรยากาศแบบประชาธิปไตยในชั้นเรียน ซึ่งสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ดีที่สุด รองลงมาคือ ความรู้สึกแร้นแค้นทางจิต และความรู้สึกแออัด ส่วนตัวแปรประเภทอื่นที่สำคัญรองลงไปคือ เพศ ลักษณะของครอบครัว และระดับเศรษฐกิจของครอบครัว โดยวัยรุ่นหญิงมีสุขภาพจิตทุกด้านเสื่อมกว่าวัยรุ่นชาย วัยรุ่นจากครอบครัวแตกแยกและวัยรุ่นจากครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ มีสุขภาพจิตสี่ด้านเสื่อมกว่าวัยรุ่นจากครอบครัวปกติ และวัยรุ่นจากครอบครัวฐานะปานกลางและฐานะสูง ผลดังกล่าวนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ ในประเทศไทยด้วย สำหรับสังกัดของสถานศึกษาและผลการเรียน (คะแนนเฉลี่ยสะสม) เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเพียงสองด้าน และอาชีพของผู้ปกครอง เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเพียงด้านเดียว นอกจากนี้ ยังพบว่า มีตัวแปรทางชีวสังคมและภูมิหลังหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สภาพแวดล้อมทางโรงเรียนในการวิจัยนี้ กล่าวคือ ระดับการศึกษาของผู้ปกครองเกี่ยวข้องกับการรับรู้สภาพแวดล้อมทั้งสามด้าน โดยนักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 มีความรู้แออัดมากกว่าแร้นแค้นทางจิตมากกว่า และเห็นว่าบรรยากาศในชั้นเรียนของตนเป็นประชาธิปไตยน้อยกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาต่ำกว่า ในด้านสังกัดของสถานศึกษา เกี่ยวข้องกับการรับรู้สภาพแวดล้อมเพียงสองด้าน โดยนักเรียนใน

โรงเรียนของกรมสามัญศึกษา มีความรู้สึกแออัดและความแร้นแค้นทางจิตมากกว่านักเรียนในวิทยาลัยของกรมอาชีวศึกษา ส่วนความแออัดของสถานศึกษา เกี่ยวข้องกับการรับรู้สภาพแวดล้อมสองด้าน โดยที่ในสถานศึกษาที่แออัดมาก มีความรู้สึกแออัดมากกว่า และเห็นว่าบรรยากาศในชั้นเรียนเป็นประชาธิปไตยน้อยกว่านักเรียนในสถานศึกษาที่แออัดน้อย สำหรับเพศและผลการเรียนเกี่ยวข้องกับการรับรู้สภาพแวดล้อมสองด้านเช่นเดียวกัน กล่าวคือ นักเรียนชายและนักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ มีความแร้นแค้นทางจิตมากกว่า และเห็นว่าบรรยากาศในชั้นเรียนเป็นประชาธิปไตยน้อยกว่านักเรียนหญิงและนักเรียนที่มีผลการเรียนสูง สำหรับตัวแปรจิตลักษณะห้าประการคือ การรับรู้สภาพแวดล้อมสามด้าน กับบุคลิกภาพสองประเภทนั้น พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ได้มากกว่าตัวแปรชีวสังคมและภูมิหลังทั้งแปดประการ และในระหว่างตัวแปรจิตลักษณะทั้งห้าตัวนี้ การรับรู้สภาพแวดล้อมสามด้าน มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นมากกว่าลักษณะบุคลิกภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่า สุขภาพจิตทั้งห้าด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันสูงอย่างเชื่อมั่นได้ โดยเฉพาะมโนภาพแห่งตน ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันมากที่สุด ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทยผ่านทางโรงเรียนและครอบครัว โดยการเสนอแนะให้ผู้ปกครองและครู อาจารย์ชี้แจงให้วัยรุ่นเข้าใจสภาพแวดล้อมในโรงเรียน และปรับการรับรู้เกี่ยวกับสภาพดังกล่าวให้ถูกต้อง เพื่อจะได้ผ่อนคลายความตึงเครียดลง ตามความเหมาะสมกับลักษณะของวัยรุ่นแต่ละประเภท

เปรมสุรีย์ เชื่อมทอง (2526) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน โดยจัดเปรียบเทียบตามตัวแปร สถานศึกษา เพศ และอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นจากสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านปากเกร็ด ชาย 57 คน สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีหญิง 57 คน โรงเรียนวชิรธรรมสาธิต ชาย 102 คน หญิง 99 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 315 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม SCL-90 สถิติที่ใช้คือ t-test ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนดีกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน เด็กวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่น

หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านย้ำคิดย้ำทำไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุผล และหวาดระแวง เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านความรู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านย้ำคิดย้ำทำ

อุสา ศิโรโรตสกุลต์ (2527) ได้ศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมกล้าแสดงออก พฤติกรรมไม่กล้าแสดงออก พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าวทางอ้อมของเด็กวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ที่อาศัยอยู่ในหอพักในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง เป็นนิสิตนักศึกษา อายุระหว่าง 18 - 21 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในหอพักในกรุงเทพมหานคร จำนวน 198 คน เป็นชาย 100 คน หญิง 98 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดสุขภาพจิต แบบทดสอบวัดพฤติกรรมกล้าแสดงออกพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออก พฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยพบว่า

1. เด็กวัยรุ่นตอนปลายที่มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

1.1 มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกไม่แตกต่างกัน

1.2 มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่แตกต่างกัน

1.3 เด็กวัยรุ่นตอนปลายที่มีสุขภาพจิตไม่ดี มีพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออกสูงกว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่มีสุขภาพจิตดี

1.4 เด็กวัยรุ่นตอนปลายที่มีสุขภาพจิตไม่ดี มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางอ้อมสูงกว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่มีสุขภาพจิตดี

2. ในด้านความสัมพันธ์ ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรมรวมทั้งสี่ด้านพบว่า

2.1 พฤติกรรมกล้าแสดงออกไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

2.2 พฤติกรรมก้าวร้าวไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

2.3 พฤติกรรมไม่กล้าแสดงออกมีความสัมพันธ์ทางลบกันสุขภาพจิต

2.4 พฤติกรรมก้าวร้าวทางอ้อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต

3. เด็กวัยรุ่นตอนปลายเพศชายและเพศหญิง พบว่า

3.1 เด็กวัยรุ่นตอนปลายเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกไม่แตกต่างกัน

3.2 เด็กวัยรุ่นตอนปลายเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางอ้อมไม่แตกต่างกัน

3.3 เด็กวัยรุ่นตอนปลายเพศหญิง มีพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออกสูงกว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายเพศชาย

3.4 เด็กวัยรุ่นตอนปลายเพศชาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายเพศหญิง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และมัลลวีย์ อดุลย์วัฒนศิริ (2527) ได้ทำการวิจัยเรื่อง สิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา ลักษณะสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ลักษณะสิ่งแวดล้อมตามความเห็นของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประชากรคือนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีของทุกคณะวิชาของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งกำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 ภาคปลาย ปีการศึกษา 2526 จำนวน 1,030 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรกลุ่มดังกล่าว ได้ใช้แบบทดสอบ SCL-90 เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสุขภาพจิตแต่ละด้าน (ลักษณะสุขภาพจิตที่ศึกษาจำแนกเป็น 10 ด้าน คือ ลักษณะสุขภาพจิตที่เกี่ยวกับ ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกโกรธแค้น ก้าวร้าวและอยากทำลาย ความรู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล ความรู้สึกหวาดระแวง และพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงอาการผิดปกติทางจิต) และใช้แบบสอบถามเรื่อง "สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา" เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสิ่งแวดล้อมตามความเห็นของนักศึกษา (สำหรับลักษณะสิ่งแวดล้อมที่ศึกษาจำแนกเป็น 11 ด้าน คือ ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อมวลชน ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับนักศึกษา ความ

สัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษากับนักศึกษา องค์ประกอบด้านคุณลักษณะส่วนตัวของนักศึกษา ปัญหาที่สืบเนื่องมาจากพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจและออกกำลังกาย บรรยากาศของหอพักนักศึกษา ความสะดวกในเรื่องการอุปโภคบริโภค บรรยากาศของการมีส่วนรวมในกิจกรรม การพึ่งพาตนเองและความรับผิดชอบต่อตนเอง และบรรยากาศทางการเรียนการสอน) นอกจากนี้ ได้ใช้แบบสอบถามเรื่อง "ข้อมูลเกี่ยวกับนักศึกษา" เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของนักศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล ได้หาค่าเฉลี่ยของคะแนนของลักษณะสุขภาพจิตแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนสิ่งแวดล้อมแต่ละด้าน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โปรดัค โมเมนท์ ระหว่างลักษณะสุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อม สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะสุขภาพจิตแต่ละด้าน ที่คำนวณได้นั้น ได้นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติของลักษณะสุขภาพจิตแต่ละด้าน ที่แผนกจิตวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำไว้เมื่อ พ.ศ. 2520 ข้อสรุปจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ ประการแรกคือ ลักษณะสุขภาพจิตแต่ละด้านของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1,030 คน อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประการที่สอง คือลักษณะสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปตามความเห็นของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1,030 คน ควรปรับปรุงหรือทำให้ดีขึ้นอย่างมาก และประการที่สามคือ ลักษณะสุขภาพจิตแต่ละด้านกับสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1,030 คน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อลักษณะสุขภาพจิตแต่ละด้าน ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

พเยาว์ พูลเจริญ เพียรดี เปี่ยมมงคล และอำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2528 : 20) ได้สำรวจ ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้แบบสอบถาม The Cornell Medical Index พบว่าสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลโดยส่วนรวม จาก 405 คน พบว่า ที่สุขภาพจิตไม่ดี 146 คน คิดเป็นร้อยละ 36 มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย 152 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 และมีสุขภาพจิตดี 107 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50 ระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีสุขภาพจิตไม่ดีสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.29 รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 36.2 ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 32.63 และชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 20.38

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ระดับชั้นปีการศึกษากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน
2. อายุกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน
3. สถานภาพการสมรสของบิดามารดากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน
4. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน
5. ลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน
6. ภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2533 จำนวน 532 คน ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด แบ่งตามชั้นปีได้ ดังนี้

ชั้นปีที่ 1 จำนวน 162 คน

ชั้นปีที่ 2 จำนวน 143 คน

ชั้นปีที่ 3 จำนวน 87 คน

ชั้นปีที่ 4 จำนวน 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร ภูมิลำเนาเดิม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสุขภาพชื่อ The Cornell Medical Index - Health Questionnaire (C.M.I.) ซึ่งสร้างโดย นายแพทย์ เค. บรอดแมน (K. Broadman) และคนอื่น ๆ สร้างขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1949 - 1952 แบบทดสอบนี้เป็นที่นิยมใช้ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา สำหรับในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2520 นายแพทย์ยรรยง ศุทธรัตน์ และคนอื่น ๆ ได้นำแปลเป็นภาษาไทย และทดลองใช้กับนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางเขน จำนวน 108 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ชั้นปีละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 ผู้วิจัยถือว่าแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป จึงสามารถนำมาใช้ได้ ลักษณะของแบบสอบถาม มี 2 แบบ คือสำหรับผู้ชาย และสำหรับผู้หญิง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบสอบถามสำหรับผู้หญิงข้อคำถามมีทั้งหมด 195 ข้อคำถาม ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็น 18 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ตา หู	9 คำถาม
ส่วนที่ 2	ระบบหายใจ	18 คำถาม
ส่วนที่ 3	ระบบการไหลเวียนของโลหิต	13 คำถาม
ส่วนที่ 4	ระบบย่อยอาหาร	23 คำถาม
ส่วนที่ 5	ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	8 คำถาม
ส่วนที่ 6	ผิวหนัง	7 คำถาม
ส่วนที่ 7	ระบบประสาท	18 คำถาม
ส่วนที่ 8	ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์	11 คำถาม
ส่วนที่ 9	อาการเหนื่อยง่าย	7 คำถาม
ส่วนที่ 10	การเจ็บป่วยบ่อย ๆ	9 คำถาม
ส่วนที่ 11	คำถามเกี่ยวกับโรคเบ็ดเตล็ด	15 คำถาม

ส่วนที่ 12	คำถามเกี่ยวกับนิสัย อารมณ์ ความรู้สึก	6	คำถาม
ส่วนที่ 13	คำถามเกี่ยวกับความมั่นใจ	12	คำถาม
ส่วนที่ 14	คำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า	6	คำถาม
ส่วนที่ 15	คำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล	9	คำถาม
ส่วนที่ 16	คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกอ่อนไหว	6	คำถาม
ส่วนที่ 17	คำถามเกี่ยวกับความโกรธ	9	คำถาม
ส่วนที่ 18	คำถามเกี่ยวกับความตึงเครียดในจิตใจ	9	คำถาม

เกณฑ์การพิจารณาสุขภาพจิต

ผู้ตอบคำถามจะตอบว่า "ใช่" "ไม่ใช่" คำถาม "ใช่" มีคะแนนเป็น 1 หน่วยคะแนน คำตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 0 คะแนน จัดแบ่งระดับสุขภาพจิตตามคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 - 15 มีสุขภาพจิตดี

คะแนน 16 - 30 มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย

คะแนน 31 ขึ้นไป สุขภาพจิตไม่ดี

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขออนุญาต และขอความร่วมมือจากอาจารย์ประจำชั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี เพื่อชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม

4. แจกแบบสอบถาม ให้นักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2533 รวบรวมแบบสอบถามที่แจกไปทั้งหมด 545 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืนมา 532 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.6

5. นำแบบสอบถามมาตรวจให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม

6. นำคะแนนที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์

วิธีจัดกระทำกับข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC$^+$ (Statistical Package for the Social Sciences)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพ C.M.I. วิเคราะห์ดังนี้

1. จัดแบ่งระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย และสุขภาพจิตไม่ดี ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยจำแนกตามตัวแปรด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร และภูมิลำเนาเดิม ของนักศึกษาพยาบาล ด้วยค่าสถิติร้อยละ

2. ทดสอบสมมุติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลกับตัวแปรด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตรและภูมิลำเนาเดิมของนักศึกษาพยาบาล โดยการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2 - test)

3. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2) แบบการทดสอบข้อมูลที่มี 2 มิติ (The χ^2 two-variable case) ในการทดสอบสมมติฐานทุกข้อ โดยใช้สูตร

$$\chi^2 = \frac{\Sigma(O - E)^2}{E}$$

$$df = (R - 1)(C - 1)$$

เมื่อ χ^2 แทน ค่าไคสแควร์

O แทน ค่าความถี่ที่ได้จากการสังเกต (Observed frequency)

E แทน ค่าความถี่ที่คาดหวังไว้หรือความถี่ที่ได้มาตามทฤษฎี (Expected frequency)

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)

(ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2530 : 221)

2. การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยงแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน

$$K - R_{21} : r_{xx} = \frac{n}{n - 1}\left[1 - \frac{\bar{X}(n - \bar{X})}{nS_x^2}\right]$$

เมื่อ r_{xx} แทน สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

n แทน จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\bar{X}$ แทน มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนของผู้ถูกทดสอบทั้งหมด

S_x^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ถูกทดสอบทั้งหมด

(ประคอง กรรณสูต. 2527 : 37 - 38)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

χ^2 แทน ค่าไคสแควร์

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

ผลการศึกษาค้นคว้า

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้ออารุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 545 คน ได้รับแบบสอบถามที่มีคำตอบสมบูรณ์กลับคืน จำนวน 532 ฉบับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 97.6 แล้วจึงได้นำคำตอบจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตารางแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามสุขภาพ C.M.I (The Cornell Medical Index-Health Questionaire)

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลตามตัวแปรอิสระ

2.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลตามตัวแปรด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร และภูมิลำเนาเดิม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับชั้นปีการศึกษา

ระดับชั้นปี	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นปีที่ 1	162	30.5
ชั้นปีที่ 2	143	26.9
ชั้นปีที่ 3	87	16.4
ชั้นปีที่ 4	140	26.3
รวม	532	100.0

จากตาราง 1 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.5 รองลงมาคือชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 26.9 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 16.4

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
17 - 19 ปี	206	38.7
20 - 22 ปี	316	59.4
23 - 25 ปี	10	1.9
รวม	532	100.0

จากตาราง 2 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลมีอายุระหว่าง 20 - 22 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุ 17 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.7 และกลุ่มที่มีน้อยที่สุดคือกลุ่ม อายุ 23 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.9

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามสภาพการสมรสของบิดามารดา

สภาพการสมรสของบิดา - มารดา	จำนวน	ร้อยละ
บิดาเสียชีวิต	39	7.3
มารดาเสียชีวิต	15	2.8
บิดามารดาเสียชีวิต	1	.2
บิดามารดาแยกกันอยู่	33	6.2
บิดามารดาอยู่ร่วมกัน	421	79.1
รวม	532	100.0

จากตาราง 3 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลที่มีบิดามารดาอยู่ร่วมกัน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.1 รองลงมาคือกลุ่มที่บิดาเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 7.3 กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ กลุ่มที่บิดามารดาเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0.2

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
มีรายได้ 1,000 - 3,000 บาท	49	9.2
มีรายได้ 3,001 - 6,000 บาท	171	32.1
มีรายได้ 6,001 - 9,000 บาท	142	26.7
มีรายได้ 9,001 บาทขึ้นไป	170	32.0
รวม	532	100.0

จากตาราง 4 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลมีฐานะเศรษฐกิจ 3,001 - 6,000 บาท มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.1 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ 9,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.0 กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ 1,000 - 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.2

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามลำดับที่ของการเป็นบุตร

ลำดับที่ของการเป็นบุตร	จำนวน	ร้อยละ
บุตรคนโต	176	33.1
บุตรคนสุดท้อง	120	22.6
บุตรคนเดียว	13	2.4
อื่น ๆ	223	41.9
รวม	532	100.0

จากตาราง 5 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลที่เป็นบุตรในระดับอื่น ๆ (คนกลาง ๆ) มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ กลุ่มที่เป็นบุตรคนโต คิดเป็นร้อยละ 33.1 กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มที่เป็นบุตรคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 2.4

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม

ภูมิลำเนาเดิม	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	176	33.1
ภาคกลาง	177	33.3
ภาคอีสาน	75	14.1
ภาคใต้	30	5.6
ภาคเหนือ	26	4.9
ภาคตะวันออก	48	9.0
รวม	532	100.0

จากตาราง 6 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 33.1 กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 4.9

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามสุขภาพ C.M.I. (The Cornell Medical Index-Health Questionaire)

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของนักเรียนศึกษาพยาบาล ดังปรากฏในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
มีสุขภาพจิตดี	89	16.7
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	195	36.7
สุขภาพจิตไม่ดี	248	46.6
รวม	532	100.0

จากตาราง 7 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลมีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมา คือ มีปัญหาสุขภาพเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 36.7 กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 16.7

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ตามตัวแปรอิสระ ดังปรากฏในตาราง 8 – 13

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามระดับชั้นปีการศึกษากับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ				
	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	รวม
มีสุขภาพจิตดี	23(25.8)	16(18.0)	14(15.7)	36(40.4)	89(16.7)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	53(27.2)	51(26.2)	37(19.0)	54(27.7)	195(36.7)
สุขภาพจิตไม่ดี	86(34.7)	76(30.6)	36(14.5)	50(20.2)	248(46.6)
รวม	162(30.5)	143(26.9)	87(16.4)	140(26.3)	532(100.0)

จากตาราง 8 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมา คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 30.6 และกลุ่มที่น้อยที่สุดคือชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 14.5

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามอายุ กับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ			
	อายุ 17–19 ปี	อายุ 20–22 ปี	อายุ 23–25 ปี	รวม
มีสุขภาพจิตดี	25(28.1)	61(68.5)	3(3.4)	89(16.7)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	68(34.9)	123(63.1)	4(2.1)	195(36.7)
สุขภาพจิตไม่ดี	113(45.6)	132(53.2)	3(1.2)	248(46.6)
รวม	206(38.7)	316(59.4)	10(1.9)	532(100.0)

จากตาราง 9 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลที่มีอายุ 20 - 22 ปี มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมา คือกลุ่มที่มีอายุ 17 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.6 กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือกลุ่มอายุ 23 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.9

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามสภาพการสมรสของบิดามารดากับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ						
	บิดาเสียชีวิต	มารดาเสียชีวิต	บิดามารดาเสียชีวิต	บิดามารดาแยกกันอยู่	บิดามารดาหย่าจากกัน	บิดามารดาอยู่ร่วมกัน	รวม
มีสุขภาพจิตดี	5(5.6)	5(5.6)	-	6(6.7)	3(3.4)	70(78.7)	89(16.7)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	20(10.3)	3(1.5)	-	10(5.1)	7(3.6)	155(79.5)	195(36.7)
สุขภาพจิตไม่ดี	14(5.6)	7(2.8)	1(0.4)	17(6.9)	13(5.2)	196(79.0)	248(46.6)
รวม	39(7.3)	15(2.8)	1(0.4)	33(6.2)	23(4.3)	421(79.1)	532(100.0)

จากตาราง 10 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลที่มีบิดามารดาอยู่ร่วมกัน มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.0 รองลงมา คือกลุ่มที่มีบิดามารดาแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 6.2 กลุ่มที่น้อยที่สุด คือกลุ่มที่มีบิดามารดาเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0.4

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ				
	รายได้ 1,000-3,000 บาท	3,001-6,000 บาท	6,001-9,000 บาท	9,001 บาทขึ้นไป	รวม
มีสุขภาพจิตดี	6(6.7)	25(28.1)	28(31.5)	30(33.7)	89(16.7)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	14(7.2)	69(35.4)	44(22.6)	68(34.9)	195(36.7)
สุขภาพจิตไม่ดี	29(11.7)	77(31.0)	70(28.2)	72(29.0)	248(46.6)
รวม	49(9.2)	171(32.1)	142(26.7)	170(32.0)	532(100.0)

จากตาราง 11 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 - 6,000 บาท มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.0 รองลงมา คือกลุ่มที่ครอบครัวมีรายได้ 9,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.0 กลุ่มที่น้อยที่สุดคือ กลุ่มที่ครอบครัวมีรายได้ 1,000 - 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.7

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ				
	บุตรคนโต	บุตรคนสุดท้อง	บุตรคนเดียว	อื่น ๆ	รวม
มีสุขภาพจิตดี	34(38.2)	17(19.1)	2(2.2)	36(40.4)	89(16.7)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	62(31.8)	47(24.1)	6(3.1)	80(41.0)	195(36.7)
สุขภาพจิตไม่ดี	80(32.3)	56(22.6)	5(2.0)	107(43.1)	248(46.6)
รวม	176(33.1)	120(22.6)	13(2.4)	223(41.9)	532(100.0)

จากตาราง 12 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลที่เป็นบุตรในลำดับอื่น ๆ (คนกลาง ๆ) มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.1 รองลงมาคือ กลุ่มที่เป็นบุตรคนโต คิดเป็นร้อยละ 32.3 กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มที่เป็นบุตรคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 2.0

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ						
	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคอีสาน	ภาคใต้	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออก	รวม
มีสุขภาพจิตดี	27(30.3)	27(30.3)	6(6.7)	11(12.4)	6(6.7)	12(13.5)	89(16.7)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	68(34.9)	71(36.4)	24(12.3)	10(5.1)	8(4.1)	14(7.2)	195(36.7)
สุขภาพจิตไม่ดี	81(32.7)	79(31.9)	45(18.1)	9(3.6)	12(4.8)	22(8.9)	248(46.6)
รวม	176(33.1)	177(333)	75(14.1)	30(5.6)	26(4.9)	48(9.0)	532(100.0)

จากตาราง 13 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคกลาง มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.7 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 31.9 กลุ่มที่น้อยที่สุด คือ กลุ่มที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 3.6

2.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลตามตัวแปรด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร และภูมิลำเนาเดิม ดังปรากฏ ตามตาราง 14 - 19

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นปีการศึกษา กับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต					
	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4	รวม	X^2
มีสุขภาพจิตดี	23	16	14	36	89	
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	53	51	37	54	195	
สุขภาพจิตไม่ดี	86	76	36	50	248	
รวม	162	143	87	140	532	18.55*

*$P < .05 (X^2 = 12.59, df = 6)$

จากตาราง 14 แสดงว่าระดับชั้นปีการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต อายุ 17-19 ปี	อายุ 20-22 ปี	อายุ 23-25 ปี	รวม	X^2
มีสุขภาพจิตดี	25	61	3	89	
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	68	123	4	195	
สุขภาพจิตไม่ดี	113	132	3	248	
รวม	206	316	10	532	11.31^*

$^*P < .05(X^2 = 9.49, df = 4)$

จากตาราง 15 แสดงว่าอายุกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการสมรสของบิดามารดากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต							X^2
	บิดา เสียชีวิต	มารดา เสียชีวิต	บิดามารดา เสียชีวิต	บิดามารดา แยกกันอยู่	บิดามารดา หย่าจากกัน	บิดามารดา อยู่ร่วมกัน	รวม	
มีสุขภาพจิตดี	5	5	-	6	3	70	89	
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	20	3	-	10	7	155	195	
สุขภาพจิตไม่ดี	14	7	1	17	13	196	248	
รวม	39	15	1	33	23	421	532	9.84

*$P < .05(X^2 = 18.31, df = 10)$

จากตาราง 16 แสดงว่าสภาพการสมรสของบิดามารดา กับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานในข้อที่ 3 ที่ว่าสภาพการสมรสของบิดามารดากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต มีรายได้ 1,000-3,000 บาท	3,001-6,000 บาท	6,001-9,000 บาท	9,001 บาทขึ้นไป	รวม	x^2
มีสุขภาพจิตดี	6	25	28	30	89	
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	14	69	44	68	195	
สุขภาพจิตไม่ดี	29	77	70	72	248	
รวม	49	171	142	170	532	7.80

$^{*}P < .05(x^2 = 12.59, df = 6)$

จากตาราง 17 แสดงว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานในข้อที่ 4 ที่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต					
	บุตรคนโต	บุตรคนสุดท้อง	บุตรคนเดียว	อื่น ๆ	รวม	χ^2
มีสุขภาพจิตดี	34	17	2	36	89	
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	62	47	6	80	195	
สุขภาพจิตไม่ดี	80	56	5	107	248	
รวม	176	120	13	223	532	2.22

$^{*}P < .05(\chi^2 = 12.59, df = 6)$

จากตาราง 18 แสดงว่าลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานในข้อที่ 5 ที่ว่าลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต							χ^2
	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคอีสาน	ภาคใต้	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออก	รวม	
มีสุขภาพจิตดี	27	27	6	11	6	12	89	
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	68	71	24	10	8	14	195	
สุขภาพจิตไม่ดี	81	79	45	9	12	22	248	
รวม	176	177	75	30	26	48	532	20.67^*

$^*P < .05(\chi^2 = 18.31, df = 10)$

จากตาราง 19 แสดงว่าภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานในข้อที่ 6

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อสำรวจจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพจิต
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ตามตัวแปรด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดา-มารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร ภูมิลำเนาเดิม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1, 2, 3, 4 ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ภาคการศึกษาที่ 2 ประจำปีการศึกษา 2533 จำนวนทั้งสิ้น 532 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดา-มารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร ภูมิลำเนาเดิม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม The Cornell Medical Index-Health Questionaire (C.M.I.) ซึ่งนายแพทย์ยรรยง ศุทธรัตน์ และคนอื่น ๆ ได้นำมาดัดแปลงและใช้ในประเทศไทยเป็นรายแรก แบบสอบถาม C.M.I. นี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 195 ข้อ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็น 18 ส่วน ซึ่งแบบสอบถามสุขภาพ C.M.I. นี้ ได้สร้างขึ้นมาใช้ที่ The Cornell University Medical College Columbia University, New York โดยนายแพทย์ Erdmann K. Brodman ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จำนวน 80 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC^{+} ที่หน่วยบริการคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร โดยวิเคราะห์ข้อมูล และแปลความหมายซึ่งจะเสนอเป็นตอน ๆ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามสุขภาพ C.M.I. (The Cornell Medical Index-Health Questionaire)

2.1 การวิเคราะห์ระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลตามตัวแปรอิสระ

2.3 การทดสอบเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลกับตัวแปรด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสบิดา-มารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร และภูมิลำเนาเดิม โดยทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2 - test)

สรุปผลการค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล

1.1 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.5

1.2 อายุ นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 22 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.4

1.3 สภาพการสมรสของบิดา-มารดา นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ มีบิดา-มารดาอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 79.1

1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้อยู่ในช่วง 3,001 - 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.1

1.5 ลำดับที่ของการเป็นบุตร นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบุตรอยู่ในลำดับอื่น ๆ (กลาง ๆ) คิดเป็นร้อยละ 41.9

1.6 ภูมิลำเนาเดิม นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.7

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

2.1 นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ มีระดับสุขภาพจิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาคือ มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 36.7 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 16.7

2.2.1 ระดับชั้นปีการศึกษา นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.7

2.2.2 อายุ นักศึกษาพยาบาลที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 22 ปี มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.2

2.2.3 สภาพการสมรสของบิดา-มารดา นักศึกษาพยาบาลที่มีบิดามารดาอยู่ร่วมกัน มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.0

2.2.4 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว นักศึกษาพยาบาลที่ครอบครัวมีรายได้ 3,001 - 6,000 บาท มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.0

2.2.5 ลำดับที่ของการเป็นบุตร นักศึกษาพยาบาลที่มีลำดับที่ของการเป็นบุตรลำดับอื่น ๆ (กลาง ๆ) มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.1

2.2.6 ภูมิลำเนาเดิม นักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาเดิม อยู่ภาคกลาง มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.7

3. การทดสอบเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กับตัวแปรอิสระเพื่อทดสอบสมมุติฐาน พบว่า

3.1 ระดับชั้นปีการศึกษากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 อายุกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 สภาพการสมรสของบิดามารดากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.4 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.5 ลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.6 ภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สมมุติฐานข้อที่ 1 ระดับชั้นปีการศึกษากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับชั้นปีการศึกษากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมศร เชื้อหิรัญ และคนอื่น ๆ (2522) ที่ได้ทำการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และพเยาว์ พูลเจริญ และคนอื่น ๆ (2528) ได้ทำการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผลคล้ายคลึงกันว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต และพบว่านักศึกษาแต่ละชั้นปีมีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือ ปีที่ 2 ปีที่ 3 และปีที่ 4 ตามลำดับ แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2, 4 และชั้นปีที่ 3 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระบบการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์นั้นต่างกันบ้างในบางส่วน จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เมื่อเข้ามาศึกษา มีปัญหาด้านการปรับตัว และการเรียนเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ กสานติกุล (1984 : 83) ที่พบว่า 50% ของนักศึกษาที่ไม่สามารถสำเร็จการศึกษาได้มีปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะนักศึกษาปีแรก ที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับการศึกษาแบบใหม่ แตกต่างไปจากขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความกังวลใจ

กับการต้องแยกจากครอบครัวหรือภูมิลำเนาเดิม หรือการต้องดูแลและพึ่งตนเองจะประสบปัญหาทางการเรียน และสมชาย จักรพันธ์ (2523 : 41 - 42) ได้กล่าวว่าความผิดปกติทางจิตอาจมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคม ความบีบคั้นในด้านต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ วรรณี ลิมอักษร และกมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2524 : 25 และ 304) ที่กล่าวว่า สาเหตุของสุขภาพจิตเสื่อมนั้นสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญมาก ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในบ้านในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางสังคม นอกจากนั้น คิงค์และคนอื่น ๆ (King and others. 1973) ได้ศึกษาบุคลิกภาพของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดจากปีที่ 1 ถึงปีสุดท้ายของมหาวิทยาลัย พบว่าบุคลิกภาพของนักศึกษามีส่วน Indentify กับอาจารย์และสิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัย และเจ็ด (Jegede. 1979) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของนักศึกษาก่อนเข้าศึกษาในวิทยาลัยและก่อนจบจากวิทยาลัย พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากวิชาชีพที่เรียน และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ เพราะนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ มีปัญหาทางสุขภาพจิต อาจเป็นเพราะลักษณะวิชาชีพพยาบาลที่นักศึกษากำลังศึกษาอยู่ ซึ่งต้องศึกษาในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติควบคู่กันไป และในภาคปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลกับผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เป็นจริง ต้องฝึกปฏิบัติงาน เวรบ่าย-เวรดึกด้วย สภาพดังกล่าวทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา สมพงษ์ และคนอื่น ๆ (2523 : 23) ที่ศึกษาปัญหาของนักศึกษาพยาบาลรามาธิบดีทุกชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี มีปัญหาด้านการปรับตัวทางการเรียนมากกว่าด้านอื่น ๆ และผลการเรียนของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับปัญหาครอบครัวและสังคมด้วย ถ้าคนเราปรับตัวไม่ได้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ (Frustration) รู้สึกเครียด (Stress) และเกิดความขัดแย้งในใจ (Conflict) ความรู้สึกเหล่านี้ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในเวลาต่อมา (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2530 : 71 - 72) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ แต่จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 2 และ 4 ส่วนชั้นปีที่ 3 มีปัญหาสุขภาพจิตน้อยที่สุด และมีสุขภาพจิตดีมากที่สุดกว่าทุกชั้นปี อาจเป็นเพราะลักษณะการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี

แตกต่างกันคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จะศึกษาเฉพาะวิชาวิทยาศาสตร์ และวิชาทั่วไปวิธีการสอนเป็นแบบการบรรยายและการฝึกปฏิบัติในห้องทดลอง ยังไม่ต้องขึ้นฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาลแต่อย่างใด ทางวิทยาลัยพยาบาลจึงให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ไม่ต้องพักอยู่หอพักของทางวิทยาลัย ให้นักศึกษาเดินเรียน ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 วิชาที่ศึกษาจะเกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาลโดยตรง และมีความซับซ้อนมากขึ้นตามลำดับ นักศึกษาต้องขึ้นให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ต้องรับผิดชอบต่อชีวิต และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย การเรียนการสอนลักษณะนี้แตกต่างจากชั้นปีที่ 1 โดยสิ้นเชิง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ทางวิทยาลัยก็ให้เดินเรียนเหมือนนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 จะจัดห้องให้เปลี่ยนเสื้อผ้าเฉพาะจะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเท่านั้น ส่วนปีที่ 3 และ 4 ต้องฝึกภาคปฏิบัติมากขึ้น และต้องอยู่เวรบ่าย เวรดึก ทางวิทยาลัยจึงจัดให้นักศึกษาพยาบาลพักอยู่ในหอพักของทางวิทยาลัยจึงพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตน้อยกว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 และ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลินช์ (Lynch. 1972 : 499 - A) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพ และปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับวิทยาลัยของนักศึกษาหญิงปีที่ 1 ประเภทประจำและเดินเรียน ในวิทยาลัยแห่งรัฐเมืองเจอร์ซี่ สหรัฐอเมริกา จากการศึกษาพบว่า เมื่อนักศึกษาเข้ามาเรียนใหม่ ๆ นักศึกษาประเภทประจำและเดินเรียนมีปัญหาไม่แตกต่างกัน พอภาคเรียนภาคต้นผ่านพ้นไป นักศึกษาประเภทประจำและเดินเรียนมีการปรับตัวให้เข้ากับวิทยาลัยแตกต่างกัน และนักศึกษาทั้งสองประเภทเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรักษาสุขภาพ และการปรับตัวให้เข้ากับวิทยาลัย ตั้งแต่ตอนต้นภาคเรียนไปจนกระทั่งจบภาคเรียน และจากการศึกษาของ คอฟแมน (Kauffman. 1968 : 19 - 21) ได้ศึกษาสภาพนักศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ปีที่ 1 นักศึกษารู้สึกตื่นเต้นและสนใจทุก ๆ สิ่งรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการเรียน หรือกิจกรรมสังคมในมหาวิทยาลัย มีความอยากเรียนและตั้งใจในการศึกษาพยายามปรับปรุงให้เข้ากับวัฒนธรรมของมหาวิทยาลัย และเชื่อฟังคำสอนอาจารย์ปีที่ 2 นักศึกษาไม่ค่อยพอใจอาจารย์ เริ่มมีความคิดเห็นขัดแย้ง และเป็นปฏิปักษ์ต่อมหาวิทยาลัย มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ขึ้น ปีที่ 3 นักศึกษามักจะสงบเงียบชอบอยู่กับกลุ่ม

เพื่อน ๆ มีความเฉยเมยต่อสังคมในมหาวิทยาลัย และการเรียน อาจมีความคิดที่จะเริ่มมีเพื่อนต่างเพศที่สนิท ปีที่ 4 นักศึกษาไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่มักจะเริ่มสนใจเกี่ยวกับงานการศึกษาต่อ และความก้าวหน้าในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ เพราะนักศึกษาปีที่ 4 มีสุขภาพจิตดีมากกว่าทุกชั้นปี และมีปัญหาสุขภาพจิตไม่ดีน้อยกว่า ทั้งนี้เป็นเพราะ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 มีความหวังถึงความก้าวหน้าในอนาคต เพราะใกล้จบการศึกษา และพ้นจากสภาพการเป็นนักศึกษาจะสามารถประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเองได้

สมมุติฐานข้อที่ 2 อายุกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน จากผลการวิเคราะห์พบว่า อายุกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิรวัฒน์ นิจเนตร (2526) พบว่าในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อันเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต และพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่ทำให้เกิดความเครียด และมีปัญหาการปรับตัวได้ง่าย นักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ จะมีอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ถึงไม่เกิน 25 ปี จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีช่วงอายุ 20 - 22 ปี รองลงมาคือ อายุ 17 - 19 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตมาก ส่วนช่วงอายุ 23 - 25 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนน้อย จึงจะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จะมีวัยอยู่ในช่วงวัยรุ่น และวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่ยังต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับลักษณะวัยของตนที่เปลี่ยนไปอีกทั้งนักศึกษาพยาบาลยังต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับลักษณะวิชาชีพพยาบาลที่ตนกำลังศึกษาอยู่ด้วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2533 : 224) การศึกษาวิชาชีพพยาบาลนั้น นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เป็นจริง ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ฉุกเฉินเฉพาะหน้าที่ต้องอาศัยการตัดสินใจที่รวดเร็ว ต้องฝึกการทำงานร่วมกับแพทย์ และผู้อื่น ต้องฝึกการอยู่เวรบ่าย เวรดึก ต้องเสียสละ อดทนและมีความรับผิดชอบสูง จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวอย่างมากพร้อมกันในหลาย ๆ ด้าน ย่อมจะเกิดปัญหาการปรับตัวได้โดยง่าย ดังที่ เฮอร์ล็อค (Hurlock. 1968 : 467 - 468) กล่าวว่าในช่วงวัยรุ่นตอนปลายของเด็กหญิงจะมีปัญหามากกว่าเด็กชายถ้าถูกผลักดันให้ก้าวเข้าสู่งานอาชีพ และจากลักษณะการศึกษาวิชาชีพพยาบาลนั้นค่อนข้างหนัก มีความ

จำเป็นในการจัดหลักสูตรที่ต้องมีทั้งการศึกษาทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ซึ่งทัศนา บุญทอง (2522 : 9 - 31) และสมิท (Smith. 1968 : 3) ได้ให้ความเห็นว่าการศึกษาภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเป็นหัวใจของการเรียนวิชาการพยาบาลช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ให้รู้จักแก้ปัญหาในการให้การพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์แบบ และจากการศึกษาของสุทธิรัตน์ พิมพงศ์ (2518 : 50) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการเรียนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า องค์ประกอบที่ส่งผลต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาลคือ ความสนใจและการปรับตัวของนักศึกษา และจากการศึกษาเกี่ยวกับการป่วยทางจิตใจของนักเรียนของยุพา วิสุทธิไกศล และคนอื่น ๆ (2525 : 1 - 2) พบว่า นักเรียนที่ศึกษาเป็นนักเรียนที่อยู่ในช่วงอายุ 16 - 20 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเองมากที่สุด ทำให้มีอารมณ์ว้าวุ่นและปรับตัวลำบาก และจากการศึกษาของธนู ชาติธนานนท์ และคนอื่น ๆ (2521) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่น ในจังหวัดชัยนาท พบว่าร้อยละ 68.84 ของนักเรียนที่ศึกษาอยู่คือ 148 ราย จาก 215 ราย มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตในภายหลัง ชิรวัฒน์ นิจเนตร (2526) ได้ศึกษาสภาพเชิงจิตสังคมในโรงเรียนกับสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นมากที่สุด คือ การรับรู้สภาพแวดล้อมในโรงเรียนโดยเฉพาะบรรยากาศแบบประชาธิปไตย รองลงมาคือความรู้สึกแร้นแค้นทางจิตใจและความรู้สึกแออัด โดยวัยรุ่นหญิงมีสุขภาพจิตเสื่อมกว่าวัยรุ่นชาย และศรีธรรม ธนะภูมิ (2525) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตเด็กในโรงเรียน พบว่าวัยรุ่น (ช่วงอายุ 16 - 19 ปี) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบคือ ความกังวลเรื่องการเจริญเติบโตของร่างกาย ทางอารมณ์และสังคม ปัญหาความประพฤติ ปัญหาการเรียนและปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ และเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สมมุติฐานข้อที่ 3 สภาพการสมรสของบิดา-มารดากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน จากผลการวิเคราะห์พบว่าสภาพการสมรสของบิดามารดากับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาของเสาวลักษณ์ เลิศดำรงเดช และคนอื่น ๆ (2525 : 1 - 3) ได้ศึกษาสุขภาพจิตวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดขอนแก่น พบว่า

กลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงกว่าวัยรุ่นที่อยู่กับบิดามารดา และจากการศึกษาของ ชิรวัฒน์ นิจเนตร (2526) พบว่าวัยรุ่นหญิงมีสุขภาพจิตทุกด้านเสื่อมกว่าวัยรุ่นชาย วัยรุ่นจากครอบครัวแตกแยกจะมีสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ เสื่อมกว่าวัยรุ่นจากครอบครัวปกติ แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีสภาพสมรสของบิดามารดาที่มีบิดามารดาอยู่ร่วมกันมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนักศึกษาพยาบาลเมื่อเข้ามาศึกษาวิชาชีพพยาบาล นักศึกษาที่อยู่ต่างจังหวัดต้องเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ ต้องแยกจากบิดามารดามาอยู่กับญาติ หรืออยู่หอพัก ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ก็ต้องเข้าอยู่หอพักที่ทางวิทยาลัยพยาบาลจัดไว้ให้ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะไม่ได้อยู่กับครอบครัว และบิดามารดา ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นได้ และจากการศึกษาของ กรีนเบอร์ก และคนอื่น ๆ (Greenberg and others. 1983 : 373 - 384) ได้เปรียบเทียบอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน กับบิดามารดาที่มีต่อสุขภาพจิตวัยรุ่น พบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบิดามารดามีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้เพราะนักศึกษาพยาบาลต้องจากบิดามารดา มาอยู่หอพักซึ่งจะอยู่กับเพื่อนเป็นส่วนมาก แต่ความสัมพันธ์กับเพื่อน ๆ ไม่ดีเท่ากับบิดามารดา ทำให้นักศึกษาเกิดปัญหาสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นได้

สมมุติฐานข้อที่ 4 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน จากผลการวิเคราะห์พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวปานกลาง คือมีรายได้ 3,001 - 6,000 บาท มีสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด รองลงมาคือนักศึกษาพยาบาลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดี คือมีรายได้ 9,001 บาทขึ้นไป แสดงให้เห็นว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นกับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งต่างจากการศึกษาของ โสไลมาน และเมย์ซีเลส (Soliman and Mayseless. 1985 : 3371) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสนใจของบิดามารดาต่อบุตรกับสุขภาพจิตของบุตร โดยศึกษาจากบิดามารดาชาวอิสราเอล พบว่าความรุนแรง

ในปัญหาสุขภาพจิตของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับรายได้ของมารดา และความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับบุตร นั่นคือเด็กจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ถ้ามารดามีรายได้น้อย และเด็กจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถ้ามีความสัมพันธ์กับบิดาน้อย และจากการศึกษา โอคาซา และคนอื่น ๆ (Okasha and others. 1985 : 144 - 150) ได้ศึกษาปัญหาการเรียนของนักศึกษาชายในมหาวิทยาลัยอียิปต์ว่า มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตใจอย่างไร พบว่านักศึกษาที่มีปัญหาการเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับสภาพเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ มาจากบ้านที่อยู่กันอย่างหนาแน่นแออัด มีปัญหาครอบครัวเนื่องจากพ่อแม่ไม่ปรองดองกัน ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย ๆ ชิรวัฒน์ นิจเนตร (2526) ได้ศึกษาพบว่าวัยรุ่นจากครอบครัวแตกแยกและวัยรุ่นจากครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ มีสุขภาพจิตเสื่อมกว่าวัยรุ่นจากครอบครัวปกติ และวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวฐานะปานกลางและสูง จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง ของอัมพร โอตระกูล และคนอื่น ๆ (2525 : 126) ก็พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจดีมีรายได้สูงทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นด้วย เพราะผู้ที่มีรายได้ดีคงสามารถอำนวยความเป็นอยู่ทางด้านสาธารณูปโภคให้ดีขึ้น ตลอดจนสามารถส่งเสริมบันทนาการแก่ตนเองได้ด้วย ซึ่งเป็นเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เราจึงทำให้เขามีสุขภาพจิตดี และพบว่ารายได้ของครอบครัวต่ำ หรือยากจน ส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาจิตเวชในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น ของสุวรรณา ศุภรัตน์ภิญโญ (2532 : 97) พบว่า นักศึกษาที่ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีปัญหา และขาดความสุข มีฐานะครอบครัวยากจนจะเห็นได้ว่าแตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ และไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สมมุติฐานข้อที่ 5 ลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน จากผลการวิเคราะห์พบว่า ลำดับที่ของการเป็นบุตรกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาชีวิตคู่ของผู้ครองเรือนของสมพร บุษราทิจ (2524 : 57) พบว่า ลูกคนเดียวและลูกคนโต มีครอบครัวที่ราบรื่นมากกว่าครอบครัวลูกคนกลางและคนสุดท้องเล็กน้อย อาจเป็นเพราะลูกคนโตและลูกคนเดียว มีสุขภาพจิตดีกว่าลูกคนกลาง และลูกคนสุดท้อง แต่จากผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เป็นบุตรลำดับกลาง ๆ (อื่น ๆ)

มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.1 รองลงมาก็คือ เป็นบุตรคนโต และนักศึกษาพยาบาลที่มีสุขภาพจิตดีมากที่สุด คือนักศึกษาพยาบาลที่เป็นบุตรลำดับกลาง ๆ (อื่น ๆ) และรองลงมาก็คือบุตรคนโตเหมือนกัน แสดงว่าลำดับที่ของการเป็นบุตร ไม่ได้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพจิตดี และมีปัญหาสุขภาพจิตได้ ขึ้นกับปัจจัยอื่นมากกว่าและจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิดสร้างสรรค์ความเป็นผู้นำ และความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดสุโขทัยของวินิจ เกตุขำ (2515 : 177) พบว่าวัยรุ่นที่เป็นลูกคนกลางมีความรู้สึกว่าตนได้รับการเลี้ยงดูแบบให้ความรักน้อยกว่าวัยรุ่นที่เป็นลูกคนแรกและลูกคนสุดท้อง ทำให้วัยรุ่นที่เป็นลูกคนกลางมีลักษณะความเป็นผู้นำน้อยกว่าลูกคนแรก และจากการศึกษาของ นิภาพรรณ โสมนะพันธ์ (2525 : หน้า ค – ง) ก็พบว่า บุตรคนสุดท้องมีปัญหาในบุคลิกภาพด้านอารมณ์มากกว่าบุตรคนแรก บุตรที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูต่างกัน มีบุคลิกภาพแตกต่างกันทุกด้าน ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่าบุตรลำดับกลาง ๆ (อื่น ๆ) มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดนั้น เป็นเพราะว่า จำนวนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึงปีที่ 4 เป็นบุตรลำดับกลาง ๆ มากกว่าจำนวนบุตรคนโต คนสุดท้องและบุตรคนเดียว จึงทำให้ลำดับที่ของการเป็นบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตไม่ดีของนักศึกษาพยาบาลซึ่งพบว่านักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ดีจากปัจจัยสนับสนุนอื่นอยู่แล้ว

สมมุติฐานข้อที่ 6 ภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน จากผลการวิเคราะห์พบว่า ภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความแปรปรวนทางจิตใจที่มีผลกระทบกระเทือนต่อการศึกษา ในระดับมหาวิทยาลัยของจำลอง ดิษยวณิช และคนอื่น ๆ (2522 : 297) พบว่าในจำนวนนักศึกษาที่มีความแปรปรวนทางจิต ประมาณร้อยละ 60 มีภูมิลำเนาในภาคอื่น ๆ ที่มิใช่ภาคเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร ส่วนมากในระหว่างเรียนหนังสืออาศัยอยู่กับพ่อแม่มาตลอด เมื่อสอบเข้ามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ก็ต้องแยกมาจากครอบครัว นักศึกษาต้องรู้จักการเรียนรู้ที่จะปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งแตกต่างไปจากบ้านของตนเองอย่างมาก จะต้องรับผิดชอบและมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้นซึ่งเหมือนกับผลการวิจัยใน

ครั้งนี้ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลาง มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมา คือ กรุงเทพมหานคร ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องแยกจากครอบครัว เพื่อมาศึกษาเล่าเรียน ต้องปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ มีนักศึกษาหลายรายมาจากครอบครัวที่พ่อแม่มีลักษณะปกป้องและควบคุมลูกมากเกินไป ทำให้เด็กไม่รู้จักรับผิดชอบหรือทำอะไรด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาอาศัยพ่อแม่อยู่ตลอดเวลา นักศึกษาพวกนี้มักมีปัญหาเมื่อต้องแยกออกมาจากพ่อแม่ ส่วนมากเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากการถูกแยก บางรายมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่ายท้อถอย ไม่อยากเรียนนักศึกษาน้องใหม่มักมีปัญหาบ่อยกว่านักศึกษารุ่นพี่ พวกนี้จะต้องเผชิญกับกฎข้อบังคับวินัย ค่านิยม และเจตคติ ซึ่งแตกต่างจากที่เคยพบในครอบครัวตน มีหลายสิ่งหลายอย่างที่ขัดกันหรือเข้ากันไม่ได้ ถ้าไม่รู้จักปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ก็อาจเกิดปัญหาทางจิตใจในลักษณะต่าง ๆ ได้ นักศึกษาบางคนพยายามอย่างเต็มที่ ๆ จะปรับปรุงตนเอง ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ เข้ามา แต่จิตใจอีกส่วนหนึ่งไม่ยอมรับเพราะไปขัดกับค่านิยมเดิมของตน จนเกิดความรู้สึกสำนึกผิดขึ้น อาจทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง เสียใจ ซึมเศร้าและเบื่อหน่าย ซึ่งเหมือนกับผลการศึกษาของ จำลอง ดิษยวณิช และคนอื่น ๆ (2522 : 298) พบว่า เมื่อนักศึกษาบางคนยอมรับ มีความเป็นผู้ใหญ่ และความรับผิดชอบตนเองได้ดีก็ไม่มีปัญหาทางด้านจิตใจ แต่นักศึกษาบางคนยังไม่พร้อมที่จะเผชิญภาวะเช่นนั้นได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกว้าเหว่ คิดถึงบ้าน ขาดความมั่นคง ทางจิตใจ ผลที่ตามมาคือการเรียนมักจะเลวลง และจากผลการศึกษาปัญหาจิตเวชในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นของ สุวรรณา ศุภรัตน์ภิญโญ (2532 : 93 - 94) ก็พบว่า นักศึกษาที่มีปัญหาทางจิตเวชมากที่สุด คือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 รองลงมาคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 การที่นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีปัญหาจิตเวชมากที่สุด เพราะนักศึกษาต้องปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ ต้องจากบ้านมาอยู่ไกล ๆ อีกทั้งยังมีการต้อนรับน้องใหม่ด้วยระบบรุนแรง และพิสดาร การเข้าประชุมเชียร์ และระบบรุ่นพี่รุ่นน้องที่ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจอย่างมาก จนนักศึกษาที่มีแนวโน้มอยู่แล้ว ทนความเครียดไม่ได้จนเกิดการป่วยทางจิตตามมา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้มาก ส่วนนักศึกษาปีที่ 4 ที่มีปัญหาทางจิตเวชรองจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 นั้น ส่วนมากเป็นนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาเรื่องอารมณ์ซึมเศร้า และปัญหามนุษยสัมพันธ์ต่างจากผลการศึกษาพยาบาลที่มีการเรียนการสอน

ที่แตกต่างกัน และจากการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ คือการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการเรียนของนักศึกษาชายในอียิปต์ ของโอคาชา และคนอื่น ๆ (Okasha and others. 1985 : 144 - 150) พบว่า นักศึกษาที่ต้องจากบ้านมาศึกษาไกล ๆ จะมีผลต่อการเรียน และมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องตามสมมุติฐานที่ได้ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์นั้น นักศึกษาพยาบาลเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิตในชั้นปีที่ 1 และปีที่ 2 และจะน้อยลงในชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 3 ดังนั้นจึงเห็นว่าควรดำเนินการช่วยเหลือนักศึกษาในทั้งสองชั้นปีการศึกษานี้เป็นอย่างมาก แนวทางช่วยเหลือคือ

1. คณาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ควรตระหนักถึงปัญหาทางด้านการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งด้านการเรียน และด้านส่วนตัวของนักศึกษาพยาบาลทั้งสองชั้นปี คณาจารย์ควรให้ความใกล้ชิดแก่นักศึกษามากขึ้น

2. ควรมีการปรับปรุงการเรียนการสอนให้นักศึกษาทั้งสองชั้นปีได้มีเวลาพักผ่อนโดยการจัดให้มีกิจกรรมกีฬา และสันทนาการต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้นักศึกษาได้มีเวลาร่วมทำกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายความเครียดร่วมกันในวิทยาลัยมากยิ่งขึ้น

3. คณะผู้บริหารควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีโครงการให้คำปรึกษาแนะแนวของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ และควรจัดให้มีห้องเฉพาะในการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาพยาบาล ควรสนับสนุนการจัดทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตต่าง ๆ ของโครงการด้วย

4. คณาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาพยาบาล เพราะผลของการให้คำปรึกษาจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลปรับตัวได้ดีขึ้น และมีความรู้สึกอบอุ่นใจ คุ้นเคย และสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์และปรับตัวได้ดีทางด้านการเรียนด้วย

5. ควรสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนที่จะเข้ามาศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในปีต่อ ๆ ไป เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตในแต่ละชั้นปี และเพื่อหราบปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้หาทางแก้ไขป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรศึกษาสุขภาพจิตของบุคคลที่นักศึกษาต้องเกี่ยวข้องด้วย เพราะอาจส่งผลต่อระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วย คณาจารย์ผู้สอน พยาบาลประจำการ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ตลอดจนบุคคลในครอบครัวของนักศึกษา

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกรัตน์ สุขะตุงขะ. การวิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียนชั้น ม.ศ. 3 ในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. สุขภาพจิตในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหามงกุฎราชวิทยาลัย, 2524.

กวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันไกรผล. "การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์," จิตวิทยาคลินิค. 8(1) : 12 - 23; เมษายน 2520.

การแพทย์, กรม. กระทรวงสาธารณสุข. "สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543," สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2524.

_____. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศาสนา, 2529.

จำลอง ดิษยวณิช, พริ้มเพรา ดิษยวณิช และสังวรณ์ สมบัติใหม่. "ความแปรปรวนทางจิตใจที่มีผลกระทบกระเทือนต่อการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย," สมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 24 (3) : 291 - 304; กันยายน 2522.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. "พยาบาลกับการพัฒนาสุขภาพจิต," การพยาบาลกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ชิรวัฒน์ นิจเนตร. สภาพเชิงจิต - สังคมในโรงเรียนกับสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526. อัดสำเนา.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจนปัจจนึก. "ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่น," รายงานการวิจัยฉบับที่ 28. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524. อัดสำเนา.

เดือน สินธุพันธ์ประทุม. "สุขภาพจิตและการบำบัดผู้ป่วยทางจิต," จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2511.

ทัศนา บุญทอง. "คุณภาพการศึกษาพยาบาล," วารสารการพยาบาล. 28 : 9 - 31; ตุลาคม 2522.

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. หลักและการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2531.

ธนู ชาตินานนท์ และคนอื่น ๆ. "การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดชัยนาท," รายงานการประชุมวิชาการกองสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา, 2521.

นิภาพรรณ โสมนะพันธ์. การเปรียบเทียบบุคลิกภาพของบุตรตามลำดับการเกิดการอบรมเลี้ยงดูและสถานภาพทางเศรษฐกิจ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2518. อัดสำเนา.

บุญเพียร จันทวัฒนา. "จังหวะชีวภาพกับการพยาบาล," วารสารพยาบาล. 4 : ตุลาคม - ธันวาคม, 2523.

ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ คร.ศรีสง่า จำกัด, 2527.

ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา. "จิตวิทยาคืออะไร," จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2516.

ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์. หลักและการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2523.

เปรมสุรีย์ เชื่อมทอง. การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526. อัดสำเนา.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : บัณฑิตการพิมพ์, 2530.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และมัลลวีย์ อดุลย์วัฒนศิริ. "สิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น," รายงานการวิจัย. ขอนแก่น : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2527.

ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2522.

พเยาว์ พูลเจริญ. เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับแบบรายบุคคลที่มีต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524. อัดสำเนา.

พเยาว์ พูลเจริญ เพียรดี เปี่ยมมงคล และอำไพวรรณ นุ่มศรีสวัสดิ์. "การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลรามาธิบดี," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

พิมพา สมพงษ์ และคนอื่น ๆ. การศึกษาปัญหาของนักศึกษาพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

ยรรยง ศุทธรัตน์ พิรา ศุทธรัตน์ และฉวี สิงหวิสัย. "การใช้แบบสอบถามสุขภาพเพื่อตรวจกรองผู้ป่วยจิตเวช," รายงานการประชุมวิชาการกองสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา, 2521.

ยรรยง ศุทธรัตน์ และคนอื่น ๆ. "แบบสอบถามสุขภาพประโยชน์ทั่วไปและประโยชน์ทางจิตเวช," วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 24 (1 - 4) : 321 - 338; มีนาคม - ธันวาคม, 2522.

ยุพา วิสุทธิโกศล. "สุขภาพจิตในโรงเรียน," เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 34. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2524.

ยุพา วิสุทธิโกศล และคนอื่น ๆ. "การป่วยทางจิตใจของเด็ก," สุขภาพจิตเด็กและเยาวชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2525.

วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา. "นิสิตนักศึกษา," การเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาอุดมศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.

วิเชียร แพทยาคม, หลวง. จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2510.

วินิจ เกตุขำ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิดสร้างสรรค์ ความเป็นผู้นำ และความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดสุโขทัย. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2515. อัดสำเนา.

วรรณี ลิมอักษร. สุขภาพจิตในโรงเรียน. สงขลา : โครงการบริการวิชาการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2524.

ศรีธรรม ธนะภูมิ. "บทบาทครูในการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็ก," สุขภาพจิตเด็กและเยาวชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2525.

ศรีธรรม ธนะภูมิ และฉวี สิงหวิสัย. "ปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษามหาวิทยาลัย," วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 22 (1) : 11 - 21; มกราคม 2520.

สมชาย จักรพันธุ์. "จิตเวชชุมชน," สมาคมจิตแพทย์. 25 (1) : 40 - 45; มีนาคม 2523.

สมพงษ์ รังสิพราหมณกุล. "คุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี," สุขภาพจิต. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวช, 2525.

สมพร บุษราทิจ สมศรี ณ ระนอง และวันเพ็ญ บุญประกอบ. "ชีวิตคู่ของผู้ครองเรือน," สมาคมจิตแพทย์. 26 (2) : 53 - 57; มิถุนายน 2524.

สมศร เชื้อหิรัญ วิทยา นาควัชระ และวาสนา แฉล้มเขตร. "การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522. อัดสำเนา.

สายสุรี จุติกุล. จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2511.

สุดา เหลี่ยววิริยกิจ. "การศึกษาปัญหา และสาเหตุของความเจ็บป่วยเด็ก เยาวชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่," สุขภาพจิตเด็กและเยาวชน และงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2525.

สุปราณี วศินอมร พรรณวดี พุธวัฒนะ และกรรณิการ์ ภังคานนท์. "การศึกษาติดตามพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

สุทธิรัตน์ พิมพงศ์. การศึกษาองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการเรียนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2518. อัดสำเนา.

สุรางค์ จันทน์เอม. สุขวิทยาจิต. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2527.

สุวรรณา ศุภรัตน์ภิญโญ. "ปัญหาจิตเวชในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น," สมาคมจิตแพทย์. 34 (2) : 97; เมษายน - มิถุนายน 2532.

สุรพงศ์ อำพันวงศ์. "ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ," ข่าวสารการพยาบาล. 3 : 47 - 48; กันยายน - ธันวาคม 2529.

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2521.

สุภาพรรณ โครตจรัส. สุขภาพจิตในการดำรงชีวิต เล่ม 1. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคนอื่น ๆ. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมเณศ, 2518.

เสาวลักษณ์ เลิศดำรงค์เดช ศิริพร หองบ่อ และจีรังกูล เมืองแก้ว. "โครงการสำรวจสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่น," สุขภาพจิตเด็กและเยาวชน และงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2525.

อัจฉรา สุขารมณ์. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., 2527.

อัมพร โอตระกูล เจตน์สันต์ แตงสุวรรณ และเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. "ปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง," สมาคมจิตแพทย์. 27 (3) : 126; กรกฎาคม - กันยายน 2525.

อุสา ศิโรโรตสกุลต์. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกล้าแสดงออก - พฤติกรรมไม่กล้าแสดงออก พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าวทางอ้อมของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ที่อาศัยอยู่ในหอพัก กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527. อัดสำเนา.

Baker, R. W. "Incidence of Psychological Disturbance in College Student," Journal of American College Health Association. 13 : 532 - 540; 1964.

Bischof, Ledford J. Interpreting Personality Theories. New York : Harper International Edition, 1970.

Brodmann K. Erdmann Aj. and others. "The Cornell Medical Index Health Questionaire II," JAMA. 145 : 152 - 157; 1957.

Carr, James Francis. "The Problem Area of Selected Group of Student of Florida State University as Indicated by Mooney Problem checklist," Thesis Abstract Series V.7. p. 93 - 97. Indiana : School of Education Indiana University, 1956.

Chansky, N. M. "Threat, Anxiety and Reading Behavior," Journal of Educational Research. 51 : 330 - 340; 1958.

Chiriboga, A., D. G. Jenkins and J. Bailey. "Stress and Coping among Hospice Nurse : Test of Analytic Model," Nursing Research. 32 (5) : 294 - 299; 1983.

Collin, paul Leon. "Self - Perceived Problems of International Students Attending Harvard University," Dissertation Abstracts International. 33 : 4859; April, 1976.

Diener, Charles L. "Similarities and Differences between Over - Achieving and Under - Achieving Students," Journal of Personnal and Guidance. 38 : 396 - 400; January, 1970.

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

Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychological and Education. New York : Mcgraw-Hill, 1981.

Fox, David J. and others. "Correction of Satisfaction and Stress with Nursing School Experience," Nursing Research. 12 (2) : Spring, 1963.

Greenberg, Mark T. Judith M. Siegel and Cynthia J. Leiteh. "The Nature and Importance of Attachment Relationships to Parents and Peers during Adolescence," Journal of Youth and Adolescence. 5 : 373 - 386; October, 1983.

Hary, Ormsby L. "A Study of the Student Personnel Services at Michigan College of Mining and Technology," Dissertation Abstracts Internationnal. 21 : 1126; November, 1960.

Harvard, University. Health Service Annual Report 1967 - 1970. Massachusetts : Harvard University press, 1970.

Holmstrom R. Jussila L. and Vauhkunen K. "Assessment of Mental Health and Illness, Considered in the Light of a 1 - 3 year Longitudinal Study," (Mental Health of the Finnish Student, Follow up, Report III). Acta Psychiatry Scandia. (Suppl) 333 : 1 - 202; 1987.

Hurlock, Elizabeth B. Development Psychology. New York : Mcgraw Hill Co., 1968.

Ingham, JS, K. Rawnsky and D. Hughes. Psychology Medical. 2 : 281 - 292; 1972.

Jahoda, Maria. Current Concepts of Positive Mental Health. New York : Thomas U. Crowell, 1958.

_____. "The Psychological Meaning of Various Criteria of Positive Mental Health," Social Psychology and Mental Health. New York : Holt, Rinchart and Winston, Inc., 1970.

Jegede, R. O. "Personality Characteristies and Mental Health of University Students," Afraid Journal Median Medical Science. 8 : 51 - 60; 1979.

Jenkinson, V. "Night duty and the Nurse," Nursing Mirror. 152 : 24 - 27; May 13, 1981.

Johnson, E. L. "The Vulnerable Child : Conditions of Growing up and Mental Health," Psychological Abstracts. 8 : 2173; August, 1985.

Kaplan, Louis and others. Comprehensive Textbook of Psychiatry III. Baltimore : William and Wilkins, 1980.

Kasantikul, Duangchi "Vanderbilt Students Utilization of Mental Health Service. Two years study," Journal Psychiatry Association Thailand. 29 (2) : 84; June, 1984.

King, SH. Characteristic of Student Suking Psychiatric help during College. Massachusetts : American Journal College Health, 1986.

King, SH. and others. Five lives at Harvard : Personality Change During College. Massachusetts : Harvard University press, 1973.

Kuehn, JK. and JL. Kuehn. "Conspiracy of Silence; Psychiatric Counseling with Students at High Risk for Academic Failure," American Journal Psychiatry. 132 (11) : 1207 - 1209; 1978.

Lazarus, R. S. Patterns of Adjustment and Human Effectiveness. Tokyo : Kogakusha Mcgraw Hill Book company, 1969.

Lugo, James O. and derald Hershey, L. Living Psychology. New York : Macmillan Publishing Co., 1976.

Lynch, Littie Riddick. "A comparison of the Health and College Adjustment Problems of Jersy City State College Freshmen Resident and Non-resident Women Student," Dissertation Abstracts International. 33 : 499 - A; August, 1972.

Mann, R. D. "A Review of the Relationships between Personality and Leadership and Popularity," In Leadership. p. 150 - 180. Maryland : Penguin Books Inc., 1969.

Milne, D. and F. Watkins. "An Evaluation of Effect of Shift Rotation Nurse Stress Coping and Strain," International Journal Nurse study. 23 (2) : 139 - 146; 1986.

Mouley, George J. Psychology of Effective Teaching. New York : Holt Rinchart and Inston Inc., 1965.

Nandi, D. N. and others. "Socio - Economic Status and Prevalence of Mental Disorder in Certain Rural Communities in India," Acta Psychiatry Scand. 59 : 276 - 293; 1979.

Nikelly, A. G. Mental Health for Students. Illinois : Charles C. Thomas, 1966.

Rexler, Agnes G. and Ruth M. French. "Personality Types and Learning Preferences of Students in six Allied Health Professions," Journal of Allied Health. 4 : 20 - 26; winter, 1975.

Ringness, Thomas A. Mental Health in the School. New York : Rendom House, 1968.

Sena, Paul A. "Problem of Consistent Over -, Under -, and Normal - Achieving College Student as Identified by the Mooney Problem Checklist," The Journal of Educational Research. 59 : 351 - 355; April, 1966.

Smith, Dorothy W. Perspective in Clinical Teaching. New York : Springer Publishing Co., Inc., 1968.

Smith, WG. Hansell, N. and English JT. "Psychiatric Disorder in college population," Arch General Psychiatry. 9 : 351 - 361; 1963.

Soliman, Pierre and Mayseless, ofra B. "Correlates between Mother's Employment, Father's Involvement and Child's Mental Health," Psychological Abstracts. 12 : 3371; December, 1985.

Takala, J. and others. "Mental Health in Mikkle Aged Population," Acta Psychiatry Scand. 59 : 294 - 305; 1973.

Tasto, D. L. and M. J. Colligan. "Health Consequences of Shiftwork," Project URU - 4426. Menlo Park; CA, Stanford Research Institute, 1978.

Yuprasert, Pongpan. "Mental Health," Paper Presented at the Mental Health Seminar. Tucson, Arizona University of Arizona, 1974.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามและแบบสอบถามสุขภาพ C.M.I.

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [ ] หน้าข้อความที่ท่านต้องการในข้อ 1 - 5 ข้อ 6 เติมรายชื่อจังหวัด

1. ท่านกำลังศึกษาอยู่

[ ] ชั้นปีที่ 1 [ ] ชั้นปีที่ 3

[ ] ชั้นปีที่ 2 [ ] ชั้นปีที่ 4

2. ท่านมีอายุ ..... ปีเต็ม (นับเมื่อครบวันเกิดครั้งสุดท้าย)

[ ] 17 - 19 ปี [ ] 23 - 25 ปี

[ ] 20 - 22 ปี [ ] 25 ปีขึ้นไป

3. สภาพการสมรสของบิดา - มารดา

[ ] บิดาเสียชีวิต [ ] บิดามารดาแยกกันอยู่

[ ] มารดาเสียชีวิต [ ] บิดามารดาหย่าจากกัน

[ ] บิดามารดาเสียชีวิต [ ] บิดามารดาอยู่ร่วมกัน

4. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

[ ] มีรายได้ 1,000 - 3,000 บาท

[ ] มีรายได้ 3,001 - 6,000 บาท

[ ] มีรายได้ 6,001 - 9,000 บาท

[ ] มีรายได้ 9,001 บาทขึ้นไป

5. ลำดับที่ของการเป็นบุตร

[ ] บุตรคนแรก

[ ] บุตรคนสุดท้อง

[ ] บุตรคนเดียว

[ ] อื่น ๆ โปรดระบุ บุตรคนที่.....

6. ภูมิลำเนาเดิม อยู่จังหวัด.....

รายละเอียดของภูมิลำเนาเดิม แบ่งเป็น

1. กรุงเทพมหานคร

2. ภาคกลาง คือ จังหวัด สุโขทัย พิษณุโลก กำแพงเพชร พิจิตร เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ นครนายก อุทัยธานี ชัยนาท สิงห์บุรี ลพบุรี อ่างทอง สระบุรี สุพรรณบุรี อยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ตาก กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี

3. ภาคอีสาน คือ จังหวัด หนองคาย เลย อุดรธานี สกลนคร นครพนม ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลฯ ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ นครราชสีมา มุกดาหาร

4. ภาคใต้ คือ จังหวัด ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พังงา กระบี่ ตรัง ภูเก็ต พัทลุง สงขลา ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล ประจวบฯ

5. ภาคเหนือ คือ จังหวัด แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน อุตรดิตถ์

6. ภาคตะวันออก คือ จังหวัด ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสุขภาพ C.M.I. (The Cornell Medical Index - Health Questionaire)

คำแนะนำ

- เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง ใช่ ถ้าข้อความในข้อที่กล่าวตรงกับคำตอบของท่านว่าใช่
- เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง ไม่ใช่ ถ้าข้อความในข้อที่กล่าวตรงกับคำตอบของท่านว่าไม่ใช่
- ขอให้ตอบทุกข้อ ถ้าไม่แน่ใจให้เดา

(1)	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านต้องใช้แว่นตาในการอ่านหนังสือ	.....	.....
2. ท่านต้องใช้แว่นตาในการมองวัตถุในระยะไกล	.....	.....
3. บ่อยครั้งที่สายตาของท่านมองไม่เห็นอะไรเลย	.....	.....
4. ท่านกะพริบตาหรือมีน้ำตาไหลบ่อยๆ	.....	.....
5. ท่านมักจะปวดตาอยู่เสมอ	.....	.....
6. นัยตาของท่านแดงและอักเสบบ่อย ๆ	.....	.....
7. ท่านเป็นคนหูตึง	.....	.....
8. ท่านเคยเป็นหูน้ำหนวก	.....	.....
9. ท่านได้ยินเสียงรบกวนในหูเป็นประจำ	.....	.....
(2)		
10. ท่านต้องกระแอมบ่อย ๆ	.....	.....
11. ท่านมักจะรู้สึกเหมือนมีก้อนอะไรมาติดอยู่ที่ลำคอ ...	.....	.....

		ใช่	ไม่ใช่
12.	ท่านรู้สึกว่ารำคาญที่ต้องจามบ่อย ๆ	.....	.....
13.	ท่านคัดจมูกอยู่เป็นประจำ	.....	.....
14.	ท่านรู้สึกรำคาญที่มีน้ำมูกไหลเสมอ ๆ	.....	.....
15.	บางครั้งบางคราวท่านมีเลือดกำเดาไหล	.....	.....
16.	ท่านมักจะเป็นหวัดอย่างงอมแงม	.....	.....
17.	ท่านเป็นหวัดและไอจนเจ็บหน้าอกบ่อย ๆ	.....	.....
18.	เวลาท่านเป็นหวัดท่านถึงกับต้องนอนพักผ่อนเสมอ ..	.....	.....
19.	การเป็นหวัดบ่อย ๆ ทำให้ท่านไม่มีความสุขตลอดฤดูหนาว	.....	.....
20.	ท่านแพ้ละอองเกษรดอกไม้	.....	.....
21.	ท่านเป็นโรคหอบ	.....	.....
22.	ท่านรู้สึกเดือดร้อนที่มีอาการไอเป็นประจำ	.....	.....
23.	ท่านเคยไอเป็นเลือด	.....	.....
24.	บางครั้งท่านมีเหงื่อแตกท่วมตัวในเวลากลางคืน ...	.....	.....
25.	ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับปอดเรื้อรัง	.....	.....
26.	ท่านเคยเป็นวัณโรคปอด	.....	.....
27.	ท่านเคยคลุกคลีอยู่กับผู้ที่เป็นโรคปอด	.....	.....

(3)

28.	แพทย์เคยบอกว่าความดันโลหิตท่านสูงเกินไป	.....	.....
29.	แพทย์เคยบอกว่าความดันโลหิตของท่านต่ำเกินไป ..	.....	.....
30.	ท่านรู้สึกเจ็บที่หัวใจหรือบริเวณหน้าอก	.....	.....
31.	ท่านรู้สึกรำคาญเสียงเต้นของหัวใจบ่อย ๆ	.....	.....

		ใช่	ไม่ใช่
32.	หัวใจของท่านเต้นแรงเหมือนตีกลองบ่อย ๆ	.....	.....
33.	ท่านมักรู้สึกมีความลำบากในการหายใจ	.....	.....
34.	ท่านเหนื่อยหอบเร็วกว่าคนอื่น ๆ	.....	.....
35.	ในบางครั้งแม้อยู่เฉย ๆ ท่านก็เหนื่อยหอบ	.....	.....
36.	ข้อเท้าของท่านมักบวมอยู่เสมอ	.....	.....
37.	ท่านรู้สึกมือเท้าเย็นแม้ในเวลาที่มีอากาศร้อน	.....	.....
38.	ท่านเป็นตะคริวที่ขาเสมอ	.....	.....
39.	แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นโรคหัวใจ	.....	.....
40.	มีคนในครอบครัวของท่านเป็นโรคหัวใจ	.....	.....
(4)			
41.	ฟันของท่านหักไปมากกว่าครึ่ง	.....	.....
42.	ท่านเป็นโรคลักปิดลักเปิด (เลือดออกตามไรฟัน) ..	.....	.....
43.	ท่านมักปวดฟันอย่างรุนแรง	.....	.....
44.	ลิ้นของท่านเป็นฝ้าหนา	.....	.....
45.	ท่านมักรู้สึกเบื่ออาหาร	.....	.....
46.	ท่านชอบรับประทานของหวานหรือของจุกจิก ระหว่างเวลาอาหารเสมอ	.....	.....
47.	ท่านเป็นคนกินอาหารเร็ว	.....	.....
48.	ท่านมีอาการท้องอืดท้องเฟ้อบ่อย ๆ	.....	.....
49.	ท่านรู้สึกอึดอัดภายหลังรับประทานอาหารเสมอ	.....	.....
50.	ท่านมักเรอบ่อย ๆ ภายหลังรับประทานอาหาร	.....	.....

		ใช่	ไม่ใช่
51.	ท่านรู้สึกคลื่นไส้และปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร	.....	.....
52.	ท่านรู้สึกไม่สบายเนื่องจากอาหารไม่ย่อย	.....	.....
53.	ท่านมักปวดท้องจนตัวงอ	.....	.....
54.	ท่านได้รับความทรมานจากโรคกระเพาะอาหารเสมอ	.....	.....
55.	มีคนในครอบครัวของท่านเป็นโรคเกี่ยวกับ กระเพาะอาหาร	.....	.....
56.	แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ..	.....	.....
57.	ท่านมักอุจจาระเป็นน้ำ	.....	.....
58.	ท่านเคยมีพยาธิในลำไส้	.....	.....
59.	ท่านเคยเป็นโรคท้องร่วงอย่างแรง	.....	.....
60.	ท่านท้องผูกบ่อย ๆ	.....	.....
61.	ท่านเคยเป็นโรคริดสีดวงทวารหนัก	.....	.....
62.	ท่านเคยเป็นโรคดีซ่าน (ตัวเหลืองตาเหลือง)	.....	.....
63.	ท่านเคยเป็นโรคตับหรือถุงน้ำดี	.....	.....

(5)

64.	ท่านมักปวดและบวมตามข้อบ่อย ๆ	.....	.....
65.	กล้ามเนื้อและข้อต่อของท่านมักแข็งตึงเป็นประจำ ..	.....	.....
66.	ท่านมักปวดที่แขนหรือขาอยู่เสมอ	.....	.....
67.	ท่านเดินไม่ได้ด้วยโรคปวดบวมในข้อ	.....	.....
68.	มีคนในครอบครัวของท่านเป็นโรคปวดบวมในข้อ ...	.....	.....
69.	เท้าของท่านไม่แข็งแรงหรือปวดทำให้ไม่มีความสุข .	.....	.....
70.	อาการปวดหลังทำให้ท่านทำงานล่าช้า	.....	.....
71.	ความพิการของร่างกายทำให้ท่านรู้สึกลำบาก	.....	.....

(6)		ใช่	ไม่ใช่
72.	ผิวหนังของท่านอ่อนและไวต่อความรู้สึก	.....	.....
73.	แผลที่ผิวหนังของท่านมักหายช้า	.....	.....
74.	ท่านหน้าแดงเป็นประจำ	.....	.....
75.	ท่านมีเหงื่อออกมากแม้แต่ในเวลาที่มีอากาศเย็น ...	.....	.....
76.	ท่านมีอาการคันตามผิวหนังอย่างรุนแรงบ่อย ๆ	.....	.....
77.	ผิวของท่านมักเป็นผื่นคันได้ง่าย	.....	.....
78.	ท่านเป็นฝีบ่อย ๆ	.....	.....
(7)			
79.	ท่านไม่สบายจากการปวดศีรษะอย่างรุนแรงบ่อย ๆ .	.....	.....
80.	อาการปวดมึนในศีรษะทำให้ชีวิตไม่น่ารื่นรมย์	.....	.....
81.	โรคปวดศีรษะเป็นเรื่องธรรมดาในครอบครัวของท่าน	.....	.....
82.	บางครั้งท่านรู้สึกเป็นไข้สะบัดร้อนสะบัดหนาว	.....	.....
83.	ท่านรู้สึกวิงเวียนศีรษะบ่อย ๆ	.....	.....
84.	ท่านรู้สึกเหมือนจะเป็นลมบ่อย ๆ	.....	.....
85.	ท่านเคยเป็นลมมากกว่าสองครั้งในชีวิต	.....	.....
86.	บางส่วนของร่างกายของท่านชาและไม่มีความรู้สึก บ่อย ๆ	.....	.....
87.	ท่านเคยเป็นอัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ..	.....	.....
88.	ท่านเคยเป็นลมจนหมดสติ	.....	.....
89.	บางครั้งท่านมีอาการกระตุกที่หน้า ศีรษะ หรือไหล่ .	.....	.....
90.	ท่านเคยเป็นโรคลมชัก	.....	.....

		ใช่	ไม่ใช่
91.	มีคนในครอบครัวของท่านเป็นโรคลมชัก	.....	.....
92.	ท่านชอบกัดเล็บจนกุด	.....	.....
93.	ท่านรู้สึกรำคาญที่พูดติดอ่าง	.....	.....
94.	ท่านลุกขึ้นเดินละเมอในขณะหลับ	.....	.....
95.	ท่านปัสสาวะรดที่นอน	.....	.....
96.	ท่านปัสสาวะรดที่นอนในระหว่างอายุ 8 - 14 ปี ..	.....	.....

(8)

97.	เวลามีประจำเดือนท่านมักจะรู้สึกเจ็บบริเวณท้องน้อย	.....	.....
98.	ท่านมักรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่สบายในระหว่างมีประจำเดือน	.....	.....
99.	ท่านต้องนอนพักเสมอ ๆ ในระยะที่มีประจำเดือน ..	.....	.....
100.	ท่านรู้สึกเครียดและหงุดหงิดเสมอในระหว่างมีประจำเดือน	.....	.....
101.	ท่านเคยมีความรู้สึกร้อนวูบวาบและเหงื่อแตกทั่วตัวบ่อย ๆ	.....	.....
102.	ท่านมีตกขาว	.....	.....
103.	ท่านต้องลุกขึ้นมากลางดึกเพื่อถ่ายปัสสาวะทุกคืน ...	.....	.....
104.	ในเวลากลางคืนท่านต้องถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ	.....	.....
105.	ท่านรู้สึกปวดแสบปวดร้อนบ่อย ๆ ในเวลาถ่ายปัสสาวะ	.....	.....
106.	บางครั้งท่านกลั้นปัสสาวะไว้ไม่อยู่	.....	.....

		ใช่	ไม่ใช่
107.	แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นโรคไต หรือโรคของกระเพาะปัสสาวะ	.....	.....
(9)			
108.	ท่านมักจะรู้สึกเหนื่อยอ่อนหรือหมดเรี่ยวแรงบ่อย ๆ .	.....	.....
109.	การทำงานทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยและเพลียมาก	.....	.....
110.	ในตอนเช้าท่านมักจะตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกเพลียไม่มีแรง	.....	.....
111.	การทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ทำให้ท่านเหนื่อย	.....	.....
112.	ท่านรู้สึกเหนื่อยเพลียแม้แต่จะกินอาหารก็ยังไม่อยากกิน	.....	.....
113.	ท่านไม่สบายจากประสาทเครียด	.....	.....
114.	มีบุคคลในครอบครัวของท่านเป็นโรคประสาทเครียด	.....	.....
(10)			
115.	ท่านป่วยบ่อย ๆ	.....	.....
116.	ท่านมักจะล้มหมอนนอนเสื่อเพราะความป่วยไข้	.....	.....
117.	สุขภาพของท่านไม่ดีเสมอ	.....	.....
118.	ใคร ๆ ว่าท่านเป็นคนขี้โรค	.....	.....
119.	ท่านมาจากครอบครัวที่ขี้โรค	.....	.....
120.	ความเจ็บปวดอย่างร้ายกาจทำให้ท่านทำงานไม่ได้ .	.....	.....
121.	ท่านเบื่อหน่ายต่อความวิตกกังวลในเรื่องสุขภาพของท่าน	.....	.....
122.	ท่านป่วยบ่อยและไม่มีความสุขเลย	.....	.....
123.	ท่านเป็นทุกข์จากสุขภาพไม่ดีเป็นประจำ	.....	.....

(11)		ใช่	ไม่ใช่
124.	ท่านเคยเป็นไข้อีดำอีแดง	.....	.....
125.	ในวัยเด็กท่านเคยเป็นโรคปวดตามข้อหรือกระดูกที่แขน ขา	.....	.....
126.	ท่านเคยเป็นไข้จับสั่น	.....	.....
127.	ท่านเคยได้รับการรักษาโรคโลหิตจาง	.....	.....
128.	ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับกามโรค	.....	.....
129.	ท่านเคยเป็นโรคเบาหวาน	.....	.....
130.	แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นโรคคอพอก	.....	.....
131.	ท่านเคยได้รับการรักษาโรคเนื้องอกหรือมะเร็ง ...	.....	.....
132.	ท่านได้รับความทรมานจากโรคที่เป็นเรื้อรัง	.....	.....
133.	ท่านมีน้ำหนักตัวน้อยเกินไป	.....	.....
134.	ท่านมีน้ำหนักตัวมากเกินไป	.....	.....
135.	แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นเส้นเลือดขอดที่ขา	.....	.....
136.	ท่านเคยได้รับการผ่าตัดใหญ่	.....	.....
137.	ท่านเคยบาดเจ็บร้ายแรง	.....	.....
138.	ท่านมักได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บเล็ก ๆ น้อย ๆ บ่อยครั้ง ๆ	.....	.....
(12)			
139.	ท่านหลับยากหรือหลับได้ไม่เต็มที่เสมอ	.....	.....
140.	ท่านหาเวลาพักผ่อนชั่วครู่ชั่วยามในแต่ละวันไม่ใคร่ได้	.....	.....
141.	ท่านหาเวลาออกกำลังกายทุกวันไม่ได้	.....	.....
142.	ท่านสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน	.....	.....

		ใช่	ไม่ใช่
143.	ท่านดื่มน้ำชาหรือกาแฟมากกว่าวันละ 6 แก้ว	.....	.....
144.	ท่านดื่มเหล้ามากกว่าวันละ 2 แก้ว	.....	.....
(13)			
145.	ท่านมักจะเหงื่อแตกและกลัวมากในระหว่างสอบ ...	.....	.....
146.	ท่านตื่นเต้นและสั่นกลัวเมื่อผู้บังคับบัญชาเข้ามาใกล้ท่าน	.....	.....
147.	ท่านทำงานผิดพลาดเมื่อผู้บังคับบัญชาจ้องมองท่านอยู่	.....	.....
148.	ความคิดของท่านสับสนเมื่อต้องทำงานอย่างรวดเร็ว	.....	.....
149.	ท่านต้องทำงานอย่างช้า ๆ เพื่อไม่ให้ผิดพลาด	.....	.....
150.	ท่านมักแปลความหมายของคำสั่งและคำแนะนำผิด ๆ เสมอ	.....	.....
151.	ท่านหวาดกลัวคนแปลกหน้าหน้าสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ..	.....	.....
152.	ท่านรู้สึกหวาดกลัวเมื่อต้องอยู่คนเดียวโดยไม่มีเพื่อนอยู่ใกล้	.....	.....
153.	ท่านมักมีความลำบากในการตัดสินใจ	.....	.....
154.	ท่านปรารถนาที่จะให้มีใครอยู่ใกล้ ๆ เพื่อแนะนำท่าน	.....	.....
155.	ใคร ๆ ว่าท่านเป็นคนงมงาย	.....	.....
156.	ท่านรู้สึกลำบากใจที่จะต้องรับประทานอาหารในที่อื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่ที่บ้านของท่าน	.....	.....
(14)			
157.	ท่านรู้สึกเหงาหงอยไม่ร่าเริง เวลาไปงานเลี้ยงสังสรรค์	.....	.....

		ใช่	ไม่ใช่
158.	ท่านรู้สึกมีความสุขและเศร้าโศกเป็นประจำ	.....	.....
159.	ท่านร้องไห้บ่อย ๆ	.....	.....
160.	ท่านรู้สึกทุกข์ใจและเหี่ยวแห้งเสมอ	.....	.....
161.	ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต	.....	.....
162.	ท่านอยากตายไปเสียให้พ้นจากทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ บ่อย ๆ	.....	.....

(15)

163.	ความกังวลทำให้ท่านรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า	.....	.....
164.	บุคคลในครอบครัวของท่านมักเป็นคนขี้วิตกกังวล ...	.....	.....
165.	ท่านเป็นคนหงุดหงิดด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ	.....	.....
166.	ใคร ๆ ว่าท่านเป็นคนหงุดหงิด	.....	.....
167.	บุคคลในครอบครัวของท่านหงุดหงิดง่าย	.....	.....
168.	ท่านเคยเป็นโรคประสาท	.....	.....
169.	มีบุคคลในครอบครัวของท่านเป็นโรคประสาท	.....	.....
170.	ท่านเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคประสาทใน โรงพยาบาลโรคจิต	.....	.....
171.	มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยรับการรักษาเกี่ยวกับ โรคประสาทในโรงพยาบาลโรคจิต	.....	.....

(16)

172.	ท่านเป็นคนขี้อายหรือมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย	.....	.....
173.	ท่านมาจากครอบครัวที่ขี้อายหรือมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย	.....	.....
174.	ท่านโกรธง่าย	.....	.....
175.	ท่านไม่สบายใจเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับตัวท่าน	.....	.....

		ใช่	ไม่ใช่
176.	ใคร ๆ ว่าท่านเป็นคนใจน้อย	.....	.....
177.	คนอื่นมักเข้าใจท่านผิด ๆ เสมอ	.....	.....
(17)			
178.	ท่านเป็นคนระวังตัวอยู่เสมอแม้แต่ในหมู่เพื่อนฝูง ...	.....	.....
179.	ท่านเป็นคนทำอะไรหุนหันพลันแล่น	.....	.....
180.	ท่านอารมณ์เสียง่าย	.....	.....
181.	ท่านต้องคอยควบคุมอารมณ์ของตัวเองอยู่เสมอ	.....	.....
182.	สิ่งรบกวนเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ทำให้ท่านโกรธ	.....	.....
183.	ท่านโกรธเมื่อมีใครมาสั่งให้ท่านทำ	.....	.....
184.	คนอื่นชอบทำให้ท่านรำคาญและหงุดหงิด	.....	.....
185.	ท่านรู้สึกโกรธเมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการในทันทีทันใด ..	.....	.....
186.	ท่านมักจะมีอารมณ์เกรี้ยวกราดได้ง่าย	.....	.....
(18)			
187.	ท่านมักกลัวจนตัวสั่น	.....	.....
188.	ท่านมักตื่นเต้นหวาดกลัวอยู่เสมอ	.....	.....
189.	เสียงดังที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันทำให้ท่านตกใจจนขวัญหนี	.....	
190.	ท่านรู้สึกตกใจและหมดแรงเมื่อมีคนตะโกนใส่ท่าน ..	.....	.....
191.	ท่านรู้สึกกลัวเมื่อมีเสียงกรอบแกรบในเวลากลางคืน	.....	
192.	ท่านมักจะฝันร้ายและตื่นขึ้นมากลางดึก	.....	.....
193.	ท่านมักจะคิดถึงเรื่องที่น่ากลัวเสมอ	.....	.....
194.	ท่านมักจะกลัวโดยไม่มีเหตุผล	.....	.....
195.	ท่านมักจะตกใจกลัวจนเหงื่อแตกบ่อย ๆ	.....	.....

ความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในปัจจุบัน .....

.....

.....

.....

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจารุพร ชื่อสกุล แสงเปล่า

เกิดวันที่ 11 เดือน กรกฎาคม	พุทธศักราช 2496
สถานที่เกิด	อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	514 ถนนหลวง เขตป้อมปราบฯ กรุงเทพฯ 10100
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ภาควิชาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (หลัง ร.พ.วชิระ) 681 ถนนสามเสน ต.วชิระ อ.ดุสิต กทม. 10300

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2516 มัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ จากโรงเรียนราชินีบูรณะ อ.เมือง จ.นครปฐม

พ.ศ. 2519 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (เทียบเท่าอนุปริญญา)

พ.ศ. 2523 ครุศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ. 2534 กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

จารุพร แสงเป่า

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2534

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อสำรวจจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลกับระดับชั้นปีการศึกษา อายุ สภาพการสมรสของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร และภูมิลำเนาเดิม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีการศึกษาที่ 1, 2, 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ปีการศึกษา 2533 จำนวน 532 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้คือ แบบสอบถามสุขภาพ C.M.I. (The Cornell Medical Index-health Questionaire) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2 - test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีปัญหาสุขภาพจิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 46.6 มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 36.7 และนักศึกษาพยาบาลที่มีสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 16.7

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตกับตัวแปรด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา อายุ และภูมิลำเนาเดิม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสภาพการสมรสของบิดา-มารดา ลำดับที่ของการเป็นบุตร และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กัน

THE SURVEY OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN NURSING STUDENTS AT KUAKARUN COLLEGE OF NURSING, DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICE, BANGKOK METROPOLIS

AN ABSTRACT

BY

CHARUPORN SANGPOW

Presented in partial fulfillment of the requirements for the

Master of Education degree in Health Education

at Srinakharinwirot University

April 1991

This research was aimed to survey the number of nursing students at Kuakarun College of Nursing, who had mental health problem and also study the relation between the status of the education level, age, marital status of the parents, the family economical status, birth rank and the residential area.

The population and samples were 532 nursing students who enrolled in 1990 academic year in Kuakarun College of Nursing were studied. The Cornell Medical Index-Health Questionaired (C.M.I.) were used to Collect the demographic data and the data were then analysed by using chi-square test (χ^2 - test)

This result of this study revealed that :

1. 16.7 percent, 36.7 percent, 46.6 percent of nursing students had got good, fair and bad mental health status level respectively.

2. The relation between the mental health status of the nursing students, the education level, age and residential area were significant at .05 level. But there was no relation between the marital status of the parents, birth rank and family economical status.