

สรุปรายงานการวิจัย

เรื่อง

สุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัวที่มีบุตรอายุ 0-6 ขวบ ในชุมชน
รอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีจังหวัดนครราชสีมา

Mental Health of Family members who have children aged 0-6
years in community surrounding Suranaree University of
Technology, Nakhon Ratchasima



อาจารย์สิริกร ขาวบุญมาศิริ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทที่ 1

บทนำ

สุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัวที่มีบุตรอายุ 0-6 ขวบ ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

Mental Health of Family members who have children aged 0-6 years in community surrounding Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima

1. คำสำคัญ (keywords)

(ภาษาไทย) การสร้างเสริมสุขภาพ, ครอบครัว, สุขภาพจิต

(ภาษาอังกฤษ) Health promotion, Family, Mental health

2. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตมาก ทั้งในด้านโครงสร้างและหน้าที่ แต่เดิมครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขนาดใหญ่หรือครอบครัวขยาย (Extended Family) ที่ประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวตั้งแต่ 3 ช่วงอายุคน อาศัยอยู่ด้วยกันหรือมีเครือญาติอยู่ร่วมกัน โดยมีผู้อาวุโสในครอบครัวซึ่งมักจะเป็นชายเป็นหัวหน้าครอบครัวเดียว ปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวมีขนาดเล็กลงเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) โดยมีพ่อแม่อยู่กับลูกเพียงไม่กี่คนตามลำพัง เพื่อความคล่องตัวในสภาพสังคมเมืองที่มีสถานที่ประกอบอาชีพหารายได้ให้กับครอบครัวและการใช้ชีวิตครอบครัวอย่างอิสระตามวิถีชีวิตแบบใหม่ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อบทบาทของการสื่อสารในครอบครัวไปด้วย โดยครอบครัวมิได้เป็นศูนย์กลางในการเลี้ยงดูเด็กอย่างอบอุ่นใกล้ชิด สมบูรณ์ เช่นก่อนมา บทบาทของพ่อแม่และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้เปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่าทั้งพ่อและแม่ต่างมีภาระทำงานนอกบ้านเพื่อจุนเจือครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาทำหน้าที่อบรมขัดเกลาพฤติกรรมของเด็กที่ละเล็กละน้อย และสร้างสายสัมพันธ์อันดีระหว่างพ่อแม่ลูกให้เหนียวแน่นได้อีก ความเหินห่างระหว่างสามีภรรยาและพ่อแม่ลูกมากขึ้น เนื่องจากเวลาที่จจะแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดและทำความเข้าใจระหว่างกันทั้งในเชิงปริมาณ(ความบ่อย) และคุณภาพ(การแสดงออก) นับวันจะลดน้อยลงทุกที ซึ่งส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเกิดความกดดันตึงเครียด อันนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ด้วยความไม่เข้าใจกันจนอาจลุกลามเป็นปัญหาครอบครัวที่รุนแรงได้ (จิตตินันท์ เดชะคุปต์, มปป)

ข้อมูลจากการทำวิจัยเชิงสำรวจของกรมสุขภาพจิตปี 2550 พบว่า เชาว์ปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กไทยมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างปี 2545 กับปี 2550 โดยปี 2545 ค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 148-225 แต่ในปี 2550 กลับลดลงอยู่ระหว่าง 129-218 ซึ่งข้อมูลระบุว่า EQ มีความสัมพันธ์กับ IQ โดยเฉพาะในด้านความกระตือรือร้น ความสนใจใฝ่รู้ กล้าพูด กล้าแสดงออก และความพึงพอใจในตนเอง ดัชนีครอบครัวอบอุ่นก็ปรับลดลงจาก 67.87 ในปี 2544 มาอยู่ที่ 59.99 ในปี 2548 และเหลือ 58.75 ในปี 2549 ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่า แนวโน้มความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลงอย่างต่อเนื่อง สัมพันธ์กับ เชาว์ปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ที่ลดลงเช่นกัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)



นพ.ชาตรี บานชื่น อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไทยเริ่มเสื่อมถอย และภาพที่สะท้อนถึงความอ่อนแอของครอบครัวไทยได้อีกมุมหนึ่งคือ การทอดทิ้งเด็กและผู้สูงอายุ รวมทั้ง สถิติการหย่าร้างที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี และจากการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านสายด่วน 1323 พบว่าปัญหาครอบครัวเป็นปัญหาสำคัญใน 5 อันดับแรกที่ประชาชนขอรับบริการปรึกษา ทั้งนี้ ปัญหาครอบครัวที่ขอรับบริการปรึกษา อาทิ สามีนอกใจ ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ปัญหาการเลี้ยงดูลูก ลูกไม่เชื่อฟัง ดิฉันเสพติด มีปัญหาการเรียน ฯลฯ

โลกปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความเป็นอยู่ของคนในสังคมวนวาย สับสนสลับซับซ้อน มีการต่อสู้แย่งชิง ฉวยโอกาสมากขึ้น ปัญหาเด็กขาดความอบอุ่น วัยรุ่นฆ่าตัวตาย ครอบครัวแตกแยกเกิดการขัดแย้ง ทะเลาะวิวาทอย่างรุนแรง และมีการหย่าร้างมากขึ้น ในสภาวะดังกล่าวคนจะดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขได้ไม่่ง่ายนัก ต้องดิ้นรน ปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในสังคมให้ได้ ดังนั้น สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจของบุคคล จึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ ย่อมแสดงถึงการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีของบุคคลนั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุข อยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกสบาย รวมทั้งตอบสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น ในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตสุขภาพจิต หมายถึงการดำเนินชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถปรับตัวหรือปรับความต้องการของตนเองให้สอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมที่อยู่ร่วมกับสังคมที่เกี่ยวข้องได้ดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้ตนเองและผู้อื่น (น.พ.อรุณ เชวนาคัย, มปป)

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตของครอบครัว จึงได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่อง สุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัวที่มีบุตรอายุ 0-6 ขวบ ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีจังหวัดนครราชสีมา เพื่อทราบข้อมูลด้านสุขภาพจิตและหาแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ซึ่งการพัฒนาครอบครัวให้มีสุขภาพจิตดีและมีความสุขเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นความสุขของทุกชีวิตอีกทั้งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญรุ่งเรืองและมั่นคง ดังคำกล่าวของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ที่ว่า “ถ้าอยู่กันด้วยความสุขและมีความรักใคร่กัน ครอบครัว ก็ไม่มีปัญหา แต่ถ้ามีความทุกข์ ไม่สามารถปรับตนในครอบครัวได้ ก็จะเป็นปัญหาและนำความขัดแย้งไปสู่ชุมชนในกาลต่อไป” (สำนักสุขภาพจิตสังคม, 2553)

3. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนในครอบครัวที่มีบุตรอายุ 0-6 ปี ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

4. ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจและศึกษาบุคคลในครอบครัวที่มีบุตรอายุตั้งแต่แรกเกิด – 6 ปี ครอบคลุมทุกกลุ่มการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และอาชีพโดยเลือกแบบเจาะจง 1 ชุมชนที่อยู่รอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

5. กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย

ครอบครัวเป็นระบบที่เรียกกันว่า ระบบครอบครัว (Family system) ระบบนี้ประกอบด้วยหลายระบบย่อย คือระบบย่อยแห่งบุคคล (individual subsystem) ระบบย่อยของสามี-ภรรยา (spousal subsystem) ของพ่อ-แม่ (parental subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) ส่วนระบบใหญ่ที่ครอบคลุมระบบครอบครัวอีกทีนั้น ได้แก่ชุมชน สังคม และประเทศชาติตามลำดับ เมื่อพิจารณาระบบครอบครัวจะพบว่า ครอบครัวมีคุณสมบัติของระบบทางชีวภาพดังที่กล่าวมาแล้วอย่างครบถ้วน (Minuchin, 1992) นั่นคือ

1. ครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคมและวัฒนธรรม (open socio-cultural system) ระบบครอบครัวที่ปกติจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและติดต่อสื่อสารกับระบบภายนอกอยู่เสมอ นอกจากนี้ระบบครอบครัวยังได้รับแรงกระทบจากระบบภายนอกตลอดเวลา เช่น จากโรงเรียน ที่ทำงาน และระบบเศรษฐกิจของประเทศ

2. ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง (transformation) ตลอดเวลา และจะมีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่องผ่านจากวงจรชีวิตหนึ่งไปยังอีกตอนหนึ่ง เช่น จากครอบครัวที่เพิ่งแต่งงานไปสู่ครอบครัวที่มีลูกเล็ก ครอบครัวที่มีลูกวัยรุ่น และครอบครัวที่ลูกเติบโตเป็นผู้ใหญ่แยกครัวออกเรือนไปในที่สุด

3. ครอบครัวมีการจัดระบบภายใน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและมีความต่อเนื่อง (continuity)

4. ครอบครัวมีการสื่อสาร ทั้งระหว่างระบบย่อยภายในครอบครัวเองและระบบภายนอก

5. ครอบครัวมีกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติ กฎจะควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและการปฏิบัติหน้าที่ภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพเพื่อความคงอยู่ดังข้อ 3

6. ครอบครัวมีขอบเขต ทั้งระหว่างบุคคลในครอบครัวด้วยกันเองและระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่นๆ ถ้าขอบเขตไม่ชัดเจนหรือสับสน ก็จะส่งผลถึงเสถียรภาพและพัฒนาการของครอบครัวได้

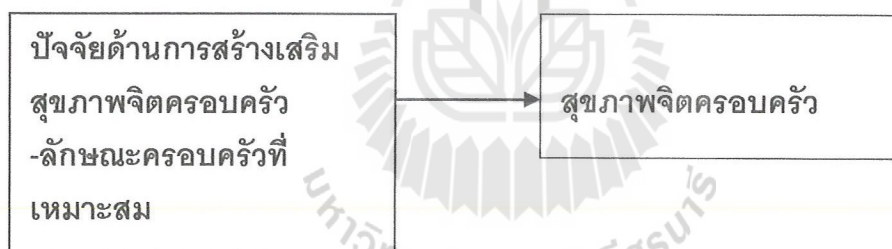
ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีวิถีปฏิบัติที่เป็นรูปแบบแน่นอน แม้ในครอบครัวที่มีปัญหายุ่งเหยิงก็จะมีวิถีปฏิบัติที่เป็นลักษณะเฉพาะ วิถีปฏิบัติหรือกฎเหล่านี้มีขึ้นเพื่อควบคุมให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปในขอบเขตหนึ่ง และไม่ให้เกินเลยไปกว่านั้นจนทำให้ครอบครัวเสียสมดุลได้ กฎต่างๆ ภายในครอบครัว

จะต้องมีความยืดหยุ่น และเปลี่ยนไปตามพัฒนาการแต่ละระยะ ปัญหาจะเกิดเมื่อครอบครัวไม่มีความยืดหยุ่นเพียงพอ ไม่ยอมปรับเปลี่ยนกฎให้เหมาะสมกับสภาวะกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป

ครอบครัวที่ทำหน้าที่อย่างเหมาะสม มักมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีขอบเขต (boundary) ที่เหมาะสม
2. มีความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสม
3. มีการจัดลำดับอำนาจ
4. สมาชิกมีบทบาทและหน้าที่ชัดเจน
5. มีความยืดหยุ่นในโครงสร้างและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
6. สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. มีการจัดระบบ (organization) ภายในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
8. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
9. มีเครือข่ายทางสังคมที่ดี
10. มีการใช้เวลาร่วมกันระหว่างสมาชิกตามสมควร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



6. การทบทวนวรรณกรรม / สารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความซับซ้อนและเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีการอพยพแรงงานเข้าสู่เมืองใหญ่ สังคมไทยซึ่งแต่เดิมเป็นสังคมชนบท มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีแนวโน้มเป็นสังคมเมืองมากขึ้น โครงสร้างและรูปแบบของครอบครัวซึ่งเคยเป็นครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขนาดของครอบครัวเริ่มเล็กลง ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สถาบันครอบครัวซึ่งเคยเป็นทุนทางสังคม มีระบบเครือญาติที่มีความผูกพันอย่างใกล้ชิด มีความเกื้อกูล เอื้ออาทร และการอบรมขัดเกลาบุตรหลาน การปลูกฝังวัฒนธรรมและค่านิยมประเพณีกลับอ่อนแอลง อันมาจากปัญหาวิกฤติที่ครอบครัวเผชิญอยู่ ดังนี้

1. ปัญหาเศรษฐกิจ จากรายงานการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยโดย รศ.พญ. ลัดดา เหมาะสุวรรณ พบว่า ครอบครัวไทยใน 17 จังหวัดทั่วประเทศ ประสบปัญหาวิกฤติในด้านเศรษฐกิจถึงร้อยละ 61 ซึ่งสอดคล้องกับดัชนีการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ : 2546) พบว่ามีครัวเรือนถึงร้อยละ 40 ของครัวเรือนทั้งประเทศที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะครัวเรือนภาคเกษตรกรรม ซึ่งปัญหาด้านเศรษฐกิจดังกล่าวทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมุ่งมั่นทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ประกอบกับภาวะผันผวนทางเศรษฐกิจทั้งของประเทศและโลก ทำให้ครอบครัวประสบกับปัญหาและความยากลำบากซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และจากการศึกษาผลกระทบของภาวะเศรษฐกิจต่อเด็กเยาวชนและครอบครัวของรุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2543) พบว่า ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับความเครียดของครอบครัวสูงกว่าภาคอื่นๆ และครอบครัวในกรุงเทพมหานครมีปัญหาสมาชิกในครอบครัวมีอาการซึมเศร้า มีความวิตกกังวลสูงกว่าภาคอื่นๆ และผลกระทบของภาวะเศรษฐกิจนี้ ครอบครัวมีแนวโน้มปล่อยให้เด็กอยู่กันตามลำพังมากขึ้น เนื่องจากบิดามารดาต้องไปหางานทำ ซึ่งจะมีผลให้ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ที่บทบาทในการดูแล อบรมเด็กและเยาวชนในครอบครัวได้ดี

2. ความสัมพันธ์ในครอบครัว จากการศึกษาภาวะความอยู่ดีมีสุขของประชาชนด้านชีวิตครอบครัว มีแนวโน้มลดลง (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว : 2546) โดยเฉพาะดัชนีด้านสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่นในครอบครัวมีค่าดัชนีลดลงจากร้อยละ 80.85 ในปี 2539 ลดลงเป็น 70.77 ในปี 2545 แสดงให้เห็นการอยู่ร่วมกันและความสัมพันธ์ที่อบอุ่นเริ่มเสื่อมสลาย ความผูกพันและความเกื้อกูลกันในครอบครัวเริ่มเหินห่าง อันเนื่องมาจากความจำเป็นเศรษฐกิจบังคับให้สมาชิกครอบครัวต้องพึ่งพาตนเองเพิ่มขึ้น ขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความผูกพันกันน้อยลง ความหวงใย อาหาร ความเสียสละ ความอดทนและพึ่งพาต่อกันลดน้อยลง ขาดความเข้าใจระหว่างคู่สมรส พ่อแม่กับลูก พี่กับน้อง หรือญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงทั้งในครอบครัวและในสังคมด้วยเช่นกัน โดยมีการศึกษาผลกระทบของสถานภาพการสมรสและสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาต่อการติดยาบ้าของนักเรียนพบว่า การหย่าร้างของบิดามารดาทำให้นักเรียนเสี่ยงต่อการติดยาบ้าเป็น 1.8 เท่า นักเรียนที่มีสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาไม่ดีจะเสี่ยงต่อการติดยาบ้าถึง 3.14 เท่า

3. การสมรสน้อยลงและการหย่าร้างเพิ่มขึ้น การสมรสถือว่าเป็นการเริ่มต้นของชีวิตคู่ เมื่อชายและหญิงตกลงที่จะใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน โดยมีการจดทะเบียนสมรสถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งเป็นเครื่องหมายแสดงถึงความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการสร้างชีวิตครอบครัวร่วมกัน ข้อมูลการสมรสและการหย่าร้างของประชากรทั้งประเทศชี้ให้เห็นว่า อัตราการจดทะเบียนสมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายลดลง ในขณะที่อัตราการหย่าร้างสูงขึ้น จากอัตราผู้จดทะเบียนสมรสในปี 2539 เท่ากับ 28.47 คู่ต่อหนึ่งพันครัวเรือน ลดลงเหลือ 20.41 คู่ต่อหนึ่งพันครัวเรือนในปี 2541 และ 16.8 คู่ต่อหนึ่งพันครัวเรือนในปี 2545 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) ในขณะที่อัตราการจดทะเบียนหย่าร้างในปี 2539 เท่ากับ 3.70 คู่ต่อหนึ่งพันครัวเรือน เพิ่มขึ้นเป็น 4.25 คู่ต่อหนึ่งพันครัวเรือนในปี 2541 และเพิ่มเป็น 4.49 คู่ต่อหนึ่งพันครัวเรือนในปี 2545 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) การหย่าร้างที่เพิ่มสูงขึ้นส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากทั้งหญิงและชายมีความอดทนต่อกันน้อยลง ซึ่งมาจากความเครียดในชีวิตประจำวันโดยความเครียดนั้นเกิดจากการเห็นความสำคัญของวัตถุมากกว่าจิตใจ

4. เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจากครอบครัว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและสังคมเมืองมีมากขึ้น สภาพปัญหาของการทอดทิ้งนี้ถือว่าอยู่ในสถานะที่รุนแรง เพราะอัตราส่วนของผู้ถูกทอดทิ้งไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลงอย่างชัดเจน ลักษณะการทอดทิ้งมีทั้งที่กระทำโดยเจตนาและไม่เจตนา หลายครอบครัวที่ทิ้งเด็กโดยไม่ตั้งใจ เช่น ปล่อยให้ผู้ดูแลเด็ก ปล่อยเด็กไว้ตามลำพังให้ดูแลกันเอง เห็นได้จากข้อมูลการสำรวจ เสียงสะท้อนจากเด็กไทยวันนี้ ของสวนดุสิตโพล พบว่า สิ่งที่เด็กประณมและมัธยมอยากได้จากพ่อแม่เป็นอันดับ 1 คือ ความรัก/ความอบอุ่น/ความเอาใจใส่ โดยเด็กประถมมีความต้องการถึงร้อยละ 71.11 และเด็กมัธยมต้องการร้อยละ 63.79 และจากการทอดทิ้งโดยเจตนา เช่นการทิ้งเด็กในโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์ต่างๆ ซึ่งพบว่ามีเด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งอยู่ในสถานสงเคราะห์ในช่วงระหว่างปี 2539-2544 มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังหรืออยู่กับเด็กเป็นจำนวนมากขึ้น ในขณะที่สังคมยังตระหนักถึงบทบาทความสำคัญของผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมาก ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังหรือต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานเพราะพ่อแม่เด็กต้องออกไปหารายได้และประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวต่อไป

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ถ้าครอบครัวไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ก็อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของครอบครัวซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาด้านต่างๆ รวมถึงตัวเด็กในครอบครัวที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่และเป็นบุคลากรที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในภายภาคหน้าได้ แต่ในขณะเดียวกันถ้าครอบครัวสามารถมีแนวทางในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตให้แข็งแรง สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี ครอบครัวก็จะยังคงความเป็นพื้นฐานที่เข้มแข็งในการพัฒนาประเทศต่อไปอย่างยั่งยืน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 11.1 ครอบครัวมีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพตนเอง
- 11.2 องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการคาดการณ์อุบัติการณ์การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตครอบครัวเพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขได้
- 11.3 นักวิชาการ นักวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้องได้ประโยชน์ในการใช้ฐานข้อมูลเพื่อการวิจัย หรือการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาครอบครัวต่อไป
- 11.4 ใช้ในการจัดการเรียนการสอนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชให้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้อง
- 11.5 การเผยแพร่ในวารสาร หรือที่ประชุมทั้งในระดับชาติและนานาชาติ
- 11.6 หน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ หน่วยงานที่รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวในพื้นที่ที่ศึกษา เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตลอดจนชุมชนที่ศึกษา และชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

8. วิธีการดำเนินการวิจัยและสถานที่ทำการทดลอง / เก็บข้อมูล

14.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ โดยอาศัยรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

14.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคคลในครอบครัวที่มีบุตรอายุ 0- 6 ปี จำนวน 310 คน ใน 105 ครอบครัว ที่มีภูมิลำเนาในชุมชนบ้านกรีน ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองอยู่ใกล้มหาวิทยาลัยสุรนารีเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างและวิธีเลือก โดยวิธีคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 31 คน จาก 31 ครอบครัวที่มีบุตรอายุ 0- 6 ปี ได้แก่ บิดามารดาเด็ก ปู่ย่า ตายาย ผู้เลี้ยงดู ที่มีภูมิลำเนาในชุมชนบ้านกรีน ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองอยู่ใกล้มหาวิทยาลัยสุรนารีเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

14.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว บทบาทของคนในครอบครัวและแบบประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต

14.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง นัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสะท้อนความคิด และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพจิตและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพจิตภายในครอบครัว และรูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว

14.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

14.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS (Statistics Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของทุกตัวแปร

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตครอบครัวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กรณีศึกษา จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

การสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

1. การสร้างเสริมสุขภาพ

คำว่า “สุขภาพ” หรือ “Health” มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า “Hoelth” มีความหมายเกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัย (Safe) ไม่มีโรค (Sound) และ ทั้งหมด (Whole) ซึ่งความหมายที่ว่าทั้งหมดนี้เอง การพิจารณาสุขภาพจึงต้องมองในหลายมิติ อย่างเชื่อมโยงกับเรื่องต่าง ๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา ฯลฯ เพื่อนำไปสู่ความสมดุล ทำให้เกิดสุขภาพที่สมบูรณ์

ความหมายของ สุขภาพ มีการให้นิยามที่หลากหลาย ดังตัวอย่างในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการให้ความหมายคำว่า “สุขภาพ”

ผู้ให้ความหมาย	ปี	ความหมาย
คุมล ศรีสุขวัฒนา	2545	สุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ แยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความสมดุลพอดี รู้จักประมาณอย่างมีเหตุผล และมีความรอบรู้เท่าทันโลก โดยสังคมจะต้องพัฒนาอย่างมีดุลยภาพทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม
WHO	1986 incited in Janice, et.al.1999	สภาวะของความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิได้หมายถึงเพียงความปราศจากโรคหรือปราศจากความทุพพลภาพเท่านั้น
Pender	1996	การบรรลุถึงการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะเดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็นเพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

กล่าวได้ว่า วิวัฒนาการการให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย เนื่องจากองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมีหลายอย่างและมีการเปลี่ยนแปลง ประกอบกับสุขภาพเป็นภาวะที่มีความต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อย่างไรก็ตามในระยะหลัง การให้ความหมายของสุขภาพมีองค์ประกอบที่ถูกอ้างอิง หรือกล่าวถึงมากที่สุดเกี่ยวข้องกับสุขภาวะ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ต่อมาศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้พิจารณาบริบทในสังคมไทย จึงได้เพิ่มสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไป

การมุ่งเน้นเพียงการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคติดต่อเหมือนในอดีต ไม่ทำให้ปัญหาสุขภาพลดลงได้ หลายประเทศได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการแก้ปัญหาสุขภาพจาก “ซ่อมแซมรักษา” มาสู่ “การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ” แนวคิดนี้เกิดขึ้นจากองค์การอนามัยโลกเป็นแกนนำการหาแนวทางใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการจัดประชุมนานาชาติที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ทำให้ได้ข้อสรุปแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของประชาชน แนวทางนั้นคือ “การสาธารณสุขแนวใหม่” (New public health) โดยใช้แนวคิด “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health promotion) ซึ่งแนวคิดนี้เกิดขึ้นเริ่มแรกที่ประเทศสวีเดน และหลายประเทศได้นำไปดัดแปลงประยุกต์ใช้ตามบริบทสังคมวัฒนธรรมรวมทั้งประเทศไทยด้วย

ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ”

ตามกฎบัตรออตตาวาได้ให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมี สุขภาพดีขึ้น (Duangwadee, S. 2001)

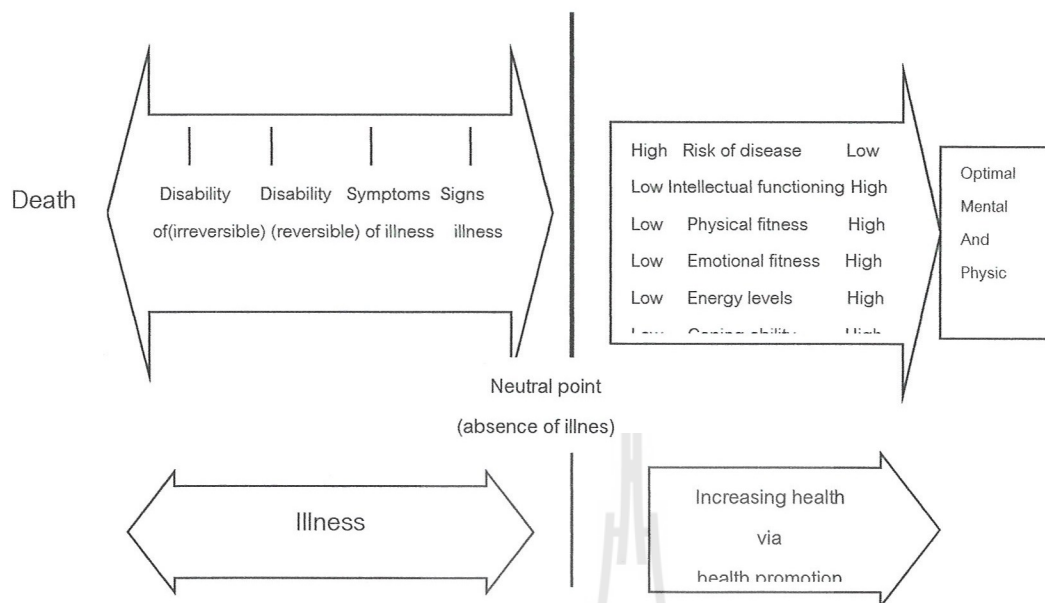
สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2545) ได้ทบทวนหลักการและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจากการประชุมระดับนานาชาติ 4 ครั้ง และให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

Pender, 1996 (อ้างใน Janice, E. et al. 1999) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดความผาสุก และการมีสุขภาพดีในระดับสูง

เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

หากพิจารณาสุขภาพจากแนวคิดความต่อเนื่องระหว่างเจ็บป่วย (Illness) กับภาวะสุขภาพดี (Wellness) การส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพดีในเชิงบวก หรือมีสุขภาพดีในระดับสูง (Optimal or Physical health or High-Level wellness) ซึ่งมีความหมายมากกว่าการไม่มีโรค และความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพใด ๆ รายละเอียดดังแผนภาพที่ 6

แผนภาพที่ 6 แสดงความต่อเนื่องระหว่างการเจ็บป่วยกับภาวะสุขภาพดี



แหล่งที่มา : Donatelle, R. and Davis, L.G.1998. Incited in Janice, E.et.al. 1999.

Community Health Nursing : Health Promotion and Disease Prevention Perspectives. Washington : Delmar Publishers.

กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎอตรา

มีการนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้หลายประเทศ และตั้งแต่ปี 1995 มีการประชุมเกี่ยวกับแนวคิดนี้หลายครั้งเพื่อให้เกิดแนวทางดำเนินการที่เป็นรูปธรรม แต่โดยภาพรวมกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1)การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policies)
- 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)
- 3)การเสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Activities)
- 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Development Personal Skills)
- 5) การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reoriented Health Service)

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมุ่งหวังให้เกิดการมีสุขภาพดีในระดับสูงสุด โดยจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพคงที่ มีการป้องกันโรคและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีนำมาก่อน การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทางสุขภาพและมีความผาสุกเพิ่มมากขึ้น

2.2 แนวคิดการป้องกันโรค (Disease Prevention)

การป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันล่วงหน้าก่อนจะมีการเกิดโรค โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี แนวทางสำคัญ คือ การสร้างประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพและการเกิดโรคในกลุ่มประชาชน ด้วยเหตุนี้แนวคิดการป้องกันโรคและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ จึงมักถูกเข้าใจว่าเหมือนกัน ซึ่งในความเป็นจริงแนวคิดทั้งสองมีความแตกต่างกัน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2538) กล่าวว่า การป้องกันโรคมีแนวความคิดหลัก คือ การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพ เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จ ได้แก่ การลดอัตราการเกิดโรค การลดอัตราตายและภาวะทุพพลภาพ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพนั้นมุ่งเน้นให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี มีความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพชีวิต มีความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกมีคุณค่า เคารพตนเองและสามารถควบคุมทรัพยากรได้ด้วยตนเอง

ตามแนวคิดทางวิทยาการระบาด เชื่อว่าโรคเกิดจากภาวะไม่สมดุลระหว่าง 3 ปัจจัย ได้แก่ Agent หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดโรค Host หมายถึง บุคคลหรือคน และ Environment หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค (Claudia and Frances, 2000) ซึ่งระดับของการป้องกันแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Claudia and Frances, 2000; Leavell and Clark, 1958 อ้างใน Janice and Mary, 1997) มีรายละเอียด ดังนี้

1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในขณะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น มีจุดเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป (Health promotion) นับเป็นการป้องกันที่สำคัญมาก เพราะเป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทางสังคม อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนงานป้องกันในระดับอื่น ๆ ให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การป้องกันระดับปฐมภูมียังรวมถึงการปกป้องสุขภาพเฉพาะอย่าง (Specific protection) เพื่อต่อต้านโรคที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค การให้เด็กนักเรียนอมน้ำฟลูออไรด์เพื่อป้องกันโรคฟันผุ การแจกเกลือผสมไอโอดีนแก่ชาวบ้านเพื่อป้องกันโรคคอพอก และการควบคุมพาหะนำโรค

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันหลังจากที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว มีจุดเน้นที่การวินิจฉัยแต่แรกเริ่ม และให้การรักษาทันทีเพื่อหยุดกระบวนการเกิดโรค เพื่อให้มีระยะของความรุนแรงของโรคน้อยที่สุด ป้องกันการแพร่กระจาย และช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย

3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) ในขั้นนี้ไม่เพียงแต่จะหยุดกระบวนการเกิดโรคเท่านั้น แต่รวมไปถึงการป้องกันการเกิดความพิการที่ถาวร เพราะเป็นขั้นที่ป่วยมากและมีความพิการเกิดขึ้น (Stage of disability of advanced disease) ในขั้นนี้มุ่งเน้นการลดภาวะแทรกซ้อน และลดความพิการ ตลอดจนผลเสียต่าง ๆ ที่จะตามมาภายหลังการเกิดโรค เพื่อให้บุคคลสามารถกลับคืนสู่ความเป็นปกติในระดับหนึ่งเท่าที่จะเป็นไปได้

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การส่งเสริมสุขภาพ	การป้องกันโรค
1. เป็นพฤติกรรมที่มุ่งส่งเสริม (Approach behavior) และก้าวไปสู่การมีสุขภาพดีในระดับสูง (High level wellness)	1. เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคและความเจ็บป่วย (Avoidance behavior)
2. บุคคลปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพในเชิงบวก (positive health)	2. บุคคลปฏิบัติการป้องกันเพื่อให้สุขภาพอยู่ในภาวะที่เป็นกลาง (Neutral health) คือ ไม่เจ็บป่วย
3. ไม่เน้นเรื่องโรค หรือ ปัญหาสุขภาพ	3. เน้นเรื่องโรค หรือ ปัญหาสุขภาพเป็นสำคัญ

หากพิจารณาจากตารางที่ 6 ที่เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จะเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพจะให้ความสำคัญมากในขณะที่ยุคคลอยู่ในภาวะปกติ โดยเป้าหมายของการปฏิบัติ คือ การมุ่งปฏิบัติพฤติกรรม (Approach behavior) เพื่อก้าวไปสู่การมีสุขภาพดีในระดับสูงสุด (Optimal health level wellness) ซึ่งถือเป็นสุขภาพในเชิงบวก โดยไม่ได้เน้นเรื่องโรค หรือ ปัญหาสุขภาพ ในขณะที่การป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดโรค และความเจ็บป่วย (Avoidance behavior) โดยเป้าหมายคือ เพื่อให้สุขภาพอยู่ในภาวะที่เป็นกลาง (Neutral point) คือ ไม่เจ็บป่วย ไม่บาดเจ็บ จึงอาจกล่าวได้ว่า การป้องกันโรคให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติเมื่อบุคคลมีภาวะเสี่ยงจากการเกิดโรค การบาดเจ็บ ความพิการ หรือ เมื่อมีปรากฏการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เป้าหมาย คือ เพื่อลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราทุพพลภาพ และลดอัตราตาย แต่การส่งเสริมสุขภาพให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะปกติ เน้นการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป้าหมาย คือ การเพิ่มระดับความผาสุก และในทางปฏิบัติทั้งการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพมักทำไปพร้อม ๆ กัน เพราะพฤติกรรมทั้งสองอย่างส่งเสริมซึ่งกันและกัน การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อมนุษย์ เพราะตั้งแต่มนุษย์เกิดมา มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านโครงสร้างองค์ประกอบของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งควรมีความเข้าใจพื้นฐานในแต่ละช่วงวัยดังนี้

กลุ่มวัยเด็กแรกเกิดถึงอายุ 1 ปี

ธรรมชาติของวัย

เป็นวัยที่ต้องการการปรับตัวด้านร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมรอบตัวหลังจากคร่ำมารดา ดังนั้นเด็กทารกยังคุ้นกับการอยู่ในครรภ์มารดา ตัวอย่าง การนอนนานๆเกือบทั้งวัน จะตื่นมาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น การหิว ปวดท้อง หรือรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากเปียกแฉะจากขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะใช้การร้องไห้เพื่อแสดงความต้องการ และต้องคอยพึ่งพามารดาหรือผู้เลี้ยงดูให้ความอบอุ่นดูแลอย่างใกล้ชิด และประกอบกับร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว สังเกตได้จากการ

เพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและความยาว ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยนี้มักเน้นการให้ความรู้และทักษะ การเลี้ยงดูแก่มารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นสำคัญ ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย

- การดูแลความสบาย เช่น การเช็ดทำความสะอาดสะดือ ตา ตัว และอวัยวะขับถ่ายอย่าง นุ่มนวล การนวดสัมผัสที่อบอุ่นจะช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้านโดยเฉพาะด้านร่างกาย และจิตใจของเด็ก และเด็กวัยนี้จะบิตัวเป็นการออกกำลังกายในตัวเอง

- การให้ทารกได้อาหารซึ่งเป็นนมมารดาอย่างเดียวใน 6 เดือนแรกติดต่อกัน ซึ่งนม มารดาจะย่อยง่าย สร้างภูมิคุ้มกันต่อเด็ก เด็กจะไม่อ้วนมาก ไม่ป่วยบ่อย เกิดความอบอุ่นและยัง ประหยัดเงิน เพราะไม่ต้องซื้อหาและใช้การเตรียมที่ยุ่งยาก ต่อจากนั้นจึงเริ่มให้อาหารเสริมซึ่ง มักเริ่มด้วย กล้วยครูด ไข่แดงเล็กน้อย จนเต็มพอง ต่อมาจึงค่อยเพิ่มเป็นไข่ขาว เพราะเด็กอาจแพ้ สารโปรตีนในขาว และเริ่มให้ปลาและผัก ซึ่งสามารถดูได้จากคู่มือการฝากครรภ์มารดา จะมี อาหารแนะนำในแต่ละเดือน

- การพาเด็กไปซั้่งน้ำหนักและวัดความยาวของรอบศีรษะ รอบอก และลำตัวเปรียบเทียบการ เจริญเติบโตในแต่ละเดือน ติดตามการขึ้นของฟัน ที่สำคัญมากคือ การพาเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดนัด ซึ่ง การรับวัคซีนในขวบปีแรกนี้จะเป็นตัวสร้างภูมิคุ้มกันต่อเด็กโดยตรงเมื่อเลยวัยนี้ไปแล้วจะเป็นการกระตุ้น เช่น วัคซีนป้องกันโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ตับอักเสบบ หัดเยอรมัน เป็นต้น ถ้าหากเด็กเป็นหวัดสามารถฉีด ได้แต่ถ้าเด็กมีไข้สูงอย่างเดียวควรเลื่อนไปก่อน และถ้าลืมนัดฉีดขึ้นได้ควรพาไปฉีดทันทีและเข็มถัดไปฉีด ตามปกติ ถ้าเด็กไม่ได้รับวัคซีนนี้อาจทำให้เด็กติดโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

2. การเสริมสร้างสุขภาพทางพัฒนาการ

พัฒนาการเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพ ที่ไม่สามารถวัดเป็นตัวเลขออกมาได้ง่ายๆ เหมือนการการ วัดการเจริญเติบโตได้แก่การซั้่งน้ำหนักและส่วนสูงนั้น แต่พัฒนาการต้องอาศัยรายละเอียดและระยะเวลาใน การสังเกตติดตามการเปลี่ยนแปลงของการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก-มัดใหญ่ เช่น การคว้า การคืบ การคลาน การ เดิน การวิ่ง การเล่น พฤติกรรมการแสดงออก เช่น การรับรู้และการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง การช่วยเหลือ ตนเอง ซึ่งในวัยขวบปีแรกพฤติกรรมบางอย่างยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงเด่นชัด มารดาควรติดตามจากคู่มือ พัฒนาการเด็ก

กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 1-5 ปี

ธรรมชาติของวัย

เป็นวัยที่สามารถปรับตัวด้านร่างกายเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ร่างกายเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง และจะคุ้นเคยกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ยังไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เริ่มซุกซน มากขึ้นเพราะสงสัยในสิ่งแวดล้อมรอบตัว จึงทำให้เด็กวัยนี้มักเกิดอุบัติเหตุในบ้านเรือนอย่างไม่คาดคิด เช่น ของขึ้นเล็กหรือเหรียญอุดตันลำคอจุกหรือหู ไฟฟ้าดูด มีดบาด ตกจากที่สูง จมน้ำ เป็นต้น ตอนปลายของ เด็กวัยนี้จะสามารถบอกความต้องการได้ เช่น หิว อิ่ม ปวดท้อง เด็กสามารถบังคับการปัสสาวะและอุจจาระได้



ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยนี้มักเน้นการให้ความรู้และทักษะการเลี้ยงดูแก่มารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย

- การช่วยเหลือดูแลความสะอาดร่างกาย เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การออกกำลังกายโดยการเล่นที่เหมาะสมกับวัยเด็กเพื่อกระตุ้นการเจริญเติบโตและสร้างความอบอุ่น
- อาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ไข่ ปลา นม ยังมีความสำคัญต่อการสร้างเซลล์สมองและเนื้อเยื่อของเด็กวัยนี้อยู่ ผักและผลไม้มีเกลือแร่และวิตามินช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่อเด็ก ป้องกันท้องผูก
- การรับวัคซีนในวัยนี้จะเป็นการกระตุ้นเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อจากวัยขวบปีแรก เช่น บาดทะยัก คอตีบใช้สมองอักเสบ หัด บางครั้งอาจหยอดโพลีโอดีมีการระบาด เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการออกมาเผชิญต่อสิ่งแวดล้อมนอกครอบครัว เช่น โรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน

2. การเสริมสร้างสุขภาพทางพัฒนาการ

- การฝึกความเป็นระเบียบวินัย เช่น การขับถ่าย การเล่นเกมและเก็บเข้าเป็นที่ การหาของเล่นที่กระตุ้นพัฒนาการตามวัย เช่น สีแดง ดำเหลือง ขาว เสียง ฝึกการใช้กล้ามเนื้อมือ กล้ามเนื้อเท้า การช่วยเหลือตนเอง เช่น การใส่เสื้อผ้าแบบสวม การแปรงฟันด้วยตนเองโดยมีผู้จับมือและให้มองผ่านกระจก การดื่อกอาหารและน้ำดื่มเข้าปากเองซึ่งอาจหกเลอะเทอะบ้าง
- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กวัยนี้สามารถสังเกตได้ชัดเจนมากขึ้น บางครั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีแบบทดสอบพัฒนาการ เพื่อติดตามความผิดปกติของพัฒนาการและสามารถให้การช่วยเหลือแก้ไขอาการผิดปกติได้ทันเวลาที่ เช่น ภาวะออทิสติก นอกจากนี้การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติหรือความพิการตั้งแต่กำเนิดด้านร่างกายก็สามารถเริ่มทำได้ เป็นต้น

กลุ่มวัยเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี

ธรรมชาติของวัย

เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ภายนอกครอบครัว เพราะเด็กเริ่มเข้าโรงเรียนมีสังคมภายนอกบ้าน ทำให้เสี่ยงต่อการติดโรคที่มาจากแต่ละครอบครัวและสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่แตกต่างกัน เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ ไข้เลือดออก หวัด และโรคที่เกิดจากความสะอาดส่วนบุคคล เช่น ฟันผุ หิด เทา กลาก เกื้อื้อน เนื่องจากเด็กชอบเล่นซุกซนยังไม่สนใจต่อความสะอาดของร่างกายและยังทำความสะอาดได้ไม่ทั่วถึง กระดูกของเด็กยังไม่แข็งแรงพองจึงมักเกิดอุบัติเหตุหักได้บ่อย การเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องซึ่งช้ากว่าวัยเด็กเล็กเล็กน้อย ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยนี้มักเน้นการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของสถานศึกษา ครอบครัว และชุมชน ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย

- จากการสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยนี้จะพบฟันผุมากเป็นอันดับหนึ่ง เนื่องจากไม่แปรงฟันหรือแปรงไม่ถูกวิธี ดังนั้นการติดตามการทำความสะอาดส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การรักษาโรคผิวน้ำ การป้องกันการแพร่ระบาดของเหา ปัจจุบันพบเด็กอ้วนมากขึ้นจากการรับประทานอาหารทอด น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ ไม่รับประทานผัก ไม่ออกกำลังกาย ดัดเกมส์ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและเบาหวานก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้นสังเกตจากคอจะมีแถบสีดำ ผู้ปกครองและโรงเรียนควรมีความร่วมมือกันต่อการปรับพฤติกรรมเด็กอย่างเหมาะสม เช่น ส่งเสริมนโยบายไม่จำหน่ายน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน ลดอาหารทอด เน้นผักและผลไม้แทนและส่งเสริมนโยบายการออกกำลังกายที่โรงเรียนทุกเช้า ส่งเสริมให้เด็กได้จัดบอดนิทรรศการกาลต่อต้านภัยอ้วน เป็นต้น

- การรับวัคซีนในวัยนี้จะเป็นการกระตุ้นเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อจากวัยก่อนเรียน เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก หัด คางทูม หัดเยอรมัน เป็นต้น

2. การเสริมสร้างสุขภาพทางพัฒนาการ

- เด็กวัยนี้มีการรับรู้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ยังเคารพกฎเกณฑ์ ดังนั้นการสอนให้รู้ว่าจะไรถูกอะไรผิด สอนกฎระเบียบที่ถูกต้อง เช่น หลักประชาธิปไตย กฎจราจร หลักสุขบัญญัติ เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมวิธีการสอนควรให้หุ่นจำลองหรือฝึกปฏิบัติจริง เช่น การแปรงฟัน การสร้างละคร เป็นต้น ลักษณะการเข้าสังคมช่วงนี้มักเป็นเพศเดียวกัน เป็นต้น

กลุ่มเด็กวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี

ธรรมชาติของวัย

เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งด้านส่วนสูงและน้ำหนัก และการเพิ่มของฮอร์โมนเพศทำให้เกิดลักษณะความเป็นหญิงและชายเต็มตัว ซึ่งสามารถให้กำเนิดบุตรได้ ปัญหาที่มักพบในวันนี้ ได้แก่ การค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีความสับสนในตนเองระหว่างการปรับตัวความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่รวดเร็ว อาจเรียกได้ว่าเป็น “วัยแห่งพายุบุแคม” หรือ “วัยหัวเลี้ยวหัวต่อ” มีอารมณ์รุนแรง กล้าเสี่ยง ทำทนายต่อต้านกฎระเบียบของสังคม ปัญหาการใช้สารเสพติด โรคทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะการเข้าสังคมมักเป็นการคบเพื่อนต่างเพศ เป็นต้น ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยนี้มักเน้นการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของสถานศึกษา ครอบครัว และชุมชน ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย

วัยนี้มีกล้ามเนื้อเจริญเติบโตที่แข็งแรงเต็มที่และมีพลังทางร่างกายมาก การมีความคิดที่อิสระไม่ชอบการบังคับ ควรเน้นให้น้ำพลังงานที่เหลือเฟือมาใช้ให้เหมาะสม เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือคิดค้นประดิษฐ์สิ่งแปลกใหม่ และยังมีจิตใจที่สับสนวุ่นวาย ค้นหาความเป็นตัวของตัวเอง เด็กมักจะเปลี่ยนแบบอย่างบุคคลที่เป็นฮีโร่ในดวงใจ เช่น ดาราที่ชอบ คุณพ่อหรือคุณแม่ที่ใจดี ดังนั้นหากบุคคลที่เขาชื่นชอบ

เป็นตัวอย่างในทางที่ดีจะโน้มน้าวให้วัยรุ่นปฏิบัติตามได้ เช่น การนำดารามาเป็นพรินเตอร์ต่อต้านการใช้สารเสพติด นำการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมเช่น การบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม

2. การเสริมสร้างสุขภาพทางพัฒนาการ

ครอบครัวควรสนับสนุนให้เกิดการนำเอาหลักประชาธิปไตยมาใช้ในบ้าน เช่น การรับฟังและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการช่วยตัดสินใจปัญหาในครอบครัว การสนับสนุนให้เด็กได้ผ่อนคลายทางอารมณ์คลายเครียด เช่น การเล่นกีฬาเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้ได้สัดส่วน การเล่นดนตรี วาดภาพ ระบายและฝึกทักษะการใช้ชีวิต เช่น การแก้ปัญหาในสถานการณ์จำลองต่างๆ สอนเรื่องการปรับตัวทางเพศ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เช่น รู้จักการปฏิเสธ การสนับสนุนกลุ่มเพื่อช่วยเพื่อน เป็นต้น

กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางอายุ 20-35 ปี

ธรรมชาติของวัย

เป็นวัยที่เริ่มเป็นผู้ใหญ่ร่างกายมีการเจริญเติบโตเต็มที่ พร้อมทั้งจะมีครอบครัวและบุตรธิดา การสร้างครอบครัวใหม่ การรับรู้ผิดชอบ สามารถประกอบอาชีพมีรายได้ และบางครั้งยังต้องศึกษาต่อเพื่อเตรียมตัวประกอบอาชีพที่ถนัดในอนาคต ในช่วงปลายของวัยนี้จะเป็นวัยผู้ใหญ่ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ปัญหาสุขภาพที่มักพบในวัยนี้ยังคล้ายกับวัยรุ่นบางส่วนและอาจเกิดปัญหาได้หากครอบครัวเลี้ยงแบบไม่ค่อยให้เด็กได้รับผิดชอบ ตรงกันข้ามหากมีการปรับตัวและการเลี้ยงดูอย่างเข้าใจในวัยรุ่นเด็กจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพวัยนี้มักเน้นการสร้างเสริมสุขภาพกายและจิตใจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและที่ทำงาน ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย

อาหารหลัก 5 หมู่ยังมีความสำคัญต่อการใช้พลังงานในแต่ละวัน ช่วงปลายของวัยนี้ที่ทำงานจนลืมหอกำลังกายและคลายเครียดอาจมีภาวะอ้วนได้ ความเครียดจากการศึกษาต่อ การปรับตัวต่อสถานที่ทำงานใหม่ หรือการย้ายงาน ความเร่งรีบจากการทำงานหาเลี้ยงชีพเพื่อสร้างความมั่นคงของชีวิต ปัญหาที่พบในวัยนี้ คือ คิดว่าร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่ายๆ ทำงานหาเงินจนลืมหอกำลังกายเป็นจุดเริ่มต้นของการสะสมโรคเรื้อรังตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูง มะเร็ง โรคเครียด เป็นต้น

2. การเสริมสร้างสุขภาพทางพัฒนาการ

การปลูกฝังและสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสมกับการทำงาน การจัดสัดส่วนรายได้ต่อรายจ่ายเพื่อสำรองพลังงานลดปัจจัยเสี่ยงสะสมที่จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรังในอนาคต การสร้างบรรยากาศที่ทำงานน่าอยู่ เช่น การคลายเครียดและการออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ การปรับตัวต่องานและเพื่อนร่วมงาน การปรับตัวต่อบทบาทสามี-ภรรยา การเป็นบิดาและมารดา เป็นต้น

กลุ่มวัยทำงานผู้ใหญ่ตอนปลายถึงก่อนวัยสูงอายุอายุ 35-59 ปี

ธรรมชาติของวัย

เป็นวัยที่มีการทำงานหนักและมีความรับผิดชอบมากที่สุดต่อครอบครัว ส่วนใหญ่ต้องดูแลเลี้ยงดูทั้งบุตร ธิดา และญาติผู้ใหญ่วัยสูงอายุ การสร้างความมั่นคงและเจริญในตำแหน่งหน้าที่การงาน การจัดสัดส่วนรายได้และรายจ่าย เงินออมสำหรับวัยเกษียณ ดังนั้นปัญหาที่มักพบในวัยนี้ คือ ความเครียดจากภารกิจประจำวันในการประกอบอาชีพ ภาวะโรคเรื้อรังที่สั่งสมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนมากจะมาแสดงออกในวัยนี้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น จากการสำรวจโรคเรื้อรังที่พบในวัยผู้ใหญ่พบว่ามีความดันโลหิตสูงมากที่สุด โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อน โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวานพบมากในผู้หญิงมากกว่าชาย ส่วนผู้ชายมักเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าหญิงอาจเนื่องจากพบว่ามีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าหญิง (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และคณะฯ 2552) และไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพวัยนี้มักเน้นให้เห็นความสำคัญและจำเป็นของการสร้างเสริมสุขภาพกายและจิตใจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและที่ทำงาน ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย

แม้ว่ายังไม่เป็นโรค การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม หวาน มัน ฝัด ทอด ปิ้ง ย่าง ซึ่งเป็นบ่อเกิดของโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การเกิดหลอดเลือดสมองตีบตันและแตก โรคมะเร็ง เน้นการออกกำลังกายต่อเนื่องวันเว้นวัน 20-30 นาที และการพักผ่อนที่เพียงพอ 6 - 8 ชั่วโมง จะทำให้ร่างกายมีพลังสำรอง แม้มีโรคทางพันธุกรรมก็จะสามารถชะลอระยะเวลาการเป็นได้ มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับผลการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้งๆ เฉลี่ยครั้งละ 20-30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ สามารถลดระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ต้องมีการสร้างการรับรู้ความสามารถและลดอุปสรรคที่จะขัดขวางต่อการออกกำลังกาย เช่น ความอาย การอ้างว่าไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีเพื่อน ไม่มีเวลา การไม่ทราบหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง แต่ต้องเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกาย เช่น การฝึกทักษะด้วยตนเอง การให้เห็นตัวอย่างหรือมีผู้นำออกกำลังกาย การตั้งชมรมออกกำลังกาย การยกย่องและชมเชยถ้าปฏิบัติได้ต่อเนื่อง เป็นต้น (พานทิพย์ แสงประเสริฐ 2548) ทั้งนี้การออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเวลาามาก เพียงรู้หลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องและมีจิตใจที่มุ่งมั่นก็สามารถชนะอุปสรรคได้

2. การเสริมสร้างสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์

คำว่า “ จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว ” แสดงถึงความสำคัญของการฝึกการควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม การมีสุขภาพจิตที่ดีคิดในแง่บวกจะช่วยสร้างสมาธิและปัญญาในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของการดำเนินชีวิต การวิตกกังวลเล็กน้อยเป็นสิ่งที่ดีช่วยกระตุ้นให้มนุษย์ทำงานอย่างรอบครอบ ทนเวลา แต่การวิตกกังวลเกิดปกติต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นอารมณ์เกินไปทำให้เกิดความเครียดสะสม คิดวนเวียนในสิ่งเดิมๆ กระทบต่อการหลั่งฮอร์โมนตัวร้ายในร่างกาย อาจแสดงออก เช่น โรคกระเพาะ การปวดศีรษะ ถ้าเกิดระยะเวลานานจนเรื้อรังทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังทั้งทางกายและทางจิต เช่น ความดันโลหิตสูง

เบาหวาน เป็นต้น ดังนั้นแม้ว่าคนที่ป่วยเป็นโรคแล้วถ้ามีการฝึกสมาธิยังสามารถช่วยลดและชะลอความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จากรายงานการวิจัยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการฝึกออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนอย่างต่อเนื่องร่วมกับการกำหนดลมหายใจเข้าช้าและลึกและหายใจออกที่ยาวนานขึ้นโดยฝึกสัปดาห์ละอย่างต่ำ 3 ครั้งๆละ 15 นาที จะช่วยลดระดับความดันโลหิตตัวล่างลงได้ (พานทิพย์ แสงประเสริฐและเนตรทิพย์ ประดูลกาญจนา 2553) เนื่องจากการออกกำลังกาย ช่วยให้เส้นเลือดยืดหยุ่นได้ดี เผาผลาญลดไขมันส่วนเกิน และการฝึกการหายใจช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดการผ่อนคลาย ผลโดยรวมในระยะยาวดีต่อสุขภาพกายและจิตใจ

กลุ่มวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือวัยสูงอายุ

ธรรมชาติของวัย

เป็นวัยที่มีการเสื่อมของโครงสร้างร่างกายและสภาพจิตใจตามระยะเวลาของการใช้งานตลอดช่วงชีวิต ประสาทสัมผัสทั้งห้าได้แก่ ตาก็มองไม่ค่อยชัดประกอบกับการเป็นโรคเรื้อรังเช่น ต้อกระจก จากความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น จอประสาทตามเสื่อมจากเบาหวาน หูได้ยินลดลง ต่อมรับรสของลิ้นลดลง ประสาทกายสัมผัสลดลง เช่น การเป็นเบาหวานความรู้สึกขาปลายมือปลายเท้าได้ และปัญหาที่มักพบ บ่อยในวัยที่สูงอายุจนถึงวัยชรา คือ โรคกระดูกและข้อเสื่อม ส่วนสภาพจิตใจบางครั้งซึมเศร้า ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาบุตรหลานเพิ่มมากขึ้น แนวโน้มสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการเจริญทางการแพทย์และการดูแลดีขึ้น ช่วยต่อชีวิตให้ยืนยาว อัตราการเกิดลดลงไม่สมดุลกัน โดยอัตราการเกิดมักพบในมารดา กลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่ได้มีการวางแผนครอบครัว ดังนั้นเมื่อสังคมมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ไทยต้องเตรียมรับกับการดูแลโรคที่เกิดจากความเสื่อมและโรคเรื้อรังเรื้อรัง ซึ่งท่านควรที่จะได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย

อายุจริงของตัวเลขและอายุที่เกิดจากการดำเนินชีวิตหรือการใช้งานของร่างกายในแต่ละคนแตกต่างกัน บางครั้งพบว่าคนอายุมากแต่มีหน้าตาผิวพรรณที่อ่อนกว่าวัย แล้วยังไม่มีโรคภัยเบียดเบียน ในทางตรงกันข้ามผู้ที่อายุน้อยกว่าแต่มีสภาพร่างกายเหมือนชราภาพเต็มที ทั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลตนเอง จากพฤติกรรมมารับประทาน เช่น กินผักและผลไม้ไม่พอ บางครั้งดื่มกาแฟหรือแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การนอนหลับไม่สนิทเพียงพอ การไม่ออกกำลังกายให้เลือดสูบฉีดและเพิ่มออกซิเจนต่อร่างกาย พักผ่อนไม่พอ จิตใจเคร่งเครียดหรือคิดในแง่ลบ หดหู่ เป็นประจำ เหล่านี้เป็นเพียงปัจจัยตัวอย่างที่ทำให้มนุษย์แก่เร็วมากขึ้น อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ โปรตีนที่ย่อยง่ายเช่น ปลา ถั่ว วัยนี้มักพบปัญหาของฟันเคี้ยว การรับรส ควรเสริมแคลเซียมจากปลาเล็กปลาน้อย นม ผักใบเขียว ผักต้ม อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ มะละกอ สับปะรด ลูกพรุน ช่วยการขับถ่าย ป้องกันท้องผูก การออกกำลังกายแบบช้าๆต่อเนื่อง เช่น การเดินดีที่สุด และการเดินในน้ำจะช่วยป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ การระมัดระวังอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น ควรมีการจัดบ้านเรือนให้ปลอดภัย เช่น ห้องน้ำไม่ให้ลื่น มีราวจับรอบๆ เปิดไฟสว่าง ความไม่สม่ำเสมอของฟันผิวดูการเดิน สิ่งกีดขวาง การหิยาบิติดหรือการหลงลืมรับประทานยา การทนต่อความเย็นและอากาศร้อนได้น้อยกว่าปกติ เป็นต้น

2. การเสริมสร้างสุขภาพทางจิตใจ อารมณ์ สังคม

ในต่างประเทศได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ อายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแก่แต่อายุและยังมีพลังความสามารถทั้งความคิดและประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้นำสิ่งเหล่านั้นมาเป็นปัญญาของแผ่นดิน จะช่วยให้สุขภาพจิตดีและมีสังคมที่อบอุ่นเพิ่มมากขึ้น การตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสาธารณสุขต่างๆ จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของท่าน การส่งเสริมให้บุตรหลานหรือเด็กที่อายุน้อยกว่าได้ร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ เช่น การอ่านหนังสือให้ฟัง การเอาใจใส่ดูแลความสุข ลดความทุกข์ของท่าน เป็นต้น

ดังกล่าวน่าจะเห็นว่า การเสริมสร้างสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัยมีความสำคัญและจำเป็นต่อทั้งตัวบุคคลากรด้านสาธารณสุขเองที่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแล้ว ยังมีประโยชน์ต่อครอบครัวและประชาชนที่ท่านต้องให้การดูแลในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลในแต่ละกลุ่มวัย เช่น การสอนสุขศึกษา การตรวจคัดกรองสุขภาพพื้นฐานเพื่อประเมินหาความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่อาจรุนแรงตามมาภายหลังได้

2. แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลครอบครัว

ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว (Structural and Functional Theory)

แนวความคิดในการพัฒนาทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่เป็นผลมาจากการนำเอาแนวความคิดทางด้านชีววิทยามาใช้ โดยอุปมาว่า โครงสร้างของสังคมเป็นเสมือนร่างกายที่ประกอบไปด้วยเซลล์ต่าง ๆ และมองว่า หน้าที่ของสังคมก็คือ การทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยแต่ละส่วนจะช่วยเหลือและเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ระบบทั้งระบบมีชีวิตดำรงอยู่ได้

โรเบิร์ต เค. เมอร์ตัน (Robert K. Merton) ได้จำแนกหน้าที่ทางสังคมเป็น 2 ประเภท คือ หน้าที่หลัก (Manifest) หน้าที่รอง (Latent) หน้าที่ที่ไม่พึงปรารถนา (Dysfunctional) หน้าที่ของบางโครงสร้างของสังคมอาจมีประโยชน์ต่อคนส่วนใหญ่ แต่ขณะเดียวกันคนบางส่วนอาจได้รับประโยชน์เพียงน้อยนิดหรืออาจไม่ได้รับประโยชน์เลย ซึ่งรวมไปถึงอาจจะมีคนบางกลุ่มหรือบางส่วนของสังคมได้รับผลเสียจากทำงานของโครงสร้างของสังคมนั้นก็ได้

อีมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) มีแนวความคิดว่า หน้าที่ของสังคมคือ ส่วนที่สนับสนุนให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ เอ.อาร์ แรดคลิฟฟ์ บราวน์ (A.R. Radcliffe-Brown) กับ โบรนิสโลว์ มาลินอฟสกี (Bronislaw Malinowski) ที่มองว่า หน้าที่ทางสังคม เป็นส่วนสนับสนุนให้โครงสร้างสังคมอยู่อย่างต่อเนื่อง เพราะสังคมมีกระบวนการทางสังคมที่ทำให้สังคมเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เช่น บรรทัดฐาน ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณี เป็นต้น

ทาลคอตต์ พาร์สัน (Talcott Parsons) มีแนวความคิดว่า สังคมเป็นระบบหนึ่งที่มีส่วนต่าง ๆ (Part) มีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ที่คงที่ของแต่ละส่วนจะเป็นปัจจัยทำให้ระบบสังคมเกิดความสมดุล (Equilibrium) ส่วนในด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคม พาร์สันเสนอว่า เกิดจากความ

สมดุลง่ายถูกทำลายลง เพราะองค์ประกอบของสังคมคือบุคลิกภาพ (Personality) อินทรีย์ (Organism) และวัฒนธรรม (Culture) เกิดความแตกร้าง โดยมีสาเหตุมาจากทั้งสาเหตุภายในหรือระบบสังคม เช่น การเกิดสงคราม การแพร่กระจายของวัฒนธรรม เป็นต้น และสาเหตุจากภายในระบบสังคม ที่เกิดจากความตึงเครียด (Strain) เพราะความสัมพันธ์ของโครงสร้างบางหน่วย (Unit) หรือหลาย ๆ หน่วย ทำงานไม่ประสานกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางประชากร การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจะเป็นสาเหตุทำให้ส่วนอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งหรืออาจเกิดขึ้นทั้งระบบก็ได้ พาร์สันเน้นความสำคัญของ วัฒนธรรม ซึ่งรวมถึงความเชื่อ บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคม คือ ตัวยึดเหนี่ยวให้สังคม

โดยสรุปแล้ว แนวความคิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของกลุ่มทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ มีลักษณะดังนี้

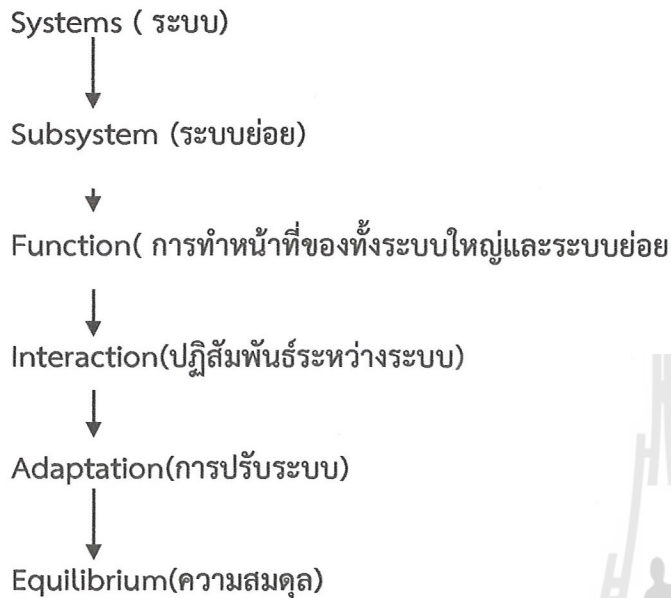
ในการศึกษาและวิเคราะห์สังคมต้องมองว่า สังคมทั้งหมดเป็นระบบหนึ่งที่แต่ละส่วนจะมีความสัมพันธ์ระหว่างกันความสัมพันธ์คือสิ่งที่สนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างเป็นเหตุเป็นผล ระบบสังคมเป็นการเคลื่อนไหวเข้าสู่ความสมดุล การปรับความสมดุลของระบบจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ระบบตามไปด้วยความต่อเนื่องของกระบวนการของข่าวสารจากภายในและภายนอก นอกจากนี้ทฤษฎีระบบยังมองว่า ความขัดแย้ง ความตึงเครียดและความไม่สงบสุขภายในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีระบบก็มีข้อจำกัดในการศึกษาเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากในการวิเคราะห์ตามทฤษฎีระบบเป็นการศึกษาเฉพาะเรื่อง จึงทำให้ไม่สามารถศึกษาความสัมพันธ์กับระบบอื่นได้อย่างลึกซึ้ง

แนวคิดเรื่องระบบ

- สัมพันธ์ภาพระหว่างส่วนต่างๆซึ่งประกอบกันเข้ามาเป็นระบบแต่ละระบบนั้นจะต้องมีลักษณะถาวรพอประมาณ อย่างน้อยจะต้องสามารถทำให้ระบบนั้นทำหน้าที่ของตนได้อย่างปกติ
- ระบบแต่ละระบบมีความโน้มเอียงที่จะป้องกันตนเองจากการแทรกแซงหรือการทำลายจากระบบอื่น (boundary maintenance)
- ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงบางประการเกิดขึ้นภายในส่วนต่างๆของระบบการเปลี่ยนแปลงนั้นตามปกติแล้วย่อมเป็นไปเพื่อความอยู่รอดหรือเพื่อการทำหน้าที่ที่ดียิ่งขึ้น เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมมากขึ้นกว่าเดิม
- ตามปกติแล้ว ระบบแต่ละระบบจะกระทำการรักษาดุลภาพ(Equilibrium)ระหว่างสัมพันธ์ภาพของส่วนต่างๆของตนไว้เสมอ การเสียดุลภาพในการปฏิบัติงานของส่วนต่างๆในบางครั้งถือว่าเป็นเหตุการณ์ผิดปกติ อาจอยู่ในภาวะการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่หรืออาจถูกแทรกแซงจากระบบอื่น
- ระบบที่ไม่สามารถรักษาดุลภาพไว้ในที่สุดก็อาจสลายตัวกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบอื่น หรือเปลี่ยนสภาพเป็นระบบแบบใหม่ก็ได้

ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ จะมองที่ Function หรือบทบาทที่กระทำทั้ง Function ตามสถานภาพ การแสดงออก และความคาดหวัง

แผนภาพโครงสร้างและหน้าที่ของระบบ



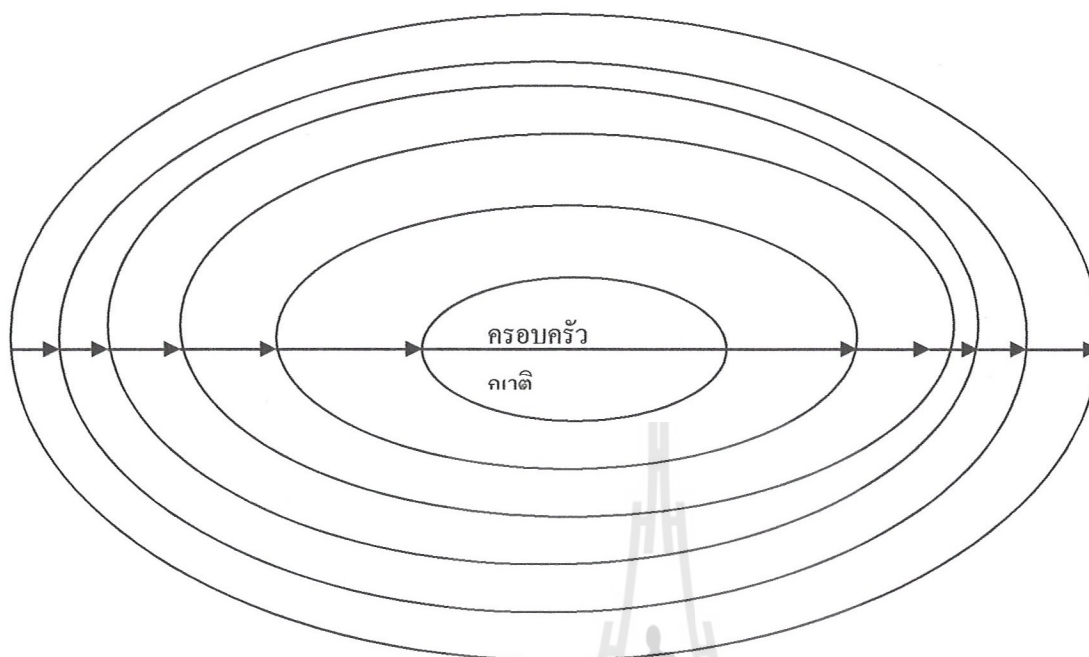
ประเภทของระบบ

1. Inorganic systems เป็นระบบของสิ่งไม่มีชีวิต เป็นระบบปิด (closed system) มีความคงที่ (static) สามารถมีfunction ในตัวเองได้ เช่นระบบเครื่องยนต์ (Mechanical)
2. organic systems เป็นระบบของสิ่งมีชีวิต คน พืช สัตว์ เป็นระบบเปิด (opened system) มีความคงที่ (static) เช่นร่างกายของมนุษย์
3. ระบบสังคมและวัฒนธรรม (socio and cultural systems) เป็นระบบเปิด (opened system) มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic) ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงมาจากการรับปัจจัยภายนอก (community) และการปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นและระบบของตนเอง

หน้าที่ของสังคม

1. เพิ่มสมาชิกใหม่ด้วยวิธีการสืบพันธุ์(ด้วยการจัดให้มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การปฏิบัติการทางเพศของสมาชิก การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การสืบพันธุ์รวมถึง การรักษาระดับของจำนวนสมาชิกสังคมให้เหมาะสมแก่การดำรงอยู่ของสังคม การติดต่อกับสังคมอื่นจะต้องถึงผลประโยชน์ ความอยู่รอดของสังคมตนด้วยเสมอต้องจัดการให้ความสัมพันธ์ต่างเพศอย่างมีแบบแผน
2. อบรมเลี้ยงดูสมาชิกให้รู้จักกฎเกณฑ์ พฤติกรรมทางสังคม
3. จัดให้มีการติดต่อสื่อสารด้วยสัญลักษณ์
4. จัดการด้านเศรษฐกิจ
5. จัดระเบียบและรักษาความสงบเรียบร้อยให้แก่สังคม
6. ผดุงขวัญและให้กำลังใจในการปฏิบัติการกิจของสมาชิก

แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ภาพระหว่างระบบย่อย



ระบบครอบครัวและเครือญาติของไทย

ครอบครัวหมายถึงกลุ่มบุคคลที่รวมกันโดยอาศัยความสัมพันธ์ทางสายเลือด (biological) ประการหนึ่งและ/หรือโดยอาศัยความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการแต่งงาน (conjugal) กลุ่มคนที่รวมกันอยู่จะมีมากน้อยเพียงใดก็ได้แล้วแต่แบบ (type) ของครอบครัว สถาบันครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นแก่มนุษย์ คนจะดีจะชั่ว บุคลิกภาพเมื่อเติบโตใหญ่จะเป็นเช่นไรส่วนใหญ่แล้วการอบรมสั่งสอนและการเลี้ยงดูภายในครอบครัวจะมีอิทธิพลมากที่สุด

แบบของครอบครัว สามารถแบ่งออกเป็นแบบใหญ่ๆ 4 แบบคือ

1. ครอบครัวเนื้อแท้หรือครอบครัวพื้นฐาน ตามปกติแล้วจะประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก แต่ในบางสังคมอาจกำหนดให้ญาติบางคนอาศัยอยู่ด้วยก็ได้ อำนาจการตัดสินใจเป็นของหัวหน้าครอบครัวอาจเป็นสามี หรือภรรยาก็ได้แล้วแต่ละวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ญาติที่มาอาศัยอยู่ก็อยู่ในฐานะผู้อาศัยเท่านั้น ครอบครัวชนิดนี้มีอายุอยู่ไม่นานนัก พอลูกๆ เติบโตและแต่งงานตั้งครอบครัวและแยกครอบครัวไปจากครอบครัวเดิมและเมื่อพ่อและแม่แก่ชรา ถึงแก่กรรมครอบครัวชนิดนี้ก็จะสลายไป
2. ครอบครัวขยายหรือครอบครัวร่วม (Extended of joint Family) ครอบครัวชนิดนี้คือการรวมครอบครัวเนื้อแท้ตั้งแต่สองครอบครัวขึ้นไปกลายเป็นครอบครัวใหม่ที่ใหญ่กว่าครอบครัวเดิม อำนาจการตัดสินใจมักมีได้อยู่ที่สามี ภรรยา แต่มักจะเป็นญาติผู้ใหญ่ที่อาวุโสของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ครอบครัวชนิดนี้จะมีอายุยืนยาวมาก บางครอบครัวมีอายุเป็นร้อยปี พันปี

3. ครอบครัวซ้อน (Composite or Compound family) ครอบครัวชนิดนี้เกิดขึ้นในสังคมที่อนุญาตให้ชายหรือหญิงสามารถมีภรรยาหรือสามีมากกว่าหนึ่งคน เช่นในสังคมไทยที่ผู้ชายมีภรรยาน้อยและนำภรรยาน้อยเข้ามาอยู่ในบ้านของตนด้วย ในกรณีนี้ก็คือมีภรรยาเพิ่มเติมเข้ามาเป็นสมาชิกในครอบครัวอีก ครอบครัวชนิดนี้จะสลายตัวลงไปได้ง่ายกว่าครอบครัวขยายคือเมื่อสามีผู้เป็นหัวหน้าครอบครัวตายไปครอบครัวก็จะสลายเนื่องจากคู่ครองที่เหลือกับลูกๆจะต้องแยกย้ายไปอยู่เพียงลำพัง
4. ครอบครัวสาระ (Essential Family) ครอบครัวชนิดนี้มักปรากฏอยู่ในหมู่ชนที่ยากจน ขาดสภาพของพ่อที่เป็นผู้นำของครอบครัว เนื่องจากความไม่พร้อมและต้องออกไปทำงานนอกบ้าน อำนาจการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับแม่ ซึ่งปัจจุบันครอบครัวชนิดนี้เกิดขึ้นในภาคอีสานของประเทศไทยแล้วเนื่องจากชายไทยต้องไปขายแรงงานที่ต่างประเทศ

หน้าที่ของครอบครัว

1. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ให้กับสังคม (Reproduction) คือครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่ทำให้มนุษย์เกิดมา การร่วมเพศระหว่างสามีภรรยาจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญประการหนึ่งของสมาชิกผู้ใหญ่ในแต่ละครอบครัว
2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกผู้เยาว์ (Child rearing and training) หน้าที่นี้เป็นหน้าที่ที่สืบเนื่องมาจากหน้าที่ประการแรกคือเมื่อผลิตสมาชิกใหม่ออกมาแล้วก็ต้องเลี้ยงดูให้เจริญเติบโต จะต้องอบรมสั่งสอนให้มีความรู้และความคิดอย่างคนทั่วไป
3. หน้าที่ทางเศรษฐกิจ (economic function) ครอบครัวมนุษย์ทุกครอบครัวต้องทำหน้าที่นี้ เนื่องจากทุกคนต้องมีการบริโภค หากครอบครัวไม่มีรายได้หรือทรัพย์สินสำหรับบริโภคเพียงพอ ความเป็นครอบครัวอาจสั่นคลอนลงได้
4. หน้าที่ช่วยเหลือและให้ความอบอุ่นแก่สมาชิกของครอบครัว (Protection and psychological function) ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกรวมทั้งการให้ความคุ้มครองป้องกันอันตรายทั้งทางด้านร่างกาย ทรัพย์สิน และความอบอุ่นทางด้านจิตใจ คือครอบครัวต้องเป็นหน่วยให้กำลังใจหรือหน่วยบำรุงขวัญอย่างดีแก่สมาชิก

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับความมั่นคงด้านครอบครัว

1. ขาดความพร้อมในการสร้างครอบครัว เนื่องจากมีการแต่งงานทั้งที่ยังไม่พร้อม เช่นอยู่ในระหว่างการศึกษา อายุน้อย ไม่มีอาชีพที่มั่นคง รายได้ต่ำ หรืออยู่กันโดยไม่มีการจดทะเบียนสมรส
2. ขาดการสร้างใจและการเรียนรู้ในบทบาทที่เหมาะสมของสมาชิก เนื่องจากพ่อแม่ต้องทำมาหากิน ทุ่มเทเพื่องาน ลูกหลานใช้เวลาแก่ครอบครัวน้อยลง(ทุ่มเทเพื่อการเรียน เล่นเกมส์ ดิจิทัล ทัศนิตเพื่อน ฯลฯ) การขัดเกลาของครอบครัวขาดการเน้นย้ำเรื่องวินัยขาด การเลือกสรรสิ่งที่ดีจากสภาพแวดล้อม สื่อ สภาพแวดล้อมภายนอกดึงคนออกจากครอบครัวมากกว่าช่วยให้คนอยู่กับครอบครัว
3. พ่อแม่ไม่ได้เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ลูก เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของหัวหน้าครอบครัวเดี่ยวเช่น พ่อ แม่ หย่าร้างกัน ลูกต้องเลือกที่จะต้องอยู่ระหว่างพ่อ กับแม่ ลูกจึงขาดแบบอย่างที่จะเลียนแบบ การขาด

ความรับผิดชอบของพ่อแม่ตามบทบาทหน้าที่ เช่น พ่อติดเหล้า แม่ติดไฟ ทำให้ลูกหลานเลียนแบบอย่างที่ไม่

เหมาะสม การไม่เป็นตัวอย่างที่ดีของพ่อแม่ที่พ่อแม่จะเลียนแบบได้ เช่น การคัดเลือกพ่อแม่ตัวอย่าง เน้นความสำเร็จในการเลี้ยงลูกเชิงเศรษฐกิจมากกว่าเชิงคุณภาพหรือคุณธรรม

4. ขาดการสนับสนุนโดยระบบเครือญาติ/เพื่อนบ้าน เนื่องการลดลงของครอบครัวขยายที่เคยมีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย ระบบเครือญาติอ่อนแอ เนื่องจากต้องพึ่งตนเองสูง รวมทั้งการย้ายถิ่นฐานไปทำงาน มีผลทำให้ขาดความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ระบบการแข่งขันเสรีทำให้คนอยู่แบบตัวใครตัวมัน

3. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสมดุลอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ทั้งนี้คำว่า “สุขภาพจิต” มิได้หมายความว่าเฉพาะแต่เพียงความปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2548) ให้ความหมายของสุขภาพจิต ไว้ว่า เป็นสภาพความสมบูรณ์ของจิตใจซึ่งได้มาจากความสามารถในเรื่องการกระชับมิตร พิชิตอุปสรรค และรู้จักพอใจ

จากความหมายของสุขภาพจิตที่กล่าวมา สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึงความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ คือ ปราศจากอาการต่างๆทางจิตและประสาท และสามารถปรับตัว หรือปรับความต้องการของตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคม บุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้ดี โดยที่ตนเองไม่เป็นทุกข์ สามารถผูกมิตร มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทางที่ดี และสามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงาน การแก้ปัญหา ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสุขสบาย และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดี โดยไม่เกิดความขัดแย้งภายใน

ความสำคัญของสุขภาพจิต

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้มีพระราชดำรัสตอนหนึ่งต่อคณะจิตแพทย์ ณ พระตำหนักภูพิงราชินีเวสท์ เมื่อวันที่ 14 ก.พ. 2520 ว่า “สุขภาพจิตและสุขภาพกายนี้ มีความสัมพันธ์ที่โยงกันอย่างยิ่ง พูดได้ว่าสุขภาพจิตสำคัญกว่าสุขภาพกายด้วยซ้ำ เพราะว่าคนไหนที่ทางกายสมบูรณ์แข็งแรง แต่จิตใจฟั่นเฟือนไม่ได้เรื่องนั้น ถ้าทำอะไรก็จะยุ่งกันได้ กายที่แข็งแรงนั้นก็เลยไม่ประโยชน์ต่อตนเองหรือสังคมอย่างใด ส่วนคนที่สุขภาพกายไม่สู้แข็งแรงแต่สุขภาพจิตดี หมายความว่า จิตใจดี รู้จักจิตใจของตัวเอง และรู้จักปฏิบัติให้ถูกต้องย่อมเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง และเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้มาก ในที่สุดสุขภาพจิตที่ดีก็อาจจะพามาซึ่งสุขภาพทางกายที่ดีได้” 136

ซึ่งจะเห็นว่า สุขภาพจิตมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์หลายด้าน เช่น ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ ด้านครอบครัว ด้านเพื่อนร่วมงาน และด้านสุขภาพร่างกาย ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะประสบความสำเร็จใน

ทุกด้าน ถ้าสุขภาพจิตดีร่างกายก็สดชื่น หน้าตาอึมแถม สมองแจ่มใส เป็นที่สบายใจแก่ผู้พบเห็น อยากคบค้าสมาคมด้วย ทำงานสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีและไม่ดี

สุขภาพจิตมีหลายระดับ ในการพิจารณาเพื่อบอกลักษณะสุขภาพจิตว่าอยู่ในรูปแบบสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดีนั้น สามารถบอกได้โดยคุณลักษณะโดยรวม แบบกว้างๆ เพื่อใช้สำหรับการประเมินอย่างคร่าวๆ ดังนั้น การจำแนกเกณฑ์การพิจารณาสุขภาพจิตดังกล่าว จึงสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี และลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตไม่ดี ดังนี้

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี

1. มีความสามารถในด้านสติปัญญา เป็นผู้ที่สามารถคิด และเข้าใจสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง สามารถใช้สติปัญญาคิด และทำอย่างมีเหตุผล เต็มใจที่จะเผชิญกับปัญหา ใช้สติปัญญาในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม
2. มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อเผชิญกับปัญหาอุปสรรค และความตึงเครียด สามารถรักษาและควบคุมอารมณ์ ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
3. มีการแสดงออกทางสังคมอย่างเหมาะสม สามารถใช้ทักษะทางด้านสังคมที่เหมาะสมกับกาลเทศะ
4. มีความสามารถในการทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ มีความสนุกกับการทำงาน ทำงานด้วยความเต็มใจ และกระตือรือร้น
5. สามารถแสดงออกซึ่งความรักกับผู้อื่นอย่างจริงใจตรงไปตรงมา มีความรักและนับถือตนเอง มีความเมตตากรุณา และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน
6. มีความสามารถที่จะทนต่อความบีบคั้นทางจิตใจสามารถจัดการกับความตึงเครียดของตนเอง
7. ยอมรับตนเองในทุกด้านทั้งด้านบวกและด้านลบ ยอมรับภาพลักษณ์ของตนเอง และยอมรับข้อดีและข้อเสียของตนเอง

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

1. ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยแสดงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนออกไป และจะแสดงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง โรคจิต โรคประสาท บุคลิกภาพแปรปรวน
2. มีความผิดปกติทางด้านความประพฤติ เช่น ชอบทะเลาะวิวาท ก้าวร้าว เล่นการพนัน และติดสารเสพติด เป็นต้น
3. ความผิดปกติทางด้านประสาท เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว ซ้ำอิจฉา พุดเพ้อเจ้อ ไม่สามารถตัดสินใจ เป็นต้น
4. มีความผิดปกติทางด้านลักษณะนิสัย เช่น กินยากอยู่ยาก หลับยาก กัดเล็บ ฆ่าคิดฆ่าทำ และมักมีปัญหากับผู้อื่น
5. แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย เช่น กิริยามารยาท การพูด และการแต่งกาย
6. มีบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น ชอบเก็บตัว ไม่ชอบคบหาสมาคมกับใคร เบื่อผู้คนและสิ่งแวดล้อม

7. มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น เจ็บป่วยบ่อยๆ เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ปวดศีรษะข้างเดียว ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

4. บุคลิกภาพกับสุขภาพจิต บุคลิกภาพเป็นลักษณะทางความคิด การปรับตัวของมนุษย์ พัฒนาการทางบุคลิกภาพของมนุษย์มีอิทธิพลมาจากการพัฒนาแต่ละขั้นตอนของโครงสร้างทางจิตที่เรียกว่า อิด (Id) อีโก้ (Ego) และซูเปอร์อีโก้ (Superego) ทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงวัย บุคลิกภาพ (Personality) หมายถึง แบบแผนลักษณะจำเพาะของแต่ละบุคคล เป็นผลมาจากประสบการณ์ ประกอบด้วยความรู้สึนึกคิด การรับรู้ และพฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลในชีวิตประจำวัน บุคคลที่มีบุคลิกภาพดี เช่น พุดจาสุภาพ แต่งกายเรียบร้อย สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้ดี ส่วนบุคคลที่มีบุคลิกภาพเปี่ยงเบนอย่างชัดเจน จะมีลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ยืดหยุ่น การปรับตัวไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความคิด ความเข้าใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ถือว่าเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ

ความเครียดกับสุขภาพจิต

การดำเนินชีวิตของบุคคลในแต่ละวันย่อมพบกับปัญหา และอุปสรรคต่างๆอยู่เสมอ ความสามารถในการแก้ปัญหา หรือการหาทางออกไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความกดดัน หรือเกิดความเครียด หากความรู้สึกดังกล่าวไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมก็จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต

ความหมายของความเครียด

ความเครียด (Stress) หมายถึง ความกดดันที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นสภาวะทางจิตที่เกิดจากบุคคลเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความเครียดจะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมาในรูปของความกลัว ไม่สบายใจ ความวุ่นวายใจ ทำให้บุคคลเสียสมดุลของตนเอง เป็นแรงผลักดันให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไป (Salve, 1974) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด สามารถแบ่งออกเป็น ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล (Miller, 1993) ดังนี้

ปัจจัยภายในบุคคล

1. สาเหตุทางร่างกาย สภาวะทางร่างกายที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ความเมื่อยล้า ไม่แข็งแรง การพักผ่อนไม่เพียงพอ การเจ็บป่วยทางร่างกาย พันธุกรรม การมีโรคประจำตัว การได้รับการผ่าตัด การติดเชื้อ หรือสารเสพติด เป็นต้น

2. สาเหตุทางจิตใจ เป็นสภาวะทางจิตบางอย่างที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ อารมณ์ทางลบทุกชนิด กลัว วิดกกังวล ความคับข้องใจ ทศนคติ และเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ ประเททจริงจังกับชีวิตมากเกินไป ใจร้อน ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ฟังพผู้อื่นตลอดเวลา ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจ หวาดหวั่นถึงอนาคตอยู่เสมอ หรือบุคลิกภาพที่ขาดความยืดหยุ่น เป็นต้น

ปัจจัยภายนอกบุคคล

1. สาเหตุทางกายภาพ เช่น สภาพดินฟ้าอากาศ การจราจรติดขัด เป็นต้น

2. การสูญเสียสิ่งที่รัก เช่น คนรัก ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน ปลดเกษียณ ย้ายที่ทำงาน เป็นต้น
 3. การทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น งานเสี่ยงต่ออันตราย ไม่พึงพอใจในงาน เป็นต้น
 4. สภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ยากจน มีหนี้สิน หรือไม่มีความปลอดภัยในทรัพย์สิน เป็นต้น
- ระดับความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นต่อบุคคล แม้จะมีสาเหตุเดียวกันแต่จะมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการปรับตัวและการยอมรับของแต่ละบุคคล ความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้น และหมดไปในระยะเวลาสั้นอาจเป็นวินาทีหรือเป็นชั่วโมง เป็นภาวะของจิตใจในระดับปกติ พบได้ในชีวิตประจำวันของทุกคน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดเพียงเล็กน้อย พอทนได้ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ความนึกคิด หรือพฤติกรรมให้เห็นอย่างชัดเจน และไม่เกิดผลเสียในการดำเนินชีวิต เช่น การจราจรติดขัดในการไปทำงาน การพลาดเวลานัดหมาย เป็นต้น

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) มีระดับรุนแรงกว่าระดับแรก เกิดอยู่ช่วงระยะเวลานานหลายชั่วโมง หรือ 1 วัน ทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจที่ต้องต่อสู้กับความเครียดโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ความคิด พฤติกรรม และการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนภัยว่ามีความเครียดมากกว่าปกติที่ต้องรับหาทางขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด หรือการผ่อนคลายความเครียด ถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ ขาดประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต

3. ความเครียดระดับสูง (Severe stress) เป็นสภาวะทางจิตใจที่มีความเครียดอย่างรุนแรงซึ่งอาจจะเป็นระยะเวลานานเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปี ความเครียดระดับรุนแรงนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างเห็นได้ชัด ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และมีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือ จากผู้อื่น

ปฏิริยาตอบสนองและพฤติกรรมแสดงออกของความเครียดมี 2 แบบ ได้แก่

1. กลุ่มอาการปรับตัวเฉพาะที่ เป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้นที่อวัยวะใด อวัยวะหนึ่ง หรือเกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น การอักเสบเฉพาะที่

2. กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป เป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเกิดความเครียดติดต่อกันเวลานาน กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไปนี้ เมื่อเกิดขึ้นในทุกกรณีจะมีแบบแผนเดียวกัน จะแตกต่างกันในระดับความรุนแรงเท่านั้น และในขณะที่มีการปรับตัวโดยทั่วไป ร่างกายจะมีการปรับตัวต่อสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดเฉพาะที่ร่วมด้วย เมื่อเกิดความเครียดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย 3 ระยะ คือ

2.1 ระยะตื่นกลัว (Alarm reaction) เป็นปฏิริยาตอบสนองของร่างกาย ต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะแรกเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม โดยมีการกระตุ้น ไฮโปทาลามัสให้กระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าเพื่อหลั่งอดรีโนคอร์ติโคโทรฟิก ฮอร์โมน (Adrenocorticotrophic hormone: ACTH) ออกมา มีผลต่อการเร่งต่อมหมวกไตชั้นเปลือกนอกหลั่งกลูโคคอร์ติคอย (Glucocorticoid) เพิ่มขึ้นมีผลต่อการควบคุมเมตาโบลิซึมของโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ไฮโปทาลามัสจะกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นใน

ให้หลังอดรีนาลีน และนอร์อดรีนาลีน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ มีความตึงตัวมากขึ้น หากรูกระเพาะอาหารและลำไส้หดและบีบตัวมากขึ้น

2.2 ระยะต่อต้าน (Stage of resistance) เป็นระยะที่ร่างกายมีการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายเข้าสู่สภาวะสมดุล การหลั่งอดรีนาลีน และนอร์อดรีนาลีนลดลง ร่างกายมีการใช้กลไกในการต่อสู้ในสิ่งที่มารบกวน เช่น ใต้ต้องทำงานหนักเพื่อปรับระดับน้ำตาลและเกลือแร่ หากสาเหตุของความเครียดไม่รุนแรง ร่างกายจะปรับสภาพเข้าสู่สภาวะสมดุลได้

2.3 ระยะหมดกำลัง (State of exhaustion) เป็นระยะสุดท้ายของการปรับตัว เกิดในกรณีที่มีความเครียดรุนแรงหรือเรื้อรังนานเกินไป ปฏิกริยาของร่างกายจะย้อนกลับไปสู่ระยะตื่นตัวใหม่ภายหลังระยะต่อต้าน ถ้าร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดภาวะไม่สมดุลของร่างกาย จนไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจถึงชีวิตได้

ผลของความเครียดต่อสุขภาพ

1. ปวดเรื้อรังกล้ามเนื้อ เช่น ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ
2. อาหารไม่ย่อย จุกเสียดแน่นท้อง
3. ท้องผูก
4. น้ำตาลในเลือดสูง
5. ร่างกายอ่อนเพลีย
6. ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ติดเชื้อโรคร้าย

พฤติกรรมในการเผชิญความเครียด

พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อเกิดความเครียดมีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ (Emotion focus coping) เป็น พฤติกรรมที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น แต่เป็นการบรรเทา รวมถึงการนำเอากลไกการป้องกันทางจิตมาใช้ เช่น การปฏิเสธ หลีกหนีพยายามลืม เพื่อฝัน แยกตัว เป็นต้น

2. พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดโดยตรง เป็นการใช้กระบวนการทางปัญญา ในการตัดสินใจเลือกวิธีจัดการกับปัญหา โดยมุ่งเน้นที่ต้นเหตุของปัญหาได้แก่ การเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดตามสภาพความเป็นจริงและหนทางแก้ไข หรือการเสริมสร้างความสามารถให้ตนเองในการเผชิญความเครียด ซึ่งบุคคลมีการเลือกใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดต่างกันไปตามระดับการเกิดความเครียด เช่น บุคคลที่เกิดความเครียดระดับต่ำ อาจใช้วิธีเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบแต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการเลือกใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเมื่อความเครียดระดับรุนแรง บุคคลมักใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์แทน ในทางปฏิบัติ บุคคลสามารถใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดทั้งสองแบบ และสัมพันธ์กันโดยอาจมีส่วนลดหรือเพิ่มประสิทธิภาพของบุคคลในการเผชิญความเครียด

การปรับตัวเมื่อบุคคลเกิดความเครียด

1. ฝึกและปรับเปลี่ยนวิธีคิด มองโลกและบุคคลในแง่ดี จะทำให้ไม่มีความโกรธ หรืออิจฉาริษยาผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม และมีชีวิตอย่างมีความสุข

2. ยอมรับตนเอง และมองตนเองอย่างมีคุณค่า ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เมื่อทำผิดพลาดก็จะให้อภัยตนเอง และพยายามปรับปรุงแก้ไขตลอดจนพัฒนาตนเอง สามารถที่จะเลือกกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจ และความสุขปราศจากความเครียด

3. จัดการกับความโกรธอย่างเหมาะสม ต้องรู้เท่าทันความโกรธและจัดการอย่างเหมาะสม

4. เรียนรู้ที่จะปลดปล่อย และระบายความรู้สึกทางลบออก ช่วยลดความกดดัน และความเครียดให้น้อยลง เช่น การพูดระบายความรู้สึกกับบุคคลที่เข้าใจได้

5. ดำเนินชีวิตด้วยความยืดหยุ่น

6. ไม่คาดหวังผลสำเร็จสูงเกินไป เพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสบายๆ และมีความสุข

7. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

8. ไม่คิดหมกมุ่นกับปัญหา หรือเรื่องราวอย่างใดอย่างหนึ่งตลอดเวลา ทำให้คิดฟุ้งซ่าน ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย

9. ใช้เหตุผลและความเป็นจริงในการพิจารณาที่จะเลือกตัดสินใจในสิ่งต่างๆ อย่างรอบคอบตามความเป็นจริง

10. หาแนวทางในการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การฟังเพลง การเดินเล่นการเล่นกีฬา เป็นต้น

11. ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลักการ คือ ขณะที่บุคคลเกิดความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะเกร็ง หรือหดตัว จะทำให้ความเครียด หรือความวิตกกังวลลดลง

12. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เพราะหากนอนไม่พอจะทำให้เกิดความเครียดและหงุดหงิด

6. การส่งเสริมสุขภาพจิต

การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นกระบวนการที่ทำให้คนเราสามารถควบคุมจิตใจตนเองได้เพื่อที่จะเอื้อให้มีสุขภาพจิตที่ดี การส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถดำเนินใน 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มประชาชนทั่วไป ผู้ที่มีกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มประชาชนทั่วไป เป็นการเพิ่มและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการในการส่งเสริมสุขภาพจิต ในระดับบุคคล เป็นการเพิ่มความสามารถในการปรับอารมณ์ การสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การสร้างสัมพันธภาพและทักษะการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต การเป็นพ่อแม่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตในแต่ละวัย

วัยทารกและวัยเด็ก

เข้าใจในปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของเด็ก อาการลงมือลงเท้า อาการกลัวการไปโรงเรียน ปัญหาการพูดซ้ำ เป็นต้น

วัยเรียน

การส่งเสริมให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย โดยให้โอกาสแก่เด็กได้เรียนรู้ ได้ ฝึกหัดระเบียบวินัย ดูแลเรื่องอาหารที่มีคุณภาพ และการป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก พ่อแม่หรือครูตระหนักต่อการ เรียนในเด็ก ควรสืบหาสาเหตุของผลการเรียนตกต่ำ เพื่อจะช่วยเหลือแก้ไขได้ถูกต้อง

วัยรุ่น

พ่อแม่ควรเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็ก เพื่อช่วยเหลือแนะนำเด็ก วัยรุ่น ในการปรับตัวเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ การวางตัวในสังคมที่จะพึ่งพาตนเองได้ การ เลือกรักอาชีพและแนวทางการดำเนินชีวิต

วัยผู้ใหญ่

การรู้จักแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่พบในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในอาชีพการงานความขัดแย้งที่ เกิดขึ้นในชีวิตสมรสและครอบครัว การรู้จักปรับตัวอย่างเหมาะสม เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น หรือมีเหตุการณ์ รุนแรงที่ต้องเผชิญในการดำเนินชีวิต

วัยผู้สูงอายุ

การรู้จักเตรียมตัวเตรียมใจก่อนการเกษียณอายุ รู้จักการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับวัยที่ไม่ต้อง พึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป รู้จักระวังรักษาสุขภาพต่อกระบวนการชราที่เริ่มเสื่อม เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในวัยผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคข้อ กระดูกต่างๆ

7. บทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพจิต

บทบาทของบ้านหรือครอบครัว ความสำคัญของบ้าน คือความเป็นครอบครัว ในฐานะที่เป็นหน่วยเล็ก และสำคัญที่สุดของสังคม ในการสร้าง ผลิต อบรม พัฒนาสมาชิกในครอบครัว การที่บุคคลจะเติบโตและมี พัฒนาการในความเป็นมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น คนในครอบครัวมีอิทธิพล อย่างยิ่ง โดย เฉพาะพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดู

วิธีเสริมสร้างความสุขในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2547)

1. ทำตัวไม่ให้เป็นปัญหากับคนอื่น ได้แก่ การรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง ไม่นำความเดือดร้อนมาสู่ ครอบครัว ทำตัวให้สมกับบทบาทหน้าที่
2. มีหัวใจ ช่วยเหลือกิจการงานของครอบครัวที่ทำได้ ไม่ดูดาย อดทน และเสียสละเพื่อครอบครัว
3. การสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ทั้งการพูด การสร้างอารมณ์แจ่มใส ไม่หยาบคาย
4. ใช้เวลาว่างที่อยู่ร่วมกันกับครอบครัวให้เกิดคุณค่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการการศึกษาวิจัยนี้เป็นการการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยอาศัยรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสุขภาพจิตครอบครัวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กรณีศึกษา จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร ได้แก่ ครอบครัวที่มีบุตรอายุตั้งแต่แรกเกิด - 6 ปี บิดามารดาเด็ก ปู่ย่า ตายาย ผู้เลี้ยงดูหัวหน้าครัวเรือน และเด็ก ที่มีภูมิลำเนาในชุมชนรอบมหาวิทยาลัย ชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนอุตสาหกรรมในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างและวิธีเลือก โดยวิธี Stratified Random Sampling จากกลุ่มชุมชนรอบมหาวิทยาลัย ชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนอุตสาหกรรมในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ได้ตัวแทนครอบครัวที่มีบุตรอายุตั้งแต่แรกเกิด - 6 ปี บิดามารดา เด็ก ปู่ย่า ตายาย หัวหน้าครัวเรือนที่มีภูมิลำเนาในชุมชนรอบมหาวิทยาลัย ชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนอุตสาหกรรมในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เพศ สถานภาพสมรสรายได้ บทบาทในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว กิจกรรมที่ทำร่วมกันเป็นประจำ

2. แบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ของกรมสุขภาพจิต มีข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยคำตอบจะมี 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้นๆมากที่สุด

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1,2,3,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	1	คะแนน	เล็กน้อย	=	2	คะแนน
มาก	=	3	คะแนน	มากที่สุด	=	4	คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

5,6,7,8,9,10,11,12,13,25,26,27,28

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	4	คะแนน	เล็กน้อย	=	3	คะแนน
มาก	=	2	คะแนน	มากที่สุด	=	1	คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 220 คะแนน)

179-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

158-178 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราซ (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right\}$$

เมื่อ	α	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
	K	คือ	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	S_r^2	คือ	คะแนนความแปรปรวนของแบบทดสอบทั้งฉบับ
	S_i^2	คือ	คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทย = 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยสามารถทำได้ และแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วก็ยังมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับไม่มีเปิดเผยชื่อให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมซึ่งจะมีคุณค่าต่อการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพจิตในครอบครัวต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดย ขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรูเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลสถิติของชุมชนจากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือนปี (จปฐ 1) และจากทะเบียนราษฎรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรู ต.หนองจะบก อ.เมือง จ.นครราชสีมา
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะของประชากรที่กำหนด
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลานัดหมายโดยความร่วมมือจาก อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรู แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านใบพิทักษ์สิทธิในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีตอบแบบสอบถามจึงอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้แบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างตอบและบันทึกด้วยตนเอง เมื่อมีข้อสงสัยให้ซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
4. กรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อคำถามและตัวเลือกที่ละข้อจนครบทั้งฉบับ
5. ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถาม
6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง

7. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Science)

โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

- แจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
- แจกแจงความถี่และค่าร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- บันทึกข้อคำถามที่เป็นรายละเอียดเชิงลึกเพื่อให้คำปรึกษาที่เหมาะสม



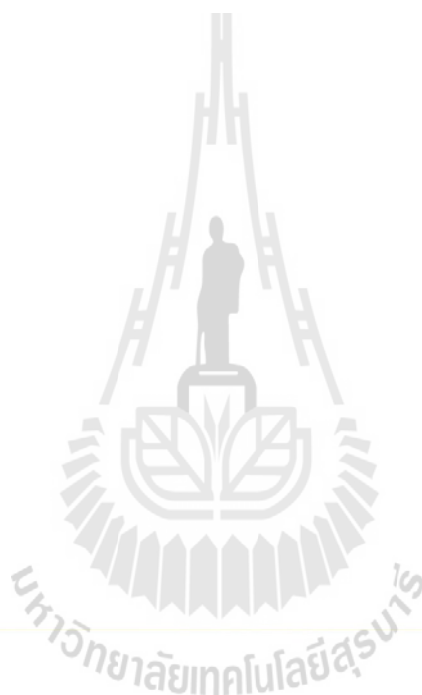
บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยอาศัยรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional and Longitudinal Analytic Study) เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตครอบครัวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กรณีศึกษา จังหวัดนครราชสีมา โดยผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพจิต



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ บทบาทในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n=31)	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n=31)	ร้อยละ
อายุ			การศึกษา		
0-20 ปี	5	16.1	ไม่ได้เรียน	4	12.9
21-40 ปี	22	71.1	ต่ำกว่าปริญญาตรี	23	74.2
41-60 ปี	2	6.4	ปริญญาตรีขึ้นไป	4	12.9
61-80 ปี	2	6.4			
อาชีพ			สถานภาพ		
รับราชการ	1	3.2	ไม่ระบุ	9	29.0
รับจ้าง	9	29.0	โสด	1	3.2
ค้าขาย	4	12.9	สมรส	19	61.4
แม่บ้าน	12	38.8	หย่า	1	3.2
เกษตรกร	5	16.1	หม้าย	1	3.2
เพศ			บทบาทในครอบครัว		
ชาย	9	29.0	หัวหน้าครอบครัว	3	9.7
หญิง	22	71.0	สมาชิกครอบครัว	28	90.3
รายได้			ลักษณะครอบครัว		
<= 5000	13	41.9	เดี่ยว	16	51.6
5001-10000	12	38.8	ขยาย	15	48.4
10001-15000	4	12.9			
> 15000	2	6.4			
ความสัมพันธ์ในครอบครัว					
อบอุ่น	21	67.7			
ไม่อบอุ่น	10	32.3	(ห่างเหิน ไม่กล้าแสดงออก ไม่ปรึกษา และก้าวก้าวซึ่งกันและกัน)		
รวม	31	100		31	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.1 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 74.2 อาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 38.8 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 61.4 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.0 เป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90.3 รายได้ ≤ 5000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.9 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 51.6 ความสัมพันธ์ในครอบครัวอบอุ่น คิดเป็นร้อยละ 67.7



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสุขภาพจิต

ระดับของสุขภาพจิต				จำนวน	ร้อยละ
179-220	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	6	19.4
158-178	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	14	45.2
157	คะแนนหรือน้อยกว่า	หมายถึง	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	9	29.0
	ข้อมูลไม่สมบูรณ์			2	6.4
รวม				31	100

จากตารางที่ 2 พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 45.2 รองลงมา มีสุขภาพจิตที่ดีกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 19.4 และมีสุขภาพจิตระดับที่ต่ำกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 29.0

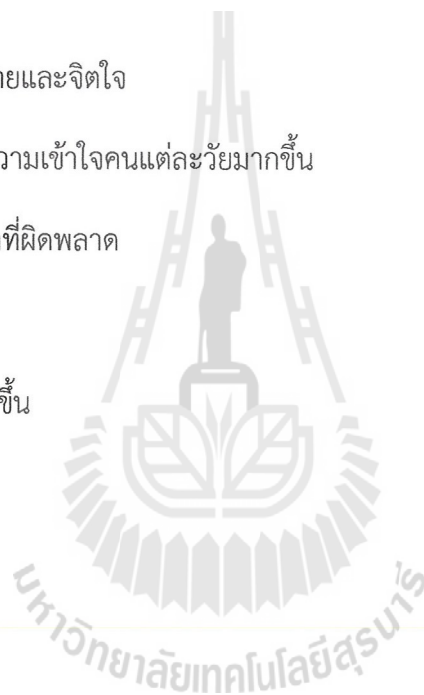
กิจกรรมที่ทำร่วมกันในครอบครัวโดยสรุป

- รับประทานร่วมกัน
- ดูหนังด้วยกัน
- ไปศูนย์การค้าด้วยกัน
- กินนอนด้วยกัน
- ทำอาหาร สอนการบ้านลูก
- ช่วยกันทำสวน
- รับประทานอาหาร รดน้ำต้นไม้ ล้างบ่อปลาด้วยกัน
- เล่นกีฬาและช่วยกันทำงานบ้าน
- ทำวัตร สวดมนต์ทุกวันพระ
- รับประทานอาหารและพูดคุยกัน
- ออกกำลังกายด้วยกัน

- เล่นกับลูก
- ไปเที่ยวและร่วมกิจกรรมกับเด็กๆ
- ดูแลลูกด้วยกัน

สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการเพื่อให้เกิดความอบอุ่นมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว

- กล้าแสดงออก แสดงความรักต่อกันมากขึ้น
- พูดคุยสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ไม่ตำหนิ
- ใส่ใจความรู้สึกกันมากขึ้น
- ช่วยเหลือกันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- ลดช่องว่างระหว่างวัย มีความเข้าใจคนแต่ละวัยมากขึ้น
- ใจเย็นและให้อภัยกันในสิ่งที่ผิดพลาด
- ชยันและช่วยกันทำงาน
- อยากให้ลูกตั้งใจเรียนมากขึ้น
- อยากให้ช่วยกันดูแลลูก



บทที่ 5

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยอาศัยรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional and Longitudinal Analytic Study) เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตครอบครัวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กรณีศึกษา จังหวัดนครราชสีมา โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.1 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 74.2 อาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 38.8 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 61.4 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.0 เป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90.3 รายได้ $\leq$ 5000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.9 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 51.6 ความสัมพันธ์ในครอบครัวอบอุ่น คิดเป็นร้อยละ 67.7

และด้านสุขภาพจิต พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 45.2 รองลงมาสุขภาพจิตที่ดีกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 19.4 และมีสุขภาพจิตระดับที่ต่ำกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 29.0 และสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการเพื่อให้เกิดความอบอุ่น และภาวะสุขภาพจิตที่ดีในครอบครัวโดยสรุป มีดังนี้

- กล้าแสดงออก แสดงความรักต่อกันมากขึ้น
- พูดคุยสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ไม่ตำหนิ
- ใส่ใจความรู้สึกกันมากขึ้น
- ช่วยเหลือกันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- ลดช่องว่างระหว่างวัย มีความเข้าใจคนแต่ละวัยมากขึ้น
- ใจเย็นและให้อภัยกันในสิ่งที่ผิดพลาด
- ขยันและช่วยกันทำงาน เพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย
- อยากให้ลูกตั้งใจเรียนมากขึ้น
- อยากให้ช่วยกันดูแลลูก

โดยผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตครอบครัว

พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 45.2 รองลงมา มีสุขภาพจิตที่ดีกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 19.4 และมีสุขภาพจิตระดับที่ต่ำกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 29.0 ซึ่งถือว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตดีสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต จากการสำรวจพบว่า ในปี 2553 คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ 33.30 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34 คะแนน) ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 11.2 และผู้ที่สูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 37.2 ซึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพจิตมีดังนี้ เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของคนไทยตามเพศ และอายุ พบว่าเป็นไปในลักษณะเช่นเดียวกันทั้ง 3 ปีคือ ชายมีสุขภาพจิตดีกว่าหญิง และผู้ที่มีอายุ 40 - 59 ปี เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่ากลุ่มอายุนี้มีอาชีพ และความมั่นคงทางการเงินมากกว่ากลุ่มอายุอื่น สำหรับกลุ่มคนสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ถึงแม้ว่ามีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุด แต่สุขภาพจิตของกลุ่มนี้ในรอบ 3 ปีก็ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในภาพรวมทั้ง 3 ปีพบว่า ผู้ที่สมรสมีสุขภาพจิตดีที่สุด รองลงมา คือ คนโสดในขณะที่ผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตแต่งงาน (หย่า และแยกกันอยู่) มีระดับสุขภาพจิตต่ำที่สุด อย่างไรก็ตาม ระดับสุขภาพจิตของทุกสถานภาพสมรสมีแนวโน้มที่ดีขึ้น จากการสำรวจ พบว่า ระดับการศึกษาและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันทั้ง 3 ปี นั่นคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าโดยผู้ที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีสุขภาพจิตดีที่สุด และผู้ที่ไม่มีการศึกษา / ศึกษาต่ำกว่าประถมมีสุขภาพจิตต่ำสุดทั้ง 3 ปี แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษา มีสุขภาพจิตดีขึ้นมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงปี 2551-2552 คือ เพิ่มขึ้นจาก 31.17 เป็น 32.62 คะแนน สุขภาพจิตของคนในครอบครัวขึ้นอยู่กับเวลาให้แกกันของสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวที่สมาชิกมีเวลาให้แกกันเพียงพอมีระดับสุขภาพจิตดีที่สุด (32.25 คะแนน) และยังพบว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปของกลุ่มนี้ก็มีสัดส่วนที่สูง (ร้อยละ 29.8) ในขณะที่ครอบครัวที่สมาชิกมีเวลาให้แกกันไม่เพียงพอมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุด และสัดส่วนของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปก็สูงถึงร้อยละ 38.5 เป็นที่น่าสังเกตว่า สุขภาพจิตของผู้ที่อยู่คนเดียวใกล้เคียงกับผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่สมาชิกมีเวลาให้แกกันไม่เพียงพอ พิจารณาได้จากคะแนนเฉลี่ยและสัดส่วนของผู้ที่มีระดับสุขภาพจิตทั้ง 3 กลุ่ม เนื่องจากคนกลุ่มนี้อาจรู้สึกโดดเดี่ยวและขาดบุคคลในการปรึกษาปัญหาต่างๆ เมื่อพิจารณาจากค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในปี 2552 และ 2553 พบว่า ระดับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับค่าใช้จ่าย นั่นคือ ผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่า เป็นที่น่าสังเกตว่า ในปี 2553 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด (คือกลุ่มต่ำกว่า 3,001 บาท) มีระดับสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด คือ ร้อยละ 2.4 เมื่อพิจารณาจากสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (15 ข้อ) จะสามารถจำแนกคะแนนสุขภาพจิตออกเป็นองค์ประกอบหลักได้ 4 ด้าน

จากการสำรวจในปี 2553 เมื่อแปลงคะแนนในแต่ละด้านให้เป็นร้อยละ พบว่า ปัจจัยสนับสนุนเป็นองค์ประกอบที่เข้มแข็งที่สุด (ร้อยละ 82.2) ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมไทยที่มีความผูกพันกันเป็นอย่างมาก เนื่องจากองค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน และศาสนา ในทางตรงกันข้ามองค์ประกอบที่อ่อนแอที่สุด คือ สมรรถภาพของจิตใจ (ร้อยละ 63.3) ซึ่งองค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่า การคนไทยจะมีระดับสุขภาพจิตดีขึ้นควรมุ่งพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจเป็นหลัก



เอกสารอ้างอิงของโครงการวิจัย

- กรมสุขภาพจิต. (2550). *คลังความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิต*. Retrieved December 20, 2007, from <http://www.klb.dmh.go.th/>
- จิตตินันท์ เดชะคุปต์.(มปป). *การสื่อสารเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว*
From <http://www.oncb.go.th/PortalWeb/appmanager/Portal/Internet#>
- นิตยา คชภักดี. (2546). *โครงการพัฒนาระบบจัดเก็บกลุ่มดัชนีชีวิตครอบครัวอยู่ดีมีสุขสำหรับประเทศไทย*.
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. From www.cf.mahidol.ac.th
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, ชาญวิทย์ พรนภดล, ชาญยุทธ์ ศุภคุณ
ภิญโญ, ถวัลย์ เนียมทรัพย์, และคณะ. (2547). *พัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย*. กรุงเทพฯ:
เอกสารหาตใหญ่.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2553). *ครอบครัวไทย*. Retrieved October 28, 2010,
from <http://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). *ข้อมูลสถิติ*. <http://portal.nso.go.th>
- สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. (2546).
- อุมาพร ตรังคะสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: เพื่องฟ้าพรินต์ติ้ง.
- Johnson Babara Schoen. (1997). *Adaptation and Growth Psychiatric Mental Health Nursing*.
Philadelphia. New York: Lippincott.
- Minuchin S. (1992). *Constructing a therapeutic reality*. In. E. Kaufman & P. Kaufman. (Eds).
Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse. (2nd ed). Boston:Allyn & Bacon.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Vacarolis, E.M. (1998). *Foundation of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed). Philadelphia:
W.B. Saunders company.