

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี
อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี

โพธิ์ศักดิ์ สมพงษ์

นางสาวเพ็ญภัทร เล็กพวงทอง

ผู้วิจัย

Q. S. S.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัช กิตติพิชัย,

วท.ค.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

S. S.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชคชัย หมนั้นแสงทรัพย์,

M.D., ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

S. S.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร อภินันท์เวช,

M.D., ว.ว.(จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Amat MC

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

S. S.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชคชัย หมนั้นแสงทรัพย์,

M.D., ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี
อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2554

.....
นางสาวเพ็ญภัทร เล็กพวงทอง

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัช กิตติพิชัย,

วท.ค.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังศินันท์ อินทรกำแหง,

ค.ค.(การศึกษานอกระบบโรงเรียน)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์,

M.D., ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร อภินันทเวท,

M.D., ว.ว.(จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

M.D., อ.ว.(ระบาดวิทยา), Ph.D.(HRM)
คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณาจารย์หลายท่าน ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัช กิตติพิชัย ที่กรุณาให้ คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ เมตตา ห่วงใย และคอยให้ กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชคชัย ห่มั่นแสงทรัพย์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร อภินันทเวช ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพประโยชน์มากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย รวมทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมสุภาว จันทนะโสทธิ และ อาจารย์ นพ.ศุภชัย ปิติกุลตั้ง ที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขและให้ คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความ ถูกต้องของภาษา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาอนามัยครอบครัวทุกท่านที่ให้ความรู้ ความกรุณา และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจน มหาวิทยาลัยมหิดลแห่งนี้ที่เป็นแหล่งความรู้อันทรงเกียรติและมีคุณค่ามาก ผู้วิจัยรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้ มีโอกาสเข้ามาศึกษาในสถานที่แห่งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา รวมทั้งพี่ ๆ น้อง ๆ และเพื่อนร่วมงาน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยในการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภห้วยกระเจา หัวหน้าและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภห้วยกระเจาทุกแห่ง ทุกท่านที่ให้คำปรึกษา แนะนำ อำนวยความสะดวกและสนับสนุนและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภห้วยกระเจาที่ช่วย อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวเล็กพวงทองและครอบครัวกันตศรีซึ่ง สนับสนุนและคอยให้คำปรึกษาด้วยความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมาทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เพ็ญภัทร เล็กพวงทอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี

FACTOR RELATED TO MENTAL HEALTH OF PARENTS IN CHILD CARE AGE 0 – 5 YEARS
HUAYKRAJAO DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

เพ็ญภัทร เล็กพวงทอง 4936315 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิริทธิ์ กิตติพิชัย, วท.ค.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) สุพร
อภินันท์เวช, M.D.,ว.ว.(จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น), โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ M.D., ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี และปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่ดูแลบุตรวัย 0 – 5 ปี จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า บิดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 73 ในขณะที่มารดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตร วัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 70 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตฯของบิดามารดา พบว่า บิดามีคะแนนสุขภาพจิตฯ ดีกว่ามารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ จำนวนบุตร ลำดับที่ของบุตร การศึกษา โรคประจำตัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพคู่สมรส สำหรับปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของบิดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ การศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และโรคประจำตัว โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 73.2 โดยการศึกษาบิดาเป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด และในกลุ่มที่เป็นมารดา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ อายุ การปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร อายุ และลักษณะครอบครัว โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 72.6 โดยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดาเป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว การวางแผนครอบครัว และสนับสนุนส่งเสริมให้บิดามารดามีความรู้ ตระหนักถึงบทบาทตนในการเลี้ยงดูบุตร โดยคำนึงถึงพัฒนาการและความต้องการของเด็กแต่ละวัย

คำสำคัญ: สุขภาพจิต / สัมพันธภาพคู่สมรส / บุตรวัย 0-5 ปี

FACTOR RELATED TO MENTAL HEALTH OF PARENTS IN CHILD CARE AGE 0 – 5 YEARS HUAYKRAJAO DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE**PENPAT LEKPONGTONG 4936315 PHPH/M****M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN FAMILY HEALTH****THESIS ADVISORY COMMITTEE: WIRIN KITIPHICHA, B.N., Ph.D.(APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), SUPORN APINUNTAWED, M.D., Dip. ThBrd. OF CHAILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY, CHOKCHAI MUNSAWAENG SUB, B.Sc.(MICROBIOLOGY), M.D., D.T.M. & H.,****ABSTRACT**

This cross-sectional research aimed to study the status and related factors, including the predicting factors, on the mental health of parents who are raising a child aged between 0-5 years in Huaykrajao district, Kanchanaburi province, Thailand. The sample consisted of 400 parents who were rearing a child aged 0-5 years; self-administered questionnaires were employed as the data collection method. The collected data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlations, and Stepwise Multiple Regression.

The research findings revealed that 73% of fathers and 70% of mothers had a good level of mental health, in which the fathers had better mental health than the mothers ($p < 0.001$). The factors related to the fathers' mental health were the number of children aged 0-5 years in the family, whether it is the first or subsequent child, the fathers' educational level, the presence of chronic illness, experience of the child raising role, and the relationship between the spouses ($p < 0.05$). The predictors of fathers' mental health status were their educational level, occupation, relationship to their spouses and the presence of chronic illness, respectively, which accounted for 73.2% of the variances in the mental health status among fathers on raising children aged between 0-5 years. Likewise, occupation, age, experience of child raising, and the relationship with their spouses were all factors related to mothers' mental health status ($p < 0.05$). Predictors of mothers' mental health status were the relationship with their spouse, experience of child raising, age and type of family, respectively, which accounted for 72.6% of the variances in the mental health status of mothers who were raising children aged between 0-5 years. The findings lead to recommendations that a good relationship between family members and family planning should be promoted while the parents' role in child care, based on the child developmental stage, should be strongly encouraged.

KEY WORDS: MENTAL HEALTH / RELATIONSHIP BETWEEN SPOUSES / CHILD AGE 0-5 YEARS

183 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ตัวแปรในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	5
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
1. สถาบันครอบครัว.....	10
2. การเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	17
3. พัฒนาการเด็กวัย 0 – 5 ปี.....	24
4. บทบาทของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	28
5. สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	33
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี...	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	
1. รูปแบบการวิจัย.....	66
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	70
5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	71
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
7. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	73
ส่วนที่ 2 สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	77
ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดู บุตร.....	85
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสุขภาพจิตของบิดา มารดา.....	92
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร วัย 0 – 5 ปี.....	99
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	107
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	118
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	124
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	141
รายการอ้างอิง.....	157
ภาคผนวก.....	163
ประวัติผู้วิจัย.....	183

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 กรอบความคิดของสุขภาพจิต.....	36
3.1 จำนวนหมู่บ้าน และจำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบล.....	68
4.1 จำนวน และร้อยละข้อมูลด้านครอบครัว.....	74
4.2 จำนวน และร้อยละข้อมูลด้านบุตร.....	75
4.3 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา.....	76
4.4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	78
4.5 จำนวน และร้อยละระดับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	80
4.6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	82
4.7 จำนวน และร้อยละระดับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	84
4.8 เปรียบเทียบสุขภาพจิตบิดา มารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี.....	85
4.9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรสของบิดา.....	86
4.10 จำนวน และร้อยละระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดา.....	87
4.11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา.....	88
4.12 จำนวนและร้อยละของระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา.....	90
4.13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดา.....	90
4.14 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดา	90
4.15 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา.....	92
4.16 จำนวน และร้อยละระดับการปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตรของมารดา.....	93

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี.....	98
4.18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ของปัจจัยต่าง ๆ กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี.....	99
4.19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างสุขภาพจิตบิดา ในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี กับปัจจัยทำนาย.....	101
4.20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรคาดทำนายกับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี.....	101
4.21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี กับปัจจัยทำนาย.....	103
4.22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี.....	103
4.23 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย.....	105

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
2.1 รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูตามแนวคิดของเซฟเฟอร์ (Schaefer).....	20
2.2 บทบาทที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพของบุคคล.....	30
3.1 แผนผังการสุ่มตัวอย่าง.....	68

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
2.1 ดัชนีสุภาพจิต.....	37



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่เป็นหลักสำคัญที่สุดของสังคม ทำหน้าที่หล่อหลอม และขัดเกลาความเป็นมนุษย์ให้แก่สมาชิกของครอบครัว ด้วยการอบรมเลี้ยงดูให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน พร้อมทั้งปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม และถ่ายทอดวัฒนธรรมของสังคมให้แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพ มีความพร้อมที่จะทำงานอย่างเต็มที่ และสร้างสรรค์เป็นพลังสำคัญในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป ดังนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญและมีอิทธิพลที่สุดต่อชีวิตของเด็ก ซึ่งเป็นฐานบุคคลคุณภาพของประเทศชาติในอนาคต (1) ครอบครัวมีบทบาทในการสร้างคนให้มีคุณภาพทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม เด็กจะเติบโตมีคุณภาพชีวิตและบุคลิกภาพเช่นไรจะเป็นคนดีมุ่งทำประโยชน์แก่สังคมหรือจะเป็นคนด้อยสมรรถภาพ สร้างปัญหาแก่ตนเองและสังคม ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของครอบครัว และวิธีการอบรมเลี้ยงดูจากบุคคลในครอบครัวเป็นสำคัญ (2, 3)

ในปัจจุบันครอบครัวในสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทั้งภายในและภายนอกครอบครัวอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทิศทางในการพัฒนาประเทศ ข้อมูลข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในสังคมและการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า โดยภาพรวมครอบครัวในสังคมไทยมีขนาดเล็กลงเมื่อเทียบกับในอดีต ผลต่างระหว่างรายได้ของครอบครัวในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรมและบริการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาแหล่งการผลิตที่ไม่ได้กระจายอย่างทั่วถึงและการมีแหล่งงานอยู่ไกลจากที่พักอาศัย ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานและการเข้ามามีส่วนร่วมในเชิงเศรษฐกิจของผู้หญิงเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้โครงสร้างอำนาจภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงมีอำนาจในการตัดสินใจภายในครอบครัวเพิ่มขึ้น อำนาจการปกครองของสามีที่มีต่อภรรยา บิดามารดาที่มีต่อบุตรลดลง ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากพ่อและแม่หลายกรณีมีความจำเป็นที่จะต้องจากบ้านไปทำงานกันคนละแห่งบทบาทของพ่อแม่ในการสั่งสอนลูกโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมจึงลดลง (3)

นอกจากนี้ครอบครัวกลายเป็นครอบครัวที่ทั้งคู่สามีภรรยาทำงานนอกบ้านมักจะเป็นครอบครัวที่ประสบปัญหาในเรื่องของการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบุตรและดูแลบ้าน ความเหน็ดเหนื่อยและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการทำงานของแต่ละฝ่าย อาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวขึ้นมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (4)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวและโครงสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวเช่นกัน มีเด็กอยู่เป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพ่อแม่และครอบครัวอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหานานาประการ เช่น การไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมและขาดประสบการณ์เรียนรู้ที่เหมาะสมจากครอบครัว ทำให้เด็กมีอัตราการพัฒนาด้านสติปัญญาและความสามารถพื้นฐานช้ากว่าเกณฑ์ปกติ ส่วนทางจิตใจนั้นพบว่า การขาดโอกาสสร้างความผูกพันที่มั่นคงกับพ่อแม่ทำให้เด็กมีจิตใจไม่มั่นคง ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองและการทำงาน มีปัญหาด้านพฤติกรรมที่รุนแรงและไม่เหมาะสม เนื่องจากการได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ครอบครัวที่พ่อหรือแม่ต้องรับภาระการเลี้ยงดูเด็กโดยลำพังหรือเป็นครอบครัวที่มีรายได้ต่ำก็เป็นครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูงที่เด็กจะถูกทอดทิ้ง ทำให้เด็กต้องเผชิญกับปัญหาภาวะขาดแคลนสารอาหาร ส่งผลให้เด็กมีร่างกายไม่สมบูรณ์ แข็งแรง มีพัฒนาการล่าช้า หรืออาจเจ็บป่วยถึงชีวิตได้ (5) นอกจากนี้ความไม่สามารถทำหน้าที่ทางด้านเศรษฐกิจของบางครอบครัวยังมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาการขาดโอกาสทางการศึกษาของเด็ก การใช้แรงงานเด็ก โสเภณีเด็ก ปัญหาเด็กเร่ร่อน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเด็กอีกประการหนึ่ง

การที่เด็กจะเติบโตขึ้นมีบุคลิกภาพเช่นใดนั้น นอกจากพันธุกรรมแล้ว การอบรมเลี้ยงดูเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมาก เด็กถูกเลี้ยงดูอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้เขามีบุคลิกภาพที่ดี มีการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม จะทำให้เขามีบุคลิกภาพที่ดีมีอารมณ์ที่มั่นคง มีการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ได้ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กถูกเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสมก็ทำให้เด็กมีพัฒนาการทางอารมณ์ และบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม จะเป็นปัญหาต่อการปรับตัว และเป็นผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ง่าย (6)

สุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญของชีวิตที่ทุกคนควรให้ความสนใจ และหมั่นดูแลสุขภาพจิตของตนเองให้ดี เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพสูงสุด บุคคลควรมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความผาสุกมากกว่าที่จะซ่อมแซมหรือการรักษาโรค ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพจิตนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบในระดับของบุคคล เช่น การจัดการปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในทางที่สร้างสรรค์และไม่สร้างสรรค์ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาตามมา ได้แก่ ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ แต่สุขภาพจิตยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนเช่นกัน เช่น การเกิดความรู้แรงภายในครอบครัวและสังคม ปัญหาการฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายผู้อื่น เป็นต้น (7) ดังนั้นสุขภาพจิตที่ดี จึงเป็นเรื่องที่บุคคลและสังคมโดยทั่วไปพึงปรารถนา ในปี 2531 พบว่ามารดาที่มีบุตรวัย 0 – 12 ปี มีความวิตกกังวล ความเครียดในการเลี้ยงลูกคิดเป็นร้อยละ 93.7 (7) การที่บิดามารดาจะอบรมเลี้ยงดูบุตรอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สภาพอารมณ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสของบิดามารดา ลักษณะเฉพาะของลูก เหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต

ครอบครัวนั้น ๆ ประสบการณ์ที่พ่อแม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดู และการเลี้ยงดูลูกคนแรก ด้วยปัจจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเด็กแต่ละคนจะมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพไม่เหมือนกัน และเด็กวัย 0-5 ปีเป็นวัยที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ เป็นวัยแห่งการเริ่มต้นทุกสิ่งทุกอย่าง ต้องการความทะนุถนอมซึ่งอาจจะทำให้พ่อแม่รู้สึกว่าเป็นความยากลำบากจนก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

ด้วยเหตุผลข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบิดามารดาที่ต้องทำหน้าที่ของการเลี้ยงดูบุตร เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านบิดามารดา ปัจจัยด้านบุตร ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์ กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี หรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยด้านบิดามารดา ปัจจัยด้านบุตร ปัจจัยด้านครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของบิดาและมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว (ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล) กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุตร (อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร) กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบิดามารดา (อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สุขภาพกาย การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส) กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
5. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
2. ปัจจัยด้านบุตร ได้แก่ อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
3. ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา สุขภาพกาย การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
4. ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านบุตร และปัจจัยด้านบิดามารดา สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะบุคคลที่มีสถานภาพเป็นบิดาหรือมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ในระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ดังนี้
 - 1.1.1 ลักษณะครอบครัว
 - 1.1.2 ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว

- 1.1.3 จำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล
- 1.2 ปัจจัยด้านบุตร ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ดังนี้
 - 1.2.1 เพศ
 - 1.2.2 อายุ
 - 1.2.3 ลำดับที่ของบุตร
- 1.3 ปัจจัยบิดามารดา ประกอบด้วย 6 ตัวแปร ดังนี้
 - 1.3.1 อายุ
 - 1.3.2 อาชีพ
 - 1.3.3 การศึกษา
 - 1.3.4 โรคประจำตัว
 - 1.3.5 การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
 - 1.3.6 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 5 – 0 ปี ที่อยู่ในการดูแล
 - 1.1 ลักษณะครอบครัว หมายถึง รูปแบบของครอบครัว ประกอบด้วย สมาชิกใดบ้าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - ครอบครัวเดี่ยว เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน
 - ครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยว ร่วมกับเครือญาติอื่น ๆ อาศัยอยู่ด้วยกัน
 - 1.2 เศรษฐกิจครอบครัว หมายถึง ความพอเพียงของรายได้ในแต่ละเดือนของครอบครัวประเมินจากความสมดุลของรายได้และรายจ่ายของครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พอเพียง และไม่พอเพียง
 - 1.3 จำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล หมายถึง จำนวนบุตรที่มีอายุ 0 – 5 ปี และอยู่ในความดูแลของบิดามารดาเดียวกัน และอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

2. ปัจจัยด้านบุตร เป็นลักษณะส่วนบุคคลของบุตรอายุ 0 – 5 ปี ได้แก่ เพศ อายุ และ ลำดับที่ของบุตร

2.1 บุตร หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0 – 5 ปี และอยู่ในความดูแลของ บิดามารดาเป็นประจำ

2.2 เพศ แบ่งเป็น ชาย และ หญิง

2.3 อายุ หมายถึง อายุเต็มโดยนับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) น้อยกว่า 1 ปี 2) 1 – 3 ปี และ 3) 3 – 5 ปี

2.4 ลำดับที่ของบุตร หมายถึง ลำดับการเกิดของบุตร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บุตรคนแรก/บุตรคนเดียว หมายถึง ลูกคนแรกของครอบครัวที่มีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป รวมถึงบุตรคนเดียวของครอบครัว และ 2) บุตรลำดับหลัง/บุตรคนสุดท้าย หมายถึง ลูกคนสุดท้ายของครอบครัวที่มีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

3. ปัจจัยด้านบิดามารดา ประกอบด้วย อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว การปฏิบัติ บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส รายละเอียดดังนี้

3.1 บิดามารดา หมายถึง บิดาและมารดาที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการ กระทำหรือควบคุมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรวัย 0 - 5 ปี

3.2 อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็ม นับตั้งแต่วันที่เกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) น้อยกว่า 20 ปี 2) 20 – 24 ปี 3) 25 – 29 ปี 4) 30 – 34 ปี และ 5) ≥ 35 ปี

3.3 อาชีพ หมายถึง อาชีพของบิดามารดาในปัจจุบัน แล้วนำมาจำแนก ตามสถานภาพการทำงาน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ทำงานอยู่ที่บ้าน ได้แก่ เกษตรกรรม ค้าขายในบ้าน ช่างตัดผม ช่างตัดผ้า แม่บ้าน และ 2) ทำงานนอกบ้าน ได้แก่ ครู แพทย์ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และ บิดามารดาที่ประกอบอาชีพนอกบ้านโดยอาศัยแรงงานหรือปฏิบัติคำสั่ง ได้แก่ ลูกจ้างตามโรงงาน ห้างร้านต่าง ๆ หรือกรรมกร

3.4 การศึกษา หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดที่ได้รับในระบบการศึกษา นำมาแบ่งตามระดับชั้นการศึกษา คือ น้อยกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้แก่ ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา และ มัธยมศึกษาตอนต้น มากกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส./อนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

3.5 โรคประจำตัว หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพของบิดามารดาว่า แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ 1) ไม่มีโรคประจำตัว 2) มีโรคประจำตัว ได้แก่ หอบหืด ภูมิแพ้ เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง ธาลัสซีเมีย ความดันโลหิตสูง

3.6 การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร หมายถึง การดูแลเอาใจใส่บุตรของบิดามารดา โดยการให้ความรัก ความอบอุ่น คำนึงถึงพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการเลี้ยงดูบุตรให้เหมาะสมตามวัย ในการวัดการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดโดยการใช้นิยามบทบาทที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพร่วมกับการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับกรปฏิบัติของตนเองมากที่สุด มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ คือ สม่่าเสมอ บางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยจัดระดับการปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตร เป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับน้อย (คะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ลงมา) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 51 – 79) และ 3) ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

3.7 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส การยอมรับกันและกันในทุกด้าน (สรีระ จิตใจ และเพศสัมพันธ์) ความสนิทสนมที่หาที่มีต่อกัน การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ การมีบทบาทที่สอดคล้องกัน และการมีความสัมพันธ์กันแบบเพื่อน คู่ชีวิต ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินขึ้นใหม่ โดยใช้แนวคิดและองค์ประกอบของสัมพันธภาพคู่สมรส ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยจัดระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 ลงมา) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 51 – 79) และ 3) ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

4. สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี หมายถึง สภาพทางจิตใจของบิดามารดา ซึ่งเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สามารถแสดงออกมาใน 5 กลุ่ม อาการ ได้แก่ 1) วิตกกังวล (Anxiety) โดยบิดามารดาแสดงอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก รู้สึกไม่สบาย ใจสั่น มือสั่นตื้นกล้าง่าย กระวนกระวาย 2) ซึมเศร้า (Depression) โดยบิดามารดาแสดงอาการ หงุดหงิด เศร้าหมอง รู้สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า 3) การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ (Loss of behavioral/emotional control) โดยบิดามารดาแสดงอาการตกใจง่าย หวาดกลัว ระแวง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกเศร้า ท้อแท้ 4) ความรู้สึกทางบวก (General positive affect) โดยบิดามารดาแสดงอาการมีความสุข สนุกสนาน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถเข้ากับบุคคลอื่นได้ดี และ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotionalities) โดยบิดามารดาแสดงความรักโดยการโอบกอด รักทะนุถนอมเอื้ออาทร ความผูกพัน ในการวัดสุขภาพจิตของบิดามารดา ผู้วิจัยได้นำแบบวัดสุขภาพจิต (Mental Health Inventory – MHI) ของเวทและแวร์ (Veit & Ware) ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1983 นำมาปรับใช้ในบริบทของการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยจัดระดับ

คะแนนสุขภาพจิตเป็น 4 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี (คะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ลงมา) 2) ระดับดีน้อย (คะแนนร้อยละ 51 – 70) 3) ระดับดี (คะแนน 71 – 80) ระดับดีมาก (คะแนนตั้งแต่ 81 คะแนนขึ้นไป)

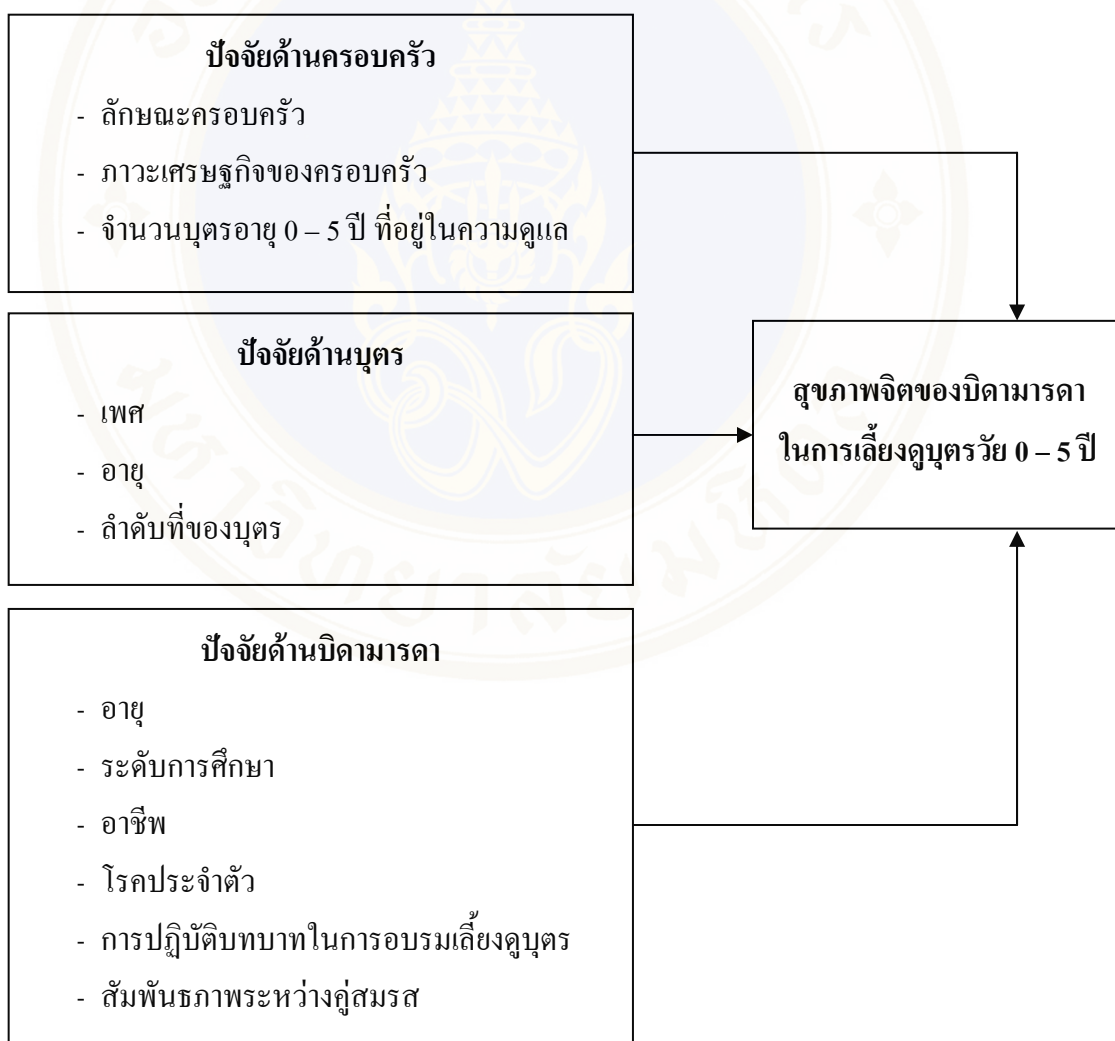
ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้เกิดความกระจ่างของปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดา ผลการวิจัยจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายการของฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ในการพัฒนาครอบครัว รวมไปถึงการเตรียมครอบครัว โดยเฉพาะ บิดามารดาให้พร้อมรับกับการทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปีต่อไป
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รับทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี นำไปสู่การนำผลการศึกษาไปใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาครอบครัวไทยต่อไป
3. เกิดความชัดเจนเชิงประจักษ์ ในการประเมินสุขภาพจิตของบุคคล ในมุมมองของการทำบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ผลของการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับประเมินสุขภาพจิตของบิดามารดาในบริบทอื่น ๆ รวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูต่อไป
4. เกิดความชัดเจนในการอธิบายปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของบิดามารดา อันเนื่องมาจากการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ซึ่งผลการวิจัยนี้จะช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ต่อไป รวมถึงเป็นแนวทางในการวิจัยในอนาคต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาสุขภาพจิตตามความหมายของ แวทและแวร์ (Veit & Ware) ซึ่งเป็นสถานะของจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ สุขภาพจิตเป็นสถานะทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อการรับรู้ โดยประเมินสุขภาพจิต 2 ด้าน คือ สุขภาพจิตด้านลบ เป็นความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) และด้านบวกเป็นความผาสุกทางจิตใจ (Psychological well-being) โดยประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการ 5 กลุ่ม คือ วิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า การสูญเสียการควบคุม พฤติกรรมและความรู้สึกทางบวกและความผูกพันทางอารมณ์ ด้วยสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์และ

เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบิดามารดา ซึ่งจำแนกเป็น 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล ปัจจัยด้านบุตร ประกอบด้วย เพศ อายุ และลำดับที่ของบุตร และปัจจัยด้านตัวบุคคลหรือด้านบิดามารดา ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยปัจจัยทั้ง 3 ด้าน จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดความสัมพันธ์ของตัวแปรแสดงในแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเด็ก และปัจจัยด้านบิดามารดา โดยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถาบันครอบครัว
2. การเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
3. พัฒนาการเด็กวัย 0 – 5 ปี
4. บทบาทของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
5. สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

1. สถาบันครอบครัว

ครอบครัว เป็นสถาบัน (Institution) เป็นองค์กร (Organization) หรือ เป็นหน่วย (Unit) ทางสังคมที่เล็กที่สุด ครอบครัวก่อตั้งขึ้น ด้วยสมาชิกชายและหญิงเพียงสองคน ได้ทำหน้าที่เป็นบิดามารดา เป็นพ่อแบบ-แม่แบบที่ถ่ายทอดและให้การศึกษาในขั้นแรกแก่สมาชิกใหม่ เป็นบ้านหลอมทางบุคลิกภาพ เป็นแหล่งที่จะเสริมสร้างพลังกายและพลังใจให้แก่สมาชิกของครอบครัว ที่ออกไปแสดงบทบาทต่าง ๆ ทางสังคมในสถาบันที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวเป็นสถาบันที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ได้ในทุกระดับ ทั้งด้านความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological needs) และความต้องการทางด้านสังคม (Social needs) ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานแรกที่สุดของมนุษย์ ทำหน้าที่ในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกเกิดใหม่ในครอบครัว อันได้แก่ ทารกและเด็ก การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวและการให้การศึกษาในครอบครัวมีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพของคนและบุคลิกภาพ ซึ่งรวมทั้ง ค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน วิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อกันและกัน (8) ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมพื้นฐานที่ประกอบด้วยวิถีชีวิตของสมาชิกของครอบครัวทุกคน

ครอบครัวเป็นหน่วยเศรษฐกิจที่เล็กที่สุดและเป็นพื้นฐานของสังคม ครอบครัวบางครอบครัวมีบทบาทเป็นหน่วยการผลิตทางเศรษฐกิจโดยตรง ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม มีผลกระทบต่อกันและกันต่างมีกระบวนการพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีหยุดนิ่ง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ปัญหาสังคมหลายประการจะป้องกันได้ โดยสถาบัน ครอบครัว สถาบันครอบครัวที่รวมตัวกันได้จะเป็นพลังกลุ่ม/ชุมชน ที่สามารถพัฒนาป้องกัน และแก้ไขปัญหาของตนเองได้

1.1 ความหมายของครอบครัว

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (8) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ครอบครัว คือ กลุ่มบุคคลที่ผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก ฐานรากสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบและหลายลักษณะนอกเหนือจากครอบครัวที่ครบถ้วนทั้งบิดามารดาและบุตร

พนม เกตุมาน (9) ให้ความหมายของครอบครัวว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของพัฒนามนุษย์ การเรียนรู้ของเด็กเริ่มต้นเกิดขึ้นในครอบครัว ที่มีความสุขความอบอุ่นจะช่วยให้เด็กเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ

คณะกรรมการด้านครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) (10) ได้ให้ความหมายคำว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย และสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีข้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้กล่าวถึงความหมายของครอบครัวได้หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือในด้านของกฎหมาย ล้วนกล่าวถึงกลุ่มคนที่มาอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอาจจะมีการสืบสายโลหิตหรือไม่ก็ตาม มีการดำเนินชีวิต พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันตลอดจนการถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณี

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ครอบครัวหมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกันมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดโดยทางสายโลหิต หรือการสมรสซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของครอบครัวจะอาศัยความรัก และความปรารถนาดีต่อกันมีการถ่ายทอดวัฒนธรรมและจริยธรรมต่างๆ แก่สมาชิกเพื่อการดำรงอยู่ในสังคมต่อไป

ครอบครัวในสังคมต่าง ๆ จะมีโครงสร้างและลักษณะที่แตกต่างกันไป การจำแนกประเภทของครอบครัวจึงต้องอาศัยขนาด องค์ประกอบและลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นเกณฑ์ จากลักษณะของครอบครัวทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะของ

สมาชิกในครอบครัวตามพัฒนาการตามวัยที่เปลี่ยนไปหรือตามวงจรชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลจะต้องมีการกิจแห่งพัฒนาการ จึงทำให้มีวงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle)

1.2 วงจรชีวิตครอบครัว

วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) หมายถึง การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ตามการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามภารกิจขั้นตอนของการพัฒนาต่าง ๆ มีลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ 1) มีรูปแบบที่แน่นอนเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ตามลำดับขั้น และ 2) มีความเป็นสากล คือ เกิดขึ้นกับทุกครอบครัวในทุกสังคมโลกมนุษย์ วงจรชีวิตครอบครัว เป็นพัฒนาการของครอบครัวในระยะยาว มีการกิจตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่ต้องทำให้สำเร็จ เพื่อให้มีบรรยากาศในครอบครัวที่สงบสุข เป็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการพัฒนาสมาชิกในครอบครัวต่อไป ในการแบ่งระยะวงจรชีวิตครอบครัว สามารถแบ่งแตกต่างกันตามนักทฤษฎีแต่ละบุคคล ในที่นี้แบ่งเป็น 8 ระยะ(11) ดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะเริ่มสร้างครอบครัว เป็นช่วงเวลาที่หญิงและชาย มีความรัก ความผูกพันต่อกัน มีการเลือกคู่ครอง มีการแต่งงาน และมีครอบครัวใหม่เกิดขึ้น ในระยะนี้เป็นช่วงที่หญิงชายต้องมีการปรับตัว มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน คู่สมรสจะต้องปรับตัวเข้าหากันในทุกเรื่อง มีความยืดหยุ่น และใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความมั่นคง ให้แก่สถาบันครอบครัว เป็นครอบครัวที่มีคุณภาพ ดังนั้น คู่สมรสจึงควรศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับทักษะการใช้ชีวิตอยู่ในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคู่ของตนเอง

ระยะที่ 2: ครอบครัวที่มีลูกเล็ก ภายหลังการสมรส ความคาดหวังของคู่สมรสคือการมีบุตร ซึ่งคู่สมรสสามารถร่วมกันวางแผนการมีบุตร ทั้งนี้เพราะภายหลังจากมีบุตร คู่สมรสก็จะมีบทบาทใหม่ที่สำคัญเพิ่มขึ้น คือ บทบาทการเป็น บิดามารดา ที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดู ดูแลและอบรมสั่งสอนลูก โดยสรุปครอบครัวในระยะนี้ คู่สมรสจะมีบทบาททั้งการเป็นสามี ภรรยา และบทบาทการเป็น บิดามารดา ที่จะต้องทำให้เหมาะสมทั้ง 2 บทบาท ถ้าทำเฉพาะบทบาทบิดา หรือมารดาเพียงอย่างเดียว ก็อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดความแตกแยกในครอบครัวได้ บิดามารดา จะต้องเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะการเลี้ยงดูบุตร เข้าใจการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

ระยะที่ 3: ช่วงที่ลูกกำลังจะเข้าเรียน การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในช่วงนี้ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของลูกก่อนเข้าเรียน การเลือกโรงเรียน การตกลงกันในเรื่องการรับส่งลูกที่โรงเรียน การไปพบครูที่โรงเรียน และการเป็นผู้ปกครองของลูก

ระยะที่ 4: ครอบครัวที่ลูกเรียนชั้นอนุบาลและประถม ระยะนี้เป็นระยะที่ครอบครัวมีการติดต่อกับสังคมภายนอกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ โรงเรียนของลูก ลูกจะเริ่มเรียนรู้จักการ

สร้างสัมพันธ์กับเพื่อนวัยเดียวกัน และการสร้างสัมพันธ์กับครู ในขณะที่เดียวกันก็เริ่มเรียนรู้ทักษะทางด้านวิชาการ พ่อแม่ก็เรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้ากับระบบโรงเรียน และสังคมของผู้ปกครอง พ่อแม่ควรส่งเสริมให้ลูกมีทักษะการเรียนรู้ด้านอื่น ๆ ด้วย โดยเสริมทักษะชีวิตเพื่อความผาสุกในชีวิต ผ่านทางกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การว่ายน้ำ การเล่นดนตรี การวาดรูป การเล่นกีฬา เป็นต้น เพื่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ควรตอบสนองตรงตามความต้องการของสมาชิกทุกคนในครอบครัว เพื่อครอบครัวจะได้มีพัฒนาการที่เหมาะสม

ระยะที่ 5: เมื่อลูกเข้าวัยรุ่น ในระยะนี้เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของสมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งพ่อ แม่ ลูกวัยรุ่น และบุคคลอื่น ครอบครัวจะต้องมีความพร้อมและปรับตัวเพื่อให้เหตุการณ์ผ่านไปได้ด้วยดี พ่อแม่จะต้องเลี้ยงดูลูกวัยรุ่นให้ตรงกับพัฒนาการเด็กวัยรุ่น ที่ต้องการความเป็นผู้ใหญ่รับผิดชอบตนเอง หากครอบครัวยังมีการปฏิบัติต่าง ๆ เหมือนตอนที่ลูกยังเป็นเด็กเล็ก วัยรุ่นก็จะรู้สึกอึดอัด และไม่มีโอกาสพัฒนาตนเองให้สมวัย ตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการ เด็กวัยรุ่นต้องการที่จะพัฒนาตนเองให้เป็นตัวของตัวเอง พึ่งตนเองได้ ในขณะเดียวกัน ก็ยังต้องการพึ่งพาพ่อแม่และไม่อยากลำบาก พ่อแม่ต้องเป็นที่ปรึกษาให้ลูก ช่วยกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับเด็กวัยรุ่นให้คำแนะนำ พร้อมให้ลูกฝึกคิดตัดสินใจเอง รวมทั้งฝึกหัดที่จะรับผิดชอบต่อผลของการกระทำของตนเอง

ระยะที่ 6: เมื่อลูกเป็นผู้ใหญ่ และ/หรือแยกไปจากครอบครัวเดิม ภายหลังลูกสำเร็จการศึกษา และประกอบอาชีพในระยะนี้บุตรสามารถพึ่งพาตนเองได้ทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกเปลี่ยนไป โดยความสัมพันธ์จะมีลักษณะเป็นผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ บิดามารดาจะต้องเข้าใจ ยอมรับ และส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการเป็นผู้ใหญ่เต็มที่ ช่วงนี้อาจมีสมาชิกเพิ่มขึ้นในครอบครัว ในฐานะเขย หรือสะใภ้ตามแต่กรณี การปรับตัวเพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่ก็จะเกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ในระยะนี้พ่อแม่จะต้องฝึกหัดให้ลูกได้มีโอกาสเรียนรู้และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ฝึกรับผิดชอบตัวเองเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในสังคม

ระยะที่ 7: เมื่อพ่อแม่เข้าสู่วัยกลางคน ระยะนี้เป็นช่วงที่ลูกเติบโตสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้แล้วเป็นช่วงที่พ่อแม่ปลดภาระจากการเลี้ยงดูบุตร ก็จะมีเวลาสำหรับตนเองและคู่สมรสมากขึ้น จึงเป็นช่วงที่ดีของการพัฒนาความสัมพันธ์ฉันท์สามี-ภรรยาให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น หรือให้ดีขึ้นไปอีก

ระยะที่ 8: เมื่อพ่อแม่เข้าสู่วัยสูงอายุ ในระยะนี้ผู้สูงอายุที่ต้องปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีการเสื่อมของอวัยวะเกือบทุกระบบ ด้วยการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามวัย ทั้งการออกกำลังกาย อาหาร และการใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสมด้วย ควรมีการหากกลุ่มสังคมในวัยสูงอายุเหมือนกัน ซึ่งอาจจะเป็นไปในลักษณะชมรมตามความสนใจ ในบางครอบครัว ผู้สูงอายุจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูหลานด้วย

จากวงจรครอบครัวทั้ง 8 ระยะ ทำให้เห็นถึงการพัฒนาของครอบครัวว่าแต่ละระยะล้วนมีความสำคัญ สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนได้ทำหน้าที่ของตนเอง ครอบครัวจะมีความสุขหรือมีคุณภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้กับสมาชิกในครอบครัวโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่ 2 เป็นระยะที่ครอบครัวมีลูกเล็ก ๆ สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่แน่นอนว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตเพื่อเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคม

1.3 สัมพันธภาพในครอบครัว

1.3.1 ความหมายของสัมพันธภาพ

กมล แสงสีทอง (12) ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์มีลักษณะเป็นความปรองดอง รักใคร่กลมเกลียวในครอบครัว นับว่าเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้งหรือมีความรู้สึกที่เป็นอริต่อกัน ถือว่าเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในครอบครัว

ศรีทัตทิมา (รัตนโกศล) พาณิชพันธ์ (13) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิด คั่นเคย สนับสนุนระหว่าง บิดามารดา และบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติ และบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหาและมีมูลเหตุแห่งปัญหานานาประการ

มอโรว และวิลสัน (Morrow and Wilson) (14) กล่าวถึงสัมพันธภาพในครอบครัวว่าประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว มีการรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัว

สุพัตรา สุภาพ (15) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีลักษณะความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด สนับสนุนกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีความรัก ความผูกพันกัน มีอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดร่วมกัน เมื่อต้องจากกันจะทำให้เกิดความทุกข์

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน ความรัก ความใกล้ชิด ความคั่นเคย มีความรู้สึกนึกคิดร่วมกันไม่ว่าจะทุกข์หรือสุข

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว คือ บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้องอยู่ร่วมกันด้วยความรักใคร่ปรองดอง มีความเห็นอกเห็นใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีความสุขความอบอุ่นร่วมกัน

จากความหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพครอบครัวมีหลายลักษณะซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยดังนี้ (16)

1) สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา เป็นจุดเริ่มต้นของสัมพันธภาพในครอบครัวที่สำคัญที่สุด หากคู่สามีภรรยามีความผูกพันรักใคร่ซึ่งกันและกัน ปรับตัวเข้าหากัน ร่วมมือร่วมใจช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ตลอดจนรับผิดชอบและแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ภายในครอบครัวร่วมกัน จะทำให้ครอบครัวมีความสุขสงบสุข ราบรื่นมั่นคง สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ก็จะมีสุขด้วย และมีความเกี่ยวข้องกับการที่บิดาจะแสดงบทบาทในทิศทางต่าง ๆ ในครอบครัวด้วย แต่ถ้าสามีภรรยามีสัมพันธภาพเป็นแบบขัดแย้งกันอยู่เสมอ อาจทำให้ครอบครัวขาดความสุขและแตกแยกได้

2) สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตร มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา เพราะเมื่อมีการให้กำเนิดบุตรแล้ว ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็จะเพิ่มขึ้น ถ้าบิดามารดาความรักใคร่ผูกพันกันดีมาก่อน จะมีผลสะท้อนไปสู่ความผูกพันรักใคร่ต่อบุตรให้แน่นแฟ้นต่อไป

3) สัมพันธภาพระหว่างพี่น้อง ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์พื้นฐาน และการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา เพราะถ้าบิดามารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อบรมเลี้ยงดูลูกบนพื้นฐานของความรักความเข้าใจ และให้ความยุติธรรมแก่บุตรทุกคน รวมถึงการสร้างความรักใคร่ระหว่างพี่น้องแล้ว ย่อมทำให้สัมพันธภาพระหว่างพี่น้องดำเนินไปด้วยดี มีความรักใคร่ปกป้องช่วยเหลือกันอย่างดี

4) สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในครอบครัวเดียวความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา บิดากับบุตร มารดากับบุตร และพี่น้อง ส่วนในครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวจะรวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างญาติทุกคนในครอบครัว

การที่จะสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีได้นั้น พ่อแม่และบุตรจะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน รู้ที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสมซึ่งมีองค์ประกอบของการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวดังนี้

1.4 องค์ประกอบของความสัมพันธ์ในครอบครัว

=Richard C. Grandall (17) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary relationship) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. บทบาทที่หลากหลาย (Number of role) ความสัมพันธ์ในครอบครัวประกอบด้วยความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เช่น เป็นพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ผู้สั่งสอน ผู้ช่วยเหลือ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์กันหลาย ๆ ด้าน ทำให้ได้รู้จักกันนิยม ความเชื่อถือ ความสนใจ รวมถึงบุคลิกที่แท้จริง
2. การสื่อสารกัน (Communication) เป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระและกว้างขวาง
3. อารมณ์ (Emotional) ความสัมพันธ์ในครอบครัวก่อรูปขึ้นจากอารมณ์ต่าง ๆ ระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ ความคิดถึง ความขัดแย้งหรือความโกรธได้
4. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (Transferability) ความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิก่อรูปขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งแน่นอน ไม่สามารถถ่ายทอดไปสู่คนอื่นได้ง่าย ๆ เป็นปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเป็นครั้ง ๆ ไป เป็นความรู้สึกผูกพันเฉพาะเจาะจงเปลี่ยนแปลงได้ยาก

สตินเนทท์ (Stinnet, N) (16) กล่าวว่า ลักษณะครอบครัวที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ว่ามี 6 ประการ คือ

1. ชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงความรู้สึกและการกระทำที่พึงพอใจในคนอื่น ๆ ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ตระหนักถึงคุณค่าซึ่งกันและกัน คุณสมบัติเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานของความอบอุ่น และความเชื่อมั่นในครอบครัว
2. มีการติดต่อสื่อสาร พูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ และเป็นไปอย่างเปิดเผย ใฝ่หาใจกัน พูดคุยถึงความขัดแย้งอย่างตรงไปตรงมา เพื่อช่วยกันหาทางเลือกที่ดี ในการแก้ปัญหา
3. มีเวลาอยู่ร่วมกัน สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีโอกาสได้ทำกิจกรรมร่วมกันและควรเป็นกิจกรรมที่ทุกคนพึงพอใจที่จะเข้าร่วม มิใช่เป็นการบังคับหรือบังคับ
4. มีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของคนในครอบครัวร่วมกัน โดยที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนพร้อมหน้าพร้อมตากัน แล้วเล่าให้คนในครอบครัวฟังถึงกิจกรรมที่วุ่นวายของแต่ละคน

5. มีความสามารถจัดการกับวิกฤตการณ์ในครอบครัวได้เป็นอย่างดี สมาชิกทุกคนร่วมกันต่อสู้ปัญหา ไม่ทอดทิ้ง ซึ่งคุณสมบัตินี้จะเป็นการป้องกันปัญหาในสังคมได้เป็นอย่างดี

6. มีศรัทธาต่อศาสนา จะช่วยให้สมาชิกทุกคนมีสติ อดทนต่อกัน และให้อภัยผู้อื่น รู้จักรับความโกรธ และให้ความช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมได้

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการเป็นบิดา มารดา เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกันมีความห่วงใย ให้กำลังใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร มีความเข้าใจในบทบาทและกิจกรรมของแต่ละฝ่าย ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวและบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม อันเป็นผลให้ชีวิตครอบครัวประสบความสำเร็จด้วย

ในสังคมไทยถือว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นสังคมกลุ่มแรกที่คนเราต้องเผชิญ ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต หน้าที่ของครอบครัวมีอยู่หลายประการไม่ว่าจะเป็นสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ การเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตในสังคม ให้ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นแหล่งที่สมาชิกในครอบครัวได้รับความรักความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ ซึ่งก็เกิดจากความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีที่จะช่วยส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมของบุตรให้เป็นคนดีของสังคมอีกทั้งยังเป็นสถาบันที่ให้กำลังใจและปลุกปลอบเพื่อให้บุคคลได้ผ่านพ้นอุปสรรคได้ เป็นแหล่งให้ความคุ้มครองสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจแก่สมาชิก และหล่อหลอมบุตรในทางที่ดีและขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูบุตรในแต่ละช่วงวัยให้เหมาะสม ตามพัฒนาการของเด็ก

2. การเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

2.1 ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู

รุจิระ สุภรณ์ไพบูลย์ (18) ได้ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดูโดยแยกเป็น 2 ประเด็น คือ การอบรม และการเลี้ยงดู โดยการอบรม หมายถึง การปลูกฝังให้เด็กมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เช่น มีความรับผิดชอบ มีระเบียบวินัย พึ่งตนเองได้ มีนิสัยประหยัดและอดออม มีความซื่อสัตย์ มีจิตใจเมตตากรุณา เป็นต้น และการเลี้ยงดู หมายถึง การให้ความเอาใจใส่ดูแลเด็กในด้านต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การฝึกให้เด็กรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ เช่น ไม่เลือกอาหาร รู้จักรับประทานสิ่งที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย รับประทานอาหารเป็นเวลา 2) การฝึกให้เด็กมีสุขนิสัยเป็นผู้มีอนามัย รู้จักรักษาความสะอาดตัวเอง รู้จักป้องกันโรค ฝึกการขับถ่ายให้เป็น

เวลา และรวมถึงการฝึกให้เด็กเป็นคนมีลักษณะนิสัยที่ดีด้วย เช่น ให้เป็นคนร่าเริงแจ่มใส รักษาความสะอาดเรียบร้อย สวยงาม ขยัน ว่องไว และช่างสังเกต เป็นต้น 3) การฝึกให้เด็กมีนิสัยที่มีในการดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่น เช่น มีความเมตตา กรุณา รู้จักกาลเทศะ มีสัมมาคารวะ มีมารยาทที่ดี รู้จักเล่นและทำงานกับเพื่อน รู้จักให้อภัย ขอโทษ และขอบคุณ เป็นต้น

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ (19) ได้ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดูว่า หมายถึง การที่ผู้เลี้ยงดูกับเด็กมีการติดต่อเกี่ยวข้องกับกันอันเป็นแนวทางให้ผู้เลี้ยงดูสามารถให้รางวัลหรือลงโทษการกระทำต่าง ๆ ของเด็กได้ นอกจากนี้เด็กยังมีโอกาสเฝ้าสังเกตลักษณะและการกระทำต่าง ๆ ของผู้เลี้ยงดูด้วย ส่วนการที่ผู้เลี้ยงดูจะส่งเสริมหรือขัดขวางลักษณะหรือพฤติกรรมใด ๆ ของเด็กย่อมขึ้นอยู่กับความนิยมของสังคมหรือของกลุ่มที่เขาเป็นสมาชิกอยู่ นอกจากนี้ลักษณะต่างๆของผู้เลี้ยงดูยังเป็นลักษณะที่คล้ายคลึงกับลักษณะคนอื่น ๆ ในสังคมด้วย ฉะนั้นเข้าใจได้ว่าจากวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กนี้ ผู้เลี้ยงดูจะถ่ายทอดลักษณะต่าง ๆ ในสังคมนั้นให้แก่เด็กถ้าผู้เลี้ยงดูมาจากกลุ่มหรือส่วนของสังคมที่แตกต่างกัน

อรพินทร์ ชูชน (19) ได้ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดูว่า หมายถึง การที่ผู้ใหญ่ในครอบครัวซึ่งประกอบด้วยบิดามารดา และบุคคลอื่น ๆ ปฏิบัติต่อเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นของเด็กร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดี และยังแนะนำสั่งสอนฝึกอบรมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วย

ศุภวิทย์ โยเหลา (19) ได้ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดูว่า หมายถึง พฤติกรรมของผู้ปกครองที่ปรากฏต่อเด็กทั้งทางบวกและทางลบ ในทางบวกได้แก่ การให้สมาชิกสนับสนุนมีเหตุผล ยอมรับนับถือความสามารถ และความคิดเห็นของเด็ก มีความสม่ำเสมอและเหมาะสมในการให้รางวัลหรือลงโทษ ส่วนการอบรมเลี้ยงดูในทางลบ ได้แก่ การออกคำสั่งให้เด็กปฏิบัติตามควบคุม ไม่ยอมรับความเห็นของเด็ก หรือการปฏิบัติของผู้ปกครองแบบปล่อยปละละเลย ไม่ให้ความอบอุ่นเท่าที่ควร การอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกวดขัน แบบเรียกร้องจากเด็ก ปล่อยปละละเลย ไม่ใช่เหตุผล

ดาวลอย ชูศรี (19) ได้ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การปฏิบัติของบิดามารดา หรือตัวแทนของบิดามารดาที่ปฏิบัติต่อบุตร เพื่อสนองความต้องการของบุตรตั้งแต่เกิดถึงปัจจุบัน อันเป็นแนวทางให้ผู้อบรมเลี้ยงดูสามารถให้รางวัลหรือลงโทษการกระทำต่าง ๆ ของบุตรได้ นอกจากนี้บุตรยังมีโอกาสรับรู้การกระทำต่าง ๆ ที่ผู้อบรมเลี้ยงดูกระทำต่อตน เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการอบรมเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีหน้าที่ดูแลเอาใจใส่บุตรให้เจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และสั่งสอนถึง

ทักษะในลักษณะต่างๆ ในการดำรงชีวิต ซึ่งการสั่งสอนนี้จะมีผลต่อบุคลิกภาพของเด็ก การที่บุตรจะมีบุคลิกภาพในทางลบ ก็ขึ้นอยู่กับวิธีการ ความรู้ ทักษะของผู้ปกครองที่จะใช้กับบุตร

2.2 ลักษณะของการอบรมเลี้ยงดู

บามรินด์ (Baumrind) (20) ได้แบ่งประเภทการอบรมเลี้ยงดูไว้ 3 ประเภท คือ

1) การอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (Authoritarian) บิดามารดาแบบเผด็จการนี้ ทำให้เด็กทำตามความต้องการของบิดามารดา และเด็กจะถูกลงโทษถ้าไม่ทำตามกฎระเบียบที่บิดามารดาได้ตั้งไว้

2) การอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive) บิดามารดาแบบรักตามใจ จะไม่มีการควบคุมวางระเบียบหรือลงโทษเด็กนานๆ ครั้ง ปล่อยให้เด็กทำสิ่งต่าง ๆ ได้ตามใจชอบ บางครั้งเด็กจะรู้สึกว่าบิดามารดาไม่รัก

3) การอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Authoritative) บิดามารดาแบบเอาใจใส่ จะอนุญาตให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแสดงความคิดเห็น แต่ยังคงปฏิบัติตามกฎระเบียบ และใช้การลงโทษเด็กเมื่อจำเป็น

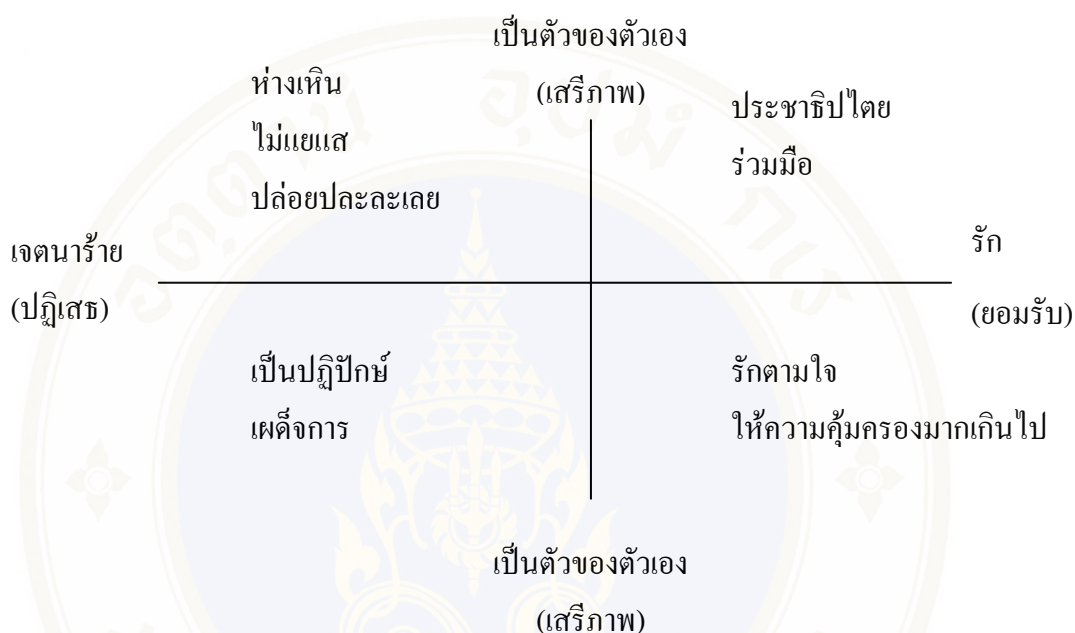
เชฟเฟอร์ (Schaefer) (21) ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบของการอบรมเลี้ยงดูพบมิติที่เป็นอิสระต่อกัน 2 มิติ และแบ่งการอบรมเลี้ยงดูเป็น 10 ประการ ดังแผนภูมิที่ 2.1

จากแผนภูมิได้แสดงให้เห็นตำแหน่งของการอบรมเลี้ยงดูแบบต่าง ๆ บน 2 มิติ เป็นอิสระต่อกันคือ รัก - เจตนาร้าย และ ควบคุม - เป็นตัวของตัวเอง การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย และร่วมมือ อยู่บนมิติของความรัก และเป็นตัวของตัวเอง แบบเผด็จการ และเป็นปฏิปักษ์อยู่บนมิติของการควบคุม และเจตนาร้าย แบบรักตามใจ ให้ความคุ้มครองมากเกินไป อยู่บนมิติของความรัก และควบคุม ส่วนการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยไม่แยแสและห่างเหินอยู่บนมิติ เป็นตัวของตัวเอง และเจตนาร้าย

การอบรมเลี้ยงดูแต่ละแบบที่อยู่ในมิติจะไม่รวมอยู่จุดเดียว แต่ก็กระจายอยู่ในลักษณะใกล้เคียงกัน แต่มีมิติใดมิติหนึ่งมากกว่าเช่น การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย และแบบร่วมมือจะอยู่บนมิติเดียวกันคือ รัก และเป็นตัวของตัวเอง เหมือนกัน แต่ต่างกัน ในลักษณะแบบประชาธิปไตยจะมีมิติการเป็นตัวของตัวเอง มากกว่ามิติของความรัก ส่วนลักษณะร่วมมือจะมีมิติของความรัก มากกว่ามิติการเป็นตัวของตัวเอง

สรุป ลักษณะของการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา สามารถแบ่งเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ ประเภทเชิงสร้างสรรค์ และประเภทเชิงทำลาย ประเภทเชิงสร้างสรรค์ได้แก่ การ

อบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ส่วนประเภทเชิงทำลายได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูแบบรักตามใจ ทะนุถนอมมาก การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ปฏิเสธไม่ยอมรับบุตร และการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ เข้มงวดและใช้อำนาจควบคุมกับบุตรมาก



แผนภูมิที่ 2.1 แสดงรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูตามแนวคิดของเซฟเฟอร์ (Schaefer)

2.3 แนวทางการเลี้ยงดูบุตร

จุดมุ่งหมายของการเลี้ยงดูอบรมบุตร เพื่อส่งเสริมให้บุตรมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ เป็นไปอย่างปกติและเหมาะสม ส่งเสริมให้บุตรมีความประพฤติเป็นไปตามระเบียบกฎเกณฑ์ที่ผู้ใหญ่วางไว้ โดยให้บุตรได้เรียนรู้ถึงการปรับปรุงท่าทาง อิริยาบถของตนเอง เพื่อการเข้าสังคมส่งเสริมให้บุตรมีความประพฤติ หรือการแสดงออกในรูปแบบที่เป็นที่ยอมรับของสังคมและหลีกเลี่ยงความประพฤติที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและให้บุตรสามารถมีชีวิต และปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การเลี้ยงดูบุตรนั้นเปรียบเสมือนการลงทุนที่สำคัญที่สุดของพ่อแม่ พ่อแม่จะต้องเอาใจตนเอง จะต้องชื่นชมในตัวลูก และปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีให้ลูก (11) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 การชื่นชมลูก

การชื่นชมลูกเป็นการแสดงความละเอียดอ่อนและลึกซึ้งของสายสัมพันธ์ที่พ่อแม่ลูกมีต่อกันนั้นเป็นความพิเศษที่สามารถถ่ายทอดความรัก ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดทั้งที่ดีและไม่ดีต่อกันและกันได้ อย่างเนียน ๆ โดยไม่จำเป็นต้องพูดคุยกัน ลูกสามารถรับรู้และได้ยินอย่างชัดเจนด้วยจิตใจทั้งความคิดที่ดีและไม่ดีของพ่อแม่ ฉะนั้นพ่อแม่สามารถให้การสนับสนุนลูกได้ด้วยการมีจินตนาการในเชิงบวก มีความคิดสร้างสรรค์ และมองโลกในแง่ดี ที่จะสะท้อนออกมาด้วยคำพูดและการกระทำ พ่อแม่สามารถสร้างความสุขให้ตนเองและลูกได้โดยใช้หลักการง่าย ๆ คือ การพูดหรือแสดงออกถึงการชื่นชมลูกตามความสามารถที่เขา มีอยู่ การชื่นชมของพ่อแม่ที่มีต่อลูก อันเกิดจากจินตนาการที่สร้างสรรค์ของพ่อแม่ นั้น มีคุณค่าอย่างมหาศาลต่อการสร้างความมั่นใจในตนเองของลูก อีกทั้งยังเป็นกำลังใจที่จะทำให้ลูกใช้ความสามารถตนเองที่มีอยู่อย่างเต็มที่ที่สุด ความสามารถ ทำให้ลูกสามารถนำเอาพรสวรรค์ของตนเองมาใช้เต็มศักยภาพ เพราะการที่คนเราจะมุ่งมั่นและเพียรพยายามทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ดีขึ้น เกิดจากการได้รับกำลังใจ มิใช่จากการเสียกำลังใจ โดยเฉพาะกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักยิ่งและผูกพันต่อกัน คือพ่อแม่ลูก เด็กประเมินคุณค่าตนเองจากสิ่งที่เขาได้รับจากการปฏิบัติของพ่อแม่ เมื่อพ่อแม่ปฏิบัติดีต่อเขาทั้งการกระทำและคำพูด ด้วยการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย เด็กก็จะมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

การที่พ่อแม่แสดงความชื่นชมยินดี ฟังพอใจในตัวลูก และยอมรับในการกระทำ รวมถึงอภัยปรียาทำที่ของพ่อแม่ที่บ่งบอกถึงความสุข ความสบายใจ เข้าใจ ในการกระทำของลูก เชื่อใจ ไว้วางใจ ให้เกียรติและเคารพในสิทธิของลูก จะทำให้ลูกสามารถรับรู้ได้อย่างลึกซึ้งว่าการที่พ่อแม่เป็นเช่นนั้นสืบเนื่องมาจากการที่ตนเองทำดี ผลคือทำให้เด็กมีความรู้สึกที่ดีกับตนเอง ภูมิใจในตนเอง ที่ตัวเองสามารถทำให้พ่อแม่มีความสุขและพึงพอใจได้ เด็กจะเกิดความรู้สึกมั่นใจ มีความรู้สึกปลอดภัย ต่อการที่จะประพฤติปฏิบัติ มุ่งมั่นในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายในสิ่งที่ตนเองอยากจะทำและอยากจะเป็นต่อไป ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการที่เด็กเกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง และเชื่อใจในความสามารถตนเองว่าจะสามารถทำทุกอย่างได้

พ่อแม่สามารถให้ความรักและให้กำลังใจกับลูกได้เสมอ ไม่มีคำว่าสายเกินไปสำหรับความรักที่มีต่อลูก พ่อแม่ที่มีความอดทน มีความรักและมีกำลังใจ ให้ลูกอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถทำให้ลูกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้อย่างแน่นอน เด็กที่เติบโตอยู่ในท่ามกลางการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่สนับสนุนให้ลูกมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองตลอดเวลา ความรู้สึกที่ดีต่อตนเองของลูกก็จะคงอยู่กับลูกตลอดไป ซึ่งเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ลูกก็จะเรียนรู้ที่จะ

รับผิดชอบความผิดพลาดของตนเอง รู้จักยกโทษให้ตนเองเมื่อทำผิด แก้ไขตนเอง รู้จักให้อีกาส ให้
อภัยตนเองและผู้อื่น

2.3.2 การปลูกฝังจิตสำนึกที่ดี

การปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีให้แก่ลูกนั้น ระบบการศึกษาในโรงเรียนไม่สามารถสร้างหรือปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีให้แก่ลูกได้ แต่เด็กจะได้รับการปลูกฝังโดยการเรียนรู้และซึมซับจากการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ จิตสำนึกที่ดีเป็นหนึ่งในกลุ่มปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เด็กมีความสามารถในการต่อสู้และเอาชนะทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการเอาชนะใจตนเอง ซึ่งเป็นการเอาชนะสิ่งที่สำคัญที่สุดของชีวิตและเป็นเรื่องที่ทำให้ยาก
จิตสำนึกที่ดีที่มีอยู่ในตัวของเด็กนั้น นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งกว่าการที่เด็กมีการศึกษาสูง และการที่พ่อแม่หาทรัพย์สินเงินทองเพื่อเป็นหลักประกันที่มั่นคงไว้ให้แก่ลูก เด็กที่เติบโตด้วยลักษณะที่ดีสองอย่างคือการมีจิตสำนึกที่ดีงาม และมีความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาได้ทุกชนิด เป็นคุณสมบัติที่จะทำให้เด็กสามารถเอาชนะตนเองได้ และสามารถต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิตได้ทุกรูปแบบ เป็นคนดี มีความสุข และประสบความสำเร็จในชีวิต ฉะนั้นการหาหน้าที่พ่อแม่ที่ดีด้วยการฝึกฝนและพัฒนาตนเพื่อให้เป็นแบบอย่างที่จะสามารถปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีให้แก่ลูกได้จึงเป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งของพ่อแม่

การปลูกฝังและพัฒนาให้เด็กมีจิตสำนึกที่ดีนั้น เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าการมุ่งเน้นให้เรียนหนังสือเก่ง เล่นกีฬาเก่ง เล่นดนตรีเก่ง การแสดงความสามารถพิเศษได้ดีกว่าผู้อื่น และเป็นเลิศได้ด้วยการเอาชนะผู้อื่น จิตสำนึกที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้ชีวิตบรรลุเป้าหมายสูงสุดคือการเป็นคนดี มีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิต ฉะนั้นการที่พ่อแม่มุ่งแต่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ลูกประสบความสำเร็จในชีวิต ด้วยการเป็นเลิศทางด้านการศึกษา กีฬา ดนตรี และการแสดงความสามารถพิเศษอื่น ๆ นั้น มักจะทำให้เด็กต้องฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ มากมาย เปรียบเหมือนการข้ามทะเลที่มีคลื่นลมแรง แต่ในที่สุดแล้ว ทั้งพ่อแม่และลูกก็หลงทาง เพราะไม่รู้ว่าจะไปให้ถึงที่ที่ต้องการจะไปให้ถึงนั้นคืออะไร และอยู่ ณ ที่ใด

2.3.3 การลงทุนของพ่อแม่

พ่อแม่ที่เพิ่งจะเริ่มสร้างครอบครัว และเริ่มต้นหน้าที่ ควรจะเริ่มหันมาให้
ถูกต้องเสียตั้งแต่ตอนแรก ส่วนพ่อแม่ที่ผ่านการหาหน้าที่มาระยะหนึ่งแล้วและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย จนบางครั้งคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างสาบเกินกว่าที่จะแก้ไขไปแล้ว ควรจะตระหนักและมีความเชื่อว่า ทุกสิ่งทุกอย่างเราสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ไม่มีคำว่าสาบเกินแก้ไขสำหรับการใช้

ความรักอันยิ่งใหญ่ที่พ่อแม่มีให้ลูกอย่างท่วมท้นมาเป็นเครื่องมือในการแก้ไข ข้อสำคัญก็คือ พ่อแม่จะต้องมีความอดทน มุ่งมั่นตั้งใจจริง และมีความปรารถนาที่แรงกล้าอย่างแท้จริงที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยใจจริง ความรักของพ่อแม่ที่มีต่อลูกนั้นเป็นพลังที่มีอานุภาพสูงสุดสำหรับการเปลี่ยนแปลง เพราะความรักทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และทำให้เราสามารถให้อภัยได้อย่างหมดใจ พ่อแม่จึงสามารถนำเอาความรักมาใช้เป็นพลัง เพื่อเปลี่ยนแปลงทุกสิ่งทุกอย่างได้เสมอ

ข้อสำคัญที่เป็นความจริงสิ่งหนึ่งที่พ่อแม่ต้องยอมรับคือ เด็กไม่สามารถเติบโตเป็นคนดี มีความสุข และประสบความสำเร็จในชีวิตได้โดยที่พ่อแม่ไม่ได้ลงทุนลงแรงอะไรเลย การลงทุนสองสิ่งแรกที่พ่อแม่จำเป็นต้องรับทำอย่างเร่งด่วนไปพร้อม ๆ กัน คือ การทำความรู้จักตัวเองด้วยการวิเคราะห์พฤติกรรมและการกระทำของตนเองที่ปฏิบัติต่อลูก พัฒนาตัวเองพร้อมกับการยอมรับข้อจำกัดที่ตนเองมีและพยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขตามแต่กรณี ในขณะที่เดียวกันก็จะต้องรู้จักและเข้าใจลูกอย่างถ่องแท้ รวมทั้งขีดจำกัดและพรสวรรค์ของลูก เพื่อที่พ่อแม่จะได้ทำในสิ่งที่เป็นไปได้และดีที่สุดสำหรับตนเองและลูก มากกว่าที่จะพยายามผลักดันทำในสิ่งที่ เป็นเพียงอุดมการณ์และความนึกคิดที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของตนเองและลูก พ่อแม่ต้องยอมรับลูกตามตัวตนที่แท้จริงของลูกและขีดความสามารถที่ลูกมี ไม่ไปสร้างมาตรฐานให้แก่ลูกที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังและจินตนาการของตนเอง เพราะจะเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ด้วยความยากยิ่ง และยังเป็นการทำลายทำร้ายลูก ที่ส่งผลกระทบต่อลูกไปตลอดชีวิต พ่อแม่ควรจะทบทวนตัวเองเพื่อดูว่าได้สร้างมาตรฐานให้แก่ลูกตามความคาดหวังและจินตนาการของตนเองหรือไม่ มากน้อยเพียงไรโดยพิจารณาหาคำตอบจากความนึกคิด ความรู้สึกและจินตนาการที่มีต่อลูก และภายหลังจากที่ได้รับคำตอบก็ไม่ต้องตัดสินใจหรือกำหนดตัวเอง โดยที่ไม่คำนึงถึงความต้องการและความสามารถของเด็ก

2.3.4 การเอาชนะตนเอง

ชัยชนะที่ยิ่งใหญ่ คือการชนะตนเอง ปัญหาใหญ่ของสังคมในปัจจุบันคือการที่เอาชนะผู้อื่นได้แต่ไม่สามารถเอาชนะตนเองได้ ไม่รู้คุณค่าที่แท้จริงของชีวิตตนเองและผู้อื่น ดังจะเห็นได้ว่าบางคนได้ชื่อว่าประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงาน การศึกษา และทางเศรษฐกิจ แต่ชีวิตส่วนตัวกลับล้มเหลวไม่มีความสุข ถึงกับทำร้ายชีวิตตนเองก็มี

พ่อแม่ควรตระหนักว่า ความสุข ความสำเร็จของชีวิตที่แท้จริงนั้น คือการเอาชนะใจตนเองได้สำเร็จ มิใช่การเป็นเลิศด้วยการเอาชนะผู้อื่นเพราะผู้ที่ชอบเอาชนะผู้อื่นนั้นอาจจะกลายเป็นผู้พ่ายแพ้และไม่มีความสุขที่แท้จริงได้ ทั้งนี้เพราะไม่มีใครหรือผู้ใดที่สามารถเอาชนะผู้อื่นได้ตลอดชีวิต โดยที่ไม่เคยพ่ายแพ้ ต่างกับการเอาชนะใจตนเองได้สำเร็จซึ่งเป็นชัยชนะที่ถาวร

การเลี้ยงดูบุตรมีหลายแนวทางขึ้นอยู่กับว่าบิดามารดาต้องการให้บุตรของตนเป็นอย่างไรก็เลือกแนวทางให้เหมาะสมเพื่อที่จะให้บุตรเป็นคนที่ดีของสังคม อบรมเลี้ยงดูด้วยความรักความเข้าใจ ในขณะเดียวกันในการอบรมเลี้ยงดูบุตรนั้นบิดามารดาต้องตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรเพื่อจะได้ดูแลบุตรไปในแนวทางเดียวกัน

3. พัฒนาการเด็กวัย 0 – 5 ปี

ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem) นั้น สุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป้าหมายของการดูแลตนเอง ในที่นี้จะศึกษาภาวะสุขภาพในลักษณะที่เป็นเป้าหมายของการดูแล โดยโอเร็ม (Orem) (22) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่สุขภาพดี คือ คนที่มีความสมบูรณ์ทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ (23) การเจริญเติบโตพัฒนาการของบุคคลซึ่งจะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สำหรับเด็กวัย 5 ขวบปีแรก องค์ประกอบสำคัญที่ชี้วัดว่า เมื่อเด็กได้รับการดูแลในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะส่งผลให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่ดี ได้แก่ การที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ร่าเริงแจ่มใส เฉลียวฉลาด เติบโตตามวัย พัฒนาการทุกด้านสมวัย (24, 25) ดังนั้นการศึกษากาภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก ในครั้งนี้ จึงศึกษาถึงภาวะสุขภาพของเด็กใน 5 ด้าน คือ

- 1) การเจริญเติบโต เด็กจะต้องมีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมกับวัย คือ มีน้ำหนักและส่วนสูงที่เหมาะสมเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) พัฒนาการ โดยเด็กจะต้องมีพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย ทั้งด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษาและการได้ยิน การช่วยเหลือตัวเองและพัฒนาการทางด้านสังคม
- 3) การที่เด็กได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามวัยครบ ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน
- 4) การไม่เจ็บป่วยบ่อย ๆ ด้วยโรคที่เกิดจากความบกพร่องในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก
- 5) การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลดี มีร่างกายที่สะอาด ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ส่วนหนึ่ง

3.1 การประเมินการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก

การเจริญเติบโต (Growth) และพัฒนาการ (Development) นั้น มีความหมายแตกต่างกัน แต่ในเด็กที่สุขภาพสมบูรณ์ปกติกระบวนการทั้งสองนี้จะดำเนินควบคู่กันไปเสมอ การเปลี่ยนแปลงของเด็กทั้งตัวจะเป็นไปทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ (25)

การเจริญเติบโต หมายถึง การเพิ่มขนาดของส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือของทั้งร่างกาย การเพิ่มขนาดนี้เราสามารถวัดได้ เช่น การเพิ่มน้ำหนัก ลำตัวยาวขึ้น (23) การเจริญเติบโตนี้จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงในแง่ของปริมาณและสามารถสังเกตเห็นได้

พัฒนาการ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านวุฒิภาวะของระบบต่าง ๆ และตัวบุคคล ทำให้เพิ่มความสามารถของระบบหรือตัวบุคคลให้สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และทำสิ่งที่ยากซับซ้อนได้ ตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ และความสามารถในการปรับตัวในภาวะใหม่ของบุคคลนั้น พัฒนาการเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เริ่มต้นจากการปฏิสนธิถึงการบรรลุนิติภาวะ และในหลายกรณียังมีการพัฒนาต่อไปจนตลอดชีวิต (24)

ในการวัดการเจริญเติบโตของเด็ก เราสามารถวัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อวินิจฉัยการเจริญเติบโต เช่นการวัดส่วนสูงหรือความยาว น้ำหนักตัว ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนัก/ส่วนสูง น้ำหนัก/อายุ และส่วนสูง/อายุ การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง การวัดอัตราส่วนของโครงกระดูก เกณฑ์อายุกระดูก การเติบโตของกะโหลกศีรษะ รอยประสานกระดูกกะโหลก ขนาดของกระดูก ขนาคอกระดูก และอัตราส่วนของขนาดคอกระดูกต่อขนาดคอกระดูก การเติบโตของใบหน้าและรูปร่าง การขึ้นของฟัน การเจริญเติบโตของอวัยวะเพศ (25) ซึ่งการติดตามส่วนสูงและน้ำหนักตัวของเด็กเทียบกับอายุ แล้วเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสามารถเป็นเครื่องชี้บอกถึงการเจริญเติบโตของเด็กที่นิยมใช้กันแพร่หลาย เพราะสามารถทำได้ง่าย สะดวก และแม่นยำ และยังสะท้อนให้เห็นถึงภาวะโภชนาการของเด็กได้เป็นอย่างดีด้วย (26)

3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี

1. ทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดสติปัญญา

ทฤษฎีในกลุ่มนี้สนใจศึกษาพฤติกรรมภายใน โดยเฉพาะในระบบความคิด ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของพียาเจต์ (Piaget's Theory of Cognitive Development) โครงสร้างทฤษฎีของ จิน พียาเจต์ (Jean Piaget) อยู่บนพื้นฐานของการศึกษาพัฒนาการเด็กจากการศึกษาระยะยาวด้วยการสังเกต พียาเจต์ สนใจพัฒนาการของการเกิดความรู้ (Knowledge) และลักษณะแบบแผนของการคิดของคนในแต่ละช่วงอายุ ว่าการเรียนรู้ เกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งพียาเจต์เชื่อว่า ความรู้เกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดกระบวนการทางสติปัญญา

(Mental operation) ที่จะรับข้อมูลเข้ามาสู่โครงสร้างทางปัญญา (Schema) ที่มีอยู่ ซึ่งเรียกว่า การปรับเข้า (Assimilation) และปรับขยายข้อมูลที่มีอยู่ให้เข้ากับข้อมูลใหม่ที่ได้รับ ซึ่งเรียกว่า การปรับขยาย (Accommodation) ทำให้เกิดความรู้ หรือประสบการณ์ใหม่ และเมื่อกระบวนการปรับเข้าและปรับขยายอยู่ในสมดุล (Equilibration) ก็จะนำไปสู่การพัฒนาสติปัญญาของแต่ละบุคคล ทฤษฎีของ พิอาเจต์ ได้แบ่งลำดับขั้นพัฒนาการทางด้านสติปัญญาออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะพัฒนาการทางประสาทสัมผัส และการเคลื่อนไหว (Sensorimotor stage) อยู่ระหว่างอายุแรกเกิด – 2 ปี เป็นระยะที่การกระทำเกิดจากระดับปฏิกิริยาสะท้อนแรกเกิดไปสู่การใช้สัญลักษณ์ โดยใช้ร่างกายตนเองในการแสดงออกและสื่อสาร และเรียนรู้โลกจากการสัมผัส และการกระทำ พิอาเจต์ ได้แบ่งระยะนี้ออกเป็น 6 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1.1 ขั้นปฏิกิริยาสะท้อน (Reflexive stage) อยู่ระหว่างอายุแรกเกิด – 1 เดือน เป็นขั้นที่ทารกจะมีพฤติกรรมสะท้อนอย่างง่าย (Reflex) เช่น การดูดนิ้ว การกำมือ ซึ่งสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเหล่านี้มาจากการสัมผัส เสียง กลิ่น และการมองเห็น

1.2 ขั้นพัฒนาการอวัยวะเคลื่อนไหวด้วยประสบการณ์เบื้องต้น (Primary circular reactions) อยู่ระหว่างอายุ 1 – 4 เดือน เป็นขั้นที่ทารกใช้ประสบการณ์เบื้องต้นจากการได้รับการตอบสนองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วยปฏิกิริยาสะท้อน (Reflex) เป็นแนวทางในการเคลื่อนไหวตนเอง ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ไม่มีจุดมุ่งหมายและไม่มี การประสานงานกัน และมักเป็นพฤติกรรมที่กระทำซ้ำ ๆ และง่าย ๆ เช่น การกำมือและปล่อยมือ หรือการกระตุกผ้าห่มซ้ำ ๆ

1.3 ขั้นพัฒนาการอวัยวะเคลื่อนไหวอย่างมีจุดมุ่งหมาย (Secondary circular reactions) อยู่ระหว่างอายุ 4 – 8 เดือน เป็นขั้นที่ทารกเริ่มมีจุดมุ่งหมายในการกระทำ และมักกระทำซ้ำ ๆ เพราะเกิดความสนใจในผลของพฤติกรรมนั้น เช่น เมื่อทารกเขย่าของเล่นแล้วเกิดเสียง เสียงที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นให้ทารกเขย่าของเล่นนั้นซ้ำ ๆ

1.4 ขั้นพัฒนาการประสานงานของอวัยวะ (Coordination of secondary schemes) อยู่ระหว่างอายุ 8 – 12 เดือน เป็นขั้นที่ทารกเริ่มรู้จักแก้ปัญหาอย่างง่าย ๆ โดยใช้พฤติกรรมการเรียนรู้ เช่น รู้จักผลักหมอนออกเพื่อเอาตุ๊กตาที่ซ่อนไว้ได้หมอน ทารกเริ่มมีพัฒนาการแนวคิดเกี่ยวกับการคงที่ของวัตถุ (Object permanence) เรียนรู้ว่าถึงแม้วัตถุหรือบุคคลเมื่อพ้นสายตาก็ยังคงอยู่ไม่หาย

1.5 ขั้นพัฒนาการความคิดริเริ่มแบบลองผิดลองถูก (Tertiary circular reactions) อยู่ระหว่างอายุ 12 – 18 เดือน เป็นขั้นที่เด็กเริ่มสร้างพฤติกรรมใหม่ด้วยการลองผิดลองถูก (Trial and error) และสนใจถึงผลของพฤติกรรมใหม่ ๆ มีการทดลองทำดูหลายๆ

แบบ เพื่อดูว่าจะเกิดอะไรขึ้นอย่างมีจุดมุ่งหมาย และเริ่มที่จะมีความคิดริเริ่มในการกระทำสิ่งต่างๆต่อไป

1.6 ขั้นพัฒนาการโครงสร้างทางสติปัญญาเบื้องต้น (Mental combinations) อยู่ระหว่างอายุ 18 – 24 เดือน เป็นขั้นที่เด็กเริ่มรู้จักคิดหาวิธีแก้ปัญหาโดยไม่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูกอีก เด็กสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบผู้ใหญ่ได้ โดยอาศัยความจำในสิ่งที่ตนเองเคยเห็นและเป็นขั้นที่เด็กวัยนี้เริ่มใช้ภาษาในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจ

2. ระยะพัฒนาการก่อนเกิดความคิดอย่างมีเหตุผล (Preoperational stage) อยู่ระหว่างอายุ 2 – 7 ปี พียาเจต์ แบ่งพัฒนาการขั้นนี้เป็น 2 ขั้นย่อย คือ

2.1 ขั้นพัฒนาการก่อนเกิดความคิดรวบยอดอย่างใช้เหตุผล (Per conceptual sub stage) อยู่ระหว่างอายุ 2 - 4 ปี เป็นระยะที่มีความคิดที่ยึดตนเองเป็นจุดศูนย์กลาง (Egocentrism) จะมองสิ่งต่าง ๆ ในมุมมองของตนเอง โดยไม่เข้าใจความคิดของคนอื่นที่มีความแตกต่างไปจากตนเอง ความสามารถในการใช้ภาษาและสัญลักษณ์เป็นตัวแทนวัตถุเพิ่มขึ้น การเล่นเกมเลียนแบบ

2.2 ขั้นพัฒนาการใกล้เคียงเกิดความคิดรวบยอดอย่างใช้เหตุผล หรือขั้นรู้จักคิดได้เอง (Intuitive sub stage) อยู่ระหว่างอายุ 4 – 7 ปี เป็นระยะที่เด็กยังไม่สามารถที่จะใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ความคิดความเข้าใจของเด็กยังขึ้นอยู่กับการรับรู้ของเขาหรือสิ่งที่เขามองเห็นขณะนั้น และตัดสินใจกระทำโดยดูจากลักษณะภายนอกที่เห็นอย่างเดียว เด็กเริ่มใช้ภาษาเป็นเครื่องมือในการคิดมากขึ้น เริ่มเลียนแบบพฤติกรรมผู้ใหญ่โดยเล่นเกมสมมติ

3. ระยะพัฒนาการความคิดอย่างมีเหตุผลเป็นรูปธรรม (Concrete operation stage) อยู่ระหว่างอายุ 7 – 11 ปี เด็กวัยนี้จะเข้าใจเหตุผลและรับรู้ความเป็นจริงมากขึ้นเรื่อยๆ ความคิดที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลางลดน้อยลง และเริ่มรับฟัง เข้าใจความคิดเห็นของผู้อื่นมากขึ้น สามารถคิดย้อนกลับไปได้ เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุ จัดแบ่งแยกหมวดหมู่ได้มากขึ้น เริ่มยอมรับเรื่องจริยธรรม และพยายามกระทำในสิ่งที่ถูกต้องด้วยตนเอง

4. ระยะพัฒนาการความเข้าใจอย่างมีเหตุผล (Formal operation stage) อยู่ในช่วงอายุ 11 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่พัฒนาการด้านสติปัญญาและความคิดของเด็กพัฒนาขึ้นสู่ระดับวุฒิภาวะสูงสุด คือเด็กวัยนี้จะเริ่มคิดเหมือนผู้ใหญ่ สามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผล สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ความคิดได้ และเกิดความคิดรวบยอดในสิ่งที่เป็นนามธรรม นอกเหนือไปจากสิ่งที่ตาของเขามองเห็น

3.3 การประเมินพัฒนาการของเด็ก

เป็นที่ยอมรับกันมานานาประเทศถึงความสำคัญของการติดตามประเมินพัฒนาการของเด็กว่า เป็นส่วนหนึ่งของการเฝ้าระวังทางสุขภาพของเด็ก ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อการวินิจฉัยภาวะพัฒนาการช้าตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อที่จะได้ให้การแก้ไขและบำบัดรักษาเป็นไปได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว จึงได้จัดทำแบบวัดพัฒนาการของเด็กซึ่งมีชื่อเรียกว่า แบบวัดพัฒนาการเด็กของเดนเวอร์ (Denver Development Screening Test – DDST) เพื่อใช้วัดพัฒนาการของเด็ก พบว่า สามารถคัดแยกเด็กที่พัฒนาการช้าได้ (28) แบบทดสอบนี้เป็นแบบทดสอบที่มีผู้นิยมแปลใช้กันแพร่หลาย รวมถึงในประเทศไทยด้วย

แต่อย่างไรก็ตาม พัฒนาการของเด็กขึ้นกับสิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม จึงไม่มีเครื่องมือชนิดใดชนิดหนึ่งที่เหมาะสมกับประเพณีวัฒนธรรมของทุกประเทศ (29) อุดม ลักษณะวิจารณ์ และคณะ ได้สร้างแบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทยขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2530 เพื่อความถูกต้องในการประเมินพัฒนาการของเด็กไทยโดยได้แบ่งเป็นหมวดใหญ่ ๆ 5 หมวด คือ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษาและการได้ยิน การช่วยเหลือตนเอง และสังคม โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากนักจิตวิทยาของกรมสุขภาพจิตและดูแลขั้นตอนการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก ว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพดี และเหมาะสมที่จะใช้วัดพัฒนาการของเด็กไทย ในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้แบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทยเป็นเครื่องมือในการวัดพัฒนาการเด็ก

นอกจากความจำเป็นที่จะต้องรู้และเข้าใจในพัฒนาการและความต้องการของเด็กวัย 0-5 ปีแล้ว บิดามารดาจำเป็นต้องรู้ว่าเด็กวัยนี้มีพัฒนาการที่เขาจะต้องเรียนรู้และทำให้บรรลุตามขั้นพัฒนาการของตน บิดามารดามีหน้าที่ช่วยส่งเสริมให้มีพัฒนาการตามวัย เนื่องจากเด็กวัย 0 – 5 ปี เป็นวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ไม่มากนัก จึงต้องการดูแลเอาใจใส่กว่าวัยอื่น ๆ อาจจะทำให้พ่อแม่เกิดความวิตกกังวล ในการเลี้ยงดูบุตรวัยนี้ได้ ฉะนั้นบิดามารดาต้องมีการปรับตัวและอารมณ์ในหลายด้านจะต้องมีความเข้าใจตนเองและบุตรในการเลี้ยงดู ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของตนเองได้

4. บทบาทของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

4.1 ความหมายของบทบาท

คำว่าบทบาท (Role) มาจากคำว่า บทบาททางสังคม (Social role) ซึ่งเริ่มนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายเมื่อประมาณปี ค.ศ.1930 ในระยะแรก ๆ มีผู้กล่าวถึงบทบาทในรูปของบุคลิกภาพ และนิสัยต่อมามีผู้ให้ความหมายไว้มากมายเช่นกัน

บทบาทในความหมายของกู๊ด (30) จะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เป็นลักษณะการแสดงออกของบุคคลภายในกลุ่ม
2. เป็นรูปแบบพฤติกรรมที่คาดหวัง ตามตำแหน่งหน้าที่ หรือการแสดงออกของแต่ละบุคคล ตามความมุ่งหมายของสังคม

สุพัตรา สุภาพ (15) ได้กล่าวถึงบทบาท ไว้ว่า เป็นการปฏิบัติหน้าที่ ตามสิทธิ์ และหน้าที่ของบุคคลในสถานภาพหรือตำแหน่งนั้น เช่น ตำแหน่งพ่อ บทบาทก็ต้องเลี้ยงลูก โดยที่บทบาทนี้มีการเปลี่ยนแปลง และ มีความแตกต่างกันไปได้

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง แบบแผน หรือ พฤติกรรมของบุคคล ที่พึงกระทำตามสถานภาพ หรือฐานะของตนในสังคม โดยแบบแผนหรือพฤติกรรมนั้นต้องสอดคล้องกับบรรทัดฐาน ขนบธรรมเนียม ประเพณี และความคาดหวังของสังคม

4.2 ลักษณะของบทบาท

ลักษณะของบทบาท (11) มี 4 ลักษณะ ประกอบด้วย บทบาทที่คาดหวัง มโนทัศน์ของบทบาท การยอมรับบทบาท และการปฏิบัติตามบทบาท ดังมีรายละเอียดของแต่ละลักษณะดังนี้

1) บทบาทที่คาดหวัง (Role-expectations) เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดเป็นเกณฑ์ไว้โดยวัฒนธรรม ในระบบสังคมและคาดหวังให้บุคคลกระทำหน้าที่ตามสถานภาพซึ่งบุคคลนั้นดำรงฐานะอยู่ในช่วงขณะนี้

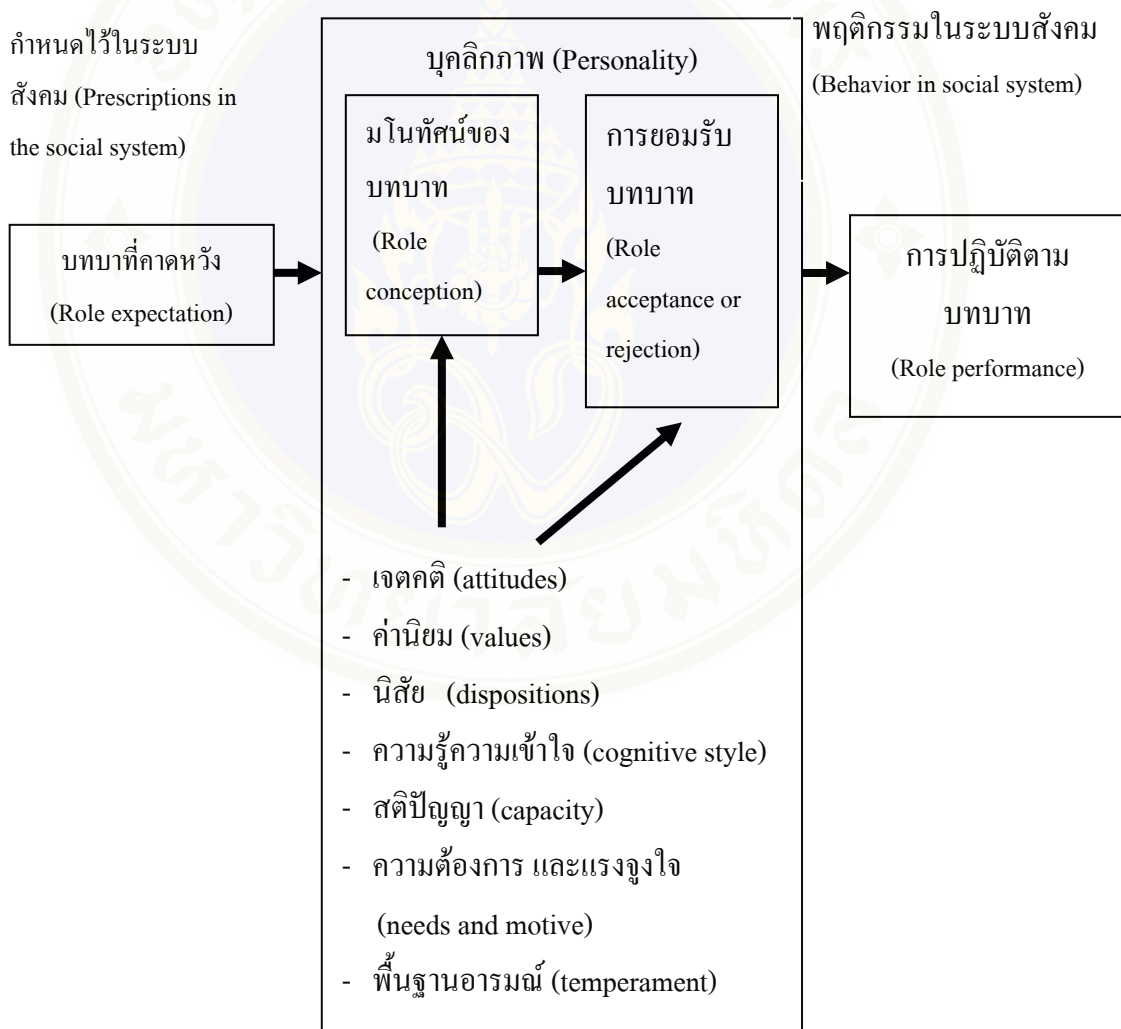
2) มโนทัศน์ของบทบาท (Role-conception) เป็นบทบาทตามแนวคิดของตนเอง ที่บุคคลเข้าใจตามการรับรู้ของตนเองว่า ควรกระทำหน้าที่ในขณะที่กำลังดำรงฐานะในระบบสังคมนั้นอย่างไร โดยแนวคิดนั้นอาจจะสอดคล้องเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม หรือไม่สอดคล้องก็ได้ มโนทัศน์ของบทบาทในแต่ละบุคคลเป็นไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย เจตคติ ค่านิยม นิสัย ความรู้ ความเข้าใจ สถิติปัญญา ความต้องการ และแรงจูงใจ

3) การยอมรับบทบาท (Role-acceptance) หมายถึง การที่บุคคลยอมรับการกระทำหน้าที่ตามบทบาทที่ถูกกำหนดไว้ในระบบสังคม การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิเสธในบทบาทนั้น ๆ เกิดขึ้นหลังจากบุคคลนั้นได้ข้อสรุปที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ถึงบทบาทที่ควรจะเป็นด้วยตนเอง เปรียบเทียบระหว่างบทบาทที่ระบบสังคมคาดหวัง และบทบาทตามการรับรู้ของตนเอง กลไก การเปรียบเทียบ เป็นไปตามเจตคติ ค่านิยม นิสัย ความรู้ความเข้าใจ สถิติปัญญา ความต้องการและแรงจูงใจของบุคคลนั้น

4) การปฏิบัติตามบทบาท (Role performance) หมายถึง การที่บุคคลกระทำหน้าที่หรือมีพฤติกรรมตามบทบาทที่กำหนดไว้ในระบบสังคมในช่วงเวลาที่ดำรงฐานะนั้น ๆ

ซึ่งการกระทำหน้าที่เหล่านั้นจะทำได้ดี เพียงใดขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทของบุคคลนั้น ๆ ตลอดจนแรงผลักดันของระบบสังคมในช่วงขณะนั้น โอกาสของแต่ละบุคคล รวมทั้งบุคลิกภาพ ประสบการณ์และความเชื่อของบุคคลนั้น

บทบาทและการพัฒนาบุคลิกภาพ มีความเกี่ยวข้องกัน โดยบทบาทที่คาดหวังที่ถูกกำหนดไว้ในระบบสังคม ส่งผลต่อการพัฒนาเป็นบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากเจตคติ ค่านิยม นิสัย ความรู้ความเข้าใจ สถิติปัญญา ความต้องการและแรงจูงใจ รวมทั้งพื้นฐานอารมณ์ และร่วมกันเป็นตัวกำหนดให้บุคคลปฏิบัติตามบทบาทในระบบสังคม ตามแผนภูมิที่ 3.2



แผนภูมิที่ 2.2 บทบาทที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพของบุคคล

ที่มา: Allport, Gordon W. Pattern and Growth in Personality. Holt, Rinehart and Winston: 1961.

4.3 บทบาทของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี

สังคมมีส่วนในการกำหนดบทบาทของบุคคล เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไป ย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทของบุคคลด้วย เช่นเดียวกับบทบาทของพ่อและแม่ ที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย และพัฒนาการของสังคม ในสังคมอเมริกันยุคแรก ๆ (ค.ศ.1620-1800) ซึ่งเป็นยุคของสังคมเกษตรกรรม พ่อเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในครอบครัว ควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นผู้ครอบครองที่ดิน ทรัพย์สิน มีบทบาทในการสอน ฝึกลูกชาย ในเรื่องพื้นฐานทางการศึกษาทั่ว ๆ ไป วิธีการทำไร่ ทำนา การค้าขาย และเป็นแบบอย่างของความเป็นชายให้แก่ลูกชาย มีหน้าที่ในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว เป็นผู้ปลูกฝังค่านิยม และอบรมจริยธรรมให้แก่ลูก โดยเป็นผู้วางกฎระเบียบ ขอบบังคับภายในครอบครัว รวมถึงการจัดหาผู้ครองให้แก่ลูก ๆ ด้วย ส่วนแม่จะมีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูลูก ดูแลงานภายในบ้าน เป็นแบบอย่างของความเป็นหญิงให้แก่ลูกสาว และฝึกลูกสาวในเรื่องการทำอาหาร การทำงานบ้าน เป็นต้น (32, 33)

สรุปได้ว่า ในอดีตพ่อเป็นผู้ที่โดดเด่น ห่วงเหินกับลูก มีหน้าที่หลักในการหาเลี้ยงครอบครัว และแม่เป็นผู้ใกล้ชิดกับลูก คอยดูแลเลี้ยงลูก สอดคล้องกับแนวคิดทางสังคมวิทยา ที่ว่าหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวโดยผู้ชาย หรือพ่อ จะแสดงบทบาทเป็นเครื่องมือ (Instrumental duties) ซึ่งเป็นผู้ริเริ่ม และเป็นผู้นำครอบครัว มีหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว และมีอำนาจในการตัดสินใจภายในครอบครัวอย่างมีเหตุผล ส่วนผู้หญิง หรือแม่ จะแสดงบทบาทแบบการแสดงออก (Express activities) โดยมีบทบาทที่เกี่ยวข้องในด้านจิตใจ ให้ความรัก ความอบอุ่น ดูแลสมาชิกในครอบครัว คอยดูแลจัดการความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้าน (33)

ตั้งแต่ ค.ศ.1960 เป็นต้นมา สังคมได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยเฉพาะสังคมตะวันตก โครงสร้างของครอบครัวได้มีการเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว การพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม ทำให้มีความต้องการแรงงานหญิงเข้าร่วมในการพัฒนามากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ ทำให้ผู้หญิงต้องออกทำงานนอกบ้าน มีส่วนช่วยในการหาเงินมาจุนเจือครอบครัว ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม (34) เมื่อบทบาทของแม่ต้องเปลี่ยนแปลงไปจากที่มีขอบเขตความรับผิดชอบอยู่เพียงภายในบ้าน มีความจำเป็นต้องออกไปมีส่วนร่วมในสังคม มีส่วนในการหารายได้ให้ครอบครัว ทำให้บทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวไม่ได้เป็นของพ่อแต่เพียงผู้เดียว พ่อจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูลูกโดยตรง ทั้งพ่อและแม่ต้องตระหนักบทบาททั้ง 2 ด้านเท่า ๆ กัน คือ ให้ความสำคัญแก่บทบาทด้านเศรษฐกิจ สังคม กฎ ระเบียบต่าง ๆ และบทบาทด้านการอบรมเลี้ยงดูลูก ให้ความสำคัญสนิทสนมกับลูกทั้ง 2 เพศ อย่างเท่าเทียมกัน ดูแลงานบ้าน และความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้าน ซึ่งจะพัฒนาไปสู่โครงสร้างของครอบครัวแบบใหม่ คือ แบบแอนโดรจีนัส (Androgynous) ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลมีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมรวมของเพศหญิง และ

เพศชาย กล่าวคือ ในครอบครัวแบบแอนโดรจีนัส พ่อจะมีบทบาทเป็นพ่อ แบบแอนโดรจีนัส (Androgynous fatherhood) พ่อจะต้องทำงานทั้งนอกบ้าน และในบ้าน ต้องมีบทบาทร่วมกับแม่ในการดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน รวมทั้งการดูแลอบรมเลี้ยงดูลูกซึ่งครอบครัวแบบใหม่จะไม่แยกบทบาทว่า บทบาทใดเป็นบทบาทของพ่อ และบทบาทใดเป็นบทบาทของแม่ โดยที่ทั้งพ่อ และแม่สามารถแสดงบทบาททั้งสองได้อย่างเท่าเทียมกัน (32)

อย่างไรก็ตาม แนวความคิดเกี่ยวกับบทบาทพ่อแบบแอนโดรจีนัส อาจไม่ใช่รูปแบบบทบาทพ่อในอนาคตอย่างแท้จริง เนื่องจาก บทบาทนี้จะพบได้มากในชนชั้นกลางระดับสูง แต่ชนชั้นแรงงาน ในความหมายของคำว่า พ่อ ยังคงเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังนั้นการดูแลให้ความอบอุ่นแก่ลูกยังคงเป็นหน้าที่ของแม่ การให้พ่อมาใกล้ชิดกับลูกเป็นเรื่องยาก และโดยมากแล้วบทบาทพ่อแบบแอนโดรจีนัสนั้น แม่จะเป็นผู้ปฏิบัติบทบาทดังรูปแบบการเป็นพ่อแบบแอนโดรจีนัส มากกว่าที่พ่อจะปฏิบัติ เนื่องจากผู้ชายส่วนมากขาดประสบการณ์ทางอารมณ์ ซึ่งมีความจำเป็นในการดูแลลูก จึงมีส่วนร่วมในการดูแลลูกไม่เต็มที่ (32)

พัฒนาการของสังคมไทยก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับสังคมอเมริกัน โดยในระยะเวลาประมาณ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน และที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และระบบการผลิตจากเกษตรกรรม มาเน้นอุตสาหกรรม (35) ส่งผลให้ระบบสังคมมีการเปลี่ยนแปลงโดยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม มีการรับวัฒนธรรมตะวันตก และเทคโนโลยีใหม่ ๆ จากต่างประเทศเข้ามา การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยายที่ขนาดใหญ่ มาเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็ก (36) ทำให้บทบาทของพ่อแม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เช่น ในอดีตครอบครัวไทยให้อำนาจ สิทธิพ่อ เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ส่วนแม่จะอยู่กับบ้าน ทำอาหาร ดูแลครอบครัว เลี้ยงดูลูก ฯลฯ ต่อมาได้เปลี่ยนมาเป็นลักษณะที่ให้สมาชิกของครอบครัวมีส่วนร่วมในการปกครอง โดยเฉพาะครอบครัวที่พ่อและแม่ เป็นผู้หารายได้ พ่อจะเข้ามามีส่วนในการรับผิดชอบต่อกิจการของบ้าน และครอบครัว รวมทั้งการช่วยอบรมเลี้ยงดูลูกมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับครอบครัวของชนชั้นกลาง และชั้นสูงในตัวเมือง ส่วนครอบครัวที่อยู่ในฐานะสังคมเศรษฐกิจต่ำ หรือชนบท แม่จะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการหารายได้ให้ครอบครัว แม้อย่างนี้ยังเป็นผู้ทำงานหนักในการดูแลบ้าน เลี้ยงดูลูกและครอบครัวมากกว่าพ่อ โดยที่พ่อยังคงรักษาสถานภาพการเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือผู้นำครอบครัว และยังไม่ได้รับการแบ่งเบางานในบ้านจากแม่เท่าที่ควร (37)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า ในสังคมไทยปัจจุบัน มีรูปแบบ และโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวของคนในสังคมส่วนมากเป็น

หน้าที่ของทั้งพ่อและแม่ ดังนั้น พ่อและแม่จึงควรมีบทบาทในทุกด้านเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และการอบรมสั่งสอน เพราะตลอดชีวิตของลูก จะมีความผูกพันกับพ่อแม่ไปจนแก่เฒ่า พ่อและแม่จึงต้องร่วมกันเอาใจใส่ดูแลให้ลูกมีพัฒนาการ มีการเจริญเติบโต มีความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม

บทบาทของพ่อแม่ในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี จะต้องมีการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ไม่ว่าเป็นการให้ความรัก ความอบอุ่น ในขณะที่วัยนี้บิดามารดาต้องทราบถึงพัฒนาการในด้านต่างๆ ของบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการเลี้ยงดูบุตรให้เหมาะสมตามวัย

5. สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพูดถึงสุขภาพจิต ทุกคนย่อมตระหนักกันอย่างชัดเจนว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทั้งนี้เพราะจิตเป็นส่วนที่กำหนดและสั่งการให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมต่างๆ ย่อมแสดงให้เห็นว่า เมื่อจิตมีคุณภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพที่สมบูรณ์แล้ว พฤติกรรมทุกอย่างที่แสดงออกย่อมเต็มไปด้วยคุณภาพและประสิทธิภาพที่สมบูรณ์ด้วยเช่นกัน บุคคลที่มีสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างสมบูรณ์แข็งแรง และมีคุณภาพปราศจากโรคภัยไข้เจ็บแล้ว ย่อมเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่เรื่องอื่น ๆ ตามมา เช่น เรื่องครอบครัว การเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ว่าจะมีการติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับใครและในฐานะใดก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นพ่อ แม่ พี่ น้อง สามเณร ภรรยา ลูก สามารถช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการลงมือปฏิบัติอย่างเหมาะสมในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ของชีวิต ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา และการปรับตัวอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิตที่เต็มไปด้วยประสิทธิภาพสูงสุด

5.1 ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตมีความหมายกว้างมาก ยากที่จะกำหนดให้แน่นอน แต่ถึงอย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กันยา สุวรรณแสง (38) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตหมายถึง ความสมบูรณ์ในด้านจิตใจ จิตใจปกติ เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง สามารถปรับกายและใจให้สมดุลสภาพกับสิ่งแวดล้อมและสังคม ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข

สุภาส เครือเนตร (39) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตหมายถึง สภาพอารมณ์ ความรู้สึกทั้งหมดของจิตใจ ว่ามีความหนักแน่นมั่นคง หรือหวั่นไหวต่อสิ่งที่มากระทบสัมผัสได้เพียงใด

อภิชัย มงคล (40) ให้ความหมายของ สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุม ถึงความดีงามในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

จีออ อี วาเลน (George E. Valiant) (41) ได้ศึกษาทบทวนการให้นิยามของภาวะสุขภาพจิตที่ดี ในช่วงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา และสรุปกรอบความคิดของภาวะสุขภาพจิตออกเป็น 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ

รูปแบบที่ 1 สุขภาพจิตดี ไม่ป่วยทางจิต

สุขภาพจิตในความหมายนี้จะเน้นมุมมองทางการแพทย์ หมายถึงสุขภาพจิตที่ดี คือปราศจากความเจ็บปวดทางจิต และนอกจากนี้ยังหมายความรวมถึง การใช้ชีวิตได้ดีมีความสุขด้วย ดังจะพิจารณาได้จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ได้รับการยอมรับสากล คือ DSM IV TR ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาจะมีการประเมินแบบ Multiaxial Diagnosis ซึ่งใน axis ที่ 5 นั้น จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข และความสามารถในการใช้ชีวิต (Continuum of mental health and illness) เรียกว่า Global Assessment of Functioning (GAF 100-0) โดย Valiant มีความเห็นว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ควรจะมี GAF เกินกว่า 90

รูปแบบที่ 2 สุขภาพจิตดี จิตวิทยาเชิงบวก

จิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) เป็นการเรียกรวมถึงกลุ่มทฤษฎีทางจิตวิทยาในช่วง 40 กว่าปีที่ผ่านมา นักจิตวิทยาที่เป็นผู้นำในเรื่องได้แก่ มาสโลว์ (Abraham Maslow) ด้วยทฤษฎีที่กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่มีระดับต่างกัน ตั้งแต่ความต้องการความปลอดภัยในการดำรงชีพและ ปัจจัยสี่ ในเชิงรูปธรรม พัฒนาเป็นความรัก การยอมรับจากบุคคล จนถึงขั้นที่เรียกว่า Self Actualization และแตกต่างจากนักจิตวิทยากลุ่มก่อนๆ ที่เน้นเรื่องการถูกกำหนดจากจิตไร้สำนึก (Psychic determinism) จนมีอาการทางจิต โดยเน้นสนใจเนื้อหาของจิตที่มีสำนึกรับรู้และรับผิดชอบได้มากกว่า ซึ่งทำให้มนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกการกระทำของตนเอง และเชื่อในการพัฒนาตนเองของมนุษย์สู่สิ่งที่ดีกว่า เช่น การเรียนรู้ สามารถเพิ่มความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ได้ ซึ่งแนวความคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์นี้ ได้รับกล่าวถึงโดย Howard Gardner ในปี 1983 และ Daniel Goleman ในปี ค.ศ. 1995 ซึ่งพัฒนาขึ้นหลังจากที่พบว่า ความฉลาดทางสติปัญญาเพียงประการเดียว มิได้ช่วยให้มนุษย์มีสุขภาพจิตที่ดีและประสบความสำเร็จในชีวิตได้ การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ มีองค์ประกอบหลัก 5 ข้อ คือ

1. รู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเอง (Self awareness, knowing one's emotion) หมายถึง การรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองเช่นรู้ว่าขณะนี้ตนเองกำลังโกรธ สุข เศร้า การควบคุมตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ รู้จุดเด่น จุดด้อย มีความมั่นใจในตัวเอง และมีความภาคภูมิใจในตัวเอง (Self esteem)
2. สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ (Managing emotion or self regulation) เมื่อรู้อารมณ์ของตนเองแล้วสามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง (Self control) หรือแสดงออกอย่างเหมาะสม
3. มีความเข้าใจผู้อื่น (Recognizing emotions in others) และเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy)
4. สามารถสร้างแรงจูงใจ (Motivation one's self) ให้ตนเองพัฒนาจนประสบความสำเร็จได้
5. ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ (Handling relationship) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

รูปแบบที่ 3 สุขภาพจิตดี พัฒนาการที่สมวัย

สมองอาจแตกต่างกับอวัยวะอื่น ที่เมื่อเวลาผ่านไปกลับมีการพัฒนามากขึ้นตามอายุขัยและโอกาสเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากเด็กที่เอาแต่ใจและไม่มีเหตุผลจะควบคุมอารมณ์ มาเป็นผู้ใหญ่ที่อารมณ์มั่นคงขึ้น มีทฤษฎีและการวิจัยทางจิตวิทยาต่าง ๆ ที่สนับสนุนมากมาย เช่น ทฤษฎีของ Psychosocial Development ของ Erikson ที่แต่ละช่วงอายุมีเป้าหมายในพัฒนาการต่าง ๆ กันเป็นลำดับขั้น จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ รายละเอียดในตารางที่ 1

คริส เปอร์โก (Kriegh, Perko) (42) กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ความต้องการของบุคคลทั้งจากภายนอกและภายใน ได้รับการผสมผสานสัมพันธ์กับความเป็นจริงและสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ ทำให้บุคคลปรับตัวได้สามารถทำหน้าที่ของชีวิตโดยอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ไม่บิดเบือนความจริง ผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ซึ่งสามารถที่จะปรับปรุงตัวเองให้มีสภาพที่ปราศจากความคับข้องใจ ปราศจากพยาธิสภาพหรืออาการต่าง ๆ ยืนหยัดและดำเนินการตามปรัชญาชีวิตที่เหมาะสมของตน มีความพอใจในตนเอง ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในทางที่เหมาะสม มีสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น

เวท และแวร์ (Veit and Ware) (43) ได้สรุปว่า สุขภาพจิตครอบคลุมด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) และความผาสุกทางจิตใจ (Psychological well-being)

ทาวน์เซ่น (Townsend) (44) กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นการประสบความสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้น ทั้งภายใน ภายนอกและสิ่งแวดล้อม โดยประเมินได้จากแนวคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งเหมาะสมตามอายุ และสอดคล้องตามบรรทัดฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ

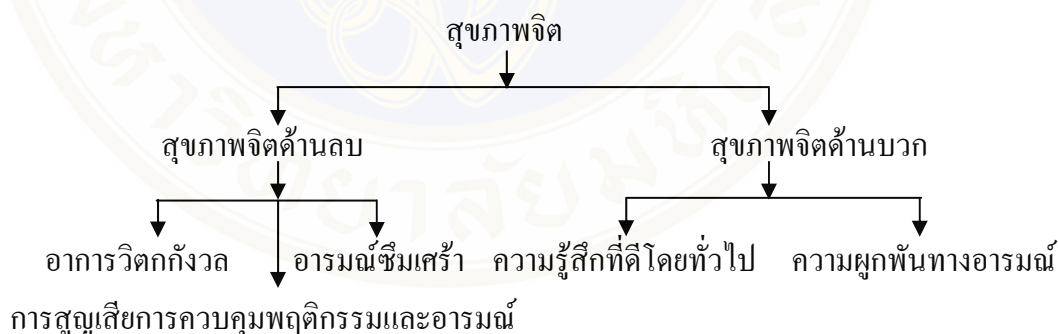
ตารางที่ 2.1 กรอบความคิดของสุขภาพจิต

รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3
สุขภาพจิตดี ไม่ป่วยทางจิต	สุขภาพจิตดี จิตวิทยาเชิงบวก	สุขภาพจิตดี พัฒนาการสมวัย
ความรัก มีความเห็นอกเห็นใจ ผู้อื่นได้ สามารถประสาน ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ได้ตามสมควร	ความรัก เป็นความสัมพันธ์ ลึกซึ้งที่ตอบสนองกันอย่าง เหมาะสม มีความเมตตากรุณา ซึ่งกันและกัน มีความฉลาดทาง อารมณ์ (EQ)	ความรัก มีความสามารถที่จะ รักบุคคลอื่นๆ ได้ในรูปแบบ และระดับที่ต่างกัน มีความรัก เป็นกำลังใจในการสร้างสรรค์ งานต่าง ๆ
การแก้ปัญหาชีวิต มีการรับรู้ โลกตามความเป็นจริง สามารถ อดทนต่อ ความเครียด บริหาร ตนเองและสิ่งแวดล้อมได้	การจัดการอารมณ์ รู้จักให้อภัย มีเมตตา ควบคุมอารมณ์และ ปรับอารมณ์ตนเองได้	รูปแบบการแก้ปัญหา ยืดหยุ่น มิใช่ทำตามแต่ความเคยชิน ยอมรับและจัดการกับอารมณ์ ได้โดยไม่เดือดร้อนตนเองและ คนอื่น ๆ
การดำเนินชีวิตรู้จักใช้ชีวิตมี ทิศทางในอนาคต มีความ ตระหนักรู้ในตนเอง (Self- actualization)	ความรู้และปัญญามีความรักที่ จะใฝ่รู้ เปิดใจรับสิ่งใหม่ๆ โดย ไม่ด่วนตัดสิน มีมุมมองแง่คิดที่ เป็นจริง, สร้างสรรค์	การดำเนินชีวิตยอมรับและ ปรับตัวได้กับความ เปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย ในขณะใดขณะหนึ่งของชีวิต
เป็นตัวของตัวเอง เข้าใจความ ต้องการของตนเอง อยู่กับ อัตลักษณ์และความรู้สึกของ ตนเองได้	มีความกล้า กล้าที่จะเป็นตัว เอง คิด รู้สึกและแสดงออกอย่าง จริงใจ	มีจุดหมายที่ชัดเจนในชีวิตของ ตนเองตามระดับที่เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่ ตกอยู่ในอิทธิพลใคร

ตารางที่ 2.1 กรอบความคิดของสุขภาพจิต (ต่อ)

รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3
สุขภาพจิตดี ไม่ป่วยทางจิต	สุขภาพจิตดี จิตวิทยาเชิงบวก	สุขภาพจิตดี พัฒนาการสมวัย
	มีความเป็นผู้นำ ทำงานเป็นหมู่ คณะได้ มีความยุติธรรม เห็น แก่ประโยชน์ส่วนรวม รักดีต่อ องค์กร	มีความหวัง หวังและคำนึงจะ ให้เกิดความดีงามแก่สังคม ประเทศชาติ
	พัฒนาตนเอง มีอารมณ์ขัน มี ความหวังในแง่ดี มีความ เชื่อมั่นศรัทธาต่อสิ่งดีงาม	อัตลักษณ์ที่เป็นผู้ใหญ่แต่มอง โลกสนุกสนานแบบเด็กได้ ใน เวลาที่เหมาะสม

การศึกษาสุขภาพจิตครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาสุขภาพจิตตามความหมายของเวท และแวร์ (43) ที่ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นสถานะของจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบของบุคคลที่อบรมเลี้ยงดูบุตร มีโครงสร้างดังนี้



ภาพที่ 2.1 ดัชนีสุขภาพจิต

ที่มา: เวท และแวร์ (Veit & Ware, 1983) (43)

จากความหมายและคำจำกัดความต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าสุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ที่จะช่วยให้เขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขปราศจากโรคจิตโรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ มีความมั่นคงทางจิตใจ สามารถยอมรับและเผชิญกับความ

เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของชีวิต กล้าเผชิญกับปัญหา มีสมรรถภาพในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เป็นประโยชน์แก่ตนเอง ผู้อื่น สังคมและประเทศชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง สามารถให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตได้ว่า เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลให้เกิดความพึงพอใจ ความสุขสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ สามารถยอมรับและเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง เหตุการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต และสามารถที่จะดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

สุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญของชีวิตที่ทุกคนควรให้ความสนใจและหมั่นดูแลสุขภาพจิตของตนให้ดี เพื่อดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพสูงสุด บุคคลควรมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความผาสุกมากกว่าที่จะซ่อมแซมหรือรักษาโรค ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพจิตนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบในระดับบุคคลซึ่งอาจเกิดปัญหาตามมา การมีสุขภาพจิตที่ดีจึงเป็นเรื่องที่บุคคลและสังคมทั่วไปพึงปรารถนา โดยบทบาทบิดามารดาเป็นบทบาทที่ถูกคาดหวังว่าจะปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่บุตรที่อยู่ในความดูแล ในการดูแลบุตรวัย 0-5 ปีเป็นวัยสำคัญของชีวิต เพราะเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว เนื่องจากบุตรวัยนี้อยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้โดยลำพัง จำเป็นที่จะต้องให้ผู้ให้ความช่วยเหลือจากผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นบิดามารดาหรือบุคคลอื่น โดยบิดามารดาเป็นผู้ตอบสนองความต้องการของบุตรและช่วยให้บุตรมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ยิ่งทำให้บิดามารดาต้องเพิ่มภาระในการเลี้ยงดูบุตรวัยนี้มากขึ้นอาจทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล หรือต้องการความช่วยเหลือ เพื่อที่จะสามารถอบรมเลี้ยงดูบุตรให้เหมาะสมทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการจัดการปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อารมณ์สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง

5.2 การประเมินสุขภาพจิต

จากความหมายและลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีดังกล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าการประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลจะต้องประเมินโดยทางอ้อม เช่น ประเมินจากการปรับตัว ความรู้สึกต่อตนเองหรือการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นต้น แล้วอธิบายภาวะสมรรถนะของจิตใจและอารมณ์ด้วยการแปลผลสิ่งที่ประเมินได้ เกณฑ์ในการพิจารณาสุขภาพจิตของบุคคลไว้ 3 เกณฑ์ คือ

- 1) การพิจารณาทางลบ ได้แก่ การพิจารณาความเข้มข้นของความรู้สึกส่วนตัว เช่น ความทุกข์โศก วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น บุคคลที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับอาการดังกล่าวต่ำจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี
- 2) การพิจารณาทางบวก ได้แก่ การพิจารณาลักษณะหรือคุณสมบัติของผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ คือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี และลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ตามแนวคิดนี้ คือ เป็นผู้ที่มีมองชีวิตในแง่เป็นประโยชน์ ชื่นชมในตนเองและประสบการณ์ที่ตนเองประสบอยู่ สามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่น
- 3) การพิจารณาเชิงสถิติ มองในแง่ของความผิดปกติ คือ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติของคนส่วนมาก ซึ่งการใช้เกณฑ์นี้มีข้อจำกัดมากในปัจจุบัน จึงไม่มีผู้นิยมใช้เกณฑ์นี้

5.3 การวัดสุขภาพจิตของบิดามารดาที่มีบุตรวัย 0-5 ปี

5.3.1 องค์ประกอบของสุขภาพจิต

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (7) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย

1. เป็นผู้ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ
แล้วยังต้องมีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น วางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือทำตนให้มีคุณค่าได้ ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
3. เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการก็สามารถผ่อนปรนหาทางออก ที่ราบรื่นถูกต้อง กับทำนองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่ได้รับนั้นๆ ด้วย

วีระ ไชยศรีสุข (45) ได้กำหนดองค์ประกอบของผู้มีสุขภาพจิตดีดังนี้

1. ความต้องการ ถ้ามีความต้องการแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ย่อมทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทางด้านสุขภาพจิต
2. มีเป้าหมายของชีวิต ถ้าเป้าหมายของชีวิตเป็นจริง ก็จะเกิดความสุข
3. การรู้จักตัวเองและยอมรับตนเอง

4. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกาย ถ้าเป็นไปได้
ตามปกติ ก็จะทำให้นุคคลมีการพัฒนาการทางจิตควบคู่กันไปอย่างสมดุล

5. ความรัก ความรักที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น ทำให้เกิด
ความคิดสร้างสรรค์ เสียสละ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเมตตา และอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมี
ความสุข

6. การยอมรับความจริง ผู้ที่ยอมรับความเป็นจริงทั้งผิดหวัง
และสูญเสียได้โดยไม่ตีโพยตีพายก็จะอยู่ได้อย่างมีความสุข

7. การควบคุมอารมณ์ ผู้ที่มีความสามารถในการรักษาและ
ควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาพปกติได้ เป็นผู้สุขภาพจิตดี

8. ความสุข ผู้ที่มีความสุขคือผู้ที่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ให้
ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น ยิ้มแย้มแจ่มใส ประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในบรรทัดฐานของสังคม
สามารถดำเนินชีวิตไปกับผู้อื่นได้ดี

คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (46) ได้
แยกลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตออกมาเป็น 3 มิติ คือ

1. มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของ
บุคคล ได้แก่

1.1 ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมี
สมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่างๆ พอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อดทน
เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตาม

1.2 มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การ
สำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจความต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลก
ภายนอก

1.3 วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของ
โลกภายนอก หมายถึง ความสามารถในการมองโลกตามความเป็นจริง สามารถประเมินสถานการณ์
ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่าง ๆ
ได้อย่างเหมาะสม

2. มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลก
ภายนอก ได้แก่

2.1 ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิดสามารถจัดการกับปัญหา สิ่งแวดล้อมรอบตัว และโลกภายนอกได้โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่นและสังคมวงกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคม มีมนุษยสัมพันธ์มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุข สงบและมีความพอใจ

2.3 ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพัน สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการ เหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

3. มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

นายอภิสิทธิ์ ชำรงวรานุ (47) กล่าวว่า สุขภาพของคนเรามี 8 เรื่องใหญ่ ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต

1. สุขภาพจากการมีหลักประกันในชีวิต ซึ่งหมายถึง เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีผู้ดูแลไม่เป็นไปตามบุญตามกรรม และการมีทรัพย์สิน ที่ดินทำกิน
2. สุขภาพจากการมีสุขภาพกายและทางใจดี
3. สุขภาพจากการที่มีครอบครัวอบอุ่น
4. สุขภาพจากการมีชุมชนที่เข้มแข็ง
5. สุขภาพจากการมีความภาคภูมิใจ การที่ลูกหลานได้ดีพึ่งตนเองได้ การมีภูมิปัญญาที่จะถ่ายทอดสู่ลูกหลาน และผู้สนใจ
6. สุขภาพจากการมีอิสระภาพ การมีอิสระในการคิด การพูดและทำโดยไม่สร้างความเดือดร้อนต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการไม่มีหนี้
7. สุขภาพจากการบรรลุธรรม ซึ่งหมายถึงการมีปัญญาที่จะรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม

8. มีสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ ป่า ต้นไม้ใหญ่

อภิชาติ มงคล และคณะ (40) ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ผลการศึกษาในด้านลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 4 ประการคือ

1. สุขภาพจิตดี (จิตใจดี มีคุณธรรม จิตใจเยือกเย็น สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาสดชื่น จิตใจร่าเริงสนุกสนาน จิตใจสบาย ไม่โกรธ ไม่ดุด่า และปล่อยวาง)
2. สุขภาพกายแข็งแรง (ไม่มีโรค ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เจ็บไข้ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์และนอนหลับได้)
3. ความผาสุก (อยู่ดีกินดี) (มีเงินพอใช้ มีเงินทอง มีความสุข อยู่เป็นสุข ไม่มีปัญหาครอบครัว ลูกอยู่ในโอวาท พอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่อยากได้อะไรเกินความพอดี เพื่อนบ้านดี ไม่มีศัตรู มีเพื่อนฝูง และสิ่งแวดล้อมดี)
4. คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก (เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลาน รักใคร่ดูแล เคารพนับถือกัน พุดจาดี พุดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นดุด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้สารเสพติด)

จาโฮดา (Jahoda) (48) ได้ให้แนวคิดในการประเมินสุขภาพจิตของคนทั่วไปโดยพิจารณาจากทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ของเขาและ การทำตนให้เป็นประโยชน์ ความผสมกลมกลืนกันของบุคลิกภาพ ความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมเกินไป การรับรู้ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบตัวตนเอง และความสามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้ถือค่านีที่จะบ่งชี้ว่า บุคคลมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี ได้ดังนี้

1. ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง (Attitude of an individual toward his own self) เขาคิดอย่างไรกับตัวเอง เช่นถูกตัวเองหรือไม่หรือว่าหลงตัวเองเขามีภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกต้องหรือไม่และเขารู้สึกอย่างไรต่อตนเอง สงสารตนเอง สมเพชตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อย หรือรู้สึกว่าตนเองยิ่งใหญ่เกินเลยความเป็นจริง
2. มีความต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ (Growth and development or self-actualization) ต้องมีแรงคลใจในด้านที่จะพัฒนาให้ตนเองให้เจริญก้าวหน้าขึ้น (Growth motivation) ในด้านทำความเจริญให้แก่สังคมที่ เขาอยู่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีความป่วยเจ็บทางจิตใจ มักเป็นผู้ ที่ขาดแรงคลใจ (Deficiency of motivation) จึงคล้ายคนขาดชีวิตชีวาและอยู่ไปอย่างไร้ประโยชน์ บุคคลที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ดีจะใช้ชีวิตของตนอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม

3. มีบุคลิกภาพที่ประสมประสานดี (Integration) คำว่าประสมประสาน คือความสมดุลของพลังจิตใจและพลังควบคุม (Balance of psychic forces) ในคนปกติโดยทั่วไปเรามีความอยาก ความต้องการ (Need) ด้วยกันทั้งสิ้น และขณะเดียวกันเราก็มีแรงควบคุม (Controlling force) ซึ่งแรงทั้งสองนี้จะต้องสมดุลกัน เราจึงจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายได้ หากแรงทั้งสองนี้ขัดแย้งกันเอง คือมีแรงใดแรงหนึ่งมากเกินไป ก็จะทำให้เราหมดความสุขเพราะไม่ได้ตอบสนองความต้องการส่วนตัว หรือตอบสนองความต้องการส่วนตัวมากเกินไปทำให้ขัดแย้งกับสังคมส่วนใหญ่

4. มีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy or independence from social influence) มีความสามารถควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน โดยไม่ต้องอาศัยแรงควบคุมภายนอก และยังประพฤติปฏิบัติตนโดยยึดถือความเชื่อมั่นของตนเองเป็นหลัก ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

5. จะรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นจริง (Perception of reality) การรับรู้ของเขาจะไม่ถูกบิดเบือนโดยอคติในตนเอง โดยความต้องการของตนเอง หรือบิดเบือนโดยอารมณ์ส่วนตัว เขาจะสามารถรับรู้เหตุการณ์อย่างที่เป็นจริง

6. สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ (Environment mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ จะต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสมแก่ภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะต้องมีทักษะในมนุษยสัมพันธ์อย่างพอเพียงที่จะให้ชีวิตดำเนินได้อย่างราบรื่น จะต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ

การประชุมขององค์การอนามัยโลก (WHO) (49) ได้กล่าวถึงดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ซึ่งได้กล่าวรวมทั้งดัชนีชี้วัดทั้งในระดับบุคคลและชุมชนว่าควรประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ คือ

1. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต
2. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง
 - 2.1 ความผาสุกของคนๆ นั้น
 - 2.2 ชีวิตในชุมชน สังคม
 - 2.3 คุณภาพชีวิต
 - 2.4 และการพัฒนาทางด้านสังคมจิตใจ
3. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับความแตกแยกของสังคม

โทรโบวิส (Trubowitz) (50) ได้จำแนกพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตดีของบุคคลเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. ความสุข (Happiness) รู้จักหาความสุขสนุกสนานให้แก่ชีวิตตนเอง สามารถมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นตามที่ต้องการ
2. การควบคุมพฤติกรรม (Control over behavior) สามารถยอมรับและเข้าใจการแสดงออกอย่างมีขอบเขต สามารถตอบสนองตามกฎระเบียบ ประเพณีของกลุ่มได้
3. การประเมินความเป็นจริง (Appraisal of reality) รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างถูกต้อง มีความรู้สึกที่ดีต่อผลที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาในแง่ดีหรือไม่ดี และจะติดตามการกระทำนั้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าสิ่งใดเป็นจริงหรือไม่จริง
4. ประสิทธิภาพในการทำงาน มีความพยายามทำงานอย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่ เมื่อประสบกับความล้มเหลว ยังคงยืนหยัดสามารถทำงานต่อไปได้
5. มีแนวคิดของตนเองในด้านสุขภาพ (Health self-concept) มีความเป็นตัวตนและเข้าถึงอุดมคติตามความเหมาะสม มีเหตุผลและมีความเชื่อมั่น สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือเมื่อมีความเครียด

โรแลน และเด็ปโปลิตี (Rollant and Deppoliti) (51) ได้จำแนกผู้ที่มีสุขภาพจิตดีตามปัจจัยและลักษณะของบุคคลดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล เป็นผู้ที่มีการยอมรับและรักตนเอง มีเป้าหมาย มีความคิดและการกระทำอย่างอิสระ ตระหนักและรู้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตน สามารถทำงานและมีผลงาน
2. ปัจจัยทางการปรับตัวต่อความเครียด เป็นผู้ที่สามารถควบคุมตัวเองในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้ มีกลไกเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ปัจจัยทางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นผู้ที่สามารถยอมรับบุคคลอื่นได้รู้จักรักและดูแลคนอื่น
4. ปัจจัยทางการรับรู้สิ่งแวดล้อมและความจริง เป็นผู้ที่มีการรับรู้ในแง่บวก มุ่งเรื่องที่เป็นจริงสามารถหาความหมายของชีวิตได้

ในการประเมินสุขภาพจิตสามารถประเมินได้อย่างกว้าง 2 ลักษณะ คือ ภาวะสุขภาพจิตดี เป็นภาวะที่สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือทำตนให้มีคุณค่าได้ ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ รับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นจริง และภาวะสุขภาพจิตไม่ดีหรือไม่ปกติ อาจเกิดจากภาวะสุขภาพไม่ปกติที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต ไม่สามารถดำรงตนอยู่ความเป็นจริงได้ ไม่สามารถที่จะควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน ควบคุมความคิด พฤติกรรมตามบทบาททางสังคมได้

5.3.2 ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิต

เนื่องจากสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายอย่างที่ถูกรอบตัวเรา ดังนั้นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตจึงอาจแบ่งออกได้เป็นปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน ซึ่งปัจจัยภายนอกนั้น ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล หรือความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคลนั้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่านอกเหนือจากเรื่องของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะมีผลผลักดันให้เกิดความอ่อนไหวต่อสุขภาพจิตได้ และเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งถึงปัญหาสุขภาพจิตของคนในสังคม เพราะถ้าสภาพเศรษฐกิจดีย่อมหมายถึงการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ได้แก่ การมีงานทำ มีรายได้ มีกิน มีใช้ เมื่อความเป็นอยู่ดีคนก็ไม่คิดมาก ปัญหาสุขภาพจิตก็จะไม่เกิด แต่ในสภาพเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันในอาชีพ ต้องขวนขวายหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน หรือการที่ต้องมีหนี้สิน ก็เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ หากครอบครัวใดมีความพอเพียงทางเศรษฐกิจ สุขภาพจิตก็จะดี

2. ปัจจัยด้านครอบครัว การเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิต เพราะครอบครัวเป็นตัวกำหนดจิตใจของบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก ครอบครัวจะเป็นตัวอย่างและแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็ก หากพื้นฐานของครอบครัวดี มีความรัก ความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวเข้าใจซึ่งกันและกัน ดูแลและให้กำลังใจกัน ถ้าพ่อแม่มีเวลาในการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนในสิ่งที่ดีลูกก็จะรับแต่สิ่งที่ดี ซึ่งจะช่วยเหลือหลอมให้เด็กเป็นคนดี การมีแบบอย่างของชีวิตครอบครัวที่ไม่ดี มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง มีการแสดงออกในทางก้าวร้าว ครอบครัวก็จะอยู่อย่างไม่มีความสุข เกิดการแตกแยกหรือมีปัญหาหย่าร้างขึ้น ซึ่งจะบั่นทอนสุขภาพจิตของคนในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กจะซึมซับสิ่งไม่ดีต่าง ๆ ได้ง่าย และนำไปสู่การมีพฤติกรรมไม่ดีได้ หากสถาบันครอบครัวอ่อนแอจะส่งผลให้สุขภาพจิตของคนในสังคมอ่อนแอไปด้วย

3. ปัจจัยทางด้านกายภาพและสังคม สภาพแวดล้อมทั้งด้าน

กายภาพและสังคม จะเข้ามาบีบบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตของคนเรา เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีความสะอาด มีระเบียบวินัย ไม่แออัด ก็จะ使人ไม่เครียด แต่ในสภาพอากาศที่ร้อนเกินไป หนาวเกินไป หรือมีเสียงดังมาก ๆ ก็จะรบกวนจิตใจของคนทำให้เครียด และหงุดหงิดได้ หรือการมีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ดี มีเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานไม่ดี แย่งแข่งขันชิงดีชิงเด่น คนก็จะมีความสุขทางจิตไม่ดี หรือสังคมที่มีความแตกต่างระหว่างชนชั้น คนในสังคมก็จะต่างคนต่างอยู่ ไม่มีความสามัคคีกัน ไม่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และอยู่โดยไม่มีการพัฒนาาร่วมกัน ไม่ร่วมกันทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความผูกพันทางด้านจิตใจ ชุมชนก็จะเกิดการแตกแยก และเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ

4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล นับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพ

จิตมากที่สุด เพราะบุคคลต้องมีความเข้าใจตนเอง เข้าใจในหน้าที่ และบทบาทของตนเอง ต้องลดความเป็นอัตตาหลง ในการทำงานต้องรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา และมีความเป็นมิตรไมตรีไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน หรือในครอบครัว นอกจากนี้วัยวุฒิและคุณวุฒิก็มีส่วนสำคัญ เช่น ในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุน้อย การเรียนรู้และประสบการณ์ในการดูแลตัวเองยังมีน้อย ยังไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อสภาพปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ อาจเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ คนที่มีการศึกษามากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะมีความรู้ มีความเข้าใจที่จะดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวได้ดีกว่า

การที่บุคคลมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง จะเป็นบุคคลที่มีศักยภาพหรือมีภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจ มีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา หรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ รู้จักคิดและแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งการจะฝึกจิตใจให้มีความเข้มแข็งได้ จะต้องเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก จากการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อม ถ้าบุคคลสามารถสร้างภูมิคุ้มกันด้านจิตใจได้ก็จะทำให้มีความสุขทางจิตที่ดีได้

นอกจากนี้การดำเนินชีวิตโดยยึดหลักเศรษฐกิจแบบพอเพียงจะนำไปสู่การมีความสุขทางจิตที่ดี ทั้งนี้เพราะ “ความพอเพียง” คือความพอดีและความพอใจในสิ่งที่ตนมี และเมื่อคนแต่ละคนมีความรู้สึกพอใจในสิ่งที่ตนมี ก็จะนำไปสู่ความคิดและจิตใจที่จะทำสิ่งที่ดีๆ ให้แก่สังคม ผลที่ตามมาก็คือการมีความสุขทางจิตที่ดีของคนในสังคม และก่อให้เกิดความมั่นคงในชีวิต มีความสามัคคี เอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือกันในสังคม

5.3.2.1 ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพจิต

เนื่องจากปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตที่เป็นทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในนั้นจะมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพจิตได้ ถ้าปัจจัยนั้นอยู่ใน

สถานะที่ดีก็จะเป็นตัวส่งเสริมให้สุขภาพจิตดี แต่ถ้าปัจจัยนั้นอยู่ในสถานะที่เป็นปัญหาก็จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิตได้เช่นกัน ดังผลที่ได้จากการศึกษาต่อไปนี้

1) *การมีส่วนร่วมทางสังคม* สังคมที่ดีจะต้องมีความเอื้ออาทรต่อกัน ดูแลกัน และต้องร่วมมือกันทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรวมกลุ่มพบปะสังสรรค์กัน หรือทำกิจกรรมร่วมกันที่เป็นประโยชน์ร่วมกันไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน การออกกำลังกาย หรือการรวมกลุ่มกันเล่นกีฬา โดยเฉพาะกีฬาที่มีการเล่นเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม เช่น เปตอง แอโรบิก จะช่วยให้คนได้มีการพบปะพูดคุยกัน ได้ผ่อนคลาย ไม่ต้องอยู่คนเดียว หรืออยู่กับความคิดของตัวเอง และไม่ใช้ความคิดของตนเองเป็นหลัก จะช่วยลดความเครียดลงได้ นอกจากนี้กีฬายังสอนให้คนได้รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ไม่ไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติด ทำให้เป็นคนร่าเริงสุขภาพจิตก็จะดี และการเล่นกีฬายังเป็นการสอนให้คนให้อภัยกัน และเกิดความสามัคคีต่อกัน

2) *สภาพแวดล้อม* การที่คนเราจะมีสุขภาพจิตที่ดีได้นั้นสภาพแวดล้อมรอบตัวจะต้องดีด้วย เช่น มีอากาศบริสุทธิ์ มีสถานที่พักผ่อน หรือสวนสาธารณะสำหรับให้คนได้เดินเล่น ออกกำลังกาย หรือใช้เป็นที่พักผ่อนหย่อนใจอย่างเพียงพอ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดียังหมายถึงการได้รับการดูแลทางสังคมด้วย ได้แก่ การมีกฎ กติกา มีระเบียบปฏิบัติ หรือการมีคณะทำงานที่คอยดูแลความประพฤติและตัดสินใจปัญหาให้กับคนในสังคม จะช่วยให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีระเบียบแบบแผนและอยู่ร่วมกันได้อย่างเป็นสุข

3) *การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต* ทั้งในรูปของสิ่งพิมพ์ แผ่นพับ หรือการเชิญวิทยากรที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตมาบรรยายให้ฟังหรือจากอินเทอร์เน็ต เช่น เว็บไซต์ต่างๆ หรือรายการที่ออกอากาศทางวิทยุ และโทรทัศน์ เพราะเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้คนหันมาสนใจและเห็นความสำคัญของสุขภาพจิตมากขึ้น การได้รับข่าวสารที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บหรือข่าวสารอื่นๆ จะเป็นการช่วยให้คนรู้ทันเหตุการณ์ สามารถดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้เมื่อเกิดปัญหา และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตนั้นควรทำตั้งแต่ในวัยเด็ก เพราะเมื่อโตขึ้นจะเป็นผู้ใหญ่ที่มีจิตใจที่เข้มแข็งและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4) *คำสอนและแนวทางในการปฏิบัติตามหลักศาสนา* การส่งเสริมให้มีการเข้าถึงและปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาอย่างจริงจัง จะเป็นการหล่อหลอมจิตใจให้คนรู้จักดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีที่ถูกที่ควร ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการทำงาน การดำเนินชีวิตครอบครัว การอบรมสั่งสอนบุตรหลาน ซึ่งจะถือเป็นพื้นฐานที่ดีที่จะทำให้อคนมีชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกันในสังคมได้

5) *นโยบายภาครัฐ* เช่น กองทุนหมู่บ้านจะช่วยให้คนมีเงินทุนในการประกอบอาชีพโดยไม่ต้องกู้เงินนอกระบบ ซึ่งก่อนที่จะมีโครงการนี้ประชาชน

ต้องไปกู้เงินนอกระบบทำให้ประชาชนเสียเปรียบในเรื่องของอัตราดอกเบี้ย หากปีใดไม่ได้ผลผลิตจำนวนเงินต้นที่กู้มาก็จะเพิ่มขึ้น เกิดดอกเบี้ยทบต้น ทำให้มีหนี้สินเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการมีกองทุนหมู่บ้านจะช่วยแก้ไขปัญหานี้สินของราษฎร

5.3.2.2 ปัจจัยบนทอนสุขภาพจิต

เนื่องจากประชากรตัวอย่างได้ให้ความเห็นว่าการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีกินมีใช้ มีเศรษฐกิจที่ดี จะทำให้มีสุขภาพจิตดี และเมื่อปัจจัยดังกล่าวอยู่ในสถานะที่เป็นลบหรืออยู่ในสภาพที่เป็นปัญหา จะส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดี ซึ่งผลการศึกษพบว่านอกจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจแล้วยังมีปัจจัยด้านอื่นอีกที่มีผลทำให้สุขภาพจิตไม่ดี ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การดื่มสุราหรือติดยาเสพติด เป็นปัจจัยที่บน

ทอนสุขภาพจิตทั้งต่อตนเองและสังคมโดยรวม และปัญหาต่างๆที่พบในปัจจุบัน เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาความรุนแรงในเด็กและสตรี หรือปัญหาครอบครัว ล้วนมีสาเหตุมาจากสิ่งเสพติด เช่น สุรา และยาบ้า เป็นส่วนใหญ่ และในผู้หญิงจะพบว่ามีความเครียดและนอนไม่หลับเนื่องจากสามีดื่มเหล้า ในขณะที่ผู้ชายที่ดื่มเหล้าจะกระทบต่อการทำงาน ทำงานไม่ได้ เกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ทะเลาะเบาะแว้งและทำร้ายร่างกาย หรือทุบตีภรรยา ส่วนในกลุ่มของเด็กที่ติดยาเสพติดนอกจากจะมีผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองยังทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองวิตกกังวลและมีความเครียดตามไปด้วย

2. สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การที่บ้านเมืองมีการ

พัฒนามากขึ้น เจริญขึ้น สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกที่เข้ามามีผลทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนไป มีค่านิยมและวิถีชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้น วัตถุสิ่งของถูกนำมานับรวมเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต และการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาใช้แทนแรงงานคน มีผลให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง มีปัญหามลพิษมากขึ้น ทั้งรถติด ควันพิษ เสียงดัง และปัญหาสังคมต่าง ๆ มากมาย ซึ่งล้วนแต่เป็นปัญหาที่สร้างความรำคาญ รบกวนจิตใจ และบนทอนสุขภาพจิตทั้งสิ้น

สภาพแวดล้อมในครอบครัวจะมีผลต่อสุขภาพจิต

อย่างมากโดยเฉพาะเด็กที่อายุน้อย เพราะเด็กสามารถรับรู้ถึงสื่อต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวและทำตามอย่างโดยไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งไหนดีหรือสิ่งไหนไม่ดี เช่น ครอบครัวที่มีการสังสรรค์ มีการดื่มเหล้า พ่อแม่กินเหล้า ซึ่งเมื่อเด็กเห็นและคิดว่าการกินเหล้า กินเบียร์เป็นสิ่งที่ดีและจะทำตาม และเมื่อมีสิ่งเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้องกับครอบครัวก็จะขาดความอบอุ่น และทำให้เกิดปัญหาเช่นทุกวันนี้ พ่อแม่ไม่มีเวลาใกล้ชิดลูก ไม่มีเวลาได้อบรมสั่งสอนลูก ครอบครัวขาดความอบอุ่น และมีปัญหาตามมา

สภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น ไม่มีความสุข มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกัน คนที่อยู่ในชุมชนก็พลอยมีปัญหาหงุดหงิด รำคาญใจ และเสียสุขภาพจิต และหากในชุมชนที่ไม่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีปัญหาโจรผู้ร้าย ปัญหาอาชญากรรม ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว ไม่สบายใจ มีความเครียด ก็ทำให้สุขภาพจิตไม่ดีได้

3. การนำเสนอของสื่อสาธารณะต่าง ๆ นอกจากสื่อจะเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญแล้ว สื่อจะต้องมีจรรยาบรรณในการนำเสนอด้วย เพราะหากสื่อนำเสนอสิ่งที่ดีจะทำให้ผู้รับสื่อได้รับสิ่งที่ดีไปด้วย แต่ถ้าสื่อนำเสนอสิ่งไม่ดีโดยไม่ได้ผ่านการพิจารณา หรือกลั่นกรอง สุขภาพจิตของคนที่ได้รับสื่อก็จะไม่ดี และจะทำให้เกิดปัญหาต่อสังคมได้ สื่อที่มีอิทธิพลต่อผู้รับมักเป็นสื่อประเภทที่เข้าถึงกลุ่มคนได้เป็นจำนวนมากและรวดเร็ว เช่น โทรทัศน์ หรืออินเทอร์เน็ตซึ่งสื่อต่าง ๆ เหล่านี้สามารถผลิตสิ่งที่ดีและมีประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพจิตได้

5.4 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต

จากคำนิยามและขอบเขตของคำว่าสุขภาพจิต จะสามารถประเมินสุขภาพจิตว่าดีหรือไม่ได้อย่างไร บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ (52) ได้แบ่งประเภทดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของไทยตามเนื้อหาในข้อสรุปของการประชุมจากองค์การอนามัยโลกเรื่องการพัฒนาดัชนีวัดสุขภาพจิต (48) ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

5.4.1 ดัชนีชี้วัดระดับบุคคลด้านบวก

ดัชนีที่วัดสุขภาพจิตโดยตรง เช่น ตัวชี้วัดความสุขประชาชนชาวไทย ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยกรมสุขภาพจิต (9) ได้มีการจัดทำฉบับใหม่ จากแต่เดิมที่จัดทำขึ้นด้วยการวิจัยจากกลุ่มประชากรในภาคอีสาน มาเป็นการทดสอบรวบรวมข้อมูลจากทุกภาคทั่วประเทศไทย ปรับจำนวน และรูปแบบคำถามจากเดิม 66 ข้อมาเป็น 54 ข้อ และมีการสร้างฉบับย่อ 15 ข้อ ดัชนีที่วัดในเรื่องของ คุณภาพชีวิต

1) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) ที่พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 ประกอบด้วยคำถามในเชิงอัตวิสัย (Subjective self report) และภาวะวิสัย (Objective perceived) รวม 100 ข้อ มีการประเมินการรับรู้ของประชาชนใน 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical aspect) ด้านจิตใจ (Psychological aspect) ด้านความมีอิสระของบุคคล (Level of independence) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental aspect) และด้านจิตวิญญาณและความศรัทธาของบุคคล (Spiritual religious /Personal belief) มีการดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยแล้วโดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล (53) มีทั้งฉบับเต็ม 100 ข้อและฉบับย่อ 26 ข้อ

2) The SF-36 Health Survey เป็นแบบสำรวจในระดับนานาชาติ มีเนื้อหาประเมินภาวะสุขภาพในช่วง เดือนที่ผ่านมาของประชากร ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตรวม 36 ข้อ ในส่วนของสุขภาพจิต มี 4 หัวข้อย่อย คือ 1) Vitality ประเมินเรื่องความรู้สึกมีชีวิตชีวา 2) Social Functioning ประเมินเรื่องกิจกรรมทางสังคม 3) Role Emotion ประเมินภาวะอารมณ์ 4) Mental Health ประเมินอาการทางจิต มีการจัดทำ SF-36 ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (53)

5.4.2 ดัชนีชี้วัดระดับบุคคลด้านลบ

ดัชนีที่วัดความเครียด แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (53) และคณะเป็นแบบประเมินความเครียดจำนวน 20 ข้อจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนก่อนทำแบบทดสอบ เพื่อบอกให้ผู้ทดสอบรู้ว่ามีเครียดในระดับใด ตั้งแต่ ต่ำ ปานกลาง สูงและขั้นรุนแรง แต่ไม่ได้ระบุสาเหตุของความเครียด

ดัชนีที่ประเมินสุขภาพจิตจากปัญหา General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ (54) ดัดแปลงจาก General Health Questionnaire ของ Goldberg ปี ค.ศ.1972 มีทั้งชนิดฉบับเต็ม 60 ข้อและฉบับย่อ 28 ข้อ วัดอุปสรรคของแบบสอบถามนี้สร้างเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน ที่สามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ

- 1) การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น
- 2) การมีปัญหที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะ ปกติของบุคคลต่าง ๆ แบบสอบถามนี้จะให้ประชาชนสามารถตอบด้วยตนเอง ข้อคำถามจะครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่าตนมีโรคภัยไข้เจ็บอยู่หรือไม่อย่างไร (Hypochondriasis)

แบบสำรวจสุขภาพจิตสำหรับคนไทย The Thai Mental Health Questionnaire: TMHQ พัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ (55) เป็นแบบสอบถามจำนวน 70 ข้อ เพื่อใช้วิเคราะห์ความผิดปกติทางจิตภายในช่วง 1 เดือน ของผู้ที่ศึกษาใน 5 กลุ่มอาการ คือความผิดปกติทางกาย เนื่องจากความผิดปกติทางจิต กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการโรคจิต กลุ่มอาการจากการปรับตัวทางสังคม ซึ่งอาการแต่ละข้อย่อยของแบบสอบถามได้มาจากเกณฑ์การ

วินิจฉัยโรคในกลุ่มนั้น ๆ ของ DSM-IV อันเป็นเกณฑ์ระดับสากลในการวินิจฉัยโรคทางจิตของจิตแพทย์ และแบบสำรวจนี้ผ่านการทดสอบกลุ่มประชากร 700 ราย พบว่า แบบประเมินสามารถแยกผู้ที่ปกติออกจากผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินจากความเจ็บป่วยทางจิตของบุคคล เช่น การที่บุคคลหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ทำการฆ่าตัวตาย หรือหันไปเสพสารเสพติด

5.4.3. ดัชนีชี้วัดระดับสังคมด้านบวก

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตระดับชุมชนของกรมสุขภาพจิต (7) เป็นการสำรวจความคิดเห็นต่อชุมชนที่อาศัย ด้วยแบบสอบถาม 22 ข้อ นำไปสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและสุ่มตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อรวมคะแนนแล้วนำมาเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ว่าสุขภาพจิตของชุมชนดีกว่า เทียบเท่า หรือต่ำกว่าชุมชนทั่วไปอย่างไร

5.4.4. ดัชนีชี้วัดระดับสังคมด้านลบ

ดัชนีชี้วัดความยากจนโดยรวม (Human Poverty Index – HPI) โดยโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประเทศไทย (UNDP Thailand) เป็นการประเมินโดยรวมดัชนีย่อยที่อยู่ในรูปของสัดส่วนคนจนระดับครัวเรือน ประกอบด้วยสามดัชนีย่อย คือ ดัชนีสุขภาพ ดัชนีการศึกษา ดัชนีลักษณะของครัวเรือน ซึ่งสามารถสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพและสุขภาพจิต

การสังเกตข้อมูลทางสังคมที่ได้จาก อัตราการเกิดอาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว อัตราการฆ่าตัวตายในสังคม การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตระดับชุมชนก็เป็นประเด็นสำคัญ ที่นักวิชาการส่วนใหญ่ต้องการจะสร้างเครื่องมือวัดขึ้น องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมพิจารณาเรื่องเครื่องมือชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนเมื่อปี พ.ศ.2524 ได้ข้อสรุปว่า เครื่องมือชี้วัดควรมีองค์ประกอบ 3 คุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1) สามารถตอบคำถามว่า ประชากรในชุมชนนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิตมากน้อยเพียงใด ซึ่งตัวชี้วัด (Indicators related to mental illness) ในเรื่องนี้ ได้แก่ อุบัติการณ์และความชุกของโรคทางจิตเวชในชุมชน หรือตัวชี้วัดที่ให้ข้อมูลในทางอ้อม เช่น การใช้บริการทางสุขภาพจิตภายในชุมชน การใช้สารเสพติด หรือยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

2) สามารถตอบคำถามว่าประชากรในชุมชนนั้นใช้ชีวิตอย่างปกติสุขมากน้อยเพียงใด (Indicators related to mental health) เป็นการวัดเรื่องที่เป็นอัตวิสัยและเป็นเชิงทัศนคติมาก องค์การอนามัยโลกเองได้แนะนำการประเมินเป็นหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ความรู้สึกเป็นสุข (Subjective well-being)

2.2 คุณภาพชีวิต (Quality of life)

2.3 พัฒนาการทางจิตใจของสังคมและเด็ก

(Psychosocial development)

2.4 การมีชีวิตร่วมกับชุมชน (Community life)

ในแต่ละหัวข้อจะต้องสร้างวิธีที่จะประเมินให้ชัดเจนลงไปอีกเช่นกัน ซึ่งสามารถพัฒนาให้เป็นดัชนีที่เหมาะสมแก่ชุมชนหรือสังคมหนึ่งๆได้ และจากทั้ง 4 หัวข้อนี้รวมกันก็จะได้ภาพรวมของความเป็นสุขภายในชุมชนสามารถตอบคำถามว่า ประชากรอยู่ในชุมชนได้อย่างสงบสุขหรือไม่ จึงต้องมีเครื่องมือชีวิตที่สามารถบอกได้ถึงภาวะผันผวนของสังคม (Indicators related to social disorganization) ซึ่งมีทั้งหัวข้อในแง่บวกและแง่ลบที่ให้ภาพทางสังคมได้ว่าความเป็นอยู่ของประชากรจะเป็นเช่นไร เช่น 1) ด้านเศรษฐกิจ พิจารณาจากอัตราการว่างงาน รายได้เฉลี่ยต่อหัวต่อปี 2) ด้านครอบครัว พิจารณาจากอัตราการหย่าร้าง จำนวนของเด็กเร่ร่อนจรจัด สถิติความรุนแรงในครอบครัว 3) ด้านความปลอดภัยในสังคม พิจารณาจากอัตราการเกิดอาชญากรรม การฆาตกรรม การข่มขืน การชิงทรัพย์ และการก่อการร้าย

บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ (52) ได้แสดงความเห็นว่าการวัดสุขภาพจิตนั้น ขึ้นกับประชากรที่วัดว่ามีค่านิยมของความสุขอย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้พบว่าเป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ยังไม่มีการศึกษาเชิงสรุปหรือการหาข้อกันในห้องนักวิชาการและผู้ปฏิบัติอย่างเป็นทางการว่าควรใช้เครื่องมือมาตรฐานใดในการวัดสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนชาวไทย กรมสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในภาพรวมของประเทศเท่าที่ผ่านมาจะเป็นดัชนีหรือเครื่องมือประเมินระดับบุคคลเป็นส่วนใหญ่ และเริ่มมีการพัฒนาดัชนีชี้วัดระดับชุมชนแล้ว คงจะดำเนินการต่อเนื่องจากฐานที่มีอยู่ต่อไปจนได้เครื่องมือและทำการศึกษาวิจัยสำรวจเพื่อให้ได้ตัวเลขซึ่งบ่งชี้สถานการณ์ของประเทศตามกาลสมัยที่เปลี่ยนแปลง

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิต เนื่องจากสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายอย่างที่ถูกรอบตัวเรา ดังนั้นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตจึงอาจแบ่งออกได้เป็นปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน ซึ่งปัจจัยภายนอกนั้น ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม ส่วนปัจจัยภายในได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล หรือความรู้สึก

นึกคิดของบุคคลนั้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่านอกเหนือจากเรื่องของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล

1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะมีผลผลักดันให้เกิดความอ่อนไหวต่อสุขภาพจิตได้ และเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งถึงปัญหาสุขภาพจิตของคนในสังคม เพราะถ้าสภาพเศรษฐกิจดีย่อมหมายถึงการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ได้แก่ การมีงานทำ มีรายได้ มีกิน มีใช้ เมื่อความเป็นอยู่ดีคนก็ไม่คิดมาก ปัญหาสุขภาพจิตก็จะไม่เกิด แต่ในสภาพเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันในอาชีพ ต้องขวนขวายหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน หรือการที่ต้องมีหนี้สิน ก็เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ หากครอบครัวใดมีความพอเพียงทางเศรษฐกิจ สุขภาพจิตก็จะดี

2) ปัจจัยด้านครอบครัว การเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิต เพราะครอบครัวเป็นตัวกำหนดจิตของบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก ครอบครัวจะเป็นตัวอย่างและแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็ก หากพื้นฐานของครอบครัวดี มีความรัก ความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวเข้าใจซึ่งกันและกัน ดูแลและให้กำลังใจกัน ถ้าพ่อแม่มีเวลาในการเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ในสิ่งที่ดีลูกก็จะรับแต่สิ่งที่ดี ซึ่งจะช่วยเหลือหลอมให้เด็กเป็นคนดี การมีแบบอย่างของชีวิตครอบครัวที่ไม่ดี มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง มีการแสดงออกในทางก้าวร้าว ครอบครัวก็จะอยู่อย่างไม่มีความสุข เกิดการแตกแยกหรือมีปัญหาหย่าร้างขึ้น ซึ่งจะบั่นทอนสุขภาพจิตของคนในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กจะซึมซับสิ่งไม่ดีต่าง ๆ ได้ง่าย และนำไปสู่การมีพฤติกรรมไม่ดีได้ หากสถาบันครอบครัวอ่อนแอจะส่งผลให้สุขภาพจิตของคนในสังคมอ่อนแอไปด้วย

3) ปัจจัยทางด้านกายภาพและสังคม สภาพแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคม จะเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตของคนเรา เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีความสะอาด มีระเบียบวินัย ไม่แออัด ก็จะ使人ไม่เครียด แต่ในสภาพอากาศที่ร้อนเกินไป หนาวเกินไป หรือมีเสียงดังมาก ๆ ก็จะรบกวนจิตใจของคนทำให้เครียด และหงุดหงิดได้ หรือการมีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ดี มีเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานไม่ดี แกร่งแย่งแข่งขันชิงดีชิงเด่น คนก็จะมีสุขภาพจิตไม่ดี หรือสังคมที่มีความแตกต่างระหว่างชนชั้น คนในสังคมก็จะต่างคนต่างอยู่ ไม่มีความสามัคคีกัน ไม่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และอยู่โดยไม่มีการพัฒนาร่วมกัน ไม่ร่วมกันทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความผูกพันทางด้านจิตใจ ชุมชนก็จะเกิดการแตกแยก และเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ

4) ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล นับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพจิตมากที่สุด เพราะบุคคลต้องมีความเข้าใจตนเอง เข้าใจในหน้าที่ และบทบาทของตนเอง ต้องลดความเป็นอัตตาหลง ในการทำงานต้องรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา และมีความเป็นมิตรไมตรีไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน หรือในครอบครัว นอกจากนี้วิสัยทัศน์และคุณธรรมก็มีส่วนสำคัญ เช่น ในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุน้อย

การเรียนรู้และประสบการณ์ในการดูแลตัวเองยังมีน้อย ยังไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อสภาพปัญหา หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ อาจเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ คนที่มีการศึกษามากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะมีความรู้ มีความเข้าใจที่จะดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวได้ดีกว่า

การที่บุคคลมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง จะเป็นบุคคลที่มีศักยภาพหรือมีภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจ มีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา หรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ รู้จักคิดและแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งการจะฝึกจิตใจให้มีความเข้มแข็งได้ จะต้องเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก จากการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อม ถ้าบุคคลสามารถสร้างภูมิคุ้มกันด้านจิตใจได้ก็จะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดสุขภาพจิตของบิดามารดาส่วนใหญ่เกิดจากบุตรได้รับความเจ็บป่วยทางกายแต่ในกรณีที่บุตรปกติยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง คาดว่าปัจจัยดังต่อไปนี้จะมีผลต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล
- 2) ปัจจัยด้านบุตร ได้แก่ อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร
- 3) ปัจจัยบิดามารดา ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา สุขภาพกาย การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส รายละเอียดดังนี้

6.1 ปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

ปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และจำนวนบุตร 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล

6.1.1 ลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

การที่เด็กจะเจริญเติบโตโดยสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจนั้น นอกจากจะมาจากการเลี้ยงดูและเอาใจใส่จากบิดามารดาแล้ว บุคคลในครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้เด็กมีการพัฒนาที่ดีด้วย ครอบครัวเดียวมีความอิสระ ห่างเหินจากญาติพี่น้อง ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่ เลี้ยงดูบุตรจึงเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก(71)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

6.1.2 เศรษฐกิจของครอบครัวกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความเป็นอยู่ของบุคคล ฐานะ เศรษฐกิจ ความเพียงพอ ความพึงพอใจ รายได้มีความสำคัญเพื่อใช้ในการตอบสนองความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่งผลถึงความผาสุกในชีวิตได้ เมื่อรายได้ไม่เพียงพอ หรือเป็นไปตามเกณฑ์ที่ต้องการ อาจทำให้ผู้นั้นเกิดความไม่มีความสุข ไม่สบายใจ หรืออาจก่อให้เกิดความคับข้องใจจนมีอาการทางจิตประสาทได้(42) ดังการศึกษาที่พบว่า มารดานุตรเจ็บบ่วยเรื้อรังที่มีรายได้น้อยมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ามารดาที่มีรายได้สูง (57) สอดคล้องกับการศึกษาของแมคเคลฟ โทมัส บาร์เชียร์ และโคแมน (72) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้แน่นอนมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ทำงานแบบชั่วคราว หรือคนที่ว่างงาน จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านรายได้นั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบุคคล ในลักษณะที่เป็นองค์ประกอบในการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิต แต่ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต นอกเหนือจากรายได้

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (59) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 826 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-60 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ และ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.00017) โดยกลุ่มที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาท ขึ้นไป ถึง 3.67 เท่า

บุษกร อินทรวิชัย (57) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับสถานะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ.2539 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต Mental Health Index ของ The Rand Corporation วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน, t-test และ Stepwise multiple regression ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะสุขภาพจิตของมารดาเด็ก (P-value < 0.05, r = 0.3216) โดยมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงขึ้นจะมีสถานะสุขภาพจิตดีขึ้นด้วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยบุคคลที่มีรายได้พอเพียงกับการใช้จ่ายจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่พอเพียงต่อการใช้จ่าย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำรายได้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า *เศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี*

6.1.3 จำนวนบุตร 0 – 5 ปี ที่อยู่ในความดูแลกับสุขภาพจิตของบิดามารดา ในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

จำนวนบุตรบ่งบอกถึงภาระความรับผิดชอบของบิดามารดาและพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นบุคลิกภาพของคนที่เป็นพี่น้องกัน การเจริญเติบโตของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามอายุและพัฒนาการของเด็ก ดังนั้น เพื่อช่วยให้เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลต้องสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็กได้อย่างเหมาะสม การที่ผู้ดูแลเด็กมีเด็กอยู่ในความดูแลหลายคน อาจจะทำให้ผู้ดูแลต้องมีบทบาทและภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น การที่บุคคลต้องมีหลายบทบาท อาจเกิดความขัดแย้งและความเครียดในการแสดงบทบาทนั้น (43) จากการศึกษางานวิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเด็กกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลโดยตรง แต่มีการนำจำนวนเด็กมาศึกษาในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลเด็กและการปรับตัวของผู้ดูแล

อัจฉริยา ปทุมวัน (73) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ในปี พ.ศ.2534 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 100 คน ใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ ฟิลเคย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและ Multiple regression analysis ผลการศึกษาพบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$, $r = 0.08$) แสดงว่าจำนวนบุตรที่อยู่ในความดูแลของมารดาไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของมารดา

วนิดา ยืนยง (74) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการ กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ในปี พ.ศ. 2537 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 180 คน ใช้แบบสอบถามการปรับตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของรอย (Roy) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและ Stepwise multiple regression ผลการศึกษาพบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$, $r = -0.0276$) แสดงว่า จำนวนบุตรจะมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตร

มณี คูประสิทธิ์ (75) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดา กับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก ในปี พ.ศ.2539 กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 120 คน ใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ เอเวอร์สและคณะ (Evers, et al) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและ Stepwise multiple regression ผลการศึกษาพบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบความสามารถในการดูแลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$, $r = -0.2233$) ซึ่งหมายถึงบิดามารดาที่มีบุตรน้อยจะมีความสามารถในการดูแลเด็กมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรมาก และจำนวนบุตรยังสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลเด็กได้ร้อยละ 8.34

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล การปรับตัว และระดับความเครียดของผู้ดูแล ในส่วนที่ไม่มีความสัมพันธ์นั้น พบว่า ผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กมากกว่า 1 คน จะมีความสามารถในการดูแลน้อย การปรับตัวได้ไม่ดี และมีระดับความเครียดสูงขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำจำนวนบุตรมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า จำนวนบุตรที่อยู่ในความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

6.2 ปัจจัยด้านบุตรกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ปัจจัยพื้นฐานของบุตรกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร

6.2.1 อายุบุตรกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งอายุของเด็กออกเป็น 3 กลุ่ม ตามพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย (64, 66, 67) ได้แก่ วัยทารก (< 1 ปี) วัยเตาะแตะ (1 – 3 ปี) วัยอนุบาล (3 – 5 ปี) การเป็นผู้ดูแลเด็กในแต่ละวัยย่อมจะมีความแตกต่างกันในเรื่องกิจกรรมหรือภาวะในการดูแลเด็ก เพราะเด็กในแต่ละวัยจะมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน เด็กทารกยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการความช่วยเหลือและความเอาใจใส่จากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องมีกิจกรรมหรือภาระในการดูแลมากกว่าเด็กวัยเตาะแตะหรือวัยอนุบาล เด็กวัยเตาะแตะและวัยอนุบาลเริ่มเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นตามลำดับพัฒนาการของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลสามารถลดกิจกรรมหรือภาระในการดูแลเด็กลงได้บ้าง แต่ผู้ดูแลต้องระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กวัยนี้ได้

รจนา ภูไพบูลย์ (4) ศึกษาบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจรูห์มาติกในครอบครัว ในปี พ.ศ.2533 กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดา จำนวน 40 คน ที่พาบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า อายุบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทการดูแลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < 0.05$, $r = 0.2992$) กล่าวคือ เด็กอายุน้อย จะได้รับการดูแลจากบิดามารดามาก แต่เมื่อเด็กอายุมากขึ้นความช่วยเหลือจากบิดามารดาจะลดลง บทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรจะลดน้อยลง

บุษกร อินทรวิชัย (57) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ.2539 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต Mental Health Index ของ The Rand Corporation วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน, t-test และ Stepwise multiple regression ผลการศึกษาพบว่า อายุบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็ก ($P\text{-value} > 0.05$, $r = 0.0044$) แสดงว่า มารดาที่มีบุตรอายุแตกต่างกันมีสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ก้านจิต ศรีนนท์ (68) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ในปี พ.ศ.2541 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 200 คน ใช้แบบวัดการปรับตัวของมารดาที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของรอย (Roy) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการศึกษาพบว่า อายุบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$, $r = 0.2540$) โดยมารดาที่มีบุตรอายุมากจะมีการปรับตัวดีกว่ามารดาที่มีบุตรอายุน้อย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุเด็กมีความสัมพันธ์และไม่มี ความสัมพันธ์กับบทบาท การปรับตัว และสุขภาพจิตของผู้ดูแล ในส่วนที่มีความสัมพันธ์นั้น พบว่า ผู้ที่ดูแลเด็กอายุน้อยจะมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าผู้ที่ดูแลเด็กอายุมาก และเด็กที่อายุน้อยจะ ได้รับการดูแลจากบิดามารดามากกว่าเด็กที่มีอายุมาก ในส่วนที่ไม่มีความสัมพันธ์นั้น พบว่า มารดาที่มีบุตรอายุแตกต่างกันมีสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำอายุเด็กมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า อายุของบุตรมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

6.2.2 เพศบุตรกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เพศมีความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการของบิดามารดาเป็นอย่างมาก บุตรที่เกิดมาและมีเพศตรงตามความต้องการ บิดามารดาขอมได้ให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่ดีกว่าบุตรที่บิดามารดาไม่ต้องการ (69)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า เพศบุตรมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

6.2.3 ลำดับที่ของบุตรกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

มีความหมายและความสำคัญต่อความรู้สึกลึกซึ้งของบิดามารดาแตกต่างกันไป ครอบครัวที่มีบุตรคนเดียวขอมที่จะคาดหวังและทุ่มเทให้กับบุตรมากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะบุตรคนแรกนำมาซึ่งความสุขครั้งยิ่งใหญ่มาสู่ครอบครัว อาจมีผลทำให้บิดามารดาทำทุกอย่างเพื่อสนองความต้องการของบุตรมากกว่าจะสนใจความต้องการของตนเอง บุตรคนแรกและคนสุดท้ายมักมีความหมายที่สุดในครอบครัว สำหรับบุตรคนกลางนั้นมักจะเป็นบุตรที่ถูกกลืน ถูกทอดทิ้งหรือไม่ได้รับความเอาใจใส่ในสองลำดับนั้น บุตรคนที่สองจะได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาที่มีความมั่นใจในวิธีการดูแลมากกว่าบุตรคนแรก (70)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า ลำดับการเกิดของบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

6.3 ปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ปัจจัยพื้นฐานของบิดามารดากับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

6.3.1 อายุกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อายุเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคล บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาในเรื่องต่าง ๆ โดยความสามารถเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ (56) นอกจากนั้น

วัยผู้ใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จได้ด้วยความยืดหยุ่น สามารถสร้างและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรับผิดชอบยอมรับการสูญเสียและความผิดหวังได้ (7)

บุษกร อินทรวิชัย (57) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต Mental Health Index วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน, t-test และ Stepwise multiple regression ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอายุ 31-40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50.6) และอายุมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดา ($P\text{-value} > 0.05$, $r = 0.0100$) แสดงว่า มารดาที่มีอายุแตกต่างกันมีสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จุมพล สมประสงค์ (58) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมือง กาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2540 กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-28 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.00021$) โดยอายุมากขึ้นมีปัญหาสุขภาพจิตมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงสุดถึงร้อยละ 57.9

ธนา นิลชัยโกวิท (59) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 เป็นประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 826 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-60 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ และ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.00001$) โดยกลุ่มที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุสูงกว่า 65 ปี ขึ้นไป พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า อายุของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

6.3.2 การศึกษากับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงการพัฒนาตนเอง ในด้านความรู้ ทักษะ และรวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้ผู้ปกครองสามารถพิจารณาสถานการณ์ของตนเอง และตัดสินใจเพื่อเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม อีกทั้งระดับ

การศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาส และสามารถที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้มาก (60) ดังการศึกษาของหลายคนพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยมีปัญหาสุขภาพจิตสูง (57, 61)

ธนา นิลชัยโกวิทย์ (59) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2539 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 826 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-60 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ และ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับประถมศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 37.9 และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับประถมศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มประถมศึกษา มัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา

บุษกร อินทวิชัย (57) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับสถานะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 160 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต Mental Health Index ของ The Rand Corporation วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ Stepwise multiple regression ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพจิตของมารดาเด็ก ($P\text{-value} > 0.05$) แสดงว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีสถานะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จุมพล สมประสงค์ (58) สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมือง กาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2540 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-28 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 32.9 และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.0093$) โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาดอนต้นมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มประถมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษา

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในส่วนที่มีความสัมพันธ์นั้น พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความซึมเศร้า น้อย มีสุขภาพจิต และมีความพึงพอใจในชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาค่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

6.3.3 อาชีพกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อาชีพเป็นการประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ ที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งเพราะทำให้ผู้ที่มิอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

ธนา นิลชัยโกวิทย์ (59) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 826 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-60 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโลจิสติกส์ และ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ($p\text{-value} = 0.01374$) โดยบุคคลที่ว่างงานจะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าบุคคลที่มีอาชีพ

จุมพล สมประสงค์ (58) สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมือง กาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2540 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-28 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโลจิสติกส์ ผลการศึกษาพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ($P\text{-value} = 0.02870$) แสดงว่า บุคคลที่มีอาชีพแตกต่างกันมีปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษางานวิจัย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์และไม่มี ความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ในส่วนที่มีความสัมพันธ์นั้น พบว่า บุคคลที่ยังประกอบอาชีพอยู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า อาชีพของบิดามารดามีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

6.3.4 โรคประจำตัวกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

สุขภาพกายมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงวัย ถ้าสภาพร่างกายไม่ดีก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตไม่ดีไปด้วย เนื่องจากกายกับจิตมีความสัมพันธ์กัน บุคคลที่มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีก็จะเป็นผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตที่เป็นสุข ส่งผลให้สุขภาพจิตดีกว่าบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

จุมพล สมประสงค์ (58) ดำรงปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมือง กาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2540 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต GHQ-28 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง

เบอร์กแมน (Berkman) (62) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มประชากรทั่วไปที่เมืองอลาบามา รัฐแคลิฟอร์เนีย ในปี ค.ศ.1971 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6,928 คน ใช้แบบวัดสุขภาพจิต Psychological well-being ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยผู้ที่มีสุขภาพกายอยู่ในระดับดีจะมีสุขภาพจิตดีด้วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยผู้ที่มีภาวะสุขภาพกายดีจะมีสุขภาพจิตดีด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำภาวะสุขภาพกายมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่าสุขภาพกายของบิดามารดามีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

6.3.5 การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร

การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดามีความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุตรให้เป็นไปตามวัยที่เหมาะสม โดยเฉพาะการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ต้องการความดูแลเอาใจใส่มากเป็นพิเศษ อาจทำให้เกิดความกดดันในความรู้สึก หรือวิตกกังวล ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของบิดามารดา ซึ่งบิดามารดาจะต้องเข้าใจในหน้าที่และบทบาทของตนเองเพื่อเป็นการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่เป็นปกติสุข

อำไพ วรรณเชษฐอิสรา (63) ศึกษาการรับรู้บทบาทของบิดากับการปฏิบัติตามบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรคนแรกวัย 0-2 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ บิดาที่พานบุตรมารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลเด็กและโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน พบว่า บิดาส่วนใหญ่รับรู้บทบาทของบิดากับการปฏิบัติตามบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.6 และ 65.5 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

6.3.6 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหรือการปรองดองระหว่างคู่สมรส หมายถึง การที่คู่สมรสพยายามปรับตัวเข้าหากันภายหลังการแต่งงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาต่างๆ ที่ทำให้คู่สมรสไม่เข้าใจกัน แต่กลับมีความพึงพอใจชีวิตการแต่งงานและพึงพอใจซึ่งกันและกัน มีความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน พยายามปฏิบัติตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย การปรับตัวของคู่สมรสเป็นการโอนอ่อนผ่อนตามซึ่งกันและกันระหว่างสามีและภรรยา การปรับตัวเป็นกระบวนการและการประเมินผลของการทำหน้าที่ของคน 2 คน ซึ่งแต่งงานกัน เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายองค์ประกอบที่สะท้อนให้เห็นการประเมินผลของคู่สมรสที่มีต่อ ปฏิสัมพันธ์ และหน้าที่ของคู่สมรสซึ่งแต่งงาน และใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน (64)

คู่สมรสที่มีการปรับตัวได้ดีหรือคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี สามารถสังเกตได้จากคู่สมรสมีการแสดงความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน มีความเห็นพ้องกันในเรื่องค่านิยมพื้นฐานมีความสนิทสนมรักใคร่ซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่นให้อภัยซึ่งกันและกัน มีเสน่ห์หาซึ่งกันและกันร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ที่สังเกตได้ไม่ชัดเจน (87)

เนื่องจากสเปนเยร์ (Spanier) (65) ให้ความเห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีลักษณะเป็นกระบวนการ ซึ่งมีลักษณะเป็นการดำเนินอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การวัดคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จึงเป็นการวัด ณ จุดหนึ่งของเส้นตรง ซึ่งอาจวัดตรงจุดที่ปรับตัวได้ดี ซึ่งอยู่ที่ปลายข้างหนึ่งหรืออาจเป็นการวัด การปรับตัวไม่ได้ ซึ่งอยู่ที่ปลายอีกข้างหนึ่ง มากกว่าการวัดกระบวนการปรับเปลี่ยน และการวัดคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส คือ การวัดระดับขององค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ 1) ความพึงพอใจในคู่สมรส 2) ความกลมเกลียวของคู่สมรส 3) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส และ 4) การแสดงความรัก ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คล้ายคลึงกับการวัดคุณภาพ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของ ลีอกเก้ และวอลเลซ (64) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นเพื่อน 2) การเห็นพ้องกัน 3) ความรักใคร่สนิทสนม 4) ความเสน่ห์หาซึ่งกันและกัน

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกระแสดวงกระตุ้น การให้กำเนิดบุตรเป็นตัวกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อาจส่งผล

ต่อภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มสมรสไม่ว่าจะเป็นด้านบวก หรือลบ และกลุ่มสมรสก็ตระหนักว่าเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดชั่วคราว จึงต้องมีการปรับตัวไม่ว่าจะเป็นระหว่างคู่สมรสเองและสมาชิกใหม่ที่เกิดขึ้น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกันมีความห่วงใย ให้กำลังใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร มีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ ทำให้คู่สมรสสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นกรอบคิดในการศึกษาสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เนื่องจากสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายอย่าง จึงพิจารณาจากปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตจึงอาจแบ่งออกได้เป็นปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน ซึ่งปัจจัยภายนอกนั้น ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล หรือความรู้สึกลึกซึ้งนึกถึงของบุคคลนั้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่านอกเหนือจากเรื่องของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดังนี้

1. ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว เศรษฐกิจ ครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0-5 ปีที่อยู่ในการดูแล
2. ปัจจัยด้านบุตร ประกอบด้วย อายุบุตร เพศบุตร และลำดับที่ของบุตร
3. ปัจจัยด้านบิดามารดา ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

และในการประเมินสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดของเวท และแวร์ (Veit & Ware) โดยประเมินสุขภาพจิต 2 ด้าน คือ 1) สุขภาพจิตด้านลบ เป็นความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) ประเมินจาก วิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม และ 2) สุขภาพจิตด้านบวก เป็นความผาสุกทางจิตใจ (Psychological well-being) ประเมินจากความรู้สึทางบวก และความผูกพันทางอารมณ์

โดยคาดว่าปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านบุตร และปัจจัยด้านบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี และปัจจัยทั้ง 3 ด้านสามารถทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross – sectional survey research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0–5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร เป็นบิดามารดาที่ดูแลบุตรวัย 0–5 ปี ซึ่งบุตรไม่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ และเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ ดังนี้

- 1) เป็นบิดามารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่ และเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0–5 ปี ในครอบครัว
- 2) เป็นบุคคลที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจหรือมีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสภาพจิต
- 3) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง
- 4) เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โดยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากตัวแปรตามที่ใช้ในการวิจัยเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม จึงใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อไม่ทราบประชากรที่แน่ชัดในหนังสือของ Daniel (76) ดังนี้

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 Z = ค่าสถิติมาตรฐานได้โค้งปกติที่ $\alpha = 0.05$ ได้ค่า $Z = 1.96$
 d = ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติ กำหนดให้เท่ากับ 0.05
 P = ค่าสัดส่วนประชากรที่ให้ค่าจำนวนตัวอย่างสูงสุด $P = 0.64$ (ได้จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 300 คน ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2542 (77) พบว่ามีสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 36.3)

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{(1.96)^2(0.64)(0.36)}{(0.05)^2} \\ &= 354.04 \end{aligned}$$

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่า 355 คน เพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนและกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 12 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย 400 คน

2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

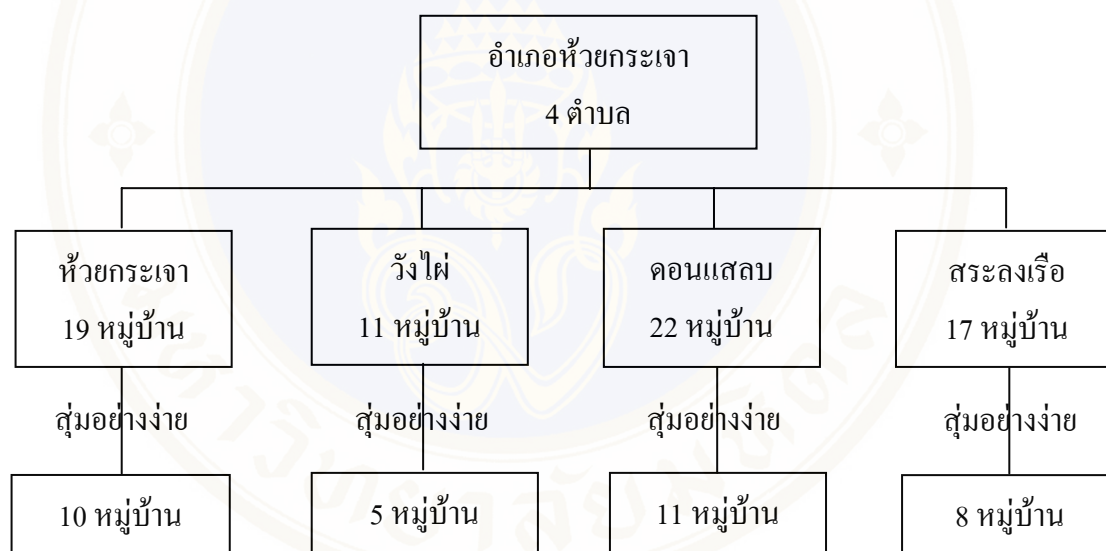
ขั้นที่ 1 กำหนดให้ตำบลเขตอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลห้วยกระเจา ตำบลวังไผ่ ตำบลดอนแสลบ ตำบลสระลงเรือ เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ขั้นที่ 2 นำรายชื่อของหมู่บ้านในแต่ละตำบล มาคัดเลือกทีละตำบล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบจัดกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยวิธีการจับฉลากทีละหมู่บ้านเลือก 1 ใน 2 ของแต่ละตำบล จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 1 ซึ่งได้ทั้งหมด 34 หมู่บ้าน และได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน

ตารางที่ 3.1 จำนวนหมู่บ้าน และจำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบล

ตำบล	จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด	จำนวนหมู่บ้านที่ศึกษา	จำนวนตัวอย่าง (คน)
ห้วยกระเจา	19	10	120
วังไผ่	11	5	60
คอนแสลม	22	11	130
สระลงเรือ	17	8	90
รวม	69	34	400

คัดเลือก 1 ใน 2 ของจำนวนหมู่บ้านๆ ละ 11 – 12 ครัวเรือน



แผนภูมิที่ 3.1 แผนผังการสุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่

3.1.1 ปัจจัยด้านบิดาและมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด อีกส่วนหนึ่งเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกจากตัวเลือกที่กำหนด

3.1.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตร 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด อีกส่วนหนึ่งเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกจากตัวเลือกที่กำหนด

3.1.3 ปัจจัยด้านบุตร ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับที่ของบุตร โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด อีกส่วนหนึ่งเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกจากตัวเลือกที่กำหนด

3.2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาใหม่โดยใช้แนวคิดและองค์ประกอบของสัมพันธภาพคู่สมรส มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก 14 ข้อ และข้อความเชิงลบ 7 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย การให้คะแนนข้อความเชิงบวกถ้าตอบ “เห็นด้วย” ให้ 3 คะแนน “ไม่แน่ใจด้วย” ให้ 2 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อความเชิงลบให้คะแนนกลับกัน ในการแปลผลคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพคู่สมรสในระดับมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำ นอกจากนี้ยังจัดระดับสัมพันธภาพคู่สมรสเป็น 3 ระดับ

คะแนน ≤ 1.33 ($\leq 50\%$) แปลความ มีสัมพันธภาพคู่สมรสในระดับน้อย

คะแนน 1.34 – 2.66 (51%–79%) แปลความ มีสัมพันธภาพคู่สมรสในระดับปานกลาง

คะแนน ≥ 2.67 (≥ 80) แปลความ มีสัมพันธภาพคู่สมรสในระดับมาก

3.3 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นมาใหม่โดยใช้แนวคิดบทบาทที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพร่วมกับการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของตนเองมากที่สุด มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ คือ สม่่าเสมอ บางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำ นอกจากนี้ยังจัดระดับการปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตร เป็น 3 ระดับ

คะแนน ≤ 1.33 ($\leq 50\%$) แปลความ การปฏิบัติบทบาทฯ ในระดับน้อย

คะแนน 1.34 – 2.66 (51%–79%) แปลความ การปฏิบัติบทบาทฯ ในระดับปานกลาง

คะแนน ≥ 2.67 (≥ 80) แปลความ การปฏิบัติบทบาทฯ ในระดับมาก

3.4 แบบสอบถามสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้ในบริบทของการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี มีข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเชิง

บวกจำนวน 11 ข้อ และข้อความเชิงลบจำนวน 23 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การให้คะแนนข้อความเชิงบวกถ้าตอบ “มากที่สุด” ให้ 5 คะแนน “มาก” ให้ 4 คะแนน “ปานกลาง” ให้ 3 คะแนน “น้อย” ให้ 2 คะแนน “น้อยที่สุด” ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อความเชิงลบให้คะแนนกลับกัน โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำ นอกจากนี้ยังจัดระดับสุขภาพจิต 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน ≤ 84 ($\leq 50\%$) แปลความ ระดับสุขภาพจิตไม่ดี

คะแนน 85 – 119 (51%–70%) แปลความ ระดับสุขภาพจิตดีน้อย

คะแนน 120 – 136 (71%–80%) แปลความ ระดับสุขภาพจิตดี

คะแนน ≥ 137 (81%–100%) แปลความ ระดับสุขภาพจิตดีมาก

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมนิยามปฏิบัติการของตัวแปรในการศึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนของข้อคำถาม จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒินำมาปรับแก้เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามที่ทดลองใช้ (Try out)

4.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ บิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี จำนวน 60 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดา มีค่าความเชื่อมั่น 0.71

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา มีค่าความเชื่อมั่น 0.88

แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตร มีค่าความเชื่อมั่น 0.92

แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร มีค่าความเชื่อมั่น 0.78

แบบสอบถามสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี มีค่าความเชื่อมั่น 0.70

แบบสอบถามสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี มีค่าความเชื่อมั่น 0.88

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

5.1 การดำเนินการส่งรายละเอียดของโครงการวิจัย และตัวอย่างเครื่องมือวิจัยเสนอคณะกรรมการพิทักษ์ตัวอย่างวิจัยขององค์กร โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาให้ความเห็นชอบตามเอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์เลขที่ MUPH2009-195 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

5.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มศึกษา โดยผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยการติดต่ออย่างเป็นทางการและนำส่งจดหมายเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.3 ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกแบบสอบถามการวิจัย โดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม ให้ความกระจ่างเกี่ยวกับแบบสอบถาม อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มประชากรที่เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มประชากรทั้งสิ้น

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

6.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และ สาธารณสุขอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ในการขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยทำการวิจัยและเก็บข้อมูล

6.2 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง

6.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้บิดามารดาฟังอย่างละเอียด จากนั้นให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามที่ส่วนจนครบ หากบิดามารดาไม่เข้าใจข้อคำถามจะทบทวนหรืออธิบายเพิ่มเติมจนบิดามารดาเข้าใจ

6.4 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติโดยพิจารณาถึงวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดของตัวแปร ดังนี้

7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป และตัวแปรที่ศึกษา

7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติที (t-test) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05 ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดามารดาซึ่งมีบุตรวัย 0-5 ปี จำนวน 400 คน ผลการศึกษานำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 ข้อมูลด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตร 0-5 ปี ที่อยู่ในการดูแล
- 1.2 ข้อมูลด้านบุตร ได้แก่ อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร
- 1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา และสุขภาพกาย

ส่วนที่ 2 สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสุขภาพจิตของบิดามารดา

ส่วนที่ 5

รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลด้านครอบครัว

จากการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 57) ส่วนมากเป็นครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 47) รองลงมา ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน (ร้อยละ 31.5) เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 12) และไม่เพียงพอต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ 9.5) มีจำนวนบุตรวัย 5-0 ปี ที่อยู่ในการดูแล 1-3 คน โดย

มีจำนวน 2 คน มากที่สุด (ร้อยละ 51.5) รองลงมา 1 คน (ร้อยละ 45) และ 3 คน (ร้อยละ 3.5) ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.1

1.2 ข้อมูลด้านบุตร

ครอบครัวตัวอย่างมีบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล พบว่า เป็นเพศหญิงและชาย ใกล้เคียงกัน มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเตาะแตะ (1 – 3 ปี) ร้อยละ 67.0 รองลงมา วัยอนุบาล (3 – 5 ปี) ร้อยละ 19.0 และวัยทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ร้อยละ 14.0 ตามลำดับ โดยบุตรคนล่าสุดเป็นบุตรคนหลัง ร้อยละ 55 และบุตรคนแรก ร้อยละ 45 รายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละข้อมูลด้านครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	133	57.0
ครอบครัวขยาย	67	43.0
เศรษฐกิจของครอบครัว		
พอเพียงและไม่มีหนี้สิน	94	47.0
พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บ	24	12.0
ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน	63	31.5
ไม่พอเพียงต้องพึ่งพาผู้อื่น	19	9.5
จำนวนบุตร 0 – 5 ปี ที่ในการดูแล		
1 คน	90	45.0
2 คน	103	51.5
3 คน	7	3.5

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละข้อมูลด้านบุตร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
เพศหญิง	123	50.2
เพศชาย	121	49.8
อายุ (ปี)		
0 – 1 ปี	34	14.0
1 – 3 ปี	163	67.0
3 – 5 ปี	47	19.0
Min = 1 เดือน Max = 5 ปี Mean $\pm$ S.D. = 2.05 $\pm$ 0.57		
ลำดับของบุตร		
บุตรคนแรก	90	45.0
บุตรรองลงมา	110	55.0

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ครอบครัว พบว่า เป็นบิดาและมารดา กลุ่มละ 200 คน ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามบิดามารดา ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา พบว่า บิดามีอายุ 19 – 43 ปี อายุเฉลี่ย 28.21 ปี เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีอายุ 20 – 29 ปี และร้อยละ 8 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี การศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 40) รองลงมา อนุปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ 36) และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (ร้อยละ 24) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างและพนักงานบริษัท (ร้อยละ 39) รองลงมา เกษตรกรรมและค้าขาย (ร้อยละ 37) ข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 24) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2 มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รายละเอียดในตารางที่ 4.3

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา พบว่า มารดามีอายุ 17 – 40 ปี อายุเฉลี่ย 26.12 ปี เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ พบว่าร้อยละ 50 มีอายุในช่วง 20 – 29 ปี รองลงมา ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 32.5) และร้อยละ 16.5 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี การศึกษา ส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 37) รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 23) ปริญญาตรี (ร้อยละ 17) ประถมศึกษา (ร้อยละ 14) และอนุปริญญา (ร้อยละ 9) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและ

ค้าขาย (ร้อยละ 40.5) รองลงมา รับจ้าง/พนักงานบริษัท (ร้อยละ 33.5) รับราชการและพนักงานบริษัท (ร้อยละ 16.5) และแม่บ้าน (ร้อยละ 9.5) โดยมารดาเพียงร้อยละ 1 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน รายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

ข้อมูลส่วนบุคคล	บิดา		มารดา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
< 20	16	8.0	33	16.5
20 – 24	49	24.5	51	25.5
25 – 29	56	28.0	51	25.5
30 – 34	45	22.5	51	25.5
≥ 35 ขึ้นไป	34	17.0	14	7.0
Min, Max, Mean ± SD.	19, 43, 28.2 ± 6.0		17, 40, 26.1 ± 5.2	
การศึกษา				
ประถมศึกษา	36	18.0	28	14.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	44	22.0	46	23.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	24	12.0	40	20.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	24	12.0	34	17.0
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	22	11.0	18	9.0
ปริญญาตรี	50	25.0	34	17.0
อาชีพ				
เกษตรกร	57	28.5	61	30.5
รับจ้าง	51	25.5	51	25.5
ราชการ	32	16.0	21	10.5
พนักงานบริษัท	27	13.5	16	8.0
ค้าขาย	17	8.5	20	10.0
วิสาหกิจ	16	8.0	12	6.0
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	-	-	19	9.5

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	บิดา		มารดา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ไม่มี	196	98.0	198	99.0
มี (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)	4	2.0	2	1.0

ส่วนที่ 2 สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ในการประเมินสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพจิตด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม การสูญเสียการควบคุมอารมณ์ และการประเมินสุขภาพจิตในด้านบวก ได้แก่ ความรู้สึกทางบวก และความผูกพันทางอารมณ์ ผลการศึกษา ดังนี้

2.1 สุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่เป็นสุขภาพจิตเชิงลบ ที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านความวิตกกังวล ได้แก่ “กังวลใจอยู่เสมอ” “เครียดอยู่ตลอดเวลา” “ขาดความมั่นใจ” ด้านซึมเศร้า ได้แก่ “รู้สึกเศร้าหดหู่” “อยากร้องไห้” “อยากอยู่คนเดียว/ไม่อยากพบปะผู้คน” ด้านสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ “ตื่นตื้นง่ายกับสิ่งต่างๆ” “เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะคำทอ หรือมีการลงไม้ลงมือ” “มือสั่นตลอดเวลา” ด้านการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ได้แก่ “หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา” “ไม่มีความสุข” “คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง” สำหรับประเด็นที่เป็นสุขภาพจิตเชิงบวก ที่มีน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านความรู้สึกทางบวก ได้แก่ “มีอารมณ์ขัน” “สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ” “มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร” ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ “มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟังคนอื่น” “เอื้อเฟื้อเสียสละต่อผู้อื่น” “เมื่อทำผิดนั้นสามารถกล่าวคำขอโทษกับคนอื่นได้” และประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ด้านความรู้สึกทางบวก ได้แก่ “มีความสุขในการดำเนินชีวิต” “มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร” “สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ” ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ “รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่างๆ อย่างเต็มความสามารถ” “รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด” “เชื่อในความสามารถของตนเอง” รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เป็นรายด้าน พบว่า คะแนนสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด ได้แก่ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกทางบวก ความสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า และด้านสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยรวม พบว่า บิดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 76 และมีระดับสุขภาพจิตดีในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 27 รายละเอียดดังตารางที่ 4.4 และ 4.5

ตารางที่ 4.4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ข้อความ	ร้อยละ					Mean $\pm$ S.D.
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก	
ความวิตกกังวล						
1. กังวลใจอยู่เสมอ*	51.0	36.5	1.5	-	-	4.4 $\pm$ 0.7
2. รู้สึกด้อยค่ากว่าคนอื่น*	86.0	7.0	65.0	-	-	4.8 $\pm$ 0.5
3. ขาดความมั่นใจ*	59.0	37.0	4.0	-	-	4.5 $\pm$ 0.6
4. นอนหลับได้ยาก*	51.0	36.5	1.5	-	-	4.6 $\pm$ 0.7
5. ย้ำคิดกับเรื่องที่กังวลอยู่เสมอ*	81.0	7.5	11.5	-	-	4.7 $\pm$ 0.7
6. ไม่มีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน*	79.5	20.5	-	-	-	4.8 $\pm$ 0.4
7. ปรหม่อง่าย*	86.0	7.0	7.0	-	-	4.8 $\pm$ 0.5
8. เครียดตลอดเวลา*	62.5	30.5	4.5	2.5	-	4.5 $\pm$ 0.7
9. กลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ*	80.5	17.0	2.5	-	-	4.8 $\pm$ 0.5
ความวิตกกังวลรวม						4 $\pm$ 0.5
ซึมเศร้า						
10. อยากร้องไห้*	88.0	12.0	-	-	-	4.9 $\pm$ 0.3
11. รู้สึกเศร้า หดหู่*	88.5	7.0	4.5	-	-	4.8 $\pm$ 0.5
12. อยากอยู่คนเดียว/ไม่อยากพบปะผู้คน*	93.0	7.0	-	-	-	4.9 $\pm$ 0.3
ความซึมเศรารวม						4.9 $\pm$ 0.3

ตารางที่ 4.4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					Mean $\pm$ S.D.
	ไม่มี	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก	
สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม						
13.มีเวลานอนตลอดเวลา*	93.0	7.0	-	-	-	4.9 $\pm$ 0.3
14.ตื่นตื้นง่ายกับสิ่งต่างๆ*	71.0	22.0	7.0	-	-	4.6 $\pm$ 0.6
15.ยอมรับได้กับเรื่องที่ผิดหวัง/ สูญเสีย โดยไม่ตีโพยตีพาย	14.5	14.5	22.5	36.5	12.0	3.2 $\pm$ 1.3
16. มีวิธีแก้ไขเมื่อโกรธ ไม่พอใจ	3.0	12.0	26.5	46.5	12.0	3.5 $\pm$ 1.0
17. เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะคำทอ หรือมี การลงไม้ลงมือ*	77.0	18.5	4.5	-	-	4.7 $\pm$ 0.5
ความสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมรวม						4.2 $\pm$ 0.5
สูญเสียการควบคุมอารมณ์						
18. ไม่มีความสุข*	91.0	9.0	-	-	-	4.9 $\pm$ 0.3
19. หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา*	85.0	15.0	-	-	-	4.9 $\pm$ 0.4
20. คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง*	100.0	-	-	-	-	5.0 $\pm$ 0.0
สูญเสียการควบคุมอารมณ์รวม						4.9 $\pm$ 0.2
ความรู้สึทางบวก						
21. มีความสุขในการดำเนินชีวิต	-	5.0	31.0	34.0	30.0	3.9 $\pm$ 0.9
22. มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรม ร่วมกับบุตร	9.0	-	20.5	40.5	30.0	3.8 $\pm$ 1.1
23. สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ	4.0	9.5	24.5	40.0	22.0	3.7 $\pm$ 1.1
24. เบื่อหน่าย*	58.5	25.5	10.5	5.5	-	4.4 $\pm$ 0.9
25. เหน็ด*	78.0	14.0	6.5	1.5	-	4.7 $\pm$ 0.7
26. มีอารมณ์ขัน	4.0	9.0	38.0	32.5	16.5	3.5 $\pm$ 1.00
ความรู้สึทางบวกรวม						4.0 $\pm$ 0.7

ตารางที่ 4.4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					Mean $\pm$ S.D.
	ไม่มี	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก	
ความผูกพันทางอารมณ์						
27. รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด	-	5.0	38.0	24.0	33.0	3.8 $\pm$ 0.9
28. รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่างๆ อย่างเต็มความสามารถ	-	10.0	26.5	39.0	29.5	3.9 $\pm$ 0.9
29. เมื่อทำผิดฉันสามารถกล่าวคำขอ โทษ กับคนอื่นได้	-	4.5	42.5	40.5	12.5	3.6 $\pm$ 0.76
30. ฉันไม่ยอมรับที่ผู้อื่นต่างไปจาก ฉัน*	51.5	19.0	27.5	2.0	-	4.2 $\pm$ 0.9
31. รู้สึกลำบากใจที่ต้องทำอะไรเพื่อ ผู้อื่น*	25.5	34.0	40.5	-	-	3.8 $\pm$ 0.8
32. มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟัง คนอื่น	-	10.5	44.5	27.5	17.5	3.5 $\pm$ 0.9
33. เชื่อในความสามารถของตนเอง	-	5.0	42.0	26.0	27.0	3.7 $\pm$ 0.9
34. เอื้อเพื่อเสียสละต่อผู้อื่น	-	5.0	48.0	33.5	13.5	3.56 $\pm$ 0.8
ความผูกพันทางอารมณ์รวม						3.8 $\pm$ 0.7
สุขภาพจิตรวม						4.3 $\pm$ 0.4

* ข้อความเชิงลบ

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละระดับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ระดับสุขภาพจิตบิดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสุขภาพจิตดีมาก (≥ 137 คะแนน)	146	73
ระดับสุขภาพจิตดี (120-136 คะแนน)	54	27
Min = 123 Max = 169 Mean $\pm$ S.D. = 146.2 $\pm$ 13.7		

2.2 สุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่เป็นสุขภาพจิตเชิงลบ ที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านความวิตกกังวล ได้แก่ “กังวลใจอยู่เสมอ” “เครียดอยู่ตลอดเวลา” “กลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ” ด้านซึมเศร้า ได้แก่ “อยากร้องไห้” “รู้สึกเศร้าหดหู่” “อยากอยู่คนเดียว/ไม่อยากพบปะผู้คน” ด้านสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ “ตื่นได้ง่ายกับสิ่งต่าง ๆ” “มือสั่นตลอดเวลา” “เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะคำทอ หรือมีการลงไม้ลงมือ” ด้านการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ได้แก่ “คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง” “ไม่มีความสุข” “หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา” สำหรับประเด็นที่เป็นสุขภาพจิตเชิงบวก ที่มีน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก ได้แก่ “สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ” “มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร” “มีอารมณ์ขัน” ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ “เมื่อทำผิดนั้นสามารถกล่าวคำขอโทษกับคนอื่นได้” “มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟังคนอื่น” “เอื้อเฟื้อเสียสละต่อผู้อื่น” และประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ด้านความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก ได้แก่ “มีความสุขในการดำเนินชีวิต” “มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร” “มีอารมณ์ขัน” ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ “เชื่อในความสามารถของตนเอง” “รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด” “รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ” รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เป็นรายด้าน พบว่า สุขภาพจิตด้านต่างๆ ที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า และด้านสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยรวม พบว่า มารดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี ร้อยละ 70 มีระดับสุขภาพจิตดีในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี ร้อยละ 12 และมีระดับสุขภาพจิตดีน้อย ร้อยละ 12 รายละเอียดดังตารางที่ 4.6 และ 4.7

ตารางที่ 4.6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ข้อความ	ร้อยละ					Mean $\pm$ S.D.
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก	
ความวิตกกังวล						
1. กังวลใจอยู่เสมอ*	16.0	49.0	35.0	-	-	3.8 $\pm$ 0.7
2. รู้สึกด้อยค่ากว่าคนอื่น*	82.5	5.5	12.0	-	-	4.7 $\pm$ 0.7
3. ขาดความมั่นใจ*	80.0	8.0	12.0	-	-	4.7 $\pm$ 0.7
4. นอนหลับได้ยาก*	88.0	12.0	-	-	-	4.8 $\pm$ 0.6
5. ย้ำคิดกับเรื่องที่กังวลอยู่เสมอ*	84.0	4.0	12.0	-	-	4.7 $\pm$ 0.7
6. ไม่มีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน*	88.0	12.0	-	-	-	4.8 $\pm$ 0.6
7. ประหม่าง่าย*	79.0	9.0	12.0	-	-	4.7 $\pm$ 0.7
8. เครียดตลอดเวลา*	38.0	50.0	12.0	-	-	4.3 $\pm$ 0.7
9. กลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ*	61.0	27.0	12.0	-	-	4.5 $\pm$ 0.7
ความวิตกกังวลรวม						4.5 $\pm$ 0.6
ซึมเศร้า						
10. อยากร้องไห้*	75.0	13.0	12.0	-	-	4.6 $\pm$ 0.7
11. รู้สึกเศร้า หดหู่*	81.5	6.5	12.0	-	-	4.7 $\pm$ 0.7
12. อยากอยู่คนเดียว/ไม่อยากพบปะผู้คน*	88.0	12.0	-	-	-	4.8 $\pm$ 0.6
ความซึมเศร้ารวม						4.7 $\pm$ 0.6
สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม						
13. มีอสุณตลอดเวลา*	81.5	18.5	-	-	-	4.6 $\pm$ 0.8
14. ตื่นเต้นง่ายกับสิ่งต่างๆ*	76.0	-	12.0	12.0	-	4.4 $\pm$ 1.1
15. ยอมรับได้กับเรื่องที่ผิดหวัง/สูญเสีย โดยไม่ตีโพยตีพาย	-	-	17.5	55.5	27.0	4.1 $\pm$ 0.7
16. มีวิธีแก้ไขเมื่อโกรธ ไม่พอใจ	12.0	-	16.0	45.0	27.0	3.6 $\pm$ 1.2

ตารางที่ 4.6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					Mean $\pm$ S.D.
	ไม่มี	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก	
17. เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะด่าทอ หรือ มีการลงไม้ลงมือ*	76.0	23.0	1.0	-	-	4.6 $\pm$ 0.5
ความถี่ของการควบคุมพฤติกรรมรวม						4.3 $\pm$ 0.4
ความถี่ของการควบคุมอารมณ์						
18. ไม่มีความสุข*	88.0	12.0	-	-	-	4.9 $\pm$ 0.3
19. หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา*	99.0	1.0	-	-	-	5.0 $\pm$ 0.1
20. คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง*	77.0	-	6.5	16.5	-	4.4 $\pm$ 1.2
ความถี่ของการควบคุมอารมณ์รวม						4.8 $\pm$ 0.5
ความรู้สึกทางบวก						
21. มีความสุขในการดำเนินชีวิต	-	-	6.5	14.5	79.0	4.7 $\pm$ 0.6
22. มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรม ร่วมกับบุตร	-	-	17.5	45.5	37.0	4.2 $\pm$ 0.7
23. สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ	5.5	7.5	41.5	8.0	45.0	3.9 $\pm$ 1.2
24. เบื่อหน่าย*	92.5	-	-	-	-	4.9 $\pm$ 0.5
25. เหนงา*	77.0	-	6.5	16.5	-	4.4 $\pm$ 1.2
26. มีอารมณ์ขัน	-	-	31.5	45.5	23.0	3.9 $\pm$ 0.7
ความรู้สึกทางบวกรวม						4.3 $\pm$ 0.6
ความผูกพันทางอารมณ์						
27. รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด	-	-	18.5	27.5	54.0	4.4 $\pm$ 0.8
28. รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่างๆ อย่างเต็มความสามารถ	-	-	18.5	27.5	54.0	4.4 $\pm$ 0.8
29. เมื่อทำผิดฉันสามารถกล่าวคำขอ โทษ กับคนอื่นได้	5.5	-	41.5	26.0	27.0	3.7 $\pm$ 1.0

ตารางที่ 4.6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					Mean $\pm$ S.D.
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก	
30. ฉันไม่ยอมรับที่ผู้อื่นต่างไปจากฉัน*	81.5	-	18.5	-	-	4.6 $\pm$ 0.8
31. รู้สึกลำบากใจที่ต้องทำอะไรเพื่อผู้อื่น*	41.0	-	53.5	5.5	-	3.8 $\pm$ 1.1
32. มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟังคนอื่น	-	-	26.5	32.5	41.0	4.2 $\pm$ 0.8
33. เชื่อในความสามารถของตนเอง	-	-	6.0	28.0	66.0	4.6 $\pm$ 0.6
34. เอื้อเฟื้อเสียสละต่อผู้อื่น	-	-	5.0	50	35.0	4.3 $\pm$ 0.6
ความผูกพันทางอารมณ์รวม						4.3 $\pm$ 0.5
สุขภาพจิตรวม						4.4 $\pm$ 0.5

* ข้อความเชิงลบ

ตารางที่ 4.7 จำนวน และร้อยละระดับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ระดับสุขภาพจิตมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละจำนวน และร้อยละระดับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี
ระดับสุขภาพจิตดีมาก (≥ 137 คะแนน)	154	70
ระดับสุขภาพจิตดี (120-136 คะแนน)	24	12
ระดับสุขภาพจิตดีน้อย (85-119 คะแนน)	24	12
Min =111 Max = 164 Mean $\pm$ S.D. = 150.6 $\pm$ 16.2		

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยใช้สถิติที (t-test) พบว่า บิดามีคะแนนสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่ามารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบสุขภาพจิตบิดา มารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

กลุ่ม	n	Mean	S.D.	t-value	p-value
บิดา	200	4.3	0.4	2.7	< 0.001
มารดา	200	4.4	0.5		

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร

3.1 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดามารดา

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อตามด้าน พบว่า ประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านการยอมรับคือ “ท่านยอมรับในหน้าที่การงานของภรรยา” “ภรรยาของท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องงานอาชีพ” “ท่านยกย่องชมเชยภรรยาอย่างจริงใจ” ด้านความสนิทสนมหาที่มีต่อกันคือ “ท่านและภรรยามีความสัมพันธ์ทางเพศดี/ราบรื่น” “ภรรยาของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ” “เอาใจใส่ทุกข์สุขของกันและกัน” ด้านการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพคือ “การปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ” “พูดเปิดใจเมื่อมีเรื่องกวนใจ” “เมื่อมีความขัดแย้งท่านและภรรยาคุยกันด้วยเหตุผล” “มีความคิดเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง” ด้านการมีบทบาทที่สอดคล้องกันคือ “มีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน” “ฟังเรื่องเงินจากภรรยาไม่ได้” ด้านความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิตคือ “ไปพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ” “ภรรยาของท่านมักทำให้ท่านเกิดความทุกข์ร้อน” “ท่านมีเรื่องกวนใจหลายครั้งเพราะภรรยาเป็นต้นเหตุ” รายละเอียดในตารางที่ 4.9

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดาที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการมีบทบาทที่สอดคล้องกัน ด้านความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต ด้านการยอมรับ และด้านความสนิทสนมหาที่มีต่อกัน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดาโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับมาก (54%) รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (46%) ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 4.9 และ 4.10

ตารางที่ 4.9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรสของบิดา

ข้อความ	ร้อยละ			Mean $\pm$ S.D.	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย		
การยอมรับ					
1. ท่านยอมรับในหน้าที่การงานของภรรยา	86.0	14.0	-	2.9	± 0.4
2. ท่านยกย่องชมเชยภรรยาอย่างจริงใจ	76.5	23.5	-	2.8	± 0.4
3. ภรรยาท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องครอบครัว	76.5	19.0	4.5	2.7	± 0.5
4. ภรรยาท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องงานอาชีพ	83.5	12.0	4.5	2.8	± 0.5
5. ท่านมักหลีกเลี่ยงไม่ยอมพบหน้าภรรยา	65.5	20.5	14.0	1.5	± 0.7
6. ภรรยาท่านมักหาเรื่องทะเลาะกับท่านบ่อย ๆ	23.0	39.5	37.5	1.9	± 0.8
7. ท่านสามารถพึ่งพาภรรยาได้	59.0	33.5	7.5	2.5	± 1.0
การยอมรับรวม				2.62	± 0.36
ความสัมพันธ์หาที่มีต่อกัน					
8. ท่านและภรรยามีความสัมพันธ์ทางเพศดี/ราบรื่น	78.5	16.5	5.0	2.7	± 0.5
9. ภรรยาของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ	77.0	23.0	-	2.8	± 0.4
10. ท่านและภรรยาเอาใจใส่ทุกข์สุขของกันและกัน	72.5	23.0	4.5	2.7	± 0.6
11. ท่านต้องเสียใจเพราะภรรยาบ่อยครั้ง	4.0	30.0	66.0	1.4	± 0.6
12. ภรรยาของท่านมักทำให้ท่านมีความสุขในครอบครัว	70.0	24.0	6.0	2.6	± 0.6
ความสัมพันธ์หาที่มีต่อกันรวม				2.7	± 0.4
การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ					
13. ท่านและภรรยามีการปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ	75.0	25.0	-	2.8	± 0.4
14. เมื่อมีความขัดแย้งท่านและภรรยาคุยกันด้วยเหตุผล	51.5	48.5	-	2.5	± 0.5
15. ภรรยาของท่านมักพูดปลอบใจท่าน เมื่อท่านมีเรื่อง	73.5	15.5	11.0	2.6	± 0.7
กลุ้มใจ					
16. ท่านและภรรยามีความคิดเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง	-	38.5	61.5	1.4	± 0.5
การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพรวม				2.3	± 0.3

ตารางที่ 4.9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรสของบิดา (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ			Mean $\pm$ S.D.	
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย		
การมีบทบาทที่สอดคล้องกัน					
17. ท่านและภรรยามีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน	81.0	15.0	4.0	2.8	± 0.5
18. ท่านพึ่งเรื่องเงินจากภรรยาไม่ได้	18.0	48.5	33.5	1.9	± 0.7
การมีบทบาทที่สอดคล้องกันรวม				2.5	± 0.3
ความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต					
19. ท่านและภรรยามักพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ	40.5	45.0	14.5	2.3	± 0.7
20. ภรรยาของท่านมักทำให้ท่านเกิดความทุกข์ร้อน	-	26.5	73.5	1.3	± 0.4
21. ท่านมีเรื่องกลุ้มใจหลายครั้ง เพราะภรรยาเป็นต้นเหตุ	-	24.5	75.5	1.3	± 0.4
ความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิตรวม				2.6	± 0.4
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดา				2.5	± 0.3

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดา

ระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (1.33 – 2.66 คะแนน)	92	46
มาก ($\geq$ 2.67 คะแนน)	108	54
Min = 2 Max = 3 Mean $\pm$ S.D. = 2.5 $\pm$ 0.50		

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อตามด้าน พบว่าประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านการยอมรับ คือ “ยอมรับในหน้าที่การงานของสามี” “ท่านยกย่องชมเชยสามีอย่างจริงใจ” “เป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องครอบครัว” ด้านความสนิทสนมหาที่มิต่อกัน คือ “สามีของท่านมักทำให้ท่านมีความสุขในครอบครัว” “สามีของท่านให้กำลังใจท่าน

เสมอ” “ท่านและสามี มีความสัมพันธ์ทางเพศดี/ราบรื่น” ด้านการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ คือ “การปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ” “พูดปลอบใจเมื่อมีเรื่องกลุ้มใจ” “เมื่อมีความขัดแย้งท่านและสามีคุยกันด้วยเหตุผล” ด้านการมีบทบาทที่สอดคล้องกัน คือ “มีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน” “พึ่งเรื่องเงินจากภรรยาไม่ได้” ด้านความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต คือ “ไปพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ” “สามีของท่านมักทำให้ท่านเกิดความทุกข์ร้อน” “ท่านมีเรื่องกลุ้มใจหลายครั้งเพราะสามีเป็นต้นเหตุ” รายละเอียดในตารางที่ 4.11

เมื่อพิจารณาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดาเป็นรายด้าน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดาที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านการมีบทบาทที่สอดคล้องกัน ด้านการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการยอมรับ ด้านความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต และด้านความสนิทสนมหาที่มีต่อกัน ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดาโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับมาก (71%) รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (29%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.11 และ 4.12

ตารางที่ 4.11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา

ข้อความ	ร้อยละ			Mean $\pm$ S.D.	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ		
การยอมรับ					
1. ท่านยอมรับในหน้าที่การงานของสามี	93.5	6.5	-	2.9	± 0.3
2. ท่านยกย่องชมเชยสามีอย่างจริงใจ	93.5	6.5	-	2.9	± 0.3
3. สามีท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องครอบครัว	93.5	6.5	-	2.9	± 0.3
4. สามีท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องอาชีพ	72.0	22.5	5.5	2.7	± 0.6
5. ท่านมักหลีกเลี่ยงไม่ยอมพบหน้าสามี	16.5	15.5	68.0	2.5	± 0.8
6. สามีของท่านมักหาเรื่องทะเลาะกับท่านบ่อย ๆ	34.0	35.0	31.0	2.0	± 0.8
7. ท่านสามารถพึ่งพาสามีได้	82.5	17.5	-	2.8	± 0.4
การยอมรับรวม				2.8	± 0.4

ตารางที่ 4.11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ			Mean $\pm$ S.D.
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่มีต่อกัน				
8. ท่านและสามีมีความสัมพันธ์ทางเพศดี/ราบรื่น	92.5	7.5	-	2.9 $\pm$ 0.3
9. สามีของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ	93.5	6.5	-	2.9 $\pm$ 0.3
10. ท่านและสามีเอาใจใส่ทุกข์สุขของกันและกัน	84.0	10.5	5.5	2.8 $\pm$ 0.5
11. ท่านต้องเสียใจเพราะสามีบ่อยครั้ง	22.5	10.5	67.0	2.5 $\pm$ 0.8
12. สามีของท่านมักทำให้ท่านมีความสุขในครอบครัว	95.0	-	5.0	2.9 $\pm$ 0.4
ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่มีต่อกัน รวม				2.8 $\pm$ 0.3
การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ				
13. ท่านและสามีมีการปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ	100.0	-	-	3.0 $\pm$ 0.0
14. เมื่อมีความขัดแย้งท่านและสามีคุยกันด้วยเหตุผล	86.5	13.5	-	2.9 $\pm$ 0.3
15. สามีของท่านมักพูดปลอบใจท่าน เมื่อท่านมีเรื่องกลุ้มใจ	84.0	10.5	5.5	2.8 $\pm$ 0.5
16. ท่านและสามีมีความคิดเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง	24.0	-	76.0	1.5 $\pm$ 0.9
การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพรวม				2.5 $\pm$ 0.2
การมีบทบาทที่สอดคล้องกัน				
17. ท่านและสามีมีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน	88.0	6.5	5.5	2.8 $\pm$ 0.5
18. ท่านพึ่งเรื่องเงินจากสามีไม่ได้	52.5	10.5	37.0	1.8 $\pm$ 0.9
การมีบทบาทที่สอดคล้องกันรวม				2.3 $\pm$ 0.6
ความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต				
19. ท่านและสามีมักพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ	94.5	-	5.5	2.9 $\pm$ 0.5
20. สามีมักทำให้ท่านเกิดความทุกข์ร้อน	18.5	-	81.5	2.6 $\pm$ 0.8
21. ท่านมีเรื่องกลุ้มใจหลายครั้ง เพราะสามีเป็นต้นเหตุ	18.5	5.5	76.0	2.6 $\pm$ 0.8
ความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิตรวม				2.7 $\pm$ 0.5
ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสรวม				2.6 $\pm$ 0.3

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา

ระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (≥ 2.67 คะแนน)	142	71
ปานกลาง (1.33 – 2.66 คะแนน)	58	29
Mean = 2.7 S.D. = ± 0.5 min = 2 max = 3		

3.2 การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา

การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “ดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์” “พาบุตรไปรับวัคซีนครบตามวัย” “จัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นอันตราย เช่น ยา ของมีคม ไว้ในที่ที่ปลอดภัย” ตามลำดับ และประเด็นที่มีน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ “อ่านหรือเล่านิทานให้บุตร” “พาบุตรไปเที่ยวพักผ่อน นอกบ้าน” “ฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร” ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดา

กิจกรรม	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	Mean	S.D.
1. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยกับบุตร	55.0	45.0	-	2.6	± 0.5
2. ท่านจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นอันตราย เช่น ยา ของมีคม ไว้ในที่ที่ปลอดภัย	23.5	76.5	-	2.8	± 0.4
3. ท่านจัดหาของเล่นตามวัยให้บุตร	54.0	46.0	-	2.5	± 0.5
4. ท่านพาบุตรไปรับวัคซีนครบตามวัย	80.5	19.5	-	2.8	± 0.4
5. ท่านดูแลจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้บุตร	55.0	41.5	3.5	2.5	± 0.6
6. ท่านฝึกพัฒนาการให้บุตร	53.0	41.5	5.5	2.5	± 0.60
7. ท่านดูแลเอาใจใส่ให้บุตรได้รับนมและอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย	66.0	30.5	3.5	2.6	$\pm 0.$
8. ท่านดูแลทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัวให้บุตร	44.5	52.0	3.5	2.4	± 0.6
9. ท่านสัมผัส กอดจูบ และนวดให้บุตร	58.5	41.5	-	2.6	± 0.5

ตารางที่ 4.13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดา (ต่อ)

กิจกรรม	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	Mean	S.D.
10. ท่านให้บุตรเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน	44.5	55.5	-	2.5	± 0.5
11. ท่านจัดเตรียมและดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนแก่บุตร	50.5	49.5	-	2.5	± 0.5
12. ท่านอ่านหรือเล่านิทานให้บุตร	9.5	68.5	22.0	1.9	$\pm 0.$
13. ท่านพูดคุยกับบุตรด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและอ่อนโยน	50.5	44.5	5.0	2.5	± 0.6
14. ท่านฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร	42.5	48.0	9.5	2.3	± 0.6
15. ท่านพาบุตรไปเที่ยวพักผ่อนนอกบ้าน	27.5	67.5	5.0	2.2	± 0.3
16. ท่านดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์	81.5	18.5	-	2.8	± 0.4
17. ท่านดูแลบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน	75.0	25.0	-	2.8	± 0.4
18. ท่านเตรียมอาหารให้บุตร	36.5	47.5	16.0	2.2	± 0.7
รวม				2.5	± 0.3

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดาโดยรวม พบว่า บิดาส่วนใหญ่ปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.5) และระดับมาก (ร้อยละ 46.5) รายละเอียดในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดา

ระดับการปฏิบัติบทบาทฯ ของบิดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (≥ 2.67 คะแนน)	93	46.5
ปานกลาง (1.33 – 2.66 คะแนน)	107	53.5
Min = 2 Max = 3 Mean $\pm$ S.D. = 2.5 ± 0.50		

การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “พูดคุยกับบุตรด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและอ่อนโยน” “ดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์” “ดูแลบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน” ตามลำดับ และ ประเด็นที่มีน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ “จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยกับบุตร” “จัดหาของเล่นตามวัยให้บุตร” “ฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร” ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.15

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาโดยรวม พบว่า มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรในระดับมาก (ร้อยละ 64) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 36) รายละเอียดในตารางที่ 4.16

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสุขภาพจิตของบิดามารดา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต่อเนื่อง ด้วยสถิติที (t-test) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) โดยวิเคราะห์ผลตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 – 4 ดังนี้

สมมติฐานข้อ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ตารางที่ 4.15 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา

กิจกรรม	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	Mean	S.D.
1. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยกับบุตร	58.5	41.5	-	2.6	±0.5
2. ท่านจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นอันตราย เช่น ยาของมีคม ไว้ในที่ที่ปลอดภัย	81.5	18.5	-	2.8	±0.4
3. ท่านจัดหาของเล่นตามวัยให้บุตร	60.0	40.0	-	2.6	±0.5
4. ท่านพาบุตรไปรับวัคซีนครบตามวัย	73.0	27.0	-	2.7	±0.5
5. ท่านดูแลจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้บุตร	69.0	31.0	-	2.7	±0.5

ตารางที่ 4.15 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา (ต่อ)

กิจกรรม	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	Mean	S.D.
6. ท่านฝึกพัฒนาการให้บุตร	64.0	36.0	-	2.6	± 0.5
7. ท่านดูแลเอาใจใส่ให้บุตรได้รับนมและอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย	96.0	4.0	-	3.0	± 0.2
8. ท่านดูแลทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัวให้บุตร	69.0	31.0	-	2.7	± 0.5
9. ท่านสัมผัส กอดจูบ และนวดให้บุตร	100.0	-	-	3.0	± 0.0
10. ท่านให้บุตรเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน	91.0	9.0	-	2.9	± 0.3
11. ท่านจัดเตรียมและดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนแก่บุตร	95.0	5.0	-	3.0	± 0.2
12. ท่านอ่านหรือเล่านิทานให้บุตร	64.0	36.0	-	2.6	± 0.5
13. ท่านพูดคุยกับบุตรด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและอ่อนโยน	100.0	-	-	3.0	± 0.0
14. ท่านฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร	72.0	28.0	-	2.7	± 0.5
15. ท่านพาบุตรไปเที่ยวพักผ่อน นอกบ้าน	73.0	27.0	-	2.7	± 0.5
16. ท่านดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์	100.0	-	-	3.0	± 0.0
17. ท่านดูแลบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน	100.0	-	-	3.0	± 0.00
18. ท่านเตรียมอาหารให้บุตร	38.0	55.5	6.5	2.3	± 0.6
รวม				2.8	± 0.2

ตารางที่ 4.16 จำนวน และร้อยละระดับการปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตรของมารดา

ระดับการปฏิบัติบทบาทฯ ของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (≥ 2.67 คะแนน)	128	64
ปานกลาง (1.33 – 2.66 คะแนน)	72	36
Min = 2 Max = 3 Mean $\pm$ S.D. = 2.6 $\pm$ 0.5		

ลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับลักษณะของครอบครัว พบว่า บิดามารดาที่อยู่ในครอบครัวขยายมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดามารดาที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ตามลักษณะครอบครัว พบว่า สุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ในครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า บิดาที่อยู่ในครอบครัวที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่พอเพียงมีสุขภาพจิตดีกว่าบิดาที่อยู่ในครอบครัวที่มีภาวะเศรษฐกิจพอเพียง สำหรับส่วนมารดาที่อยู่ในครอบครัวที่ภาวะเศรษฐกิจพอเพียงมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่พอเพียง

จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า สุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าภาวะเศรษฐกิจครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

จำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรจำนวน 1 คน มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดามารดาที่มีบุตรจำนวน มากกว่า 1 คน

จากการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า สุขภาพจิตบิดา ที่มีจำนวนบุตร 1 คน มีความแตกต่างกับบิดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สรุปได้ว่าจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

สมมติฐานข้อ 2 ข้อมูลด้านบุตร ได้แก่ อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อายุบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับอายุบุตร พบว่า บิดาที่มีบุตรอายุมากกว่า 1 ปี มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดาที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี ส่วนมารดานั้น พบว่า มีค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตเท่ากัน

จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับอายุบุตร พบว่า สุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 1 ปี กับ มากกว่า 1 ปี ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าอายุบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

เพศบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับเพศบุตร พบว่า บิดาที่มีบุตรเป็นเพศชายมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดาที่มีบุตรเป็นเพศหญิง ส่วนมารดานั้นพบว่า มีค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตเท่ากัน

จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับเพศบุตร พบว่า มีสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีบุตรเพศชายกับบุตรเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าเพศบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

ลำดับที่ของบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับลำดับที่ของบุตร พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรคนแรก มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดามารดาที่มีบุตรคนหลัง

จากการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับลำดับที่ของบุตร พบว่า บิดาที่มีบุตรคนแรกมีสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่าบิดาที่มีบุตรคนหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าลำดับที่ของบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

สมมติฐานข้อ 3 ข้อมูลบิตามารดา ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อายุกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0–5 ปี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า อายุบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สำหรับมารดา พบว่าอายุมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ -0.176 จึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.18

การศึกษากับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0–5 ปี

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับการศึกษา พบว่า บิตามารดาที่มีการศึกษามากกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิตามารดาที่มีการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

จากการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับการศึกษา พบว่า สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีการศึกษามากกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 แตกต่างจากกับบิดาที่มีการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

อาชีพกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0–5 ปี

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับอาชีพ พบว่าบิดาที่ทำงานนอกบ้านมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดาที่มีทำงานอยู่ที่บ้าน ส่วนมารดาที่ทำงานอยู่ที่บ้านนั้นมีสุขภาพจิตดีกว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน

จากการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับอาชีพ พบว่า สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สำหรับมารดาที่ทำงานอยู่บ้าน มีสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จึงสรุปได้ว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

โรคประจำตัวกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

พิจารณาจากการมีโรคประจำตัว เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับโรคประจำตัว พบว่า บิดาที่มีโรคประจำตัวมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดาที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนมารดาที่ไม่มีโรคประจำตัวนั้นมีสุขภาพจิตดีกว่ามารดาที่มีโรคประจำตัว

จากการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับโรคประจำตัว พบว่า บิดาที่มีโรคประจำตัว มีสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่าบิดาที่ไม่มีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี รายละเอียดในตารางที่ 4.17

การปฏิบัติบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.4 สำหรับมารดา พบว่าการปฏิบัติบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ - 0.6 รายละเอียดในตารางที่ 4.18

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value < 0.001) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.6 และ 0.8 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

ปัจจัย	บิดา			มารดา		
	Mean	S.D.	p-value	Mean	S.D.	p-value
ปัจจัยด้านครอบครัว						
ลักษณะครอบครัว						
เดี่ยว	4.27	0.39	>0.05	4.36	0.55	>0.05
ขยาย	4.34	0.41		4.48	0.45	
เศรษฐกิจครอบครัว						
พอเพียง	4.28	0.41	>0.05	4.44	0.48	>0.05
ไม่พอเพียง	4.35	0.39		4.41	0.51	
จำนวนบุตร						
1 คน	4.38	0.40	<0.05	4.48	0.45	>0.05
> 1 คน	4.25	0.40		4.39	0.53	
ปัจจัยด้านบุตร						
อายุบุตร						
< 1 ปี	4.30	0.39	>0.05	4.43	0.47	>0.05
> 1 ปี	4.32	0.42		4.43	0.53	
เพศบุตร						
ชาย	4.36	0.40	>0.05	4.43	0.52	>0.05
หญิง	4.26	0.40		4.43	0.48	
ลำดับที่ของบุตร						
บุตรคนแรก	4.37	0.40	<0.05	4.48	0.45	>0.05
บุตรลำดับหลัง	4.25	0.40		4.39	0.53	
ปัจจัยด้านบิดามารดา						
การศึกษา						
≤ มัธยมศึกษา 6	4.21	0.42	<0.001	4.42	0.50	>0.05
> มัธยมศึกษา 6	4.49	0.31		4.44	0.51	

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี (ต่อ)

ปัจจัย	บิดา			มารดา		
	Mean	S.D.	p-value	Mean	S.D.	p-value
อาชีพ						
ทำงานอยู่ที่บ้าน	4.28	0.38	>0.05	4.47	0.47	<0.05
ทำงานนอกบ้าน	4.37	0.44		4.30	0.58	
สุขภาพกาย						
ไม่มีโรคประจำตัว	4.36	0.40	<0.05	4.43	0.49	>0.05
มีโรคประจำตัว	4.74	0.00		3.99	1.02	

ตารางที่ 4.18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ของปัจจัยต่าง ๆ กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ปัจจัย	บิดา		มารดา	
	r	p-value	r	p-value
อายุ	- 0.095	> 0.05	- 0.176	< 0.01
การปฏิบัติบทบาทฯ	0.406	< 0.001	- 0.612	< 0.001
สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส	0.647	< 0.001	0.806	< 0.001

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ปัจจัยทำนาย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล ปัจจัยด้านบุตร ได้แก่ เพศบุตร อายุบุตร และลำดับที่ของบุตร ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สัมพันธภาพระหว่างสมรส และการปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตร โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายว่ามีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) หรือไม่ ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า ตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางและต่ำ โดยตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ บทบาทการเลี้ยงดูบุตรกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($r = 0.61$) และอายุกับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ($r = 0.25$) สำหรับตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ อาชีพกับการศึกษา ($r = -0.73$) อายุกับจำนวนบุตร ($r = -0.46$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับโรคประจำตัว ($r = -0.21$) ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.19

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี มีปัจจัยทำนาย ได้แก่ ปัจจัยด้านบิดา (อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส) ปัจจัยด้านบุตร (อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร) และปัจจัยด้านครอบครัว (ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ อาชีพ การศึกษา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และโรคประจำตัว โดยสามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 73.2 โดยการศึกษา สามารถทำนายความแปรปรวนสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อาชีพ และโรคประจำตัว ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับปัจจัยทำนาย

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. สุขภาพจิต												
2. ลักษณะคค. ¹	0.09											
3. เศรษฐกิจ	-0.08	-0.01										
4. จำนวนบุตร	0.16	-0.03	-0.10									
5. เพศบุตร ²	0.12	-0.04	0.02	0.16*								
6. อายุบุตร	0.03	-0.13*	-0.11	0.07	0.05							
7. ลำดับบุตร ³	-0.16	0.03	0.10	-1.00***	-0.16*	-0.07						
8. อายุ	-0.10	-0.08	0.25***	-0.46***	-0.05	-0.01	0.46					
9. การศึกษา	0.33***	0.02	0.05	-0.050	0.00	0.11	0.05***	0.05				
10. อาชีพ ⁴	-0.11	-0.02	-0.03	0.09	0.07	-0.07	-0.09	-0.04	-0.73***			
11. สุขภาพกาย ⁵	-0.15	0.02	0.10	-0.09	0.00	-0.00	0.09	-0.04	0.11	-0.10		
12. สัมพันธภาพ	0.66***	0.05	-0.13*	0.17**	0.11	0.02	-0.17**	-0.13	-0.21*	0.08	-0.13	
13. บทบาท	0.42***	0.11	0.02	0.08	0.09	0.03	-0.08	-0.08	0.01	-0.14*	-0.21**	0.61***

กลุ่มอ้างอิง ¹ครอบครัวเดี่ยว ²เพศชาย ³บุตรคนแรก ⁴อาชีพนอกบ้าน ⁵โรคประจำตัว

* p-value <0.05 ** p-value <0.01 *** p-value <0.001

ตารางที่ 4.20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรคาดทำนายกับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ตัวแปรคาดทำนาย	b	Beta	t-value	p-value
การศึกษา	0.654	0.783	14.147	< 0.001
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	1.154	0.763	19.709	< 0.001
อาชีพ	0.326	0.384	7.059	< 0.001
โรคประจำตัว	0.272	0.96	2.520	< 0.05
Constant = 1.168				

สามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อใช้ในการทำนายสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ดังนี้

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4$$

แทนค่า $y = 1.168 + 0.654(x_1) + 1.154(x_2) + 0.326(x_3) + 0.272(x_4)$

เมื่อ $y =$ สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

$a =$ ค่าคงที่ (Constant Value)

$b_1 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการศึกษา

$b_2 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

$b_3 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของอาชีพ

$b_4 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของโรคประจำตัว

$x_1 =$ การศึกษา

$x_2 =$ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

$x_3 =$ อาชีพ

$x_4 =$ โรคประจำตัว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายว่ามีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) หรือไม่ ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า ตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันในต่ำถึงสูง โดยตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ อาชีพกับการศึกษา ($r = 0.46$) และอาชีพกับจำนวนบุตร ($r = 0.24$) ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร ($r = -0.52$) รองลงมา อายุมารดากับจำนวนบุตร ($r = -0.46$) อาชีพกับลำดับที่ของบุตร (-0.24) ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.21

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี มีปัจจัยทำนาย ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา (อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส) ปัจจัยด้านบุตร (อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร) ปัจจัยด้านครอบครัว (ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร อายุ และลักษณะครอบครัว โดยสามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 72.6 โดยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนายความแปรปรวนสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ลักษณะครอบครัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และอายุ ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับปัจจัยทำนาย

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. สุขภาพจิต												
2. ลักษณะคค. ¹	0.17**											
3. เศรษฐกิจ	0.03	-0.01										
4. จำนวนบุตร	0.09	-0.03	-0.10									
5. เพศบุตร ²	0.01	-0.04	0.02	0.16*								
6. อายุบุตร	-0.01	-0.13*	-0.11	0.07	0.05							
7. ลำดับบุตร ³	-0.09	0.03	0.11	-1.0***	-0.16*	-0.07						
8. อายุ	-0.18**	-0.10	0.18**	-0.46***	-0.06	0.02	0.46***					
9. การศึกษา	-0.01	-0.08	-0.08	0.03	-0.12	-0.02	-0.03	-0.09				
10. อาชีพ ⁴	0.14*	0.09	-0.03	0.24***	0.06	-0.01	-0.24***	-0.18*	0.46***			
11. สุขภาพกาย ⁵	0.09	0.01	0.12	-0.01	0.00	-0.01	0.01	-0.06	-0.06	-0.06		
12. สัมพันธภาพ	0.81***	0.06	0.01	0.09	0.04	0.10	-0.09	-0.04	-0.08	0.06	0.02	
13. บทบาทฯ	-0.61***	0.09	-0.06	-0.01	-0.16*	0.01	0.01	0.06	-0.03	-0.15*	-0.08	-0.53***

กลุ่มอ้างอิง ¹ครอบครัวเดี่ยว ²เพศชาย ³บุตรคนแรก ⁴อาชีพนอกบ้าน ⁵โรคประจำตัว

* p-value <0.05 ** p-value <0.01 *** p-value <0.001

ตารางที่ 4.22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ตัวแปรคาดทำนาย	b	Beta	t-value	p-value
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	1.189	0.644	14.285	< 0.001
ลักษณะครอบครัว	0.105	0.105	3.352	< 0.001
อายุ	0.772	0.128	6.135	< 0.001
การปฏิบัติบทบาทฯ	0.012	0.277	3.352	< 0.01
Constant = 3.686				

สามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อใช้ในการคาดทำนายสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ดังนี้

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4$$

แทนค่า $y = 3.686 + 1.189 (x_1) + 0.105 (x_2) + 0.772 (x_3) + 0.012 (x_4)$

เมื่อ $y =$ สุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

$a =$ ค่าคงที่ (Constant Value)

$b_1 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการศึกษา

$b_2 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

$b_3 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของอาชีพ

$b_4 =$ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของภาวะสุขภาพ

$x_1 =$ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

$x_2 =$ ลักษณะครอบครัว

$x_3 =$ อายุมารดา

$x_4 =$ บทบาทการเลี้ยงดูบุตร

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ จำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล ลำดับที่ของบุตร การศึกษา การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร โรคประจำตัว และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สำหรับปัจจัยทำนายความแปรปรวนของสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ อาชีพ การศึกษา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และโรคประจำตัว

และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ อายุ อาชีพ การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สำหรับปัจจัยทำนายความแปรปรวนของสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้แก่ อายุ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร

ตารางที่ 4.23 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน	บิดา		มารดา	
	p-value	ผลการทดสอบ	p-value	ผลการทดสอบ
		สมมติฐาน		สมมติฐาน
สมมติฐานข้อที่ 1 สุขภาพจิตบิดาดีกว่า สุขภาพจิตมารดาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรฯ	P < 0.001 ขอมรับสมมติฐานการวิจัย			
สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาฯ				
- ลักษณะครอบครัว	>0.05	ปฏิเสธ	>0.05	ปฏิเสธ
- เศรษฐกิจของครอบครัว	>0.05	ปฏิเสธ	>0.05	ปฏิเสธ
- จำนวนบุตรวัย 0-5 ปี ที่อยู่ในการดูแล	<0.05	ยอมรับ	>0.05	ปฏิเสธ
สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านบุตรมี ความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาฯ				
- เพศ	>0.05	ปฏิเสธ	>0.05	ปฏิเสธ
- อายุ	>0.05	ปฏิเสธ	>0.05	ปฏิเสธ
- ลำดับที่ของบุตร	<0.05	ยอมรับ	>0.05	ปฏิเสธ
สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านบิดามารดามี ความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาฯ				
- อายุ	>0.05	ปฏิเสธ	<0.01	ยอมรับ
- อาชีพ	>0.05	ปฏิเสธ	<0.01	ยอมรับ
- การศึกษา	<0.001	ยอมรับ	>0.05	ปฏิเสธ
- การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรฯ	<0.001	ยอมรับ	<0.001	ยอมรับ
- โรคประจำตัว	<0.001	ยอมรับ	<0.001	ยอมรับ
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส				

ตารางที่ 4.23 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย (ต่อ)

สมมติฐาน	บิดา		มารดา	
	p-value	ผลการทดสอบ สมมติฐาน	p-value	ผลการทดสอบ สมมติฐาน
สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยด้านครอบครัว				
ปัจจัยด้านบุตร และปัจจัยด้านบิดามารดา				
ร่วมกันทำนายสุขภาพจิตบิดามารดา				
ปัจจัยด้านครอบครัว				
- ลักษณะครอบครัว	> 0.05	ไม่รวมทำนาย	< 0.001	รวมทำนาย
- เศรษฐกิจของครอบครัว	> 0.05	ไม่รวมทำนาย	> 0.05	ไม่รวมทำนาย
- จำนวนบุตรวัย 0-5 ปี ที่อยู่ในการดูแล	> 0.05	ไม่รวมทำนาย	> 0.05	ไม่รวมทำนาย
ปัจจัยด้านบุตร				
- เพศ	> 0.05	ไม่รวมทำนาย	> 0.05	ไม่รวมทำนาย
- อายุ	> 0.05	ไม่รวมทำนาย	> 0.05	ไม่รวมทำนาย
- ลำดับที่ของบุตร	> 0.05	ไม่รวมทำนาย	> 0.05	ไม่รวมทำนาย
ปัจจัยด้านบิดามารดา				
- อายุ	> 0.05	ไม่รวมทำนาย	< 0.001	รวมทำนาย
- อาชีพ	< 0.001	รวมทำนาย	> 0.05	ไม่รวมทำนาย
- การศึกษา	< 0.001	รวมทำนาย	> 0.05	ไม่รวมทำนาย
- การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร	> 0.05	ไม่รวมทำนาย	< 0.001	รวมทำนาย
บุตร				
- โรคประจำตัว	< 0.05	รวมทำนาย	> 0.05	ไม่รวมทำนาย
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	< 0.001	ไม่รวมทำนาย	< 0.01	รวมทำนาย

บทที่ 5

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี มีวัตถุประสงค์สำคัญ 5 ประการ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบิดามารดา (อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส) กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุตร (อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร) กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว (ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล) กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี และ 5) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านบิดามารดา ปัจจัยด้านบุตร และปัจจัยด้านครอบครัว ต่อสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตบิดามารดา จำแนกเป็น 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 5 – 0 ปี ที่อยู่ในการดูแล ปัจจัยด้านบุตร ประกอบด้วย เพศ อายุ และลำดับที่ของบุตร และปัจจัยด้านบิดามารดา ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว บทบาทในการเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

ในการอภิปรายผลจะนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย และ ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

1.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านด้านบิดามารดา (อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส)

ปัจจัยด้านบุตร (อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร) ปัจจัยด้านครอบครัว (ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล) กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ผู้วิจัยจึงต้องศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของทั้งบิดามารดาและบุตรดังกล่าว รวมถึงตัวแปรอื่นที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยแบบสำรวจ ซึ่งการวิจัยแบบสำรวจเป็นการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างที่เลือกมาโดยใช้เทคนิคทางสถิติเข้าช่วย ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเดินเข้าไปในชุมชนและแจกแบบสอบถามตามบ้าน ซึ่งเป็นข้อดีที่ทำให้ได้ศึกษาลักษณะชุมชน ลักษณะความเป็นอยู่ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ผลการศึกษา นอกจากนี้การวิจัยแบบสำรวจยังครอบคลุมได้หลายลักษณะ คือ เป็นการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากตัวแปรตามที่ใช้ในการวิจัยเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม จึงใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อไม่ทราบประชากรที่แน่ชัดในหนังสือของ Daniel (76) และคัดเลือกกลุ่มโดยสุ่มอย่างง่ายหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยเก็บข้อมูลการวิจัยกับบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรียินยอมเข้าร่วมในการศึกษา โดยลงนามในเอกสารยินยอมตนให้ทำวิจัย ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณได้ไม่น้อยกว่า 355 คน ในการเก็บข้อมูลการวิจัยผู้วิจัยได้เพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 12 ดังนั้นในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามนั้นเก็บรวมทั้งสิ้น 400 คน จากการเก็บข้อมูลจริง พบว่า มีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 400 ตัวอย่าง ดังนั้นจึงเป็นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือมีจำนวนเพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษากลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นตัวแทนที่ดี แต่อย่างไรก็ตามในแต่ละอำเภอที่ศึกษานี้พบว่าข้อมูลประชากรที่ได้จากฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยกระเจาเป็นข้อมูลที่สำรวจคนละช่วงเวลา ทำให้ข้อมูลประชากรที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้ไม่สามารถตรวจนับรายชื่อบิดามารดาที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่แท้จริงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตรวจสอบเพิ่มเติมจากบัญชีรายชื่อจากโรงพยาบาลสุขภาพชุมชนตำบลแต่ละแห่ง เพื่อให้ได้จำนวนประชากรของแต่ละอำเภอใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง มีลักษณะเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบสอบถามบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนได้ผ่านการ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 60 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่น(Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.70 – 0.92

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านเกณฑ์คุณภาพเครื่องมือ คือ มีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้คือมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 ทุกเครื่องมือ ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมในระดับที่ยอมรับได้ (78) ดังนั้นเครื่องมือการวิจัยในการศึกษานี้มีคุณภาพเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัย และข้อมูลที่ได้สามารถวัดตัวแปรการศึกษาได้อย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถทำความเข้าใจกับข้อคำถามในแบบสอบถามได้เป็นอย่างดี และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาอ่านทำความเข้าใจสาระของข้อคำถามด้วยตนเอง และตอบจากความรู้สึกที่แท้จริงโดยไม่จำกัดเวลา มีอิสระในการตอบทำให้ปราศจากอคติ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงเพิ่มเติมถึงการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ และจะมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและมีความคลาดเคลื่อนต่ำ

1.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะของตัวแปร และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับ สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่ ในกรณีที่ตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ 2 กลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติที (t-test) ส่วนตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งเข้ากับรูปแบบของการวิเคราะห์ที่สามารถบอกขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์และความมากน้อยของขนาดของอิทธิพลต่อตัวแปรตามได้ และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยต่างๆ ที่ร่วมกันทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ในอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ด้วยตัวแปรตามมีลักษณะการวัดเป็นสเกล ดังนั้นการใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้จะสามารถทำให้ได้ชุดตัวแปรที่ดีที่สุดและน้อยที่สุด (78) ซึ่งการใช้สถิติดังกล่าวเหมาะสมกับการตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ดังนั้นสถิติที่ใช้ จึงมีความเหมาะสมมากกว่าใช้สถิติอื่น

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะครอบครัว จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ครอบครัว พบว่า ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 57 และเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 43 ส่วนมากมีรายได้เพียงพอไม่มีหนี้สิน (47%) รองลงมา ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน (31.5%) พอเพียงและเหลือเก็บ (12%) และไม่พอเพียงต้องพึ่งพาผู้อื่น (9.5%) โดยครอบครัวส่วนมากมีจำนวนบุตรวัย 5 – 0 ปี ที่อยู่ในการดูแล 1 – 3 คน ส่วนมากจำนวน 2 คน (51.5%) 1 คน (45%) และ 3 คน (3.5%) ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของบุตร วัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแลของครอบครัว พบว่าเป็นเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี เมื่อจัดกลุ่มเป็นช่วงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเตาะแตะ (1 – 3 ปี) ร้อยละ 66.8 รองลงมา วัยอนุบาล (3 – 5 ปี) ร้อยละ 19.3 และวัยทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ โดยบุตรคนล่าสุดของครอบครัว เป็นบุตรลำดับหลัง ร้อยละ 55 และบุตรคนแรก ร้อยละ 45

ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 19 – 43 ปี อายุเฉลี่ย 28.21 ปี เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีอายุ 20 – 29 ปี และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 40 มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา อนุปริญญาขึ้นไป (36%) และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (24%) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและพนักงานบริษัท (39%) รองลงมา เกษตรกรรมและค้าขาย (37%) และข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (24%) ตามลำดับ โดยมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกร้อยละ 98 ไม่มีโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 17-40 ปี มีอายุเฉลี่ย 26.12 ปี เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ พบว่าร้อยละ 25.5 มีอายุในช่วง 20-24 ปี 25-29 ปี และ 30-34 ปี เท่ากัน ร้อยละ 7 มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงระดับปวช. เท่ากันทุกระดับ ร้อยละ 37 และมีการศึกษาสูงกว่าระดับอนุปริญญา ร้อยละ 28 มารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ร้อยละ 40.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 33.5 รับราชการและพนักงานบริษัท ร้อยละ 16.5 เป็นแม่บ้านร้อยละ 9.5 พบว่ามารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 99 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 1 เป็นโรคเบาหวาน

2. สุขภาพจิตบิิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

สุขภาพจิตบิิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกทางบวก ความสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า และด้านสูญเสียการควบคุมอารมณ์ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากสุขภาพจิตของบิิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยรวม พบว่าบิิตามารดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 76 และมีระดับสุขภาพจิตดีในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 27 อธิบายได้ว่า บิิตามารดาให้ความสนใจในบทบาทหน้าที่ของตน และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนในครอบครัวได้ดี

สุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกทางบวก ความสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า และด้านสูญเสียการควบคุมอารมณ์ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากสุขภาพจิตบิิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยรวมพบว่ามารดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 70 มีระดับสุขภาพจิตดีในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 12 และมีระดับสุขภาพจิตดีน้อย ร้อยละ 12 อธิบายได้ว่า วัตุุติและคุณวุฒิก็มีส่วนสำคัญ เช่น ในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุน้อย การเรียนรู้และประสบการณ์ในการดูแลตัวเองยังมีน้อย ยังไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อสภาพปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ อาจเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ คนที่มีการศึกษามากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะมีความรู้ มีความเข้าใจที่จะดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวได้ดีกว่า

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตบิิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี

ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว จำนวนบุตรวัย 0 - 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า

3.1 ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษาอยู่ในชุมชนชนบท เป็นการอยู่แบบเครือญาติ มีการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือถึงแม้ว่าจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไป แต่บริเวณบ้านก็ยังอยู่ติดกัน จึงมีการช่วยเหลือในการดูแล ดังนั้นลักษณะครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

3.2 ลักษณะเศรษฐกิจครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้อง

กับธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (54) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2539 และบุษกร อินทรวิชัย (57) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ.2539 อธิบายได้ว่า ในกลุ่มที่ศึกษาเป็นการศึกษาเศรษฐกิจทั้งครอบครัว ส่วนใหญ่บิดาเป็นผู้หารายได้มากกว่ามารดา และรายได้ที่ได้มาก็เพียงพอในการดูแลครอบครัว จึงไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

3.3 จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มบิดาที่ศึกษาบอกว่าการที่มีจำนวนบุตรมากขึ้นทำให้เพิ่มภาระในการดูแล ความเป็นส่วนตัวลดน้อยลง การพักผ่อนน้อยลง ทำให้ดูแลบุตรได้ ไม่ดีเท่าที่ควร แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า จำนวนบุตรมากหรือน้อยนั้นก็ไม่ได้ส่งผลเนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของมารดาในการดูแลบุตร การให้ความรัก การเอาใจใส่ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (73) วนิดา ยืนยง (74) และมณี คูประสิทธิ์ (75) ที่พบว่าจำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี

ปัจจัยด้านบุตร ประกอบด้วย อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร ผลการศึกษาพบว่า

4.1 อายุบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับบุษกร อินทรวิชัย (57) ที่พบว่า อายุบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็ก แตกต่างกับงานวิจัยของรุจา ภูไพบูลย์ (4) พบว่า อายุบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทการดูแลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายเด็กอายุน้อยจะได้รับการดูแลจากบิดามารดามาก แต่เมื่อเด็กอายุมากขึ้นความช่วยเหลือจากบิดามารดาจะลดลง บทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรจะลดน้อยลง (4) นอกจากนี้บุตรวัย 0 – 5 ปี เป็นระยะที่การตอบสนองของบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูมีความสำคัญอย่างมากในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของทารก คือ การได้รับอาหาร ความปลอดภัย ความรัก การอุ้ม การสัมผัส ความสุขสบาย ถ้าทารกได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอและ

สม่ำเสมอ (64, 66, 67) แสดงว่าบิดามารดาสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้จึงไม่เกิดปัญหาในการเลี้ยงและไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาเช่นกัน

4.2 เพศบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า เพศเป็นสิ่งสำคัญของความต้องการของครอบครัวแต่เมื่อมีบุตรเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นเพศอะไรบิดามารดาก็ต้องแสดงบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม บิดารู้สึกสบายใจกว่าถ้าบุตรที่ดูแลเป็นเพศเดียวกับตน (69) ส่วนมารดานั้นพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเท่ากัน

4.3 ลำดับที่ของบุตรโดยบุตรคนแรกมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีบุตรคนเดียวย่อมที่จะคาดหวังและทุ่มเทให้กับบุตรมากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะบุตรคนแรกนำมาซึ่งความสุขครั้งยิ่งใหญ่มาสู่ครอบครัว อาจมีผลทำให้บิดามารดาทำทุกอย่างเพื่อสนองความต้องการของบุตรมากกว่าจะสนใจความต้องการของตนเอง บุตรคนแรกและคนสุดท้ายมักมีความหมายที่สุดในครอบครัว การที่ต้องเลี้ยงดูบุตรคนแรกยังขาดประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ ในการเลี้ยงดูบุตร อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ ส่วนมารดานั้นพบว่าลำดับที่ของบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี (70)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบิดามารดากับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี

ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่า

5.1 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สอดคล้องกับบุญกร อินทรวิชัย (57) อายุไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่อายุมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับจุมพล สมประสงค์ (58) และธนา นิลชัยโกวิท (59) โดยอายุมากขึ้นมีปัญหาสุขภาพจิตมาก และอายุเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคล บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาในเรื่องต่าง ๆ โดยความสามารถเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ (56) นอกจากนั้นวัยผู้ใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จได้ด้วย

ความยืดหยุ่น สามารถสร้างและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรับผิดชอบ ยอมรับการสูญเสียและความผิดหวังได้ (7)

5.2 อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) แต่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า บิดาที่ทำงานนอกบ้านได้มีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น ได้รับรู้ข่าวสารต่างๆ ทำให้มีแนวทางในการดูแลบุตรได้มากขึ้นกว่าบิดาที่ทำงานอยู่กับบ้าน ส่วนมารดาที่ทำงานอยู่ที่บ้านนั้นมีความสุขจิตดีกว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน อธิบายได้ว่า มารดามีความรู้สึกที่ได้ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด มากกว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิท (59) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

5.3 การศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสดูแลและสามารถที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้มาก สามารถที่จะนำความรู้มาใช้ในการเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่า ในขณะที่มารดานั้นไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใดก็ตาม ก็จะมีคามสนใจดูแลเอาใจใส่ในการดูแลบุตร ด้วยเป็นหน้าที่ของแม่ จึงทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อินทวิชัย (57) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิต

5.4 โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า บิดาที่มีโรคประจำตัว ต้องมีการไปพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถที่จะปรับตัวในการดูแลตนเองได้ดี ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวก็ไม่ได้ส่งผลกระทบต่ออาการเลี้ยงดูบุตร แต่กลับสามารถที่จะปรับตัวได้ดีและเหมาะสมกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ จุมพล สมประสงค์ (58) ที่พบว่า สุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต และเบอร์กแมน (Berkman) (62) ที่พบว่า สภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพจิต ในขณะที่มารดานั้นการเจ็บป่วยหรือการมีโรคประจำตัวไม่มีผลต่อสุขภาพจิต ด้วยมารดามีความตระหนักในการทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าสุขภาพกายจึงไม่มีผลต่อสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรแต่อย่างไร

5.5 การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้อง

กับ อำไพ วรรณเศรษฐิสร (61) ที่พบว่า บิดาส่วนใหญ่รับรู้บทบาทของบิดากับการปฏิบัติตามบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า บิดามารดาที่รับรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนก็สามารถที่จะดูแลบุตรได้ดี อย่างไรก็ตามในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดานั้น พบว่า การปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตฯ อธิบายได้ว่าการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดามีความสำคัญต่อการพัฒนานุคลิกภาพของบุตรให้เป็นไปตามวัยที่เหมาะสม โดยเฉพาะการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ต้องการความดูแลเอาใจใส่มากเป็นพิเศษ อาจทำให้เกิดความกดดันในความรู้สึก หรือวิตกกังวลก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดา ซึ่งบิดามารดาจะต้องเข้าใจในหน้าที่และบทบาทของตนเองเพื่อเป็นการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่เป็นปกติสุข

5.6 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความห่วงใย ร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรทำให้บิดามารดาปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวและบทบาทหน้าที่ได้ (64)

6. ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพของคู่สมรส และโรคประจำตัว สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 73.2 โดยที่การศึกษาเป็นตัวแปรทำนายอันดับหนึ่ง และในกลุ่มมารดา พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ สัมพันธภาพของคู่สมรส การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร อายุ และลักษณะครอบครัว สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 72.6 โดยสัมพันธภาพของคู่สมรส เป็นตัวแปรทำนายอันดับหนึ่ง อธิบายได้ว่า

ระดับศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ (59) และ จุมพล สมประสงค์ (58) ที่พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาดำรงระดับประถมศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตและไม่สอดคล้องกับบุษกร อินทวิชัย (57) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพจิต ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงการพัฒนาตนเองในด้านความรู้ ทักษะ และรวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้บุคคลสามารถพิจารณาสถานการณ์ของตนเอง และตัดสินใจเพื่อเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม อีกทั้งระดับการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาส และสามารถที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้มาก

อาชีพ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานของ นิลชัยโกวิท (59) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต และแตกต่างกับการศึกษาของจุมพล สมประสงค์ (58) อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายได้ว่าอาชีพเป็นการประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งเพราะทำให้ผู้ที่มิอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

โรคประจำตัว ผลการศึกษาคือสอดคล้องกับการศึกษาของจุมพล สมประสงค์ (58) ที่พบว่า ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง และสอดคล้องกับเบอร์กแมน (Berkman) (62) ที่พบว่าสภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพจิต อธิบายได้ว่าถ้าสุขภาพร่างกายไม่ดีก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตไม่ดีไปด้วย เนื่องจากกายกับจิตมีความสัมพันธ์กัน บุคคลที่มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีก็จะเป็นผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตที่เป็นสุข ส่งผลให้สุขภาพจิตดีกว่าบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัว

อายุ จากผลการศึกษาไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของจุมพล สมประสงค์ (58) ที่พบว่า อายุมากขึ้นมีปัญหาสุขภาพจิตมากและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิลชัยโกวิท (59) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของบุญกร อินทรวิชัย (57) ที่พบว่า อายุมีผลไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดา ซึ่งอธิบายได้ว่า เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคล บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหในเรื่องต่างๆ โดยความสามารถเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ

บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร จากผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ วรรณเชษฐอิสรา (63) พบว่า บิดาส่วนใหญ่รับรู้บทบาทของบิดากับการปฏิบัติตามบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่า การปฏิบัติตามบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามีความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุตรให้เป็นไปตามวัยที่เหมาะสม โดยเฉพาะการปฏิบัติตามบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ต้องการความดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ อาจทำให้เกิดความกดดันในความรู้สึก หรือวิตกกังวล ก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตบิดามารดา ซึ่งบิดามารดาจะต้องเข้าใจในหน้าที่และบทบาทของตนเองเพื่อเป็นการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่เป็นปกติสุข และในส่วนอายุของมารดา

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส สเปนเนียร์ (Spanier) (65) กล่าวว่า การปรับตัวของคู่สมรสเป็นการโอนอ่อนผ่อนตามซึ่งกันและกันระหว่างสามีและภรรยา ร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรทำให้บิดามารดาปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวและบทบาทหน้าที่ได้

ลักษณะครอบครัว จากผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องของปัจจัยภายนอกคือปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว ที่ว่าการเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิต เพราะครอบครัวเป็นตัวกำหนดจิตของบุคคลตั้งแต่ในวัยเด็ก ครอบครัวจะเป็นตัวอย่างและแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็ก หากพื้นฐานของครอบครัวดี มีความรัก ความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวเข้าใจซึ่งกันและกัน ดูแลและให้กำลังใจกัน ถ้าพ่อแม่มีเวลาในการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนในสิ่งที่ดีลูกก็จะรับแต่สิ่งที่ดี ซึ่งจะช่วยหล่อหลอมให้เด็กเป็นคนดี การมีแบบอย่างของชีวิตครอบครัวที่ไม่ดี มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง มีการแสดงออกในทางก้าวร้าว ครอบครัวก็จะอยู่อย่างไม่มีความสุข เกิดการแตกแยกหรือมีปัญหาหย่าร้างขึ้น ซึ่งจะบั่นทอนสุขภาพจิตของคนในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กจะซึมซับสิ่งไม่ดีต่าง ๆ ได้ง่าย และนำไปสู่การมีพฤติกรรมไม่ดีได้ หากสถาบันครอบครัวอ่อนแอจะส่งผลให้สุขภาพจิตของคนในสังคมอ่อนแอไปด้วย (7)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านด้านบิดามารดา (อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส) ปัจจัยด้านบุตร (อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร) ปัจจัยด้านครอบครัว (ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล) กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบเอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการบรรยายคุณลักษณะของตัวแปร และใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลครอบครัว จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ครอบครัว พบว่า ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 57 และเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 43 ส่วนมากมีรายได้เพียงพอไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 47) รองลงมา ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน (ร้อยละ 31.5) พอเพียงและเหลือเก็บ (ร้อยละ 12) และไม่พอเพียงต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ 9.5) โดยครอบครัวส่วนมากมีจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล 1 – 3 คน ส่วนมากจำนวน 2 คน (ร้อยละ 51.5) 1 คน (ร้อยละ 45) และ 3 คน (ร้อยละ 3.5) ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลทั่วไปของบุตร วัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแลของครอบครัว พบว่า เป็นเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี เมื่อจัดกลุ่มเป็นช่วงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเตาะแตะ (1 – 3 ปี) ร้อยละ 66.8 รองลงมา วัยอนุบาล (3 – 5 ปี) ร้อยละ 19.3 และวัยทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ โดยบุตรคนล่าสุดของครอบครัว เป็นบุตรลำดับหลังร้อยละ 55 และบุตรคนแรก ร้อยละ 45

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 19 – 43 ปี อายุเฉลี่ย 28.21 ปี เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีอายุ 20 – 29 ปี และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 40 มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา อนุปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ 36) และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (ร้อยละ 24) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและพนักงานบริษัท (ร้อยละ 39) รองลงมา เกษตรกรรมและค้าขาย (ร้อยละ 37) และข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 24) ตามลำดับ โดยมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกร้อยละ 98 ไม่มีโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 17-40 ปี มีอายุเฉลี่ย 26.12 ปี เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ พบว่าร้อยละ 25.5 มีอายุในช่วง 20-24 ปี 25-29 ปี และ 30-34 ปี เท่ากัน ร้อยละ 7 มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงระดับปวช. เท่ากันทุกระดับ ร้อยละ 37 และมีการศึกษาสูงกว่าระดับอนุปริญญา ร้อยละ 28 มารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ร้อยละ 40.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 33.5 รับราชการและพนักงานบริษัท ร้อยละ 16.5 เป็นแม่บ้านร้อยละ 9.5 พบว่ามารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 99 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 1 เป็นโรคเบาหวาน

2. สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ในการประเมินสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แบ่งเป็นการประเมินสุขภาพจิตในเชิงลบ ได้แก่ ด้านความวิตกกังวล ด้านซึมเศร้า ด้านสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม สูญเสียการควบคุมอารมณ์และในเชิงบวก ได้แก่ ด้านความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก และ ด้านความผูกพันทางอารมณ์

สุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก ความสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า และด้านสูญเสียการควบคุมอารมณ์ พบว่าบิดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 76 และมีระดับสุขภาพจิตดีในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 27

สุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก ความสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม

ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า และด้านสูญเสียการควบคุมอารมณ์ พบว่ามารดาที่มีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 70 มีระดับสุขภาพจิตดีในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 12 และมีระดับสุขภาพจิตดีน้อย ร้อยละ 12

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับสุขภาพจิตของบิดามารดา

ลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ในครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะครอบครัว

ลักษณะเศรษฐกิจครอบครัวกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สรุปได้ว่าสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะเศรษฐกิจครอบครัว

จำนวนบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีจำนวนบุตร 1 คน มีความแตกต่างกับบิดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

อายุบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 1 ปี กับ มากกว่า 1 ปี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ

เพศบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีบุตรเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศบุตร

ลำดับบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีคนแรก มีความแตกต่างกับบิดาที่มีบุตรคนรอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

อายุกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อายุของบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สำหรับในกลุ่มมารดา พบว่า อายุมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ - 0.2

การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีการศึกษามากกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีความแตกต่าง กับบิดาที่มีการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

อาชีพกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ส่วนสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ทำงานนอกบ้าน มีความแตกต่างกับมารดาที่ทำงานอยู่กับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สุขภาพกายกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีโรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่าง กับมารดาที่ไม่มีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

การปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตรกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี การปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตรของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สำหรับในกลุ่มมารดาพบว่า อายุมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ -0.6

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับสุขภาพจิตบิตามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน เท่ากับ 0.6 และ 0.8 ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี มีปัจจัยทำนาย ได้แก่ ลักษณะครอบครัว เศรษฐกิจครอบครัว จำนวนบุตร เพศบุตร อายุบุตร ลำดับที่ของบุตร อายุ การศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย การปฏิบัติบทบาทการเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดา พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ อาชีพ การศึกษา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และโรคประจำตัว สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 73.2 โดยการศึกษา สามารถทำนายความแปรปรวนสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อาชีพ และโรคประจำตัว ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดา พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร อายุ และลักษณะครอบครัว สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 72.6 โดย สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนายความแปรปรวนสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ลักษณะครอบครัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และอายุ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาบิดา โรคประจำตัว บิดา อายุของมารดา อาชีพมารดา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดามารดา บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และส่งเสริมให้บิดามารดามีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต พัฒนาการของบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล ให้เจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมควรมีการดำเนินการดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บิดามารดามีบุตรในเวลาที่เหมาะสม ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้

ความรู้ คู่สมรรถนะที่จะแต่งงานมีครอบครัว ส่งเสริมให้มีการวางแผนครอบครัวโดยเน้นให้มีบุตรเมื่อพร้อม ทั้งในด้านเศรษฐกิจ หน้าที่การงาน มีความพร้อมในการใช้ชีวิตคู่และบทบาทของการเป็นพ่อแม่ รวมทั้งปลูกฝังความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร

2. บุคลากรทางการแพทย์ ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้บิดามารดามีการรับรู้ เพื่อก่อให้เกิดเจตคติที่ดีและเล็งเห็นความสำคัญของพัฒนาการของตนในการเลี้ยงดูบุตรให้มากขึ้น โดยเน้นให้บิดามารดาคำนึงถึงพัฒนาการและความต้องการของเด็กแต่ละวัย โดยในระยะครอบครัวเริ่มมีบุตรมีการจัดให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่บิดามารดาที่หน่วยฝากครรภ์ หน่วยหลังคลอด โรงเรียนพ่อแม่ คลินิกเด็กดี เป็นต้น เพื่อให้บิดามารดาสามารถสนองตอบความต้องการพัฒนาการของบุตรได้ โดยในโรงเรียนอาจมีการสอดแทรกในงานประชุมผู้ปกครอง เป็นต้น

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ตั้งแต่ระยะการเริ่มสร้างครอบครัวใหม่ สนับสนุนให้คู่สมรสที่จะแต่งงานเพื่อมีครอบครัวใหม่ตระหนักถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการพูดคุยและบอกความต้องการของแต่ละฝ่าย มีการวางแผนครอบครัวร่วมกัน จำนวนบุตรที่ต้องการ ตลอดจนปัญหาต่างๆที่อาจจะมีในอนาคตของการใช้ชีวิตคู่ สิ่งเหล่านี้จะทำให้คู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รวมทั้งเกิดความรู้สึกรักผูกพันกับบุตรและต้องการเลี้ยงดูบุตรร่วมกัน และเมื่อบิดามารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว ก็ย่อมส่งผลถึงสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสุขภาพจิตบิดามารดาที่เป็นผู้เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ด้วยตนเองกับบิดามารดาที่ไม่ได้เลี้ยงดูบุตรเองหรือการที่เลี้ยงดูบุตรวัยอื่นเพื่อให้ได้ผลวิจัยที่หลากหลาย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เช่น ปัจจัยทางศาสนา ปัจจัยทางสังคม นโยบายทางการเมือง ประเพณีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

3. ในด้านปัจจัยบุตรควรมีการศึกษาในบุตรวัยอื่น ลักษณะทางอารมณ์ของบุตร ภาวะสุขภาพของบุตร เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ผลต่อสุขภาพจิต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี

FACTOR RELATED TO MENTAL HEALTH OF PARENTS IN CHILD CARE AGE 0 – 5 YEARS, HUAYKRAJAO DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

เพ็ญภัทร เล็กพวงทอง 4936315 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิรัช กิตติพิชัย, วท.ค.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) สุพร อภินันทเวช, M.D., ว.ว.(จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น), โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, M.D., ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญยิ่งในการสร้างบุคลากรที่มีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม การทำหน้าที่ของพ่อแม่จึงมีความสำคัญมากต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก ซึ่งต้องให้ทั้งความรัก ความอบอุ่น และการสนองตอบต่อความต้องการอื่น ๆ ที่จำเป็น (1, 2) ซึ่งแต่เดิมการเลี้ยงดูบุตรเป็นความรับผิดชอบของแม่เป็นส่วนใหญ่ แต่ในปัจจุบันพบว่า การเลี้ยงดูบุตรเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทั้งพ่อและแม่ กอปรกับภาระหน้าที่การทำงาน ทำให้หลายครอบครัวประสบปัญหาการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบุตร (3, 4) ความเหน็ดเหนื่อยและความเครียดจากการทำงานจึงมีผลต่อการทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร (6, 7) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลี้ยงดูบุตรในช่วงอายุ 0 – 5 ปี ซึ่งเด็กในช่วงวัยนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างมากด้วยเป็นวัยที่มีการพึ่งพาสูง เป็นวัยที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ เป็นวัยแห่งการเริ่มต้นทุกสิ่งทุกอย่าง ต้องการความทะนุถนอม ซึ่งอาจจะทำให้พ่อแม่รู้สึกว่าเป็นความยากลำบากจนก่อปัญหาสุขภาพจิตได้ (8)

สุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญของชีวิตหากบุคคลมีสุขภาพจิตไม่ดีก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกายรอบด้านทั้งด้านสุขภาพกาย ตลอดจนไปถึงครอบครัวและชุมชน (9) อย่างไรก็ตามการเลี้ยงดูบุตรนั้น พ่อแม่ก็มักจะมี ความเครียด วิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มีการศึกษาวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรวัย 0 – 12 ปี มากถึงร้อยละ 93.7 มีความวิตกกังวล ความเครียดในการเลี้ยงดู (10) ซึ่งการที่พ่อแม่จะอบรมเลี้ยงดูบุตรอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และตัวบุตร รวมถึงการรับรู้ถึงบทบาทของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร(13) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร ตลอดจนการดูแลบุตรที่ป่วย แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ในอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพจิตของบิดาที่ต้องทำหน้าที่ของการเลี้ยงดูบุตร เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถทำหน้าที่ในการดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยให้ความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ตลอดจนถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดา โดยศึกษาใน 2 กลุ่มปัจจัยหลักได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย บทบาทการเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และ 2) ปัจจัยด้านครอบครัวและบุตร ประกอบด้วย ลักษณะของครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว จำนวนบุตรอายุ 0 – 5 ปี ในการดูแล และลำดับที่ของบุตร

คำถามการวิจัย

1. สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านบิดามารดา ปัจจัยด้านบุตร ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์ กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี หรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยด้านบิดามารดา ปัจจัยด้านบุตร ปัจจัยด้านครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว (ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล) กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุตร (อายุ เพศ และลำดับที่ของบุตร) กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบิดามารดา (อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สุขภาพกาย การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส) กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะบุคคลที่มีสถานภาพเป็นบิดาและมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ในระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross – sectional survey research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากตัวแปรตามที่ใช้ในการวิจัยเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม จึงใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อไม่ทราบประชากรที่แน่ชัดในหนังสือของ Daniel (75) และคัดเลือกกลุ่มโดยสุ่มอย่างง่ายหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยเก็บข้อมูลการวิจัยกับบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

โดยลงนามในเอกสารยินยอมตนให้ทำวิจัย ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณได้ไม่น้อยกว่า 355 คน ในการเก็บข้อมูลการวิจัยผู้วิจัยได้เพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 12 ดังนั้นในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามนั้นเก็บรวมทั้งสิ้น 400 ตัวอย่าง อย่างไรก็ตามเมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามแล้วพบว่า มีแบบสอบถามจำนวน 400 คน ที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาใช้ในการศึกษาได้ ซึ่งจำนวนดังกล่าวมีไม่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นจึงสามารถเป็นตัวแทนประชากรและมีจำนวนที่เหมาะสมกับงานวิจัยนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง มีลักษณะเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ปัจจัยด้านบิดาและมารดา (อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว) ปัจจัยด้านครอบครัว (ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และจำนวนบุตร 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล) ปัจจัยด้านบุตร (เพศ อายุ และลำดับที่ของบุตร) มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด อีกส่วนหนึ่งเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกจากตัวเลือกที่กำหนด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผู้วิจัยได้ประยุกต์และสร้างขึ้นใหม่โดยใช้แนวคิดและองค์ประกอบของสัมพันธภาพคู่สมรส ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นใหม่โดยการใช้แนวคิดบทบาทที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพร่วมกับการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ คือ สม่ำเสมอ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้ในบริบทของการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

แบบสอบถามการวิจัยทั้งหมดผ่านเกณฑ์คุณภาพเครื่องมือ คือ มีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้คือมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 ทุกเครื่องมือ ซึ่งถือว่ามีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ (77) ดังนั้นเครื่องมือการวิจัยในการศึกษานี้มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการวิจัย และข้อมูลที่ได้สามารถวัดตัวแปรการศึกษาได้อย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และตอบจากความรู้สึกที่แท้จริงโดยไม่จำกัดเวลา มีอิสระในการตอบทำให้ปราศจากอคติ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้

ชี้แจงเพิ่มเติมถึงการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและมีความคลาดเคลื่อนต่ำ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะของตัวแปร และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับ สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่ ในกรณีที่ตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ 2 กลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ (t-test) ส่วนตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งเข้ากับรูปแบบของการวิเคราะห์ที่สามารถบอกขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ และความมากน้อยของขนาดของอิทธิพลต่อตัวแปรตามได้ และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ในอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ด้วยตัวแปรตามมีลักษณะการวัดเป็นสเกล ดังนั้นการใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้จะสามารถทำให้ได้ชุดตัวแปรที่ดีที่สุดและน้อยที่สุด (78) ซึ่งการใช้สถิติดังกล่าวเหมาะสมกับการตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ดังนั้นสถิติที่ใช้ จึงมีความเหมาะสมมากกว่าใช้สถิติอื่น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 57 และเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 43 ส่วนมากมีรายได้เพียงพอไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 47) รองลงมา ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน (31.5) พอเพียงและเหลือเก็บ (ร้อยละ 12) และไม่พอเพียงต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ 9.5%) โดยครอบครัวส่วนมากมีจำนวนบุตรวัย 5 – 0 ปี ที่อยู่ในการดูแล 1 – 3 คน ส่วนมากจำนวน 2 คน (ร้อยละ 51.5) 1 คน และ 3 คน (ร้อยละ 3.5) ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของบุตร วัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแลของครอบครัว พบว่า เป็นเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี เมื่อจัดกลุ่มเป็นช่วงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเตาะแตะ (1 – 3 ปี) ร้อยละ 66.8 รองลงมา วัยอนุบาล (3 – 5 ปี) ร้อยละ 19.3 และ วัยทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ โดยบุตรคนล่าสุดของครอบครัว เป็นบุตรลำดับหลังร้อยละ 55 และบุตรคนแรก ร้อยละ 45

ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 19 – 43 ปี อายุเฉลี่ย 28.21 ปี เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีอายุ 20 – 29 ปี และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 40 มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา อนุปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ 36) และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (ร้อยละ 24) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และพนักงานบริษัท (ร้อยละ 39) รองลงมา เกษตรกรรมและค้าขาย (ร้อยละ 37) และข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 24) ตามลำดับ โดยมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อีกร้อยละ 98 ไม่มีโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 17 – 40 ปี มีอายุเฉลี่ย 26.12 ปี เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ พบว่าร้อยละ 25.5 มีอายุในช่วง 20 – 24 ปี 25 – 29 ปี และ 30 – 34 ปี เท่ากัน ร้อยละ 7 มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงระดับปวช. เท่ากันทุกระดับ ร้อยละ 37 และมีการศึกษาสูงกว่าระดับอนุปริญญา ร้อยละ 28 มารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ร้อยละ 40.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 33.5 รับราชการและพนักงานบริษัท ร้อยละ 16.5 เป็นแม่บ้านร้อยละ 9.5 พบว่ามารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 99 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 1 เป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 สุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

สุขภาพจิตบิดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่เป็นสุขภาพจิตเชิงลบ ที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านความวิตกกังวล ได้แก่ “กังวลใจอยู่เสมอ” “เครียดอยู่ตลอดเวลา” “ขาดความมั่นใจ” ด้านซึมเศร้า ได้แก่ “รู้สึกเศร้าหزن” “อยากร้องไห้” “อยากอยู่คนเดียว/ไม่อยากพบปะผู้คน” ด้านสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ “ตื่นตื้นง่ายกับสิ่งต่าง ๆ” “เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะคำทอ หรือมีการลงไม้ลงมือ” “มือสั่นตลอดเวลา” ด้านการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ได้แก่ “หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา” “ไม่มีความสุข” “คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง” สำหรับประเด็นที่เป็นสุขภาพจิตเชิงบวก ที่มีน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านความรู้สึกละอายใจ ได้แก่ “มีอารมณ์ขุ่น” “สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ” “มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร” ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ “มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟังคนอื่น” “เอื้อเฟื้อเสียสละต่อผู้อื่น” “เมื่อทำผิดฉันสามารถกล่าวโทษกับคนอื่นได้” และประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ด้านความรู้สึกละอายใจ ได้แก่ “มีความสุขในการดำเนินชีวิต” “มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร” “สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ” ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ “รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ” “รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด” “เชื่อในความสามารถของตนเอง”

เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เป็นรายด้าน พบว่าคะแนนสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด ได้แก่ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกทางบวก ความสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า และด้านสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ไรก็ดีเมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยรวม พบว่า บิดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 76 และมีระดับสุขภาพจิตดีในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 27 สุขภาพจิตมารดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่เป็นสุขภาพจิตเชิงลบ ที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านความวิตกกังวล ได้แก่ “กังวลใจอยู่เสมอ” “เครียดอยู่ตลอดเวลา” “กลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ” ด้านซึมเศร้า ได้แก่ “อยากร้องไห้” “รู้สึกเศร้าห่อ” “อยากอยู่คนเดียว/ไม่อยากพบปะผู้คน” ด้านสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ “ตื่นตื้นง่ายกับสิ่งต่าง ๆ” “มือสั่นตลอดเวลา” “เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะคำทอ หรือมีการลงไม้ลงมือ” ด้านการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ได้แก่ “คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง” “ไม่มีความสุข” “หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา” สำหรับประเด็นที่เป็นสุขภาพจิตเชิงบวก ที่มีน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก ได้แก่ “สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ” “มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร” “มีอารมณ์ขัน” ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ “เมื่อทำผิดฉันสามารถกล่าวโทษกับคนอื่นได้” “มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟังคนอื่น” “เอื้อเฟื้อเสียสละต่อผู้อื่น” และประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ด้านความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก ได้แก่ “มีความสุขในการดำเนินชีวิต” “มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร” “มีอารมณ์ขัน” ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ “เชื่อในความสามารถของตนเอง” “รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด” “รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ”

เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เป็นรายด้าน พบว่าสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกทางบวก ความสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า และด้านสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ไรก็ดีเมื่อพิจารณาจากสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยรวม พบว่า มารดามีระดับสุขภาพจิตดีมากในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 70 มีระดับสุขภาพจิตดีในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ร้อยละ 12 และมีระดับสุขภาพจิตดีน้อย ร้อยละ 12

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของบิดาและมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยใช้สถิติ (t-test) พบว่า บิดามีคะแนนสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่ามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร

3.1 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อตามด้านพบว่า ประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านการยอมรับคือ “ท่านยอมรับในหน้าที่การงานของภรรยา” “ภรรยาของท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องงานอาชีพ” “ท่านยกย่องชมเชยภรรยาอย่างจริงใจ” ด้านความสนิทสนมที่มีต่อกันคือ “ท่านและภรรยามีความสัมพันธ์ทางเพศดี/ราบรื่น” “ภรรยาของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ” “เอาใจใส่ทุกข์สุขของท่านและกัน” ด้านการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ คือ “การปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ” “พูดปลอบใจเมื่อมีเรื่องกวนใจ” “เมื่อมีความขัดแย้งท่านและภรรยาคุยกันด้วยเหตุผล” “มีความคิดเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง” ด้านการมีบทบาทที่สอดคล้องกัน คือ “มีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน” “พึ่งเรื่องเงินจากภรรยาไม่ได้” ด้านความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิตคือ “ไปพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ” “ภรรยาของท่านมักทำให้ท่านเกิดความสุขร้อน” “ท่านมีเรื่องกวนใจหลายครั้งเพราะภรรยาเป็นต้นเหตุ” รายละเอียดในตารางที่ 11

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดาที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการมีบทบาทที่สอดคล้องกัน ด้านความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต ด้านการยอมรับ และด้านความสนิทสนมที่มีต่อกัน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดาโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับมาก (ร้อยละ 54) รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 46) ตามลำดับ

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อตามด้านพบว่า ประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ ด้านการยอมรับ คือ “ยอมรับในหน้าที่การงานของสามี” “ท่านยกย่องชมเชยสามีอย่างจริงใจ” “เป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องครอบครัว” ด้านความสนิทสนมที่มีต่อกัน คือ “สามีของท่านมักทำให้ท่านมีความสุขในครอบครัว” “สามีของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ” “ท่านและสามี มีความสัมพันธ์ทางเพศดี/ราบรื่น” ด้านการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ คือ “การปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ” “พูดปลอบใจเมื่อมีเรื่องกวนใจ” “เมื่อมีความขัดแย้งท่านและสามีคุยกันด้วยเหตุผล” ด้านการมีบทบาทที่สอดคล้องกัน คือ “มีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน” “พึ่งเรื่องเงินจากภรรยาไม่ได้” ด้านความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต คือ “ไปพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ” “สามีของท่านมักทำให้ท่านเกิดความสุขร้อน” “ท่านมีเรื่องกวนใจหลายครั้งเพราะสามีเป็นต้นเหตุ”

เมื่อพิจารณาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดาเป็นรายด้าน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดาที่มีน้อยที่สุดไปมากที่สุด คือ ด้านการมีบทบาทที่สอดคล้อง

กัน ด้านการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการยอมรับ ด้านความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต และด้านความสนิทสนมกันที่มีต่อกัน ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสของมารดาโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสในระดับมาก (ร้อยละ 71) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 29) ตามลำดับ

3.2 การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา

การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “ดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์” “พาบุตรไปรับวัคซีนครบตามวัย” “จัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นอันตราย เช่น ยา ของมีคม ไว้ในที่ที่ปลอดภัย” ตามลำดับ และประเด็นที่มีน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ “อ่านหรือเล่านิทานให้บุตร” “พาบุตรไปเที่ยวพักผ่อน นอกบ้าน” “ฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร” ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดาโดยรวม พบว่า บิดาส่วนใหญ่ปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.5) และระดับมาก (ร้อยละ 46.5)

การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “พูดคุยกับบุตรด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและอ่อนโยน” “ดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์” “ดูแลบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน” ตามลำดับ และ ประเด็นที่มีน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ “จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยกับบุตร” “จัดหาของเล่นตามวัยให้บุตร” “ฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร” ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาโดยรวม พบว่า มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรในระดับมาก (ร้อยละ 64) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 36)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับสุขภาพจิตของบิดามารดา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ ด้วยสถิติ (t-test) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ลักษณะครอบครัว พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของบิดาและมารดาฯ ในครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า สุขภาพจิตบิดาที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่พอเพียงแตกต่างกับสุขภาพจิตบิดาที่มีภาวะเศรษฐกิจพอเพียง สำหรับสุขภาพจิตมารดาที่มีภาวะเศรษฐกิจพอเพียงแตกต่างกับสุขภาพจิตมารดาที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่พอเพียง ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าภาวะเศรษฐกิจครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

จำนวนบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล พบว่า สุขภาพจิตบิดา ที่มีจำนวนบุตร 1 คน มีความแตกต่างกับบิดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สรุปได้ว่าจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อายุบุตร พบว่า สุขภาพจิตบิดาที่มีบุตรที่อายุน้อยกว่า 1 ปี กับ มากกว่า 1 ปี ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ส่วนมารดานั้น พบว่า มีค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตเท่ากันจึงสรุปได้ว่าอายุบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

เพศบุตร พบว่า บิดาที่มีบุตรเป็นเพศชายมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดาที่มีบุตรเป็นเพศหญิง ส่วนมารดานั้นพบว่าค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตเท่ากัน และ พบว่า สุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีบุตรเพศชายกับบุตรเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่าเพศบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ลำดับที่ของบุตร พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรคนแรก มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดามารดาที่มีบุตรคนหลัง และพบว่า บิดาที่มีบุตรคนแรกมีสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่าบิดาที่มีบุตรคนหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่า ลำดับที่ของบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อายุบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สำหรับมารดา พบว่าอายุมารดาไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ - 0.176 จึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

การศึกษา พบว่า บิดามารดาที่มีการศึกษามากกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และพบว่า สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่มีการศึกษามากกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 แตกต่างจากกับบิดาที่มีการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อาชีพ พบว่าบิดาที่ทำงานนอกบ้านมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดาที่มีทำงานอยู่ที่บ้าน ส่วนมารดาที่ทำงานอยู่ที่บ้านนั้นมีสุขภาพจิตดีกว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน และพบว่า สุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สำหรับมารดาที่ทำงานอยู่บ้าน มีสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จึงสรุปได้ว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

โรคประจำตัว เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี กับโรคประจำตัว พบว่า บิดาที่มีโรคประจำตัวมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าบิดาที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนมารดาที่ไม่มีโรคประจำตัวนั้นมีสุขภาพจิตดีกว่ามารดาที่มีโรคประจำตัว และ พบว่า บิดาที่มีโรคประจำตัว มีสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดีกว่าบิดาที่ไม่มีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จึงสรุปได้ว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรกับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.406 สำหรับมารดา พบว่าการปฏิบัติบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ - 0.6

สัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.6 และ 0.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ศึกษาชุดตัวแปรทำนายความแปรปรวนสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพคู่สมรส การศึกษา อาชีพ และ โรคประจำตัว สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 73.2 โดยระดับการศึกษาเป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด รองลงมาคือ สัมพันธภาพคู่สมรส อาชีพ และ โรคประจำตัว ตามลำดับ โดยมีสมการทำนาย ดังนี้

$$\text{สุขภาพจิต} = 1.168 + (0.654 * \text{การศึกษา}) + (1.154 * \text{สัมพันธภาพ}) + (0.326 * \text{อาชีพ}) - (0.267 * \text{โรคประจำตัว})$$

ศึกษาชุดตัวแปรทำนายความแปรปรวนสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และอายุ สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 72.6 โดยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด รองลงมาคือ ลักษณะครอบครัว การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และอายุ ตามลำดับ โดยมีสมการทำนาย ดังนี้

$$\text{สุขภาพจิต} = 3.686 + (1.189 * \text{สัมพันธภาพ}) + (0.105 * \text{ลักษณะครอบครัว}) + (0.772 * \text{อายุ}) + (0.012 * \text{การปฏิบัติบทบาท})$$

อภิปรายผล

ปัจจัยด้านครอบครัวลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิคมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษาอยู่ในชุมชนชนบท เป็นการอยู่แบบเครือญาติ มีการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือถึงแม้ว่าจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไป แต่บริเวณบ้านก็ยังอยู่ติดกัน จึงมีการช่วยเหลือในการดูแล ดังนั้นลักษณะครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิคมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

ลักษณะเศรษฐกิจครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์สุขภาพจิตบิคมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (53) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2539 และบุษกร อินทวิชัย (56) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ.2539 อธิบายได้ว่า ในกลุ่มที่ศึกษาเป็นการศึกษาเศรษฐกิจทั้งครอบครัวส่วนใหญ่บิดาเป็นผู้หารายได้มากกว่ามารดา และรายได้ที่ได้มาก็เพียงพอในการดูแลครอบครัว จึงไม่มีความสัมพันธ์สุขภาพจิตของบิคมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มบิดาที่ศึกษาบอกว่าการที่มีมีจำนวนบุตรมากขึ้นทำให้เพิ่มภาระในการดูแล ความเป็นส่วนตัวลดน้อยลง การพักผ่อนน้อยลง ทำให้ดูแลบุตรได้ไม่ดีเท่าที่ควร แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า จำนวนบุตรมากหรือน้อยนั้นก็ได้ส่งผลเนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของมารดาในการดูแลบุตร การให้ความรัก การเอาใจใส่ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (72) วนิดา ยืนยง (73) และมณี คุประสิทธิ์ (74) ที่พบว่าจำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

อายุบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิคมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับบุษกร อินทวิชัย (56) ที่พบว่า อายุบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็ก อธิบายได้ว่า การดูแลบุตรที่อายุน้อยกว่าปีนั้นต้องดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ เนื่องจากเด็กวัยนี้ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่ในกลับกันมารดาสามารถที่ดูแลบุตรได้ทุกวัย

เพศบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิคมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า เพศเป็นสิ่งสำคัญของความต้องการของครอบครัวแต่เมื่อมีบุตรเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นเพศอะไรบิคมารดาก็ต้องแสดงบทบาทหน้าที่ได้อย่าง

เหมาะ บิดารู้สึกสบายใจกว่าถ้าบุตรที่ดูแลเป็นเพศเดียวกับตน ส่วนมารดานั้นพอว่ามีค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตเท่ากัน

ลำดับที่ของบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า การที่ต้องเลี้ยงดูบุตรคนแรกยังขาดประสบการณ์ความรู้ ทักษะ ในการเลี้ยงดูบุตร อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ ส่วนมารดานั้นพบว่าลำดับที่ของบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อายุบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) อธิบายได้ว่า อายุบิดากับมารดามีความแตกต่างกันไม่มาก แต่ให้ผลที่แตกต่างกันน่าจะเนื่องมาจากบทบาทหน้าที่การรับผิดชอบที่ต่างกัน โดยเฉพาะบทบาทของมารดากับอายุที่ยังไม่สัมพันธ์กันอาจมีผลต่อสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี

อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) แต่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า บิดาที่ทำงานนอกบ้านได้มีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น ได้รับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ทำให้มีแนวทางในการดูแลบุตรได้มากขึ้นกว่าบิดาที่ทำงานอยู่ที่บ้าน ส่วนมารดาที่ทำงานอยู่ที่บ้านนั้นมีสุขภาพจิตดีกว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน อธิบายได้ว่า มารดามีความรู้สึกที่ได้ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด มากกว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ (58) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

การศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสและสามารถที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้มาก สามารถที่จะนำความรู้มาใช้ในการเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่า ในขณะที่มารดานั้นไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใดก็ตาม ก็จะมีคามสนใจ ดูแลเอาใจใส่ในการดูแลบุตร ด้วยเป็นหน้าที่ของแม่ จึงทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อินทรวิชัย (56) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิต

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0

– 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อธิบายได้ว่า บิดาที่มีโรคประจำตัว ต้องมีการไปพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถที่จะปรับตัวในการดูแลตนเองได้ดี ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวก็ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการศึกษาของ จุมพล สมประสงค์ (57) ที่พบว่าสุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต และเบอร์กแมน (Berkman) (61) ที่พบว่า สภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพจิต ในขณะที่มารดานั้นการเจ็บป่วยหรือการมีโรคประจำตัวไม่มีผลต่อสุขภาพจิต ด้วยมารดามีความตระหนักในการทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าสุขภาพกายจึงไม่มีผลต่อสุขภาพจิตในการเลี้ยงดูบุตรแต่อย่างไร

การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับ อำไพ วรรณเชษฐอิสรา (60) ที่พบว่า บิดาส่วนใหญ่รับรู้บทบาทของบิดากับการปฏิบัติตามบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า บิดามารดาที่รับรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนก็สามารถที่จะดูแลบุตรได้ดี อย่างไรก็ตามในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดานั้น พบว่า การปฏิบัติบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต อธิบายได้ว่ามารดาบางรายอาจจะยังไม่เข้าใจหรือยอมรับในบทบาทของตนอย่างชัดเจนแต่อย่างไรก็ตามก็ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความห่วงใย ร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรทำให้บิดามารดาปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวและบทบาทหน้าที่ได้

ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปี การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพของคู่สมรส และโรคประจำตัว สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 73.2 โดยที่การศึกษาเป็นตัวแปรทำนายอันดับหนึ่ง และในกลุ่มมารดา พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร อายุ และลักษณะครอบครัว สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ได้ร้อยละ 72.6 โดยสัมพันธภาพของคู่สมรส เป็นตัวแปรทำนายอันดับหนึ่ง อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงการพัฒนาตนเอง ในด้านความรู้ ทักษะ และรวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้บุคคลสามารถคิดพิจารณาสถานการณ์ของตนเอง และตัดสินใจเพื่อเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม อีกทั้งระดับการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกา

และสามารถที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้มาก ส่วนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสนั้น การปรับตัวของคู่สมรสเป็นการโอนอ่อนผ่อนตามซึ่งกันและกันระหว่างสามีและภรรยา ร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรทำให้บิดามารดาปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวและบทบาทหน้าที่ที่ได้อาชีพเป็นการประกอบการเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ ที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งเพราะทำให้ผู้ที่มิอาจมีรายได้เป็นของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ภาวะสุขภาพถ้าสภาพร่างกายไม่ดีก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตไม่ดีไปด้วย เนื่องจากกายกับจิตมีความสัมพันธ์กัน บุคคลที่มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีก็จะเป็นผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตที่เป็นสุข ส่งผลให้สุขภาพจิตดีว่าบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัว ลักษณะครอบครัว ชุมชนชนบท เป็นการอยู่แบบเครือญาติ มีการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือ ถึงแม้ว่าจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไป แต่บริเวณบ้านก็ยังอยู่ติดกัน จึงมีการช่วยเหลือในการดูแล บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตร การปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดามีความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุตรให้เป็นไปตามวัยที่เหมาะสม โดยเฉพาะการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่ต้องการความดูแลเอาใจใส่มากเป็นพิเศษ อาจทำให้เกิดความกดดันในความรู้สึก หรือวิตกกังวล ก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตของบิดามารดา ซึ่งบิดามารดาจะต้องเข้าใจในหน้าที่และบทบาทของตนเองเพื่อเป็นการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่เป็นปกติสุข และในส่วนอายุของมารดา อายุเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่าง ๆ ของบุคคล บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหามิใช่เรื่องง่าย ๆ โดยความสามารถเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาบิดา โรคประจำตัว บิดา อายุของมารดา อาชีพมารดา สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสของบิดามารดา บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และส่งเสริมให้บิดามารดา มีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต พัฒนาการของบุตรวัย 0 – 5 ปี ที่อยู่ในการดูแล ให้เจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมควรมีการดำเนินการดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บิดามารดามีบุตรในเวลาที่เหมาะสม ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ความรู้ คู่สมรสที่จะแต่งงานมีครอบครัว ส่งเสริมให้มีการวางแผนครอบครัวโดยเน้นให้มีบุตรเมื่อพร้อม ทั้งในด้านเศรษฐกิจ หน้าที่การงาน มีความพร้อมในการใช้ชีวิตคู่และบทบาทของการเป็นพ่อแม่ รวมทั้งปลูกฝังความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร

2. บุคลากรทางการแพทย์ ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้บิดามารดามีการรับรู้ เพื่อก่อให้เกิดเจตคติที่ดีและเล็งเห็นความสำคัญของพัฒนาการของตนในการเลี้ยงดูบุตรให้มากขึ้น โดยเน้นให้บิดามารดาคำนึงถึงพัฒนาการและความต้องการของเด็กแต่ละวัย โดยในระยะครอบครัวเริ่มมีบุตรมีการจัดให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่บิดามารดาที่หน่วยฝากครรภ์ หน่วยหลังคลอด โรงเรียนพ่อแม่ คลินิกเด็กดี เป็นต้น เพื่อให้บิดามารดาสามารถสนองตอบความต้องการพัฒนาการของบุตรได้ โดยในโรงเรียนอาจมีการสอดแทรกในงานประชุมผู้ปกครอง เป็นต้น

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ตั้งแต่ระยะการเริ่มสร้างครอบครัวใหม่ สนับสนุนให้คู่สมรสที่จะแต่งงานเพื่อมีครอบครัวใหม่ตระหนักถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการพูดคุยและบอกความต้องการของแต่ละฝ่าย มีการวางแผนครอบครัวร่วมกัน จำนวนบุตรที่ต้องการ ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่อาจจะมิในอนาคตของการใช้ชีวิตคู่ สิ่งเหล่านี้จะทำให้คู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รวมทั้งเกิดความรู้สึกรักผูกพันกับบุตรและต้องการเลี้ยงดูบุตรร่วมกัน และเมื่อบิดามารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว ก็ย่อมส่งผลถึงสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสุขภาพจิตบิดามารดาที่เป็นผู้เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี ด้วยตนเองกับบิดามารดาที่ไม่ได้เลี้ยงดูบุตรเองหรือการที่เลี้ยงดูบุตรวัยอื่นเพื่อให้ได้ผลวิจัยที่หลากหลาย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรวัย 0 – 5 ปี เช่น ปัจจัยทางศาสนา ปัจจัยทางสังคม นโยบายทางการเมือง ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

3. ในด้านปัจจัยบุตรควรมีการศึกษาในบุตรวัยอื่น ลักษณะทางอารมณ์ของบุตร ภาวะสุขภาพของบุตร เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ผลต่อสุขภาพจิต

FACTOR RELATED TO MENTAL HEALTH OF PARENTS IN CHILD CARE AGE
0 – 5 YEARS HUAYKRAJAO DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

PENPAT LEKPONGTONG 4936315 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN FAMILY HEALTH

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WIRIN KITIPHICHAH, B.N., Ph.D.(APPLIED
BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), SUPORN APINUNTAWED, M.D., Dip. ThBrd.
OF CHAILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY, CHOKCHAI MUNSAWAENG SUB,
B.Sc.(MICROBIOLOGY), M.D., D.T.M. & H.,

EXTENDED SUMMARY

Background

Family is considered as a main institution for generating qualified manpower in all aspects covering physical, mental, cognitive, emotional and social regimes. Since family is very important, parent role is influential factor for child care accordingly because a child needs not only love but also warm as well as other supportive factors (1, 2). In the past, child care was under responsibility of mother. But at present time, this role has changed to be for both father and mother. Based on working style changed, some families are facing with child care (3, 4) since stress and fatigue from working can affect child care (6, 7), especially in child age 0-5 years. As far as one concerns, 0-5 years old child needs more care, love and tender. Thus, mental health problem can occur among parents who feel uncomfortable in child care (8).

Theoretically, mental health is very important for individual since mental health can affect not only physical aspect but also family and community (9). Actually, along a process of child raising, parents always face with mental health problem related to anxiety and stress. There was a study revealing that 93.7 percent of mothers of children age 0-12 years face with worrisome and anxiety for child care

(10). There are many types of child care depended on personal factor of parents, family type, as well as role understanding of parents in child care (13). Finding from literatures indicated that mental health of mother in child care was come into consideration of many researchers but this topic was not found among fathers. That caused the researcher interesting to study the mental health of father whose responsible for caring the child aged 0-5 years in Huaykrajao district, Kanchanaburi province. The finding from this research would be beneficial for community health promotion, especially for father's mental health supporting in which it will bring an achievement in terms of a quality of life for all family members.

The researcher intends to study the mental health status of parents on raising the child aged 0-5 years as well as factors affecting mental health of parents. The concerned factors are divided into 1) personal characteristics including age, education level, occupation, present of chronic illness, practice on child raising role and relationship between spouse and 2) family and child factors including family type, economic status of household, number of children age 0-5 years and birth order of a child.

Research Questions

1. What are mental health levels of parents who reared the child aged 0-5 years, Huaykrajao district, Kanchanaburi province?
2. Do parent factor, child factor and family factor relate to mental health of parents who reared the child aged 0-5 years? If so, why?
3. Do parent factor, child factor and family factor jointly predict mental health variance of parents who reared the child aged 0-5 years? If so, why?

Research Objectives

General objective

To study mental health status of parents who reared the child aged 0-5 years

Specific objectives

1. To study the relationship between family factors (family type, economic status of household and number of children age 0-5 years) and mental health of parents who reared the child aged 0-5 years.
2. To study a relationship between child factor (age, sex and birth order of a child) and mental health of parents who reared the child aged 0-5 years.
3. To study a relationship between parent characteristics (age, occupation, education level, chronic illness, practice on child raising role and relationship between spouses) and mental health of parents who reared the child aged 0-5 years.
4. To study factors predicting mental health of parents who reared the child aged 0-5 years.

Scope of Research

The research focused on person who is father or mother who reared the child aged 0-5 years, Huaykrajao district, Kanchanaburi province during August-September 2010.

Research Methodology

The cross-sectional survey research aimed to study the mental health and factors related to mental health of parents who reared the child aged 0-5 years, Huaykrajao district, Kanchanaburi province. Since the dependent variable was nominal scale variable. Thus, formula for calculating the sample was employed owing to unspecified population concept available in Daniel (75). Multistage Random Sampling was employed for sample selection. All participants should voluntarily join the project and sign in the consent form. Sample size by calculation was 355 added with 12 percent extra. Thus, 400 were total samples which could be generalized according to statistical regulation.

A the self-administered questionnaire was employed for data collection, composing of 4 parts as

Part I: General data covering parent factors (age, educational level, occupation and present of chronic illness), family factors (family type, economic status of household, and number of children age 0-5 years under responsibility) and child factor (sex, age and birth order of a child). An open-end questions were provided and others were in closed-end questions.

Part II: Relationship between spouses. Researcher modified and created a new series of question based on concept and indicator of spouse relationship. There were 21 questions with 3 levels of rating scale answer as “agree”, “not sure”, and “do not agree”.

Part III: Practice on child raising role. Researcher created a new form of question based on personality role for child rear age 0-5 years. There were 21 questions with 3 levels of rating scale answer as “always”, “sometimes”, and “do not perform”.

Part IV: Mental health of parents who reared the child aged 0-5 years. Researcher created 27 questions with 5 levels of rating scale ranged from “the highest”, “high”, “moderate”, “low” and “the lowest”.

All questions were qualified since they were verified for validity from experts and tested for reliable with 0.7 reliability scores for all (77).

All respondents answered the questions themselves with no time limitation for answering and free from bias. Besides, researcher confirmed all respondents that data gained were confident in which data analysis would be provided in overall.

Descriptive statistics in terms of percentage, mean, and standard deviation was employed for variable characteristic narration while inferential statistics was employed for finding relationship between each variable and mental health of parents who reared the child aged 0-5 years. In case of being nominal scale of independent variable, t-test was employed for analysis while Pearson's Product Moment Correlation Coefficient was proceeded with ratio scale of variables since this kind of correlation could indicate power and direction of relationship among variables. Furthermore, Stepwise Multiple Regression Analysis was employed for finding factors to predict mental health of parents who reared the child aged 0-5 years, Huaykrajao district, Kanchanaburi province. Since dependent variable for this step was in ratio scale, Stepwise Multiple Regression Analysis could indicate the most proper variable

based on the ordinary least square (78). Thus, all methods employed were practical and proper for data analysis.

Results

Part I: General data

About 57 percent of samples were in extended family while 43 percent were in nuclear family. By 47 percent of family earned sufficient earning and had no debt while about 31.5, 12.0 and 9.5 percent were insufficient income with debt, sufficient earning with saving, and insufficient income respectively. Most families had 1-3 children aged 0-5 years while 51.5 percent had one child and 3.5 percent had 3 children respectively.

General data of child aged 0-5 years were found similar in number of male and female. About 66.8 percent was found as toddler (1-3 years old) followed by 19.3 percent of early childhood (3-5 years old) and 13.9 percent of infant (less than 1 year old). 55 percent was the youngest child of family and 45 percent was the eldest child.

For general characteristics of father, the study showed that 19-43 years old was normal age range of father in which mean age was 28.2 year old. About 52.5 percent of father aged 20-29 years and 8 percent aged less than 20 years. About 40 percent educated less than secondary school level, followed by 36 percent of certificate level and 24 percent of high school or vocational school level respectively. Approximately 39 percent worked as general worker and company employee followed by 24 percent of civil officer and state-enterprise worker respectively. Only 2 percent had chronic illnesses of diabetes and hypertension while 98 percent had no any chronic illness.

In terms of general data of mother, it was found that mothers were generally in range of 17-40 years and the mean age was 26.1 years. About 25.2 percent were equally in age group of 20-24 years, 25-29 years and 30-34 years. About 7.0 percent aged 35 and over. By 37 percent educated primary school till vocational school level and 28 percent educated higher than certificated level. By 40.5 percent worked in agricultural sector and being seller, 33.5 worked as general worker and

company employee, 16.5 percent was civil servant and 9.5 percent was housewife. 99 percent of mothers had no chronic illness, only one percent left facing with diabetes.

Part II: mental health of parents who reared the child aged 0-5 years

For mental health of father, by emphasizing for each aspect, it was found for the most three frequencies that “always feel worried”, always be stress”, and “lack of confidence” were shown in terms of worried aspect.

For depression aspect, “feel sad” “going to cry” and “want to stay alone” were found. In terms of losing for behavioral control, it was found that “easily exciting” “fighting/quarreling with others when getting angry” and “always be hand-shaking” were the most three problems found. For emotional control losing, “always feel of irritation” “feel unhappy” and “tend to do self-hurt” were found. For positive regime, the less three feelings found were “have fun” “feel free/worried free” and “be happy by joining activities with child”. In terms of emotional attachment, “be happy on talking and listening others” “scarify for others” and “when I did wrong, I am brave enough to say “sorry”” are found. For the most three positive aspects, “be happy on life” “be happy by joining activities with child” and “feel free” were found. In terms of emotional attachment, “feel good when did things as good as possible” “feel warm and love with closed persons” and “believe in my own capacity” were found.

For each aspect of mental health of father who reared the child aged 0-5 years, it was found from the less to the most that emotional attachment, positive feeling, losing for behavioral control, worrisome, depression and losing for emotional control respectively. However, in overall, it was found that 76.0 percent of father who reared the child aged 0-5 years had very good mental health and 27.0 percent had good mental health.

In terms of mental health of mother, by each aspect, it was found that “always being worried” “always being stress” and “scare for many things unreasonable” were found as the three most frequent. In terms of depression, “going to cry” “feel sad” and “want to stay alone” were found the most frequent. For losing behavioral control, “easily exciting” “always be hand-shaking” and “fighting/quarreling with others when getting angry” were the most found. For losing emotion control, “tend to do self-hurt” “be unhappy” and “always feel of irritation” were

found. For positive aspect which was found less are “feel free/worried free” “be happy by joining activities with child” and “have sense of humor”. For emotional attachment, “when I did wrong, I am brave enough to say “sorry” “be happy on talking and listening others” and “scarify for others” were found. For positive aspect, which was found the most were “be happy on life”, “be happy by joining activities which child” and “have sense of humor” were found. For emotional attachment, “believe in my own capacity” “feel warm and love for closed persons” and “feel good when did things as good as possible” were found.

For each aspect of mental health of mother in child care age 0-5 years, it was found from the less to the most as emotional attachment, positive feeling, losing for behavioral control, worrisome, depression and losing from emotional control respectively. However, in overall, it was found that 70.0 percent of mother had very good mental health 12.0 had good mental health and 12.0 percent left had poor mental health.

Analysis through t-test showed a significant finding that father had better mental health than mother at statistical significant level ($p\text{-value} < 0.001$).

Part III Relationship between spouse and child raising role action

1.1 Relationship between spouse

In terms of relationship between spouse in sense of father, it was found the most three aspects in terms of acceptance as “I accepted my wife’s job position” “my wife is a good advisor for our business matter” and “I sincerely admire my wife”. For love attachment, “we have a good sex” “my wife always supports me” and “we always pay attention for each other” were found. In terms of effective communication, “we always talk to each other for all businesses” “we always support each other for releasing anxiety” and “when we argue, we always make it clear by reason”. In terms of role handling “household chores are shared” and “my wife can not help me on money” were found. In terms of couple relationship “we always have weekends together” “my wife always let me messy” and “I always face problems because of my wife” were found (details shown in Table 11).

For each aspect, relationship between spouse in father’s point of view shown from the less to the most were effective communication, role handling, couple

relationship, acceptance and love attachment respectively. However, in overall, 54.0 percent of fathers had relationship between spouses in high level, followed by 46.0 percent of moderate level.

In terms of relationship between spouse in sense of mother, it was found the most three aspect in terms of acceptance as “I accepted my husband’s job position” “I sincerely admire my husband” and “my husband is a good friend for our household business”. For love attachment, “my husband always provides me the happiness” “my husband always supports me” and “we have good sex” were found. In terms of effective communication, “we always talk to each other for all business” “he always supports me for releasing anxiety” and “when we argue, we always make it clear by reason” were generally found. In terms of role handling “household chores are shared”, “my husband can not help me on money” were found. In terms of couple relationship “we always have weekends together” “my husband always let me messy” and “I always face problems because of my husband” were found.

For each aspect, relationship between spouse in mother’s point of view shown from the less to the most were role handling, effective communication, acceptance, couple relationship and love attachment respectively. However, in overall, 71.0 percent of mothers had relationship between spouses in high level, followed by 29.0 percent of moderate level.

1.2 Practice on child raising role

For each aspect, the most three frequently found were “take care a child when he gets sick” “bring a child to get vaccine” and “keep harmful things out of reach of a child” “bring a child to do enjoy thing outside” and “teach a child for fundamental practices” were found respectively.

In overall, it was found that more than half of fathers (53.5 percent) took responsibility for child care in moderate level, followed by 46.5 percent of high level. In terms of mother, the most three frequently found were “talk with a child with mild tone” “take care a child when he gets sick” and “take care all children equally” respectively. For the less three aspects, “provide safe environment in house for a child” “prepare proper toys for child development” and “teach a child for fundamental practices” were found respectively.

In overall, it was found that more than half of mothers (64.0 percent) took responsibility of child care in high level, followed by 76.0 percent of moderate one.

Result on relationship between concerned variables and mental health of parents

This part was done to analyze concerned variables and mental health of parents who reared the child aged 0-5 years through t-test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results were as follows:

In terms of family type, it was found that there was no difference in mental health of parents in extended and nuclear families at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$).

In terms of household's economic status, it was found that there was different between mental health of fathers who had insufficient and sufficient economic status. For mother, also, there was different between mental health of mothers who had sufficient and insufficient economic status at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$). It could be concluded that household's economic status related with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years.

In terms of number of child 0-5 years under responsibility, it was found that mental health of father having one child was different from father having two children and more at statistical significant level ($p\text{-value} < 0.05$). For mother, it was found no relationship between number of child and mental health at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$). Thus, it could be concluded that number of child had no relationship with mental health of father but it was in mother who reared the child aged 0-5 years.

For age of a child, it was found that there was no difference in mental health between father having a child aged less than one year and more than one year ($p\text{-value} > 0.05$). This was accordingly shown in mother. Thus, it could be concluded that age of a child had no relationship with mental health of parents.

For gender of a child, it was found that father having son had better mental health than those having daughter but it was not found of such a difference in mother. In addition, mental health of parents in son care was most different from daughter care

($p\text{-value} > 0.05$). Thus, it could be concluded that gender of child had no relationship with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years.

For birth order of a child, it was found that parents having the first child were better mental health than those having the later one. Furthermore, the result showed that father having the first child had better mental health than father having the later child ($p\text{-value} < 0.05$), but this relationship was not found in mother. Thus, it could be concluded that birth order of a child directly relates with father mental health, but not mother mental health who reared the child aged 0-5 years.

Age of father had no relationship with mental health of father at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$) but it was found its relationship in mother who reared the child aged 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} < 0.01$) provided in Pearson's Product Moment Correlation value of -0.176. Thus, it could be concluded that age negatively related with mother's mental health but not in father.

In terms of education, it was found that parents educating higher than high school have better mental health than those educating less than high school ($p\text{-value} < 0.05$). For mother, there was no difference in mental health among mothers of different levels of education ($p\text{-value} > 0.05$). Thus, it could be concluded that education related to mental health of father ($p\text{-value} > 0.05$) but not in mother who reared the child aged 0-5 years.

For occupation, it was found that father working outside had better mental health than those working at home. But it was different in mother as mother working at home had better mental health than those working outside. In addition, mental health of father who reared the child aged 0-5 years was not different ($p\text{-value} > 0.05$) but it was found different in mother as mother working at home more likely to be better mental health than those working outside ($p\text{-value} < 0.05$). Thus, it could be concluded that occupation related to mental health of mother, but not father who reared the child aged 0-5 years.

In terms of chronic illness, emphasizing on mean different and mental health of parents showed finding that father having chronic illness had better mental health than those having no chronic illness but it was opposite in mother as mother of having no chronic illness had better mental health than those of having. Father of having chronic illness had better mental health who reared the child aged 0-5 years

than those of having no (p-value < 0.05), but it was not likely in mother. Thus, it might be concluded that having chronic illness related with father who reared the child aged 0-5 years, but not in mother.

Practice on child raising role was found its positive relationship with mental health of parents in child care (p-value < 0.001) with 0.406 value of correlation. For mother, it was found that child raising role of mother negatively related with mental health at statistical significant level (p-value < 0.001) by -0.6 value of correlation.

Relationship between spouse was found its relationship with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years (p-value < 0.001) in which its correlation values were 0.6 and 0.8 respectively.

Part IV: Analysis on factors predicting mental health of parents who reared the child aged 0-5 years.

This part of analysis was proceeded by Stepwise Multiple Regression and the result showed that relationship between spouse, education level, occupation and chronic illness jointly predicted mental health variance of father who reared the child aged 0-5 years by 73.2 percent as education was the most influential factor, followed by relationship between spouse, occupation, and chronic illness respectively. This relationship might be shown in an equation as:

Mental health = 1.168 + (0.654 x education) + (1.154 x relationship between spouse) + (0.326 x occupation) – (0.267 x chronic illness)

In mothers, finding found from Stepwise Multiple Regression revealed that family type, practice on child raising role and age jointly predicted mental health variance who reared the child aged 0-5 years by 72.6 percent as relationship between spouse was the most influential variable, followed by family type, child raising role action and age respectively. The relationship equation was:

Mental health = 3.686 + (1.189 x relationship between spouse) + (0.105 x family type) + (0.772 x age) – (0.012 x practice on child raising role)

Discussion

For family variables, family type had no relationship with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$). It could be explained that samples were in rural area in which kinship system was available. Thus, kin living in nearby houses can help to take care a child. So, family type had no relationship with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years.

Economic status of household had no relationship with mental health of parents at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$). This finding was different from a study of Thana Nilchaikowit et al. (53) who studied factors relating to mental health of dwellers in Nong Jok district, Bangkok in 1996 and Bussakorn Intrarawichai (56) who studied mental health of mothers whose their child faced chronic illness in 1996. This finding could be explained that the breadwinner was normally father and family earning of fathers in this research was sufficient so mental health of both father and mother had not occurred.

Number of children directly related with mental health of fathers who reared the child aged 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} < 0.05$). It could be explained that the more number of children meant more time children consuming in terms of taking care and reduces time for taking rest and relaxing of parents. Anyway, number of children had no relationship with mother's mental health at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$). A reasonable explanation is that child care is normally a role for mother. This finding was accordance with a study of Atchariya Patumwan (72), Wanida Yeunyong (73) and Manee Kuprasit (74) who found that the number of children had no relationship with parents 0-5 years.

Age of child had no relationship with mental health of parents 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$). This finding was in accordance with a study of Bussakorn Intrarawichai (56) who found that age of child had no relationship with mental health of mother. An explanation is that mother has to pay attention on any age of her child. Even 0-5 years child is needed more attention, but for mother, every age of child is same for her on taking care.

Gender of child had no relationship with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years ($p\text{-value} > 0.05$). An explanation is that sex of a child

is important for parents, but, no matter whether a child is a boy or girl, parents have to take role for taking care properly. However, father always feels free if a child is a boy.

Birth order of a child statistically related with mental health of father in child aged 0-5 years ($p\text{-value} > 0.05$). It meant that, for father, he was no experience for taking care the first child, so anxiety has always occurred to him when the first child was born. But for mother, birth order of a child has no relationship with her mental health.

Age of father had no relationship with mental health of father at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$) but it negatively related with mental health of mother ($p\text{-value} < 0.01$). It meant that even age of mother and father is similar, but responsibility among the two is quite different, especially in mother.

Occupation had no relationship with mental health of father in child age 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$), but it related with mental health of mother. It could be explained that fathers who work outside are more likely to share their experiences and get more valuable news than those working at home. Differently, mothers working at home tended to feel free and had more time to take care a child. This finding was in accordance with a study of Thana Ninchaikowit (58) who found that occupation related with mental health of parents.

Education directly related with mental health of father who reared the child aged 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} > 0.05$). It meant that education allows a person to find more knowledge to apply for child raising. On contrary, no matter how education level mother attained, mother has main responsibility to take care her child. Thus, education level had no relationship with mental health of mother. This finding was in accordance with a study of Bussakorn Intrarawichi (56) who found that education level of mother had no relationship with mental health.

Chronic illness related with mental health of father who reared the child aged 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} < 0.05$) but this relationship was not found in mother's mental health. It could be explained that fathers who have chronic illness must see doctors regularly. Thus, they tend to change themselves suitably for any situation than those having no chronic illness. This finding was different from a finding of Jumpol Somprasong (57) who found that physical healthy

condition directly related with a person's mental health and Berkman (61) who found that physical health directly related with mental health. Anyway, this finding was not found in mother since mother is the main guardian. So, no matter how serious physical problem mother has, she tends to take care her child potentially.

Practice on child raising role directly related with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} < 0.01$). This finding was in accordance with Aumpai Wannachetisara (60) who found that fathers tended to realize their role of child raising in moderate level. It meant that if parents realize their role on child care, they tend to take care a child well. However, child raising role action negatively related with mental health of mothers. It could be explained that some mothers might not understand/accept their role precisely.

Relationship between spouses directly related with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years at statistical significant level ($p\text{-value} < 0.001$). It meant that good relationship between spouses led both father and mother adjusting their roles in child care significantly.

Analysis on predicting factors showed the findings that there were 4 predicted variables as acceptance, educational level, relationship between spouse and chronic illness jointly predicting mental health of father who reared the child aged 0-5 years by 73.2 percent. The most influential variable was education. For mother, there were also 4 variables as relationship between spouse, child raising role action, age and family type jointly predicting mental health of mother by 72.6 percent. The most influential variable was relationship between spouses. It could be explained that education level parents attained is an important indicator for personal development. The higher education a person has means his capacity on facing with uncertain circumstances. Moreover, education can help a person find valuable sources of help properly. In addition, good relationship between spouses brings a couple care each other and realize the role of parents well. Furthermore, occupation brings a couple feeling of economic safety. Occupation can lead a person standing safely on his feet and has a purchasing power for physical health support. Whenever a person has a good physical health, his mental health will be good accordingly. Moreover, kinship system which is available in rural area brings a couple feeling warm because of care a couple gained from kin.

For a child care age 0-5 years, this period of a child needs more attention from parents. Thus, parents who understand well on this role are more likely to act according to the role properly. Furthermore, age of mother is another important variable since the older the one is, the more experience the one has. With the older age, a person can face problems bravely and properly.

Recommendation

Recommendation for implementation

Finding from the research showed that personal characteristic's such as education level of father, chronic illness of father, age of mother, occupation of mother, relationship between spouse and practice on child raising role, family characteristic such as family type directly related with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years. In order to prevent mental health problems occurring in parents and support quality of life for a child, these below issues are recommendations.

1. Finding from the research revealed that personal characteristics directly related with mental health of parents who reared the child aged 0-5 years. In order to support parents for giving birth in proper time, family planning division and concerned public health officers should set up a specific clinic aimed to give advices and knowledge for a newly married couple, especially, knowledge related to family planning as well as parent role in child care

2. Health officers should provide knowledge related to child care age 0-5 years in order to support parents on concerned knowledge and good attitude towards child rearing. Moreover, knowledge provided should cover step need for child development and concerned physician units such as antenatal unit, post-delivery unit, school for parents and well baby clinic etc should communicate the mentioned knowledge to parents. This support would help parents response their child's need properly. Also, school can act as a supporter by transferring concerned knowledge to parents in some meetings such as in annual guardian meeting as well.

3. Public health officers should promote a strong family relationship since a couple getting married. This task must promote a newly couple

realizing on good relationship between spouse and join their hand for family planning, birth ordering, birth spacing as well as upcoming problems. Good family planning will bring a couple coming closer and bonding together with love and care which finally leads to the proper actions a couple perform in child care.

Recommendation for further study

1. Comparative study in mental health between parents who reared the child aged 0-5 years and parents of other ages of child is needed since the finding can be implemented properly for all ages of children.
2. Other factors related to mental health of parents such as religious, social, political and cultural factors who reared the child aged 0-5 years are needed to investigate.
3. In terms of child, other ages of child in sense of emotion, health condition and others must be studied aimed to find other factors related to mental health of parents.

รายการอ้างอิง

1. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนสถาบันครอบครัว พ.ศ.2547-2556. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร; 2550.
2. นภเนตร ธรรมบวร. รายงานการวิจัย เรื่อง การประกอบการร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2534 ประเด็นบทบาทของครอบครัวกับการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ; 2541.
3. พงจิตต์ พิทักษ์ภากร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
4. รุจา ภูไพบูลย์, อรุณศรี แดชสหัส, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และจิรา อ่อนไหว. รายงานการวิจัยพัฒนาและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการพัฒนาของครอบครัวในการดูแลบุตรวัยแรกจนถึงวัยรุ่น. อุดรธานี. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2540.
5. เอกอุมา วิเชียรทอง. เอกสารประกอบการสอนรายวิชามโนคติพื้นฐานทางการพยาบาล เรื่อง แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวและความวิตกกังวล. ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
6. ยศ สันตสมบัติ. มนุษย์กับวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2540.
7. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิเคราะห์สถานภาพปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย พ.ศ.2529-2530. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา; 2531.
8. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนสถาบันครอบครัว พ.ศ.2547-2556. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร; 2547.
9. พนม เกตุมาน. การเจริญเติบโตและการพัฒนาของครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด; 2545.
10. คณะอนุกรรมการด้านครอบครัว, สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี การพัฒนาครอบครัว พ.ศ.2539.

11. พูนสุข ช่วยทอง. ครอบครัวและคุณภาพเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิบูลย์; 2548.
12. กมล แสงสีทอง และปรีชาดี สุขุม. (บรรณาธิการ). ครอบครัวไทยในเมืองเอกสารการสนทนาวิชาการครอบครัวและสิ่งแวดล้อม หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 5), หน้า 65-126). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2536.
13. ศรีทัตติม พานิชพันธ์. การเสริมสร้างความมั่นคงของครอบครัว. ในประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา หน่วยที่ 8-11 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 131-203. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2545.
14. Marrow WR, Wilson RC. Family relation of bright high-achieving and under-achieving high school boy. Child Development 32: 501-10; 1961.
15. สุพัตรา สุภาพ. สังคมวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2534.
16. สุริย์ วิชาสประทีป. สัมพันธภาพในครอบครัวของแรงงานสตรีที่ทำงานในระบบกะ: ศึกษาเฉพาะกรณีอุตสาหกรรมในเขตอ้อมน้อย จังหวัดสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2534.
17. พรณี เอื้อวัฒนา. การถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็กโดยบิดามารดา ศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกอนามัยครอบครัว] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
18. รุจิระ สุภรณ์ไพบูลย์. ความรู้เกี่ยวกับแม่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
19. ดวงเดือน พันธมนาวิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลทางสังคมกับแบบแผนการอบรมเลี้ยงดูตามการรับรู้ของนักศึกษามหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช] เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
20. Nielson L. Adolescence: A contemporary view. (2nd edition). USA: Holt, Rinehart and Winston: 306-8; 1991.
21. พรสุดา ดิษยวรรธนะ. พฤติกรรมการแสดงออกตามทฤษฎีของดจิโอวานนิกกับการอบรมเลี้ยงดูและลักษณะทางชีวสังคมบางประการของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ] กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2534.

22. Orem D.E., Nursing Concepts of Practice. (4th edition). St. Louis: Mosby Year booking; 1991.
23. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง; 2536.
24. จันทน์วิทย์ เกษมสันต์ ณ อยุธยา. ภาพรวมของปัญหาการพัฒนาสุขภาพเด็กไทย ใน สุขภาพและ พัฒนาการของเด็กไทย. หน้า 25-56. อารี วัลยเสวี สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ (บรรณาธิการ) กรุงเทพมหานคร: เอช เอ็นสเตรชั่นนารีและการพิมพ์; 2531.
25. นิตยา คชภักดี. การเลี้ยงดูเด็ก ใน สุขภาพและ พัฒนาการของเด็กไทย. หน้า 95-127. อารี วัลยเสวี สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: เอช เอ็นสเตรชั่นนารีและการพิมพ์; 2531.
26. สุวดี ศรีเลณวัดี. จิตวิทยากับการพยาบาลเด็ก. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พิชญ์พรินติ้ง; 2534.
27. Pilliter. A Child Health Nursing Care of Growing Family. (2nd edition). Little Brown and company; 1981.
28. Udom Laksanavicharn et al. The indicator of Psychosocial Development in Thailand Ramathibodi Medical Journal 15 (January-March 1992): 63-69.
29. พูลสุข สรียาภรณ์ วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ และวัชรภรณ์ กิสสาสุนทร. คู่มือการทดสอบพัฒนาการ เด็กของเคนเวอร์, กรุงเทพมหานคร: เอช เอ็น การพิมพ์; 2532.
30. Good, C.V. Dictionary of Education. New York: Mc Grew Hill book Company; 1973.
31. Allport, G.W. Attitude. Reading in Attitude Theory and Measurement. Edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley and Sons; 1967.
32. Rotundo, E.a. American Fatherhood: A Hysterical Perspective. American Behavioral Scientist 1985; 25(1): 7-24.
33. Tarkett, JJK and M. Hansberger. Family - Centered Care of Children and Adolescent: Nursing Concept in Child Health. Philadelphia: W.B Saunders; 1981.
34. Day, R.D., Edited. Research and Theory in Family Science. California: Brooks/Cole Publishing Company; 1995.
35. กัสสร ลิมานนท์ และคนอื่น ๆ. สรุปผลวิจัยเบื้องต้นโครงการศึกษาครอบครัวไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
36. โสภา ขปิลมณัน. ครอบครัว: พื้นฐานปัญหาสังคมที่น่าเป็นห่วงในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมชายการพิมพ์; 2536.

37. ประหยัด สายวิเชียร และวาณี เอี่ยมศรีทอง. การดำเนินชีวิตในครอบครัว กับความเครียดในการทำงาน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2538.
38. กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น; 2540.
39. สุภาส เครือเนตร. บริหารสุขภาพจิต พิชิต ความเครียด. กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร; 2541.
40. อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, เอกอุมา วิเชียรทอง และสิวลี เปาโรหิตย์. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษานโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2544.
41. Vaillant GE .Mental Health. American Journal of Psychiatry 2003; 1373-1383.
42. Kreigh HZ, Perko JE. Psychiatric and mental health nursing. (2nd ed). Verginia: Reston Publishing Co., Inc.; 1983.
43. Veit, C.T., & Ware, J.E. The Structure of Psychological distress and well-being in general populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983; 51: 730-742.
44. Townsend MC. Essentials of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: F.A. Davis; 1999.
45. วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: แสงศิลป์การพิมพ์; 2533.
46. เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. สรุปรายงานการวิเคราะห์นิยามความหมายสุขภาพจิตและ องค์ประกอบของสุขภาพจิต. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต; 2537.
47. อภิสิทธิ์ ชำรงวรังกูร และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด ความสุขของประชาชนชาวไทย. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2543.
48. Jahoda M. Currents concepts of positive mental health. New York: Basic Books, Inc; 1958.
49. World Health Organization, SEARO. Report on indicators for monitoring progress in mental health WHO regional advisory group meeting on mental health; 1981.
50. Trubowitz J. Historical overview, personality theories and classification of mental illness. In: Varcarolis EM, Foundation of psychiatric mental health nursing. (2nd ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994.
51. Rollant PD, Deppoliti DB. Mental Health Nursing. St Louis: Mosby – Year Book; 1996.
52. บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนความรู้ว่าด้วยสุขภาพจิต และการพัฒนาสุขภาพจิต: มุมมองด้านการแพทย์และสาธารณสุข; 2546.

53. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. การเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
54. ธนา นิลชัยโกวิทย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร: รายงานเบื้องต้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 42(2): 77-87.
55. สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ. การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44(4): 285-296.
56. จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
57. บุญกร อินทรวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตรการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
58. จุมพล สมประสงค์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42: 184-95.
59. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก. กรุงเทพมหานคร: วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(3): 191-202.
60. Supuckwanich P. Mental health and caring behaviors of children with autism. Master' thesis, Psychiatric Mental Health Nursing Faculty of Graduate studies Mahidol University. 2000.
61. อำไพ วรรณเชษฐอิสรา. การรับรู้บทบาทของบิดากับการปฏิบัติตามบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรคนแรกวัย 0-2 เดือน [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยครอบครัว] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
62. Berkman PL. Measurement of mental health in a general population survey. Am J Epidemiol 1971; 94: 105-11.
63. สุชา จันทรห้อม. จิตวิทยาพัฒนาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช; 2539.

64. Locke, H.J. & Williamson, R, C. Marital adjustment: A factor analysis study. *American Sociological Review* 1985; 23: 562 – 569.
65. Spanier, G.B. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family* 1996; 38: 15-30.
66. เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. สุขภาพเด็กวัยทารก ใน: เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวหน่วยที่ 1-8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช; 2536.
67. สมทรง อินส่วง. สุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ใน: เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวหน่วยที่ 1-8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2536.
68. ก้านจิต ศรีนนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
69. อภิชัย มงคล, วัชนิ หัตถพนม, และภัสรา เชษฐไชติศักดิ์, วรณประภา ชลอกุล, และละอียด ปัญญาใหญ่. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2544.
70. โสพิน สุวรรณกุล. ศึกษาบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
71. อภิชัย มงคล, ศักดา กาญจนวิโรจน์กุล, ทวี ตั้งเสรี, วัชนิ หัตถพนม, และภัสรา เชษฐไชติศักดิ์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาของโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2543; 45(4): 331-322.
72. McCab. C.J. Thomas. K.J. Brazier, J.E, & Coleman. P. Measuring the mental health status of a population of GHQ – 12 and the SF-36 (MHI-5). *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 517-521.

73. อัจฉริยา ปทุมวัน. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
74. วนิตา ชื่นยง. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาด้วยโรคหอบหืด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
75. มณี คูประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
76. Daniel WW. Biostatistics a Foundation for Analysis in the Health Sciences. (6th ed). Canada: John Wiley & Sons, Inc.: 180-81.; 1995.
77. สุกรี ศิริบูรณ์. ภาวะสุขภาพจิตของปู่/ย่า/ตา/ยายที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยครอบครัว] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
78. Spector, P.E. Summated Rating Scale Construction. in Basic Measurement. Lewis-Beck, M.S. Editor. New York: SAGE Publisher; 1994.
79. Weisberg, S. Applied Linear Regression. New Jersey: John Wiley & Sons; 2005.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทนะโสดี คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
3. อาจารย์ นพ.ศุภชัย ปิติกุลตั้ง คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

**ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่น
ของแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส**

**ตารางภาคผนวกที่ 1 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่าง
คู่สมรส (บิดา)**

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
การยอมรับ		
1.	ท่านยอมรับในหน้าที่การงานของภรรยา	0.548
2.	ท่านยกย่องชมเชยภรรยาอย่างจริงใจ	0.749
3.	ภรรยาท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องครอบครัว	0.734
4.	ภรรยาท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องงานอาชีพ	0.776
5.	ท่านมักหลีกเลี่ยงไม่yakพบหน้าภรรยา	-0.082
6.	ภรรยาท่านมักหาเรื่องทะเลาะกับท่านบ่อย ๆ	-0.094
7.	ท่านสามารถพึ่งพาภรรยาได้	0.419
ความสนิทสนมหาที่มีต่อกัน		
8.	ท่านและภรรยามีความสัมพันธ์ทางเพศดี / ราบรื่น	0.472
9.	ภรรยาของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ	0.759
10.	ท่านและภรรยาเอาใจใส่ทุกข์สุขของกันและกัน	0.571
11.	ท่านต้องเสียใจเพราะภรรยาบ่อยครั้ง	-0.62
12.	ภรรยาของท่านมักทำให้ท่านมีความสุขในครอบครัว	0.402
การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ		
13.	ท่านและภรรยามีการปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ	0.630
14.	เมื่อมีความขัดแย้งท่านและภรรยาคุยกันด้วยเหตุผล	0.507
15.	ภรรยาของท่านมักพูดปลอบใจท่าน เมื่อท่านมีเรื่องกลุ้มใจ	0.476
16.	ท่านและภรรยาที่มีความคิดเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง	-0.322
การมีบทบาทที่สอดคล้องกัน		
17.	ท่านและภรรยามีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน	0.620
18.	ท่านพึ่งเรื่องเงินจากภรรยาไม่ได้	0.086

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต		
19.	ท่านและภรรยา มักพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ	0.171
20.	ภรรยาของท่าน มักทำให้ท่านเกิดความทุกข์ร้อน	-0.134
21.	ท่านมีเรื่องก่อกวนใจหลายครั้ง เพราะภรรยาเป็นต้นเหตุ	-0.480

ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน = 0.714

ตารางภาคผนวกที่ 2 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (มารดา)

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
การยอมรับ		
1.	ท่านยอมรับในหน้าที่การงานของสามี	0.000
2.	ท่านยกย่องชมเชยสามีอย่างจริงใจ	0.460
3.	สามีท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องครอบครัว	0.460
4.	สามีท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องอาชีพ	0.460
5.	ท่านมักหลีกเลี่ยงไม่ยอมพบหน้าสามี	0.913
6.	สามีของท่านมักหาเรื่องทะเลาะกับท่านบ่อย ๆ	-0.164
7.	ท่านสามารถพึ่งพาสามีได้	0.266
ความสนิทสนมที่มีต่อกัน		
8.	ท่านและสามีมีความสัมพันธ์ทางเพศดี / ราบรื่น	0.795
9.	สามีของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ	0.460
10.	ท่านและสามีเอาใจใส่ทุกข์สุขของกันและกัน	0.460
11.	ท่านต้องเสียใจเพราะสามีบ่อยครั้ง	0.816
12.	สามีของท่านมักทำให้ท่านมีความสุขในครอบครัว	0.512
การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ		
13.	ท่านและสามีมีการปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ	0.000
14.	เมื่อมีความขัดแย้งท่านและสามีคุยกันด้วยเหตุผล	0.000

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์
15.	สามีของท่านมักพุดลอบใจท่าน เมื่อท่านมีเรื่องกลุ้มใจ	-0.466
16.	ท่านและสามีมีความคิดเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง	0.816
การมีบทบาทที่สอดคล้องกัน		
17.	ท่านและสามีมีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน	0.230
18.	ท่านพึ่งเรื่องเงินจากสามีไม่ได้	0.816
ความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต		
19.	ท่านและสามีมักพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ	0.460
20.	สามีมักทำให้ท่านเกิดความทุกข์ร้อน	0.973
21.	ท่านมีเรื่องกลุ้มใจหลายครั้ง เพราะสามีเป็นต้นเหตุ	0.762

ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน = 0.879

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตร

ตารางภาคผนวกที่ 3 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตร (บิดา)

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์
1.	ท่านจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยกับบุตร	0.538
2.	ท่านจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นอันตราย เช่น ยา ของมีคม ไว้ในที่ปลอดภัย	0.463
3.	ท่านจัดหาของเล่นตามวัยให้บุตร	0.618
4.	ท่านพาบุตรไปรับวัคซีนครบตามวัย	0.635
5.	ท่านดูแลจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้บุตร	0.667
6.	ท่านฝึกพัฒนาการให้บุตร	0.828
7.	ท่านดูแลเอาใจใส่ให้บุตรได้รับนมและอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย	0.672
8.	ท่านดูแลทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัวให้บุตร	0.572
9.	ท่านสัมผัส กอดจูบ และนวดให้บุตร	0.823
10.	ท่านให้บุตรเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน	0.583

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
11.	ท่านจัดเตรียมและดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนแก่บุตร	0.387
12.	ท่านอ่านหรือเล่านิทานให้บุตร	0.610
13.	ท่านพูดคุยกับบุตรด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและอ่อนโยน	0.689
14.	ท่านฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร	0.621
15.	ท่านพาบุตรไปเที่ยวพักผ่อน นอกบ้าน	0.596
16.	ท่านดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์	0.641
17.	ท่านดูแลบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน	0.487
18.	ท่านเตรียมอาหารให้บุตร	0.608

ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน = 0.924

ตารางภาคผนวกที่ 4 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตร (มารดา)

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
1.	ท่านจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยกับบุตร	-0.113
2.	ท่านจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นอันตราย เช่น ยา ของมีคม ไว้ในที่ปลอดภัย	0.124
3.	ท่านจัดหาของเล่นตามวัยให้บุตร	0.890
4.	ท่านพาบุตรไปรับวัคซีนครบตามวัย	0.693
5.	ท่านดูแลจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้บุตร	0.753
6.	ท่านฝึกพัฒนาการให้บุตร	0.813
7.	ท่านดูแลเอาใจใส่ให้บุตรได้รับนมและอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย	0.131
8.	ท่านดูแลทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัวให้บุตร	0.753
9.	ท่านสัมผัส กอดจูบ และนวดให้บุตร	0.000
10.	ท่านให้บุตรเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน	0.175
11.	ท่านจัดเตรียมและดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนแก่บุตร	0.223
12.	ท่านอ่านหรือเล่านิทานให้บุตร	0.882
13.	ท่านพูดคุยกับบุตรด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและอ่อนโยน	0.000

ข้อที่	ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
14.	ท่านฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร	-0.165
15.	ท่านพาบุตรไปเที่ยวพักผ่อน นอกบ้าน	0.693
16.	ท่านดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์	0.000
17.	ท่านดูแลบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน	0.000
18.	ท่านเตรียมอาหารให้บุตร	0.096

ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน = 0.782

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสุขภาพจิต

ตารางภาคผนวกที่ 5 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสุขภาพจิต (บิดา)

ข้อที่	ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ความวิตกกังวล		
1.	กังวลใจอยู่เสมอ	0.313
2.	รู้สึกด้อยค่ากว่าคนอื่น ๆ	0.191
3.	ขาดความมั่นใจ	-0.086
4.	นอนหลับได้ยาก	0.281
5.	ย่ำคิดกับเรื่องที่กังวลอยู่เสมอ	0.246
6.	ไม่มีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน	-0.009
7.	ประหม่าง่าย	0.357
8.	เครียดตลอดเวลา	0.176
9.	กลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ	0.443
ซึมเศร้า		
10.	อยากร้องไห้	-0.027
11.	รู้สึกเศร้า หดหู่	0.253
12.	อยากอยู่คนเดียว / ไม่อยากพบปะผู้คน	0.355
สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม		
13.	มือสั่นตลอดเวลา	0.355
14.	ตื่นเต้นง่ายกับสิ่งต่างๆ	0.108

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์
15.	ยอมรับได้กับเรื่องที่ผิดหวัง/สูญเสีย โดยไม่ตีโพยตีพาย	0.336
16.	มีวิธีแก้ไขเมื่อโกรธ ไม่พอใจ	0.307
17.	เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะคำทอ หรือมีการลงไม้ลงมือ	0.005
สูญเสียการควบคุมอารมณ์		
18.	ไม่มีความสุข	0.121
19.	หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา	0.086
20.	คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง	0.000
ความรู้สึกทางบวก		
21.	มีความสุขในการดำเนินชีวิต	0.480
22.	มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร	0.650
23.	สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ	0.437
24.	เบื่อหน่าย	-0.267
25.	เหงา	-0.293
26.	มีอารมณ์ขัน	0.276
ความผูกพันทางอารมณ์		
27.	รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด	0.369
28.	รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่างๆ อย่างเต็มความสามารถ	0.520
29.	เมื่อทำผิดนั้นสามารถกล่าวคำ ขอโทษ กับคนอื่นได้	0.328
30.	ฉันไม่ยอมรับที่ผู้อื่นต่างไปจากฉัน	-0.441
31.	รู้สึกลำบากใจที่ต้องทำอะไรเพื่อผู้อื่น	-0.055
32.	มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟังคนอื่น	0.401
33.	เชื่อในความสามารถของตนเอง	0.560
34.	เอื้อเฟื้อเสียสละต่อผู้อื่น	0.522
ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน = 0.698		

ตารางภาคผนวกที่ 6 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสุขภาพจิต (มารดา)

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ความวิตกกังวล		
1.	กังวลใจอยู่เสมอ	0.679
2.	รู้สึกด้อยค่ากว่าคนอื่นๆ	0.939
3.	ขาดความมั่นใจ	0.760
4.	นอนหลับได้ยาก	0.939
5.	รำคิดกับเรื่องที่กังวลอยู่เสมอ	0.964
6.	ไม่มีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน	0.964
7.	ประหม่าง่าย	0.964
8.	เครียดตลอดเวลา	0.978
9.	กลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ	0.978
ซึมเศร้า		
10.	อยากร้องไห้	0.964
11.	รู้สึกเศร้า หดหู่	0.939
12.	อยากอยู่คนเดียว / ไม่อยากพบปะผู้คน	0.832
สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม		
13.	มือสั่นตลอดเวลา	0.964
14.	ตื่นเต้นง่ายกับสิ่งต่าง ๆ	0.565
15.	ยอมรับได้กับเรื่องที่ผิดหวัง / สูญเสีย โดยไม่ตีโพยตีพาย	-0.489
16.	มีวิธีแก้ไขเมื่อโกรธ ไม่พอใจ	-0.884
17.	เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะคำทอ หรือมีการลงไม้ลงมือ	-0.470
สูญเสียการควบคุมอารมณ์		
18.	ไม่มีความสุข	0.852
19.	หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา	0.966
20.	คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง	0.000

ข้อที่	ข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ความรู้สึทางบวก		
21.	มีความสุขในการดำเนินชีวิต	0.158
22.	มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร	0.679
23.	สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ	-0.541
24.	เบื่อหน่าย	0.313
25.	เหงา	-0.445
26.	มีอารมณ์ขัน	0.158
ความผูกพันทางอารมณ์		
27.	รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด	-0.503
28.	รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่างๆ อย่างเต็มความสามารถ	-0.503
29.	เมื่อทำผิดฉันสามารถกล่าวคำ ขอโทษ กับคนอื่นได้	-0.608
30.	ฉันไม่ยอมรับที่ผู้อื่นต่างไปจากฉัน	0.409
31.	รู้สึกลำบากใจที่ต้องทำอะไรเพื่อผู้อื่น	0.565
32.	มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟังคนอื่น	-0.454
33.	เชื่อในความสามารถของตนเอง	-0.454
34.	เื่อเพื่อเสียสละต่อผู้อื่น	0.491
ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน = 0.877		

หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่	MUPH2009-195
ชื่อโครงการ	สุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี
รหัสโครงการ	164/2552
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวเพ็ญภัทร เล็กพวงทอง
ที่ทำงาน	หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลิขะมิจรกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 12 พฤศจิกายน 2552

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 11 พฤศจิกายน 2553

ภาคผนวก ข

เครื่องมือสำหรับการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี

อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามเพื่อการวิจัยฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับเป็นข้อมูลและแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร

1. กรุณาอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ

2. ผู้ตอบแบบสอบถามจะรับการพิทักษ์สิทธิ์ในการให้ข้อมูล โดยให้ข้อมูลตามความสมัครใจและท่านไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามสามารถออกจากกรวิจัยโดยไม่บอกเหตุผลใดๆ และข้อมูลของท่านจะถือเป็นความลับข้อมูลจะถูกวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมไม่นำข้อมูลของท่านมาเปิดเผยหรือเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคลข้อมูลจะนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตของท่าน จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ และตอบตรงตามความเป็นจริงเพราะข้อมูลแต่ละข้อมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

3. แบบสอบถามชุดนี้โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบทบาทการเลี้ยงดูบุตร	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสภาวะทางอารมณ์	จำนวน 34 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่งมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวเพ็ญภัทร เล็กพวงทอง

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามสำหรับมารดา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0 - 5 ปี

อ. ห้วยกระเจา จ.กาญจนบุรี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง คำถามตอนนี้เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่างหรือเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ให้ตรงกับข้อความที่เป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. ระดับการศึกษาสูงสุด

() ไม่ได้ศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลาย

() ปวช. () ปวส./อนุปริญญา

() ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

3. อาชีพหลัก

() เกษตรกรรม

() ค้าขาย

() ผู้ใช้แรงงาน / รับจ้าง

() แม่บ้าน

() พนักงานบริษัท

() รับราชการ

() พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() ทหาร/ตำรวจ

() อื่น ๆ.....

4. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

() ไม่มี

() มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() หอบหืด

() ภูมิแพ้

() เบาหวาน

() โรคหัวใจ

() มะเร็ง

() ธาลัสซีเมีย

() ความดันโลหิตสูง

() อื่น ๆ ระบุ.....

5. ในครอบครัวของท่านมีบุคคลอื่นนอกจาก ท่าน คู่สมรส และบุตร อยู่ร่วมด้วยหรือไม่

() ไม่มี

() มี ระบุ

6. ท่านมีญาติหรือผู้อื่นช่วยเหลือขบถหรือไม่

() ไม่มี

() มี ระบ เดือน

7. จำนวนบุตรทั้งหมด..... คน บุตรที่มีอายุไม่เกิน 5 ปี จำนวน..... คน

บุตรคนที่ 1 เพศ..... อายุ ปี เดือน

บุตรคนที่ 2 เพศ..... อายุ ปี เดือน

บุตรคนที่ 3 เพศ..... อายุ ปี เดือน

บุตรคนที่ 4 เพศ..... อายุ ปี เดือน

8. รายได้รวมของครอบครัว.....บาท/เดือน

9. สถานภาพทางการเงินของครอบครัว

() พอเพียงและไม่มีหนี้สิน

() พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บ

() ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน

() ไม่พอเพียงและต้องพึ่งพาผู้อื่น

() อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส บิดา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อความที่เป็นจริง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
การยอมรับ			
1. ท่านยอมรับในหน้าที่การงานของภรรยา			
2. ท่านยกย่องชมเชยภรรยาอย่างจริงใจ			
3. ภรรยาท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องครอบครัว			
4. สามีท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องอาชีพ			
5. ท่านมักหลีกเลี่ยงไม่ยอมพบหน้าภรรยา			
6. ภรรยาของท่านมักหาเรื่องทะเลาะกับท่านบ่อย ๆ			
7. ท่านสามารถพึ่งพาภรรยาได้			
ความสนิทสนมที่มียู่ร่วมกัน			
8. ท่านและภรรยามีความสัมพันธ์ทางเพศดี / ราบรื่น			
9. ภรรยาของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ			
10. ท่านและภรรยาเอาใจใส่ทุกข์สุขของกันและกัน			
11. ท่านต้องเสียใจเพราะภรรยาบ่อยครั้ง			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
12. ภรรยาของท่านมักทำให้ท่านมีความสุขในครอบครัว			
การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ			
13. ท่านและภรรยามีการปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ			
14. เมื่อมีความขัดแย้งท่านและภรรยาคุยกันด้วยเหตุผล			
15. ภรรยาของท่านมักพุดลอบใจท่าน เมื่อท่านมีเรื่อง กวนใจ			
16. ท่านและภรรยามีความคิดเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง			
การมีบทบาทที่สอดคล้องกัน			
17. ท่านและภรรยามีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน			
18. ท่านพึ่งเรื่องเงินจากภรรยาไม่ได้			
ความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต			
19. ท่านและภรรยามักพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ			
20. ภรรยามักทำให้ท่านเกิดความทุกข์ร้อน			
21. ท่านมีเรื่องกวนใจหลายครั้ง เพราะภรรยาเป็นต้นเหตุ			

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มารดา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อความที่เป็นจริง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
การยอมรับ			
1. ท่านยอมรับในหน้าที่การงานของสามี			
2. ท่านยกย่องชมเชยสามีอย่างจริงใจ			
3. สามีท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องครอบครัว			
4. สามีท่านเป็นเพื่อนคู่คิดที่ดีในเรื่องอาชีพ			
5. ท่านมักหลีกเลี่ยงไม่ยอมพบหน้าสามี			
6. สามีของท่านมักหาเรื่องทะเลาะกับท่านบ่อย ๆ			
7. ท่านสามารถพึ่งพาสามีได้			
ความสนิทสนมที่ติดต่อกัน			
8. ท่านและสามีมีความสัมพันธ์ทางเพศดี / ราบรื่น			
9. สามีของท่านให้กำลังใจท่านเสมอ			
10. ท่านและสามีเอาใจใส่ทุกข์สุขของกันและกัน			
11. ท่านต้องเสียใจเพราะสามีบ่อยครั้ง			
12. สามีของท่านมักทำให้ท่านมีความสุขในครอบครัว			
การสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ			
13. ท่านและสามีมีการปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ			
14. เมื่อมีความขัดแย้งท่านและสามีคุยกันด้วยเหตุผล			
15. สามีของท่านมักพูดปลอบใจท่าน เมื่อท่านมีเรื่อง กวนใจ			
16. ท่านและสามีมีความคิดเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง			
การมีบทบาทที่สอดคล้องกัน			
17. ท่านและสามีมีการแบ่งภาระหน้าที่ในบ้าน			
18. ท่านพึ่งเรื่องเงินจากสามีไม่ได้			
ความสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต			
19. ท่านและสามีมักพักผ่อน/ท่องเที่ยวด้วยกันเป็นประจำ			
20. สามีมักทำให้ท่านเกิดความทุกข์ร้อน			
21. ท่านมีเรื่องกวนใจหลายครั้ง เพราะสามีเป็นต้นเหตุ			

ส่วนที่ 3 บทบาทการเลี้ยงดูบุตรของบิดา/มารดา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อความที่เป็นจริง

สม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติปกติเป็นประจำ
 บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง แล้วแต่โอกาส
 ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

กิจกรรม	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยกับบุตร			
2. ท่านจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นอันตราย เช่น ยา ของมีคม ไว้ในที่ที่ปลอดภัย			
3. ท่านจัดหาของเล่นตามวัยให้บุตร			
4. ท่านพาบุตรไปรับวัคซีนครบตามวัย			
5. ท่านดูแลจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้บุตร			
6. ท่านฝึกพัฒนาการให้บุตร			
7. ท่านดูแลเอาใจใส่ให้บุตรได้รับนมและอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย			
8. ท่านดูแลทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัวให้บุตร			
9. ท่านสัมผัส กอดจูบ และนวดให้บุตร			
10. ท่านให้บุตรเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน			
11. ท่านจัดเตรียมและดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนแก่บุตร			
12. ท่านอ่านหรือเล่านิทานให้บุตร			
13. ท่านพูดคุยกับบุตรด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและอ่อนโยน			
14. ท่านฝึกวินัยขั้นพื้นฐานให้บุตร			
15. ท่านพาบุตรไปเที่ยวพักผ่อน นอกบ้าน			
16. ท่านดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์			
17. ท่านดูแลบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน			
18. ท่านเตรียมอาหารให้บุตร			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสภาวะทางอารมณ์**คำชี้แจง** ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการต่อไปนี้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่

- ไม่มี หมายถึง ท่านไม่เคยมี หรือไม่เคยรู้สึกเลยในตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือน
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านเคยมี หรือเคยรู้สึก คือประมาณครั้งหรือสองครั้งในช่วง 1 เดือน
- ปานกลาง หมายถึง ท่านเคยมี หรือเคยรู้สึกหลาย ๆ ครั้งใน 1 สัปดาห์
- มาก หมายถึง ท่านเคยมี หรือเคยรู้สึกบ่อยมาก เกือบทุกวัน

การเลี้ยงดูบุตรที่มีอายุในช่วง 0-5 ปี ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหรือมีอาการ ดังต่อไปนี้ในระดับใด

ข้อความ	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
ความวิตกกังวล					
1. กังวลใจอยู่เสมอ					
2. รู้สึกด้อยค่ากว่าคนอื่น ๆ					
3. ขาดความมั่นใจ					
4. นอนหลับได้ยาก					
5. ย้ำคิดกับเรื่องที่กังวลอยู่เสมอ					
6. ไม่มีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน					
7. ประหม่าง่าย					
8. เครียดตลอดเวลา					
9. กลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ					
ซึมเศร้า					
10. อยากร้องไห้					
11. รู้สึกเศร้า หดหู่					
12. อยากอยู่คนเดียว / ไม่อยากพบปะผู้คน					
สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม					
13. มีอึดั้นตลอดเวลา					
14. ตื่นเต้นง่ายกับสิ่งต่าง ๆ					
15. ขอมรับได้กับเรื่องที่ผิดหวัง/สูญเสียโดยไม่ตีโพยตีพาย					

ข้อความ	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
16. มีวิธีแก้ไขเมื่อโกรธ ไม่พอใจ					
17. เมื่อโกรธ ไม่พอใจจะด่าทอ หรือมีการลงไม้ลงมือ					
สูญเสียการควบคุมอารมณ์					
18. ไม่มีความสุข					
19. หงุดหงิด รำคาญใจตลอดเวลา					
20. คิดทำร้ายตนเองเมื่อผิดหวัง					
ความรู้สึกทางบวก					
21. มีความสุขในการดำเนินชีวิต					
22. มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุตร					
23. สบายใจ ไม่มีความกังวลใจ					
24. เบื่อหน่าย(ลบ)					
25. เหนง(ลบ)					
26. มีอารมณ์ขัน					
ความผูกพันทางอารมณ์					
27. รู้สึกอบอุ่นและรักกับคนใกล้ชิด					
28. รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ					
29. เมื่อทำผิดฉันสามารถกล่าวคำ ขอโทษกับคนอื่นได้					
30. ฉันไม่ยอมรับที่ผู้อื่นต่างไปจากฉัน					
31. รู้สึกลำบากใจที่ต้องทำอะไรเพื่อผู้อื่น					
32. มีความสุขกับการพูดคุยและรับฟังคนอื่น					
33. เชื่อในความสามารถของตนเอง					
34. เื่อเพื่อเสียสละต่อผู้อื่น					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวเพ็ญภัทร เล็กพวงทอง
วัน เดือน ปีเกิด	2 กันยายน พ.ศ.2523
สถานที่เกิด	จังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, พ.ศ.2533 – 2536 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2554 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
ที่อยู่ปัจจุบัน	29/14-15 หมู่ที่ 5 ตำบลปากแพรก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 71000 E-mail: penpat_fon@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา 439 หมู่ที่ 6 ตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี 71170 โทรศัพท์ 034-677301 ต่อ 28