การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

นายแพทย์อภิชัย มงคล

นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี

นางวัชนี หัตถพนม

นางวรวรรณ จุฑา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต และสถาบันส่งเสริมสุขภาพ

M75
26ก
52

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

นายแพทย์อภิชัย มงคล

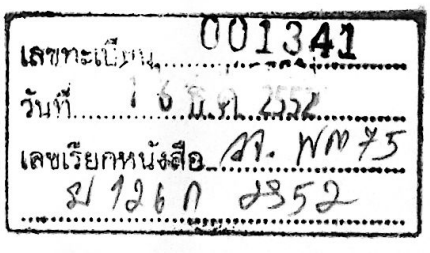
นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี

นางวัชนี หัตถพนม

นางวรวรรณ จุฑา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต และสถาบันส่งเสริมสุขภาพ



บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย ทำการศึกษาในประชากรที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ระดับ 1-5 ใน 15 จังหวัดของ 5 ภาคในประเทศไทย ขนาดตัวอย่าง 2,378 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (multi – stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์และคณะ (2549) มีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งออกเป็นมิติที่ 1 สมรรถนะของจิตใจ 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ มิติที่ 2 คุณภาพของจิตใจ 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับมิติที่ 2 คุณภาพของจิตใจ 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับการแปลความหมายของเครื่องมือแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สมรรถนะและคุณภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป สมรรถนะและคุณภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สมรรถนะและคุณภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน 2546 -31 พฤษภาคม 2546 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 อายุ 31-50 ปี ร้อยละ 54.9 มีที่อยู่อาศัยในเขตชนบท ร้อยละ 71.4 จบการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 58.1 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.5 มีรายได้ 1,001-3,000 บาท ร้อยละ 36.7 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ตอบว่าเพียงพอ ร้อยละ 52.4 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 75. 0 ภาวะสุขภาพโดยรวมดี ร้อยละ 84.1 ไม่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ร้อยละ 72.8 ไม่มีเรื่องสุขใจอย่างมาก ร้อยละ 59.8 สำหรับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ได้แก่ปัจจัยด้าน เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพ ภาวะสุขภาพโดยรวม ความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

สรุป ผลการศึกษาที่ได้ ได้เน้นให้มีการพัฒนาหลักสูตรในการพัฒนาสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย การส่งเสริมให้ประชากรมีรายได้ และการมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่ดี เพื่อช่วยให้ประชาชนมีสมรรถนะและคุณภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นแนวโน้มของภาวะสุขภาพจิตที่ดีของประชากรไทยในอนาคต

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

น.พ. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
น.พ. อภิชัย มงคล
น.พ. ทวี ตั้งเสรี
นางวัชนี หัตถพนม
นางวรวรรณ จุฑา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันได้รับความสำคัญอย่างมากในระดับโลก (World Health Organization (WHO),2001) และเริ่มได้รับความสำคัญมากขึ้นในประเทศไทยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีวิธีการมองปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป จากการให้ความสำคัญกับโรคที่ทำให้เกิดการตายมาก ไปสู่การให้ความสำคัญกับโรคที่ทำให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร หรือทำให้เกิดความพิการเรื้อรังยาวนาน ซึ่งเป็นการสร้างภาระโรคมากตามหน่วยวัดภาระโรคใหม่ที่เรียกว่า การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY – Disability Adjusted Life Year)

โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของประเทศไทยในปี 2542 เมื่อจำแนกตามเพศเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจะอยู่ในลำดับที่ 9 และ 10 คือ การฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง และยาเสพติด ในขณะที่เพศหญิงอยู่ในลำดับที่ 4 คือ โรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2549)

นอกจากนี้ในการสำรวจระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2546 โดยทำการศึกษาความชุกของปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของประเทศ โรคจิต (Psychotic disorder) โรคซึมเศร้า (Major depressive episode) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ความผิดปกติทางอารมณ์เป็นครั้งคราว (Mania episode) ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดคลั่ง (Hypomania episode) โรควิตกกังวลชนิดกลัวสุดขีด (Panic disorder) โรคกลัวที่ชุมชน (Agoraphobia) ความผิดปกติทางอารมณ์แบบมีอาการทางจิต (Mood disorder with psychotic features) และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicidal risk) โดยสำรวจข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) จากประชากรตัวอย่าง 11,685 คน อายุระหว่าง 15-59 ปี ในพื้นที่ 4 ภาค และในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีความชุกสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 3.20) โรควิตกกังวล (ร้อยละ 1.85) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (ร้อยละ 1.18) (กรมสุขภาพจิต, 2549)

นอกจากนี้จากการสำรวจความเครียดของคนไทย ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งดำเนินการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 10,660 คนพื้นที่ 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 58.7 รองลงมามีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.2 เครียดมากร้อยละ 8.1 และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบแนวโน้มปัญหาและโรคทางจิตเวชของประชากรไทย ในหลายปีที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตนับวันจะมี

อัตราเพิ่มมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2544; กรมสุขภาพจิต, 2549) ซึ่งนับได้ว่าเป็นตัวชี้วัดทางสุขภาพจิตในด้านลบ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาของสังคมไทยได้

ตัวชี้วัดทางสุขภาพมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ตัวชี้วัดด้านบวก เป็นตัวชี้วัดบอกว่า สุขภาพดีระดับใดหรือดีมากน้อยเพียงใด เช่น ความยืนยาวของชีวิต ส่วนทางด้านสุขภาพจิตได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต แต่โดยมากที่นิยมกันมักจะใช้ตัวชี้วัดสุขภาพจิตทางด้านลบ อาทิ อัตราป่วย อัตราการตาย สถิติการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น

เมื่อปี พ.ศ. 2524 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1981) ได้จัดประชุมพิจารณาเรื่องตัวชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนขึ้น ณ กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย ซึ่งจากการประชุมครั้งนี้ ได้สรุปว่า การวัดด้านสุขภาพจิตมีวิธีการวัด 3 วิธี คือ การวัดที่บอกสถานภาพการเจ็บป่วยทางจิตเวช (Indicators related to mental illness) การวัดที่บอกความแปรปรวนทางสังคม (Indicators related to social disorganization และการวัดที่บอกสภาพชีวิตที่เป็นสุข (Indicators related to mental health) ปัจจุบันการวัดที่กำลังได้รับความสนใจคือ การวัดที่บอกสภาพชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งเป็นเรื่องนามธรรมมากที่สุด ความรู้สึกเป็นสุขในการดำรงชีวิต มีเกณฑ์มากมายหลายประเภท องค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอแนะว่า ควรวัดใน 4 ลักษณะ คือ ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต (Subjective well – being) คุณภาพชีวิต (Quality of life) พัฒนาการทางสังคมจิตใจในเด็กและการมีชีวิตแบบชุมชน (Community of life)

กรมสุขภาพจิตเป็นกรมวิชาการที่ได้พยายามพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความสุขและคุณภาพชีวิตในด้านบวก ในหลายปีที่ผ่านมา เช่น ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL – 100) โดยกิติกร มีทรัพย์ และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับประชาชนไทยอายุ 18-60 ปี ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (อ้างในกรมสุขภาพจิต 2549) แต่เครื่องมือดังกล่าวข้างต้นก็มีหลายองค์ประกอบและมีข้อคำถามจำนวนมาก และไม่ได้สะท้อนถึงการวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตใจโดยตรง

จากการประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิต เรื่อง ดัชนีความสุขทางรอดของสังคมไทย (กรมสุขภาพจิต, 2549) ณ ห้องประชุมนายแพทย์วิทูร แสงสิงแก้ว กรมสุขภาพจิตในวันที่ 3 พฤศจิกายน 2549 ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การพิจารณาดัชนีชี้วัดความสุขของสังคมไทย ควรมีการวัด 2 ลักษณะ คือ วัดแนวโน้มด้านสุขภาพจิต หรือคุณสมบัติที่อยู่ในอุปนิสัย (Trait) หรือการตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสภาวะ (State) โดยการวัดแบบ Trait เป็นการวัดปีละครั้ง โดยวัดองค์ประกอบด้านสมรรถนะของจิตใจ (Mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และต่อมากรมสุขภาพจิตจึงได้นำมติของที่ประชุมในครั้งนั้น จัดตั้งเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาเครื่องมือ ตัวชี้วัดสมรรถนะและคุณภาพของจิตใจขึ้น โดยนำข้อมูลของการศึกษา การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) ซึ่งได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2546 มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสร้างเครื่องมือฉบับใหม่ จากเดิมมี 4 องค์ประกอบคือ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน เหลือเพียง 2 องค์ประกอบ เพื่อวัดแนวโน้มด้าน

สุขภาพจิตของบุคคล คือ สมรรถภาพของจิตใจ และคุณภาพของจิตใจ โดยแต่ละองค์ประกอบมีคำถาม 15 ข้อ รวมทั้งฉบับมี 30 ข้อ จากนั้นได้นำเครื่องมือนี้มาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้รับมาพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อ.บ.ต. ระดับ 1-5 ใน 15 จังหวัดของ 5 ภาคในประเทศไทย ขนาดตัวอย่าง 2,378 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (multi – stage sampling) เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน 2546 – 31 พฤษภาคม 2546

นิยามศัพท์

ปัจจัยหรือตัวแปรอิสระ หมายถึง ปัจจัยในด้าน เพศ เขตเมืองและเขตชนบท ความเพียงพอของรายได้ การศึกษา อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ปัญหาสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความสุขอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย ซึ่งจะนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตคนไทยให้มีสมรรถนะคุณภาพจิตที่ดีต่อไป
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบผลการศึกษาปัจจัยว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เมื่อทำการสำรวจในครั้งต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาสมรรถภาพและคุณภาพจิตคนไทย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลนคร องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. ระดับ 1 ถึง 5 ของภาคกลาง เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ตะวันออก และภาคใต้

1.1 การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตร (Bennett, et al, 1991; Levy and Lemeshow, 1999)

$$N = \frac{Z^2 \propto /2\ P(1-P)}{d^2}$$

$Z_{\propto/2}$ = ความเชื่อมั่น 95% หรือเท่ากับ 1.96

P = ความชุกของสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 28.4% (สวนดุสิตโพล, 2544) หรือเท่ากับ .284

D = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้กำหนดให้เท่ากับร้อยละ 10 ของค่าความชุก หรือเท่ากับ 0.028

แทนค่าจากสูตรได้ n = 996.39 คน

เนื่องจากสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage sampling ขนาดตัวอย่างต้องคูณด้วย design effect ซึ่งเท่ากับ 2 ถือว่าค่อนข้างสูง และมีผู้ใช้กันทั่วไป (Amon, et al, 2000) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาต้องใช้ อย่างน้อย 996 x 2 = 1,992 คน ฉะนั้นจึงเก็บข้อมูลในแต่ละภาคๆ ละ 400 คน เก็บจริงได้ 2,378 คน

1.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาจะทำการเก็บข้อมูลในแต่ละภาค ดังนี้

1.2.1 เก็บข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งหมายถึง ผู้ที่อาศัยในเทศบาลเมือง หรือเทศบาลนคร

1.2.2 เขตชนบท หมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยในการปกครองแบบ อบต. ระดับ 1-5 โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 จังหวัดที่จัดว่าเป็นจังหวัดที่ร่ำรวย (จังหวัดที่มี อบต. ระดับ 1 หรือ 2)

กลุ่มที่ 2 จังหวัดที่มีรายได้ปานกลาง (จังหวัดที่มี อบต. เริ่มต้นระดับ 3)

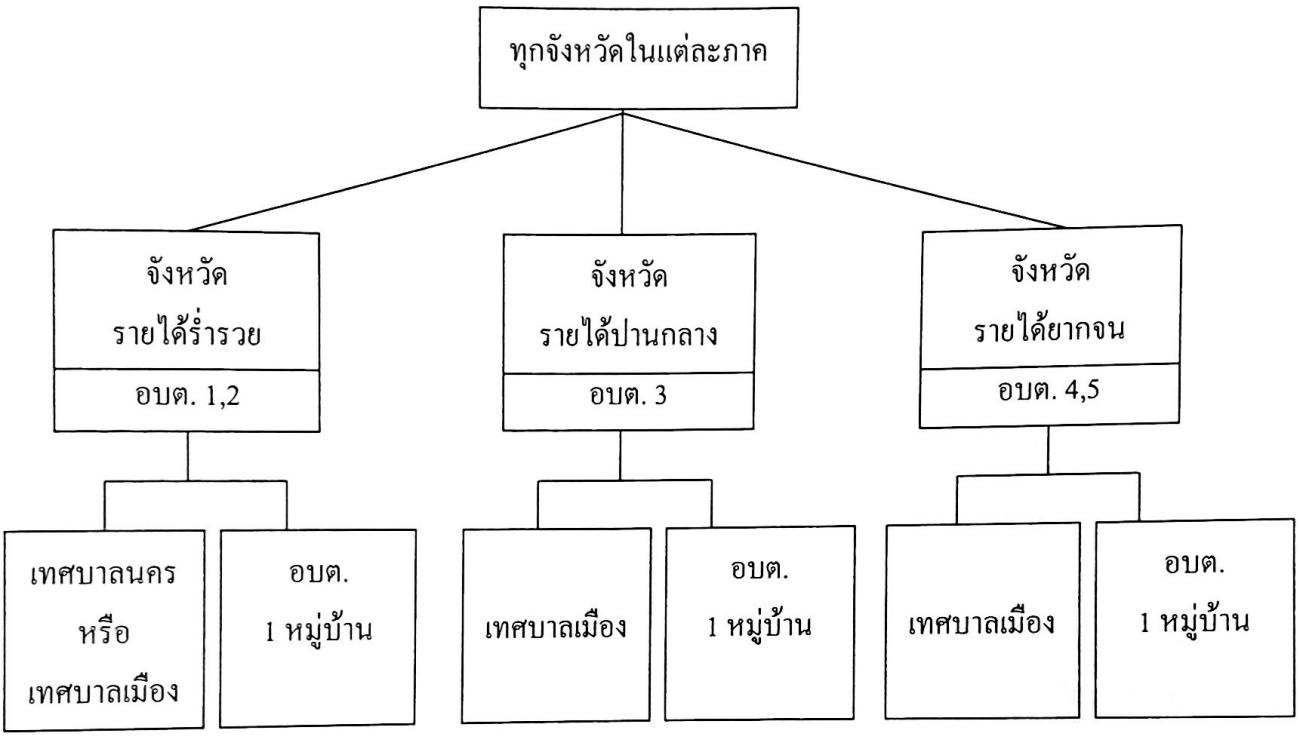
กลุ่มที่ 3 จังหวัดที่มีรายได้จัดได้ว่ายากจน (จังหวัดที่มีเฉพาะ อบต. ระดับ 4 หรือ 5 และสภาตำบล)

การสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (multi-stage sampling) ดังนี้

1. จัดกลุ่มจังหวัดที่มีการบริหารแบบ อบต. ระดับ 1-5 โดยจังหวัดที่ถือว่าร่ำรวย คือ จังหวัดที่มี อบต. ระดับ และ 2 ซึ่งรวมจังหวัดกรุงเทพฯ ด้วย จังหวัดที่มีรายได้ปานกลาง คือ จังหวัดที่มี อบต. เริ่มต้นด้วยระดับ 3 เป็นต้นไป จังหวัดที่จัดได้ว่ายากจน คือ จังหวัดที่มีเฉพาะ อบต. ระดับ 4-5 และสภาตำบล
2. สุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค 3 จังหวัด โดยเป็นตัวแทนของจังหวัดที่มีรายได้ถือว่าร่ำรวย ปานกลาง และยากจน อย่างละ 1 จังหวัด โดยการจับสลาก

3. สำหรับเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง สุ่มชุมชนเพียง 1 ชุมชน
4. สำหรับ อบต. ระดับ 1-5 เมื่อสุ่มจังหวัดได้แล้ว จะสุ่ม อบต.ระดับที่ต้องการในแต่ละจังหวัด และจาก อบต. ที่สุ่มได้จะสุ่มต่อไป โดยทำการศึกษาเพียง 1 หมู่บ้านเท่านั้น ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 วิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษา



หมายเหตุ ในกรณี อบต. 4,5 ที่สุ่มได้ในจังหวัดนั้นๆ มีการปกครองแบบสภาตำบลด้วย จะนำรายชื่อสภาตำบลมาร่วมจับสลากสุ่มตัวอย่างด้วย

การแบ่งการปกครองแบบ อบต. ใช้หลักเกณฑ์การแบ่งจากรายได้ที่เก็บได้จากค่าธรรมเนียม ภาษีต่างๆ เช่น ที่ดิน ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีประเภทโรงงานอุตสาหกรรม ดังนี้

อบต. ระดับที่ 1 รายได้ตั้งแต่ 20 ล้านบาทขึ้นไป
อบต. ระดับที่ 2 รายได้ตั้งแต่ 12 - 20 ล้านบาทขึ้นไป
อบต. ระดับที่ 3 รายได้ตั้งแต่ 6 - 12 ล้านบาทขึ้นไป
อบต. ระดับที่ 4 รายได้ตั้งแต่ 3 - 6 ล้านบาทขึ้นไป
อบต. ระดับที่ 5 รายได้ไม่เกิน 3 ล้านบาท

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดขอนแก่น (2545)

1.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเขตเมือง และเขตชนบท

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เขตเมืองต่อเขตชนบท ใช้วิธีการคำนวณสัดส่วนการเก็บข้อมูล ดังนี้

$$L = \frac{400 \times n}{N}$$

เมื่อ L = ขนาดตัวอย่างที่ต้องเก็บในเขตเมือง

n = จำนวนประชากรทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

N = จำนวนประชากรทั้งหมดที่อยู่ในภาคนั้น

400 = จำนวนคนที่ต้องการเก็บข้อมูลในแต่ละภาค

เมื่อแทนค่าจากสูตรของภาคกลาง

ขนาดตัวอย่างเขตเมือง $= \frac{400 \times 9,163,371}{16,137,240}$

$= 227.14$ หรือเท่ากับ 227 คน

ขนาดตัวอย่างเขตชนบท $= 400 - 227 = 173$ คน

สำหรับภาคอื่นๆ ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของเขตเมืองและเขตชนบทเช่นเดียวกัน ฉะนั้นสัดส่วนของขนาดตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับจำนวนประชากรในเขตเมืองต่อเขตชนบท

1.4 คุณสมบัติของประชากรที่ทำการศึกษา จะทำการศึกษาโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติประกอบไปด้วยข้อบ่งชี้ (inclusion criteria) ดังนี้

1.4.1 เป็นผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี

1.4.2 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนั้นๆ ขณะทำการศึกษาอย่างน้อย 1 ปี

1.4.3 สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก

1.4.4 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ลักษณะของประชากรที่คัดออกจากการศึกษา ประกอบไปด้วยข้อบ่งชี้ดังนี้คือ (exclusion criteria)

1.4.5 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก หรือไม่รู้สึกตัว

1.4.6 ไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ครบทุกข้อ หรือขอออกจากการวิจัยเมื่อสัมภาษณ์ไปได้ระยะหนึ่ง โดยไม่ยินยอมตอบคำถามอีกต่อไป

1.5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จะสุ่มมาจากชุมชน หรือหมู่บ้านในจังหวัดที่คัดเลือกเข้าร่วมโครงการ จำนวนหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ จะเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแต่ละจังหวัด โดยสุ่มตัวอย่างมาจากหลังคาเรือนละ 1 คน เท่านั้น โดยมีวิธีการดังนี้

1.5.1 สุ่มหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ สมมติว่า 1 หมู่บ้าน ที่สุ่มได้ใน อบต. ระดับ 5 มี 300 หลังคาเรือน แต่ต้องการศึกษาเพียง 70 คน ให้สุ่มหลังคาเรือน 70 หลังคาเรือน โดยใช้ Systematic random sampling ฉะนั้น ช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตร

$$I = \frac{N}{n}$$

เมื่อ I = ช่วงห่างของการสุ่ม

N = จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด

N = จำนวนหลังเรือนที่ต้องการศึกษา

แทนค่าจากสูตร $I = \frac{300}{70} = 4.28$

ฉะนั้น ช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่าง คือ 4

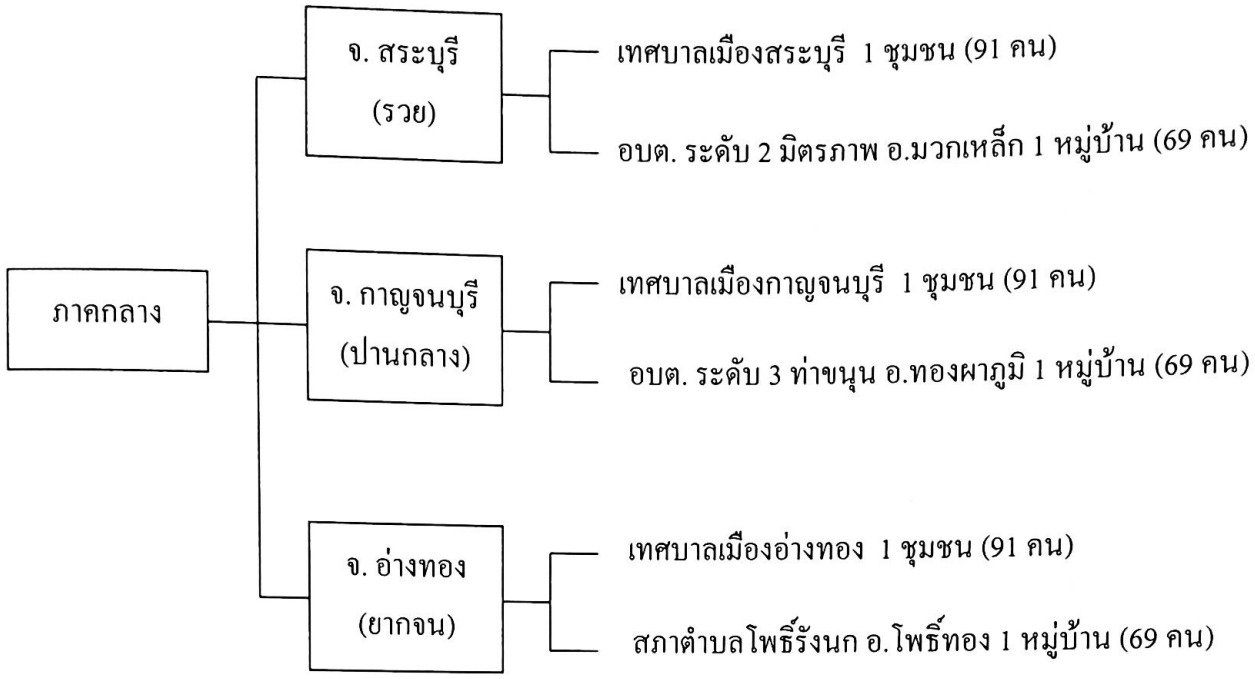
หลังจากนั้นให้ทำสลากหมายเลข 1 – 4 และสุ่มเลขที่เริ่มต้นสมมติว่าได้เลข 3 ฉะนั้น หลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ บ้านเลขที่ 3, 7 ,11,15,19, 23,….280

1.5.2 สุ่มตัวอย่างคนในหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ โดยการดูจาก family folder ว่าในแต่ละหลังคาเรือนที่สุ่มได้ มีผู้อยู่อาศัยในบ้านหลังนั้นมีคุณสมบัติของประชากรตามที่กำหนดไว้ในการศึกษากี่คน (inclusion criteria) สมมติว่ามี 3 คน เขียนชื่อทั้ง 3 คน และสุ่มคนที่จะทำการสัมภาษณ์ในหลังคาเรือน สุ่มเพียง 1 คน จนครบ 70 คน ในกรณีถ้าบ้านหลังนั้น มีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่มีคนตามคุณสมบัติที่กำหนดให้ใช้บ้านหลังถัดไป (ในกรณีที่ไม่ต้องการเขียนชื่อเพื่อทำการสุ่ม อาจใช้วิธีเขียนตัวเลขตามหมายเลขของคนนั้นๆ ใน Family folder ก็ได้)

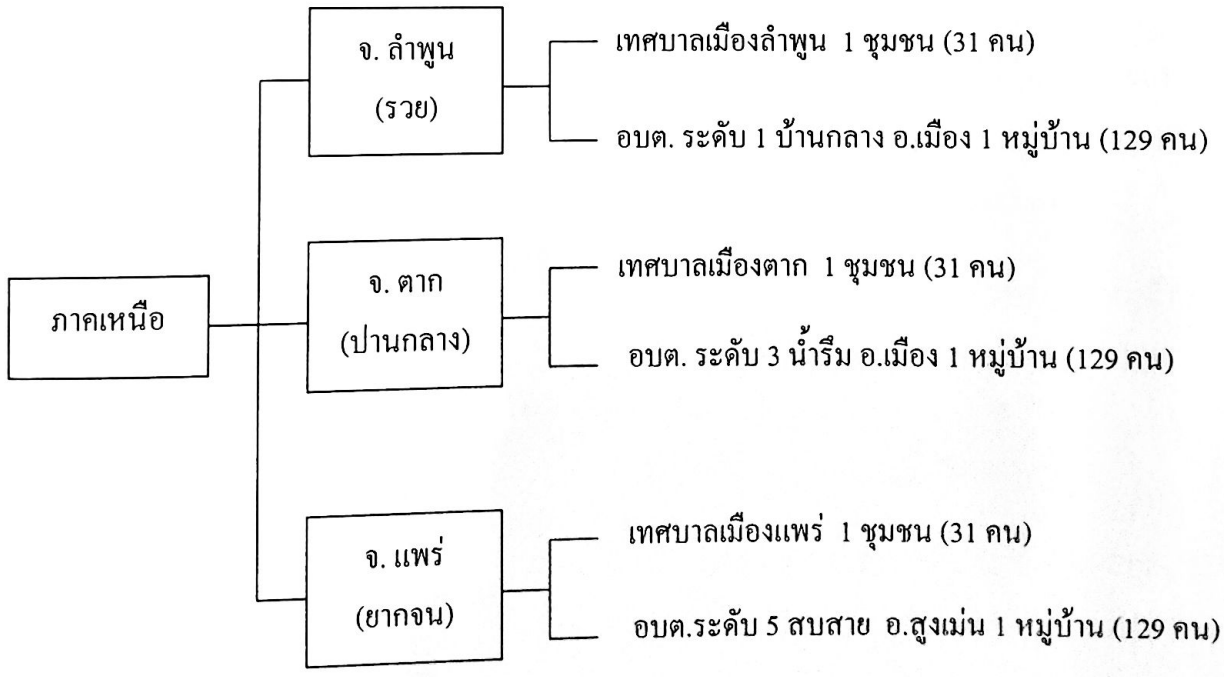
1.5.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ จากนั้นประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้เชิญกลุ่มตัวอย่างมาพบที่สถานีอนามัย ศาลากลางบ้าน หรือวัด ตามความเหมาะสมในแต่ละหมู่บ้าน หรืออาจจะใช้วิธีสัมภาษณ์ตามบ้านแต่ละหลัง ขึ้นอยู่กับความพร้อมของพื้นที่นั้นๆ

1.6 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละภาค

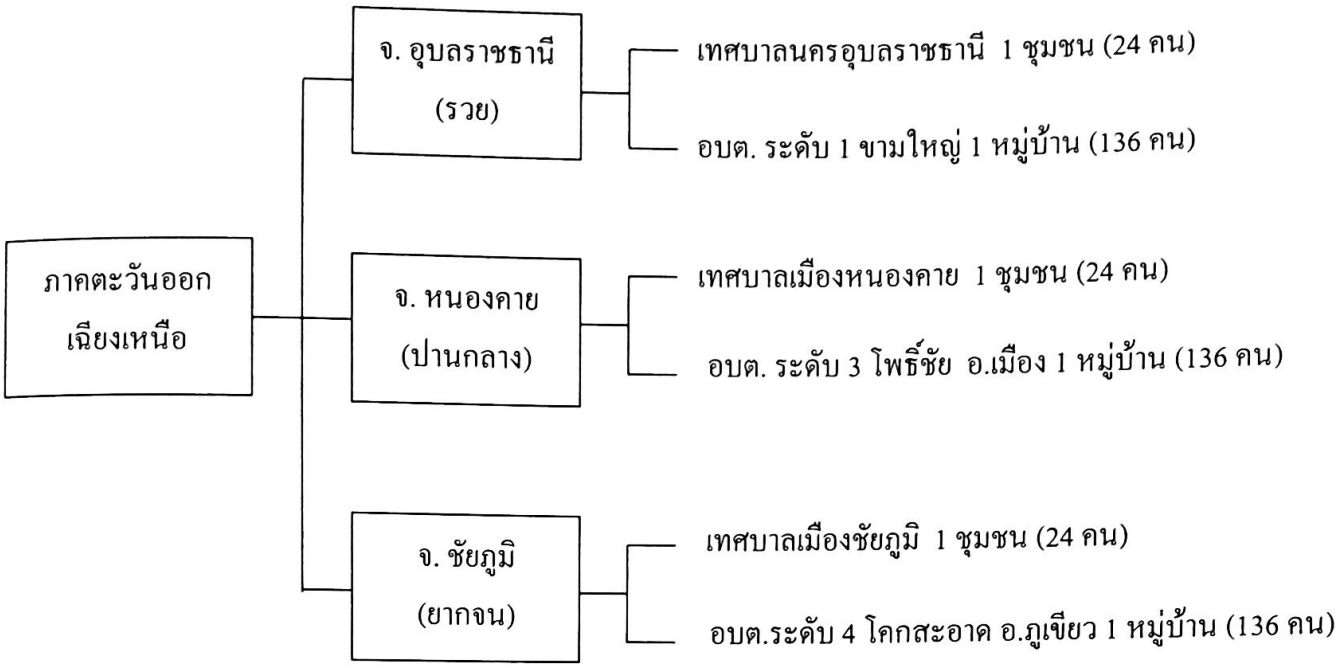
ภาพที่ 2 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคกลาง



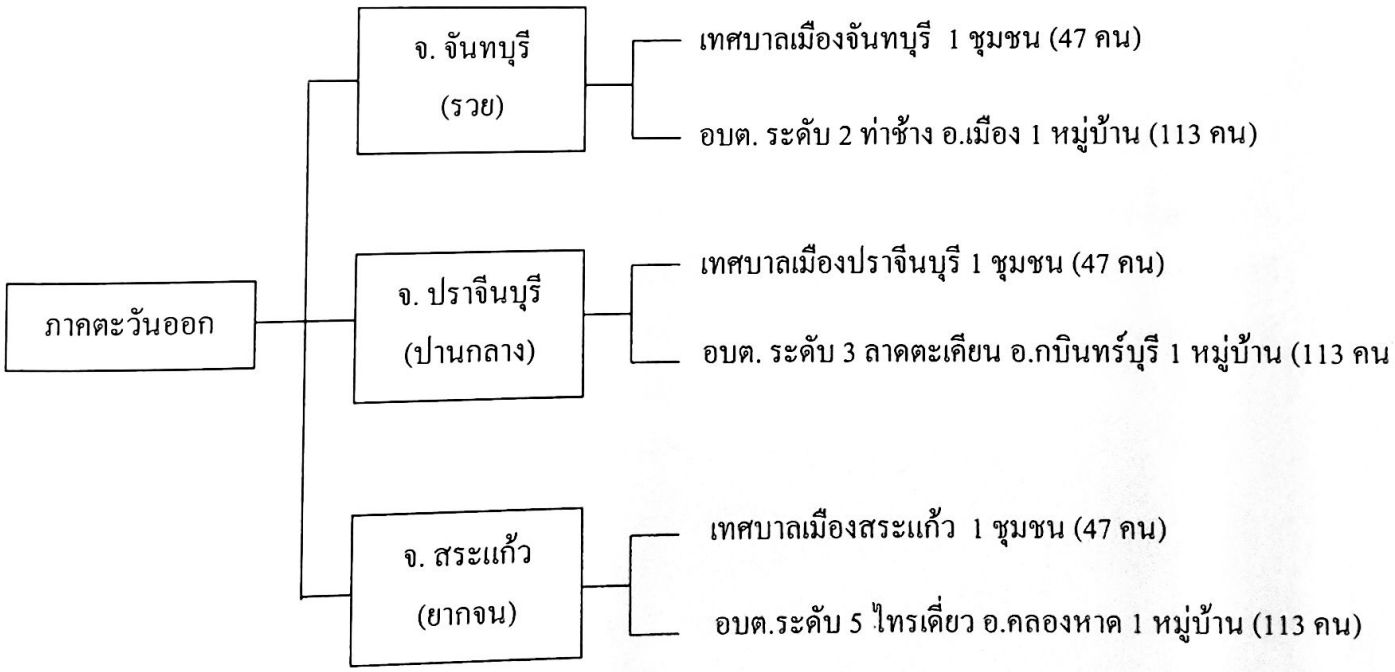
ภาพที่ 3 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคเหนือ



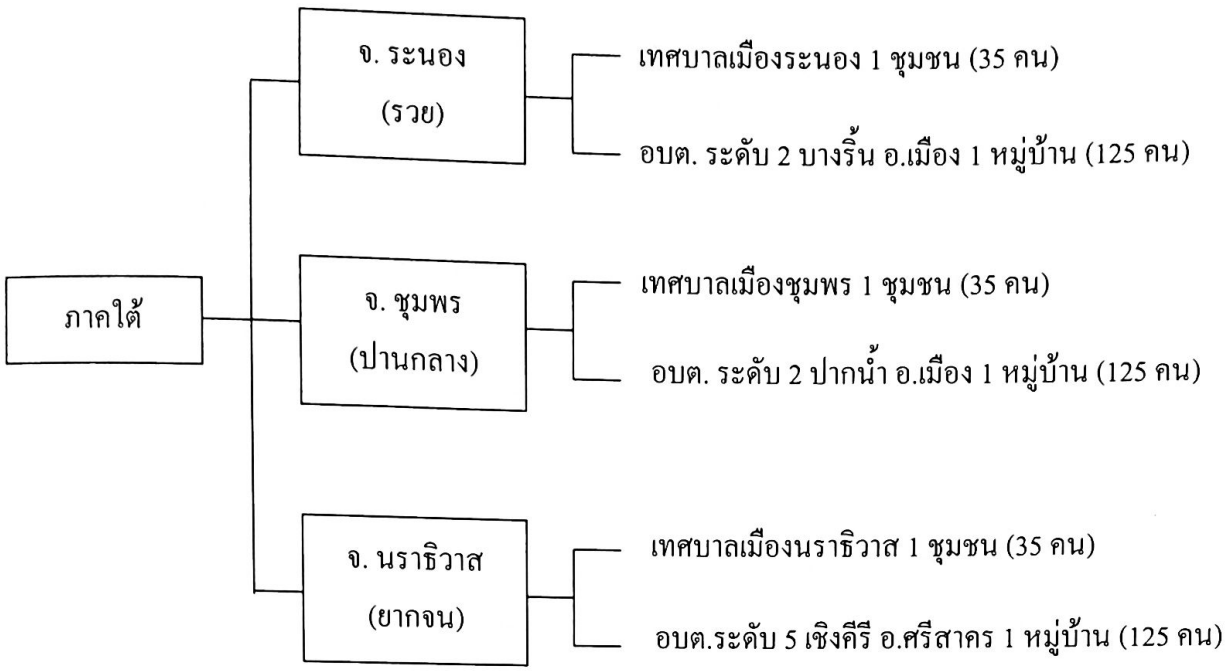
ภาพที่ 4 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



ภาพที่ 5 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออก



ภาพที่ 6 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคใต้



2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบประเมินสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (Mental Capacity and Quality Indicator หรือ MCQI) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ (2549) มีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 สมรรถนะของจิตใจ 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ

มิติที่ 2 คุณภาพของจิตใจ 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย แบบประเมินนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ให้คะแนนเป็นรายข้อ Likert's scale ตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและให้ตอบคำถาม ให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเองว่าเป็นอย่างไรในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และกำหนดคะแนนดังนี้

1. ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก (positive item) ถ้าตอบคำถามว่า

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

โดยมีคำถามเชิงบวกอยู่ในข้อ 14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24 และ 29-43

2. ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ (negative item) ถ้าตอบคำถามว่า

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

โดยมีคำถามเชิงลบอยู่ในข้อ 25,26,27,28

การแปลความหมายของแบบประเมินสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย มีวิธีการแปลความหมายดังนี้

1. คิดคะแนนตามวิธีการให้คะแนนในแต่ละข้อ

2. นำคะแนนของแต่ละข้อมาบวกกัน เพื่อหาคะแนนรวม

3. หลังจากนั้นพิจารณาว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะและคุณภาพจิตอยู่ในระดับใด โดยเปรียบเทียบกับค่าปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน	หมายถึง	สมรรถนะและคุณภาพจิตที่ดีกว่าคนทั่วไป
คะแนน	หมายถึง	สมรรถนะและคุณภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
คะแนน	หมายถึง	สมรรถนะและคุณภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

1. ติดต่อประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่เก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัย

2. ประชุมผู้วิจัยภาคสนามในแต่ละภาค ช่วงวันที่ 17-26 มีนาคม 2546 โดยอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ตามคู่มือที่จัดทำขึ้น แจกคู่มือให้ผู้วิจัยภาคสนามคนละ 1 เล่ม จากนั้นให้ผู้วิจัยภาคสนามจับคู่กัน ฝึกทักษะในการเก็บข้อมูลวิจัย ตามแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่พัฒนาขึ้น เปิดโอกาสให้ทุกคนอภิปรายซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการเก็บข้อมูลอีกครั้ง

3. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต. ระดับ 1-5 ภาคละ 400 คน รวม 5 ภาค จำนวนอย่างน้อย 2,000 คน เก็บข้อมูลได้จริง 2,378 คน ทำการเก็บข้อมูลตามครัวเรือนที่สุ่มได้ ใช้เวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน 2546 – 31 พฤษภาคม 2546

4. ในการเก็บข้อมูลจะมีหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละภาค เป็นผู้นิเทศ ตรวจสอบ และเป็นที่ปรึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย หากมีปัญหาไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ สามารถประสานงานทางโทรศัพท์กับเลขานุการคณะทำงานวิจัยได้ตลอดเวลา ถ้าเป็นปัญหาทางด้านวิชาการ เลขานุการจะปรึกษาที่ปรึกษาหรือผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อช่วยตัดสินใจในการแก้ปัญหาในเรื่องนั้นๆ และจะประสานงานกลับไปให้หัวหน้าทีมวิจัยในแต่ละภาคทราบ เพื่อให้สามารถดำเนินงานเก็บข้อมูลวิจัย ให้สอดคล้องตรงกัน

นอกจากนี้เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีคุณภาพ ได้เน้นให้ผู้สัมภาษณ์สร้างสัมพันธภาพ ก่อนเก็บข้อมูล บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ประชาชนของประเทศจะได้รับจากการศึกษานี้ ตลอดจนสอบถามความพร้อมและความยินยอมของผู้ถูกสัมภาษณ์ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วย และให้เซ็นชื่อยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน และถึงแม้ว่าจะสัมภาษณ์ไปได้ระยะหนึ่งแล้ว ผู้ถูกสัมภาษณ์ขอยุติการให้ข้อมูลทั้งๆ ที่ยังไม่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ ก็สามารถกระทำได้

5. ภายหลังการสิ้นสุดการสั มภาษณ์ทุกครั้ง ได้อธิบายให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบด้วยว่าหากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้มีข้อคำถามใดก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ก็สามารถพูดคุยกับญาติที่ใกล้ชิด เพื่อนที่ไว้วางใจ หรือสามารถขอรับบริการปรึกษาจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐที่ใกล้บ้านได้

6. นำแบบประเมินที่ได้รับทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลวิจัยในวันต่อวัน เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลวิจัยที่อาจได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน จากนั้นแปลงคำถามที่ได้จากเครื่องมือฉบับนี้ ตามรหัสคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ โดยบันทึก 2 ครั้ง ใช้โปรแกรม Microsoft excel ให้พนักงานบันทึกข้อมูล 2 คน แล้วตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมัธยฐาน

4.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย โดยใช้ไคว์สแควร์

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย นำเสนอผลการวิจัย ใน 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 2) การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย ได้แก่ เพศ เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย การศึกษา อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความสุขอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 (1,672 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี ร้อยละ 28.1 (664 คน) รองลงมา อายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 26.8 (635 คน) อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39.30 (SD. 11.68) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.0 (2,212 คน) มีที่อยู่อาศัยในเขตชนบท ร้อยละ 71.4 (1,697 คน) ในเขตเมือง ร้อยละ 28.6 (681 คน) กระจายตามภาคต่าง ๆ ภาคกลาง ร้อยละ 20.0 (476 คน) ภาคเหนือ ร้อยละ 20.1 (477 คน) ภาคตะวันออก ร้อยละ 19.9 (473 คน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 20.2 (480 คน) และภาคใต้ ร้อยละ 19.8 (472 คน)

ในด้านการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 (1,382 คน) รองลงมาจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.8 (329 คน) สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.6 (1,679 คน) รองลงมาสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 16.1 (382 คน) ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.5 (678 คน) รองลงมาทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ร้อยละ 23.0 (546 คน) และอาชีพเกษตรกรรม (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ร้อยละ 21.1 (502 คน) ปัจจุบันมีรายได้ต่อเดือน 1,001 – 3,000 บาท ร้อยละ 36.7 (877 คน) รองลงมา 3,001 – 6,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.6 (793 คน) ต่ำสุดไม่มีรายได้ สูงสุด 300,000 บาท รายได้เฉลี่ย 5,863.95 บาท (SD. 9,985.48) เมื่อศึกษาความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ตอบว่า เพียงพอ ร้อยละ 52.4 (1,245 คน)

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีโรค ร้อยละ 75.0 (1,783 คน) โดยพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.6 (131 คน) มีสุขภาพโดยรวมดี ร้อยละ 84.1 (2,003 คน) ไม่มีเรื่องทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 72.8 (1,730 คน) โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องปัญหาเศรษฐกิจ เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ร้อยละ 50.8 (324 คน) จากการศึกษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความสุขอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 59.8 (1,419 คน) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความสุขอย่างมากในรอบ 1 เดือนเป็นเรื่อง ครอบครัวอบอุ่น (ได้อยู่ร่วมกับสามี ภรรยา บุตร ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกัน) ร้อยละ 33.2 (319 คน) รองลงมาบุคคลในครอบครัวประสบความสำเร็จ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร (ความสำเร็จมีทั้งการงาน การเรียน ทรัพย์ ลาภยศ) ร้อยละ 22.9 (220 คน) ลูกมีงานทำ ลูกตั้งใจเรียน ลูกประพฤติตัวดี ร้อยละ 16.4 (157 คน) ความสุขโดยรวมใน 1 เดือนที่ผ่านมาในชีวิตอยู่ในระดับ มีความสุขมาก ร้อยละ 42.0 (999 คน) รองลงมามีความสุข ร้อยละ 23.8 (566 คน) และมีความสุขมากที่สุด ร้อยละ 17.8 (424 คน) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (n = 2,378)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	706	29.7
หญิง	1,672	70.3
2. อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	172	7.3
21 – 30 ปี	412	17.4
31 – 40 ปี	664	28.1
41 – 50 ปี	635	26.8
51 – 60 ปี	483	20.4
อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39.30 (S.D.= 11.68)		
3. ศาสนา		
พุทธ	2,212	92.0
อิสลาม	184	7.7
คริสต์	8	0.3
4. ที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	681	28.6
เขตชนบท	1,697	71.4
5. ที่อยู่อาศัยจำแนกตามภาค		
ภาคกลาง	476	20.0
ภาคเหนือ	477	20.1
ภาคตะวันออก	473	19.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	480	20.2
ภาคใต้	472	19.8
6. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	60	2.5
ประถมศึกษา	1,382	58.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	329	13.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	284	11.9
อนุปริญญาตรี	103	4.3
ต่ำกว่าปริญญาตรี	128	5.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (n = 2,378) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	10	0.4
อื่น ๆ	82	3.5
7. สถานภาพสมรส		
โสด	382	16.1
คู่อยู่ด้วยกัน	1,679	70.6
คู่แยกกันอยู่	79	3.3
หย่า	94	4.0
หม้าย	144	6.0
8. อาชีพ		
ว่างงาน	70	2.9
ทำงานบ้าน	326	13.7
รับจ้าง	678	28.5
เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่)	502	21.1
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	78	3.3
ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย)	546	23.0
นักเรียน	130	5.4
ประมง	11	0.5
อื่น ๆ	37	1.6
9. ปัจจุบันท่านมีรายได้ต่อเดือน (n = 2,373)		
ไม่มีรายได้	28	1.2
1 – 1,000 บาท	176	7.3
1,001 – 3000 บาท	877	36.7
3,001 – 6,000 บาท	793	33.6
6,001 – 10,000 บาท	280	11.9
มากกว่า 10,000 บาท	219	9.3
ต่ำสุด ไม่มีรายได้ สูงสุด 300,000 บาท มัธยฐาน 4,000 บาท		
รายได้เฉลี่ย 5,863.95 (S.D. = 9,985.48)		
10. ความเพียงพอของรายได้ (โดยประมาณ)		
ไม่เพียงพอ	1,133	47.6
เพียงพอ	1,245	52.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (n = 2,378) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
11. ขณะนี้ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการรวินิจฉัยของแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)		
ไม่มีโรค	1,783	75.0
มีโรค	595	25.0
12. ในกรณีมีโรค เป็นโรคอะไร ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n = 746)		
โรคหัวใจ	41	5.5
ความดันโลหิตสูง	131	17.6
ข้ออักเสบ	86	11.5
มะเร็ง	8	1.1
เบาหวาน	61	8.2
ปอดและหลอดลมอักเสบ	22	2.9
อัมพาต	4	0.5
โรคจิต	8	1.1
อื่น ๆ	385	51.6
13. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร		
ดี	2,003	84.1
ไม่ดี	375	15.9
14. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องทุกข์ใจมากหรือไม่		
ไม่มี	1,730	72.8
มี	645	27.2
15. ถ้าตอบว่ามีเรื่องทุกข์ใจ ได้แก่เรื่องอะไรบ้าง (n = 638)		
ปัญหาเศรษฐกิจ เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน	324	50.8
ลูกหรือคนในครอบครัวติดสารเสพติด เหล้า หรืออื่น ๆ	20	3.1
มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว (สามีมีเมียน้อย ภรรยาเป็นต้นเหตุให้ทุกข์ใจ ครอบครัวทะเลาะกันบ่อย ครอบครัวแยกทางกัน)	63	9.9
มีโรคประจำตัวหรือโรคร้ายแรง เรื้อรัง	27	4.2
มีการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รัก (บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร)	21	3.3
กังวลเรื่องอนาคตของบุตร สามี ภรรยา ตนเอง หรือญาติพี่น้อง (มีบุตรพิการ)	38	6.0
สูญเสียทรัพย์สิน รายได้ ตกงาน ถูกโกงเงิน	25	3.9
เกี่ยวกับการทำงาน กังวลเรื่องการทำงาน เพื่อนร่วมงาน กลัวทำงานไม่สำเร็จ	38	6.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (n = 2,378) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยพิบัติ	9	1.4
อื่น ๆ (...)	73	11.4
16. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่		
มี	954	40.2
ไม่มี	1,419	59.8
17. ถ้าตอบว่ามี ได้แก่ เรื่องใดบ้าง ดังต่อไปนี้		
- บุคคลในครอบครัวประสบความสำเร็จ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร (ความสำเร็จมีทั้งการงาน การเรียน ทรัพย์ ลาภยศ)	220	22.9
- ครอบครัวอบอุ่น (ได้อยู่ร่วมกับสามี ภรรยา บุตร ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกัน)	319	33.2
- มีบุตรตามที่ต้องการทั้งเรื่องของจำนวนการมีบุตร และเพศตามที่ต้องการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง	19	2.0
- ได้แต่งงานหรือมีแฟนหรือมีคู่รักที่เข้าใจกัน	11	1.1
- ได้ไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ	57	5.9
- ตนเองมีทรัพย์สินใหม่ บ้าน รถยนต์ ที่ดิน เครื่องเสียง	25	2.6
- ตนเองได้รับรางวัล โบนัส เลื่อนตำแหน่ง ได้รับการเลื่อนขั้น ถูกหวยล็อตเตอรี่	65	6.8
- ลูกมีงานทำ ลูกตั้งใจเรียน ลูกประพฤติตัวดี	157	16.4
- อื่น ๆ	6	0.6
- ไม่ตอบ	81	8.4
18. ท่านรู้สึกว่าโดยรวมแล้วหนึ่งเดือนที่ผ่านมานี้ชีวิตของท่านมีความสุขระดับใด		
มีความสุขมากที่สุด	424	17.8
มีความสุขมาก	999	42.0
มีความสุข	566	23.8
เฉย ๆ	248	10.4
มีความทุกข์	75	3.2
มีความทุกข์มาก	29	1.2
มีความทุกข์มากที่สุด	22	0.9
ไม่ตอบ	15	0.6

ส่วนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

1. เพศ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเพศหญิงมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 24.7 และ ร้อยละ 19.0 ตามลำดับ)

สำหรับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับดีกว่าคนทั่วไปและเท่ากับคนทั่วไป พบว่า เพศชาย มีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับดีกว่าคนทั่วไปมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 27.7 และ ร้อยละ 21.6 ตามลำดับ) และมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับเท่ากับคนทั่วไปใกล้เคียงกันในเพศหญิงและเพศชาย (ร้อยละ 53.7 และร้อยละ 53.3 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การทดสอบความสัมพันธ์ของเพศกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
เพศ				
ชาย	195 (27.7)	376 (53.3)	134 (19.0)	705 (100.0)
หญิง	358 (21.6)	892 (53.7)	411 (24.7)	1,661(100.0)
รวม	553 (23.4)	1,268 (53.6)	545 (24.7)	2,366 (100.0)

$X^2 = 14.98$ $P < 0.01$

2. เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเขตพื้นที่ที่อยู่อาศัยกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยพบว่าเขตพื้นที่ที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การทดสอบความสัมพันธ์ของเขตพื้นที่ที่อยู่อาศัยกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
เขตพื้นที่				
เขตเมือง	160 (23.6)	360 (53.2)	157 (23.2)	677 (100.0)
เขตชนบท	393 (23.3)	908 (53.8)	388 (23.0)	1,689 (100.0)
รวม	553 (23.4)	1,268 (53.6)	545 (23.0)	2,366 (100.0)

X^2 = 0.68 $P > 0.05$

3. การศึกษา

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และ ผู้ที่จบสูงกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.0 ร้อยละ 19.0 และร้อยละ 11.3 ตามลำดับ)

สำหรับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับดีกว่าคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่จบสูงกว่ามัธยมศึกษามีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยมากกว่าผู้ที่จบมัธยมศึกษาและต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.3 ร้อยละ 25.7 และร้อยละ 20.2 ตามลำดับ) ส่วนสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับเท่ากับคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่จบมัธยมศึกษามีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยมากกว่ากลุ่มที่จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาและมากกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 55.4 ร้อยละ 53.8 และร้อยละ 52.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ของการศึกษากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
การศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	289 (20.2)	770 (53.8)	373 (26.0)	1,432 (100.0)
มัธยมศึกษา	157 (25.7)	339 (55.4)	116 (19.0)	612 (100.0)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	87 (36.3)	126 (52.5)	27 (11.3)	240 (100.0)
รวม	533 (23.3)	1,235 (54.1)	516 (22.6)	2,284 (100.0)

X^2 = 49.816 $P < 0.001$

4. อายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การทดสอบความสัมพันธ์ของอายุกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
อายุ				
15 – 24 ปี	73 (23.9)	161 (52.8)	71 (23.3)	305 (100.0)
25 – 44 ปี	277 (22.9)	656 (54.3)	274 (22.7)	1,207 (100.0)
45 – 60 ปี	199 (23.6)	447 (53.1)	196 (23.3)	842 (100.0)
รวม	549 (23.3)	1,264 (53.7)	541 (23.0)	2,354 (100.0)

X^2 = 0.442 $P > 0.05$

5. สถานภาพสมรส

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การทดสอบความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
สถานภาพสมรส				
โสด	99 (26.0)	191 (50.1)	91 (23.9)	381 (100.0)
คู่	406 (23.2)	957 (54.8)	384 (22.0)	1,747 (100.0)
หย่า หม้าย	48 (20.2)	120 (50.4)	70 (29.4)	238 (100.0)
รวม	553 (23.4)	1,268 (53.6)	545 (23.0)	2,366 (100.0)

X^2 = 9.093 $P > 0.05$

6. อาชีพ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ (มีงานทำและไม่มีงานทำ) กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การทดสอบความสัมพันธ์ของอาชีพกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
อาชีพ				
มีงานทำ	447 (24.2)	987 (53.5)	410 (22.2)	1,844 (100.0)
ไม่มีงานทำ	106 (20.3)	281 (53.8)	135 (25.9)	522 (100.0)
รวม	553 (23.4)	1,268 (53.0)	545 (23.0)	2,366 (100.0)

X^2 = 5.026 $P > 0.05$

7. ความเพียงพอของรายได้

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่ไม่มีความพียงพอของรายได้มีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าผู้ที่มีความพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 28.4 และ ร้อยละ 18.1 ตามลำดับ)

สำหรับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับดีกว่าคนทั่วไปและเท่ากับคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่มีความพียงพอของรายได้มีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยทั้งระดับดีกว่าคนทั่วไปและเท่ากับคนทั่วไปมากกว่าผู้ที่ไม่มีความพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 25.2 และ 21.3 ของระดับดีกว่าคนทั่วไป และ ร้อยละ 56.7 และ 50.2 ของระดับเท่ากับคนทั่วไป) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การทดสอบความสัมพันธ์ของความเพียงพอของรายได้กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	241 (21.3)	567 (50.2)	321 (28.4)	1,129 (100.0)
เพียงพอ	312 (25.2)	701 (56.7)	224 (18.1)	1,237 (100.0)
รวม	553 (23.4)	1,268 (53.6)	545 (23.0)	2,366 (100.0)

X^2 = 35.685 $P < 0.001$

8. ปัญหาสุขภาพ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ (การมีโรค หรือไม่มีโรค โดยเป็นโรคที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว) กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรค (ร้อยละ 26.7 และ ร้อยละ 21.8 ตามลำดับ)

สำหรับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับดีกว่าคนทั่วไป พบว่า ผู้ไม่มีโรคมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยมากกว่าผู้ที่มีโรค (ร้อยละ 23.8 และร้อยละ 22.0 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับเท่ากับคนทั่วไป พบว่า ผู้ไม่มีโรคมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยมากกว่าผู้ที่มีโรค (ร้อยละ 54.3 และร้อยละ 51.4 ตามลำดับ) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การทดสอบความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
ปัญหาสุขภาพ				
ไม่มีโรค	423 (23.8)	954 (54.3)	387 (21.8)	1,774 (100.0)
มีโรค	130 (22.0)	304 (51.4)	158 (26.7)	592 (100.0)
รวม	553 (23.4)	1,268 (53.6)	545 (23.0)	2,366 (100.0)

X^2 = 5.993 $P < 0.05$

9. ภาวะสุขภาพ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ (ตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าสุขภาพโดยรวมของตนเองเป็นอย่างไร) กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่เจ็บป่วยมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 31.5 และ ร้อยละ 21.5 ตามลำดับ)

สำหรับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับดีกว่าคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วย (ร้อยละ 24.1 และร้อยละ 19.7 ตามลำดับ) เช่นเดียวกันสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับเท่ากับคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยสูงกว่าผู้ที่เจ็บป่วย (ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 48.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 การทดสอบความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
ภาวะสุขภาพ				
แข็งแรง	480 (24.1)	1,087 (54.5)	428 (21.5)	1,995 (100.0)
เจ็บป่วย	73 (19.7)	181 (48.8)	117 (31.5)	371 (100.0)
รวม	553 (23.4)	1,268 (53.6)	545 (23.0)	2,366 (100.0)

X^2 = 18.27 $P < 0.001$

10. ความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า ความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่ไม่มีความสุขมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าผู้ที่มีความสุข (ร้อยละ 27.4 และ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ)

สำหรับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับดีกว่าคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่มีความสุขมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยมากกว่าผู้ที่ไม่มีความสุข (ร้อยละ 29.9 และร้อยละ 19.1 ตามลำดับ) สมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับเท่ากับคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่มีความสุขมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยใกล้เคียงจนเกือบเท่ากันกับผู้ที่ไม่มีความสุข (ร้อยละ 53.4 และร้อยละ 53.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 การทดสอบความสัมพันธ์ของความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
ความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา				
มีความสุข	284 (29.9)	508 (53.4)	159 (16.7)	951 (100.0)
ไม่มีความสุข	269 (19.1)	755 (53.5)	386 (27.4)	1,410 (100.0)
รวม	553 (23.4)	1,263 (53.5)	545 (23.1)	2,361 (100.0)

X^2 = 56.149 $P < 0.001$

11. ความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า ความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่มีความทุกข์ใจอย่างมากมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจ (ร้อยละ 32.8 และ ร้อยละ 19.5 ตามลำดับ)

สำหรับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับดีกว่าคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยมากกว่าผู้ที่มีความทุกข์ใจอย่างมาก (ร้อยละ 25.5 และร้อยละ 17.8 ตามลำดับ) เช่นเดียวกันกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับเท่ากับคนทั่วไป พบว่า ผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยมากกว่าผู้ที่มีความทุกข์ใจอย่างมาก (ร้อยละ 55.1 และร้อยละ 49.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 การทดสอบความสัมพันธ์ของความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป	
ความทุกข์ใจอย่างมาก ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา				
มีความทุกข์ใจอย่างมาก	114 (17.8)	317 (49.5)	210 (32.8)	641 (100.0)
ไม่มีความทุกข์ใจ	439 (25.5)	948 (55.1)	335 (19.5)	1,722 (100.0)
รวม	553 (23.4)	1,265 (53.5)	545 (23.1)	2,363 (100.0)

X^2 = 50.461 $P < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,378 คน จากทุกภาคของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 28.1 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 26.8 อายุเฉลี่ย 39.30 (SD. 11.68) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.6 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.5 ค้าขายร้อยละ 23.0 มีรายได้อยู่ในช่วง 1,001-6,000 บาท ร้อยละ 70.3 ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ในการศึกษาเรื่องดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ซึ่งผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ

อยู่ในช่วง 25-44 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างและค้าขาย สถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อยและนับถือศาสนาพุทธ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีวิธีการสุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จึงได้ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาผลการศึกษานี้เปรียบเทียบกับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศก็พบว่าคล้ายคลึงกันในด้านเพศ ประชากรส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 93.4 เป็นเพศหญิง (31,203,000 คน หญิง 31,640,000 คน) (กรมสุขภาพจิต, 2546) ถึงแม้ว่าประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายไม่มากนัก แต่ขณะทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่จะอยู่บ้านทำหน้าที่เป็นมารดาเลี้ยงดูบุตร โดยให้สามีเป็นผู้ประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งไปทำงานที่อื่น จึงเก็บข้อมูลได้จากเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยเพศ หญิงมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์ (2542) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตรา 2:1 และจากการศึกษาของสมชาย จักรพันธุ์ (2544) ซึ่งทำการศึกษาเรื่องการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ก็พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต คือ เพศชายเช่นกัน โดยภาพรวมเพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของเขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย (เขตเมือง เขตชนบท) อายุ และสถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสมชาย จักรพันธุ์ (2544) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคือ การมีอายุที่มากกว่า การมีคู่และอยู่ด้วยกัน อาจอธิบายได้ว่าในการศึกษานี้มีการแบ่งช่วงอายุที่แตกต่างกัน โดยแบ่งเป็นช่วงวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และหากพิจารณาสถานภาพสมรส ถึงแม้ว่าจากการทดสอบความสัมพันธ์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากพิจารณาในภาพรวมจะพบว่า สถานภาพสมรสโสด และคู่ มีสมรรถนะและคุณภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และเท่ากับคนทั่วไป โดยนำผลรวมของ 2 กลุ่มนี้รวมกัน ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติก็พบว่าแตกต่างกันกับกลุ่มสถานภาพสมรสหย่า หม้าย พบว่าอยู่ในกลุ่มสมรรถนะและคุณภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าสถานภาพสมรสโสด คู่ (ร้อยละ 29.4 , 23.9 , 22.0 ตามลำดับ)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีสมรรถนะและคุณภาพจิตดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทยเมื่อฟื้นวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นคือ การศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีการศึกษาที่สูงขึ้น สามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่า

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือระดับรายได้ โดยกลุ่มที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ถึง 3.67 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้มีรายได้น้อยต้องดำรงชีวิตในภาวะเศรษฐกิจไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และได้รับผลกระทบโดยตรงเนื่องจากต้องดิ้นรนเพื่อประกอบอาชีพหารายได้ให้ตนเองและครอบครัว ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ทั้งนี้หากพิจารณาผลการศึกษาในการศึกษานี้ จากตารางที่ 7 ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของอาชีพกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่า อาชีพ (ซึ่งในที่นี้หมายถึง การมีงานทำและไม่มีงานทำ) ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะไม่พบความสัมพันธ์ในด้านการมีงานทำและไม่มีงานทำ แต่เมื่อพิจารณากลุ่มผู้ไม่มีงานทำพบว่า อยู่ในกลุ่มสมรรถนะและคุณภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป มากกว่าในกลุ่มที่มีงานทำ ซึ่งก็สอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ก็พบว่า ระดับความสุขจะลดลงเมื่อบุคคลนั้นเกิดการว่างงาน หรือได้รับรายได้ที่ลดลง (Gerdtham and Johannesson, 1997 ; Easterlin, 2001)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่าปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยดีกว่าผู้ที่มีโรค นอกจากนี้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยก็พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงมีสมรรถนะและคุณภาพจิตดีกว่าผู้ที่เจ็บป่วย จากผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิทยา สังฆะพิลา (2546) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีปัญหาสุขภาพร่างกาย และมีประวัติเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เกิดความกังวลใจในโรคและการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยตรง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่มีความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาจะมีสมรรถนะและคุณภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความสุข และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมากับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมามีสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยดีกว่าผู้ที่มีความทุกข์ใจอย่างมาก อาจอธิบายได้ว่าในภาวะที่บุคคลมีความสุขหรือสุขภาพจิตดี เป็น

ภาวะที่ผาสุกของบุคคลและตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง มีความสามารถในการจัดการความเครียดในชีวิตสามารถสร้างสรรค์ผลงานที่ดีและสามารถเสียสละเพื่อสังคมของตนเอง(WHO,2001)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ช่วยให้สมรรถนะและคุณภาพจิตดีกว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า จึงควรมีการทบทวนหลักสูตรการศึกษาในปัจจุบันว่ามีการเพิ่มความรู้และทักษะในด้านการพัฒนาสมรรถนะและคุณภาพจิตแก่นักเรียน เพื่อช่วยให้ประชาชนไทยในอนาคตมีสมรรถนะและคุณภาพจิตซึ่งเป็นแนวโน้มของผู้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีในอนาคต

1.2 การส่งเสริมให้ประชานมีรายได้ในชุมชน มีงานทำ ไม่ว่างงาน ก็จะช่วยให้สมรรถนะและคุณภาพจิตดีขึ้นได้ รวมทั้งช่วยลดปัจจัยด้านความทุกข์ในอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มาจากปัญหาเศรษฐกิจ เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ซึ่งปัจจัยด้านความทุกข์ใจเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย โดยในกลุ่มที่มีความทุกข์ จะมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความทุกข์

1.3 การส่งเสริมให้ประชาชน เน้นการส่งเสริมสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น โดยเน้นการออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่ดี จะช่วยป้องกันการเกิดโรคและรักษาสุขภาพให้แข็งแรง จะช่วยให้สมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทยดีขึ้นกว่าเดิม

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อ ไป

2.1 ทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะกับคุณภาพจิตคนไทย เมื่อทำการสำรวจครั้งต่อไปว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่

2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่เป็นตัวทำนายสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาปัจจัยปกป้องต่อประชากรไทยต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะและคุณภาพจิตของประชากรไทย (intervention) หากมีการนำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินสมรรถนะและคุณภาพจิตแล้ว พบว่าอยู่ระดับต่ำกว่าคนทั่วไป เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนที่จะได้พัฒนาตนเองให้อยู่ในระดับปกติและภายหลังการดำเนินการ พัฒนาสมรรถนะและคุณภาพจิตเรียบร้อยแล้ว อีก 1 เดือนถัดไป จึงควรมีการประเมินผลซ้ำว่าคะแนนสมรรถนะและคุณภาพจิตเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลงด้วยดี ด้วยความกรุณาจาก ผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่ เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัย และการเขียนรายงาน โดยการเสียสละเวลาอันมีค่า ช่วยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงาน ในด้านงบประมาณ การดำเนินงาน ได้รับการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต และ สสส. จึงทำให้งานวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกประการ คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2543-2544.กรุงเทพ ฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2545-2546.กรุงเทพ ฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ดัชนีความสุขทางรอดของสังคมไทย. นนทบุรี : บียอนด์พับลิสชิ่ง; 2549.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549. กรุงเทพฯ : ไอเดียสแควร์; 2549.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2547-2548. นนทบุรี : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549

ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(3) : 192-202.

นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2542; 1 (3) : 179.

สมชาย จักรพันธุ์. การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย. ใน : การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 7 ปี 2544 "ความสุขที่พอเพียง". นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2544: 104-105.

สุพิทยา สังฆะพิลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและการแก้ปัญหาของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2541 : กรณีศึกษาอำเภอศรีสมเด็จและธวัชบุรี. Available from:http://61.19.124.3/library/research/35-42.htm [2003 Jan 1].

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. การสำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทยเมื่อฟื้นวิกฤตเศรษฐกิจ.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13 (2) : 86-95.

อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐ์โชติศักดิ์ และคณะ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2544.

อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์ และคณะ. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: พระธรรมขันต์; 2547.

Amon J,Brown T,MacNoil J, et al. Behavioral surveillance surverys : guides for repeated behavioral surverys In populations at risk of HIV. New York : Family Health International ; 2000.

Bennett S,Woods T, Liyanage WM.Smith DL.A simplified general method for cluster – sample surverys of health in developing countries. World Health Statistics Quarterly 1991; 44 : 98-106.

Easterlin RA. Income and happiness: towards a unified theory. Economic Journal 2001;111:465-484.

Gerdtham U. and Johannesson M. The relationship between happiness, health, and socio-economic factors : result based on Swedish micro data. Working Paper Series in Economics and Finance No.207. Stockholm : Stockholm School of Economics; 1997.

Levy P. Lemeshow S. Sampling of populations: method and application . 3 rd ed. New York : John Wiley & Sons.;1999.

World Health Organization; SEARO. Report on indicators for monitoring progress in mental health WHO regional advisory group meeting on mental health; 1981.

———. Mental health. Fact sheet 1996; No 130 (August) : 1.

———.World Health Report 2001. Mental health : new understand, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

ใบงานที่ 2

การเบี่ยงเบนความคิดที่ทำให้ใจเป็นทุกข์สู่การทำกิจกรรมอื่น ๆ

แบบสร้างสรรค์	แบบไม่สร้างสรรค์ (ทำลาย)

ภาคผนวก ข

แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

ดิฉัน/ผม ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เนื่องด้วยโรงพยาบาลทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าและความคิดทางลบลดลง และสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ช่วยให้มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทางบวก

โครงการนี้เสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยความลับที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ยกเว้นข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ในการรักษาหรือส่งต่อท่านเพื่อการรักษาที่เหมาะสม แต่จะแจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้า เพื่อให้ท่านเห็นชอบก่อน สำหรับการบำบัดโดยโปรแกรมกลุ่ม รวมจำนวน 5 ครั้ง ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ เวลาประมาณ 9.30-11.00 น. และจะมีการตอบแบบประเมินผลลัพธ์ของโครงการทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัด หลังบำบัดครบ 5 ครั้งทันที หลังบำบัดครบ 1 เดือน และ 3 เดือน โดยการประเมินหลังบำบัด 1, 3 เดือน จะติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมารับบริการหรือทางไปรษณีย์ หรือทางโทรศัพท์ตามความเหมาะสม โดยยังยึดหลักการรักษาความลับของผู้ป่วยเช่นเดิม นอกจากนี้หากท่านประสงค์จะออกจากโครงการก่อนจบโครงการก็สามารถทำได้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่านทั้งในด้านการบำบัดรักษา และสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ

ในการเข้ากลุ่มบำบัดครั้งนี้ หากพบว่าขณะที่ท่านได้รับการบำบัดแล้วรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจที่เป็นผลมาจากการเข้ากลุ่ม ท่านสามารถแจ้งคณะผู้วิจัยได้ ซึ่งท่านจะได้รับบริการปรึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

การเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีค่าตอบแทนใด ๆ เป็นพิเศษต่อท่าน แต่ท่านจะได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการบำบัดรักษาเฉพาะทาง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการคนอื่น ๆ ต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านหรือฟังข้อความดังกล่าวข้างต้น และเข้าใจเป็นอย่างดี ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

.....ผู้รับบริการ
( )

.....พยาน
( )

แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความซึมเศร้า

2. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเอง ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ จะเก็บไว้เป็นความลับเพื่อประโยชน์ในการประเมินผลการเข้ากลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง เติมข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเวชระเบียนลงในช่องว่างและทำเครื่องหมายลงหน้าข้อความที่เป็นคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. ชื่อ.....สกุล.....
2. ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....
   มือถือ.....
3. H.N..... 4. A.N..... 5. รับไว้รักษาครั้งที่.....

ส่วนของผู้วิจัย

6. เพศ ID ☐
   ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง Adm ☐
   Sex ☐
7. อายุ.....ปี Age ☐
8. ศาสนา Rel ☐
   ☐ 1. พุทธ ☐ 2.คริสต์
   ☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
9. สถานภาพสมรส Sta ☐
   ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่อยู่ด้วยกัน
   ☐ 3. คู่แยกกันอยู่ ☐ 4. หย่า ร้าง ☐ 5. หม้าย
10. การศึกษา Edu ☐
    ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา
    ☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. ปวช. ปวส. อนุปริญญา
    ☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

ส่วนของผู้วิจัย

11. อาชีพ Occ ☐

☐ 1. ว่างงาน ☐ 2. รับจ้าง

☐ 3. เกษตรกรรม ☐ 4. ค้าขาย

☐ 5. รับราชการ ☐ 6. รัฐวิสาหกิจ

☐ 7. นักเรียน นักศึกษา ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ.....

12. รายได้ต่อเดือน.....บาท (ของผู้ป่วย) Inc ☐

13. ความเพียงพอของรายได้ Enq ☐

☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ

14. สถานภาพของท่านในครอบครัว Stf ☐

☐ 1. เป็นบิดา มารดา ☐ 2. ปู่ ย่า ตา ยาย

☐ 3. พี่ น้อง ☐ 4. บุตร

☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

15. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมานาน.....ปี Ill ☐

16. ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ Dis ☐

☐ 1.ไม่มี ☐ 2. มี (ถ้ามี ตอบข้อ 19 ด้วย)

17. ถ้ามี มีปัญหาสุขภาพในเรื่องใด (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้ว) Pro ☐

☐ 1. ความดันโลหิตสูง ☐ 2. เบาหวาน

☐ 3. หัวใจ ☐ 4. กระเพาะอาหาร

☐ 5. โรคภูมิแพ้ ☐ 6. ไขข้อและกระดูก

☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....

18. การวินิจฉัยโรคในครั้งนี้ ..... Dia ☐

19. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน (อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน) Num ☐

20. ผู้ดูแลหลัก ชื่อ.....นามสกุล..... . Con ☐

เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

(ข้อมูลจากเวชระเบียน)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ

คำถามต่อไปนี้คือส่วนหนึ่งของความคิดที่เกิดขึ้นได้บ่อย ๆ โปรดอ่านคำถามในแต่ละข้อแล้วตอบว่าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีความคิดเหล่านี้ เป็นความคิดแว็บแรกที่ผ่านเข้ามาในสมองหรือไม่ แล้วกาเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบด้านขวามือ โดยให้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยเกิดความคิดนี้ขึ้นเลย
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความคิดนี้ ไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์
บ่อย ๆ	หมายถึง	เกิดความคิดนี้มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย ๆ
1. ฉันเป็นคนอ่อนแอ			
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย			
3. ฉันเป็นคนโง่			
4. ฉันทำอะไรไม่เคยสำเร็จ			
5. ฉันมักถูกตำหนิเสมอในเรื่องที่ไม่ใช่ความผิดของฉัน			
6. ฉันไม่สามารถทำทุกอย่างได้อย่างถูกต้อง			
7. เป็นความผิดของฉันที่ทำให้บางสิ่งบางอย่างผิดพลาด			
8. ฉันไม่เคยประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา			
9. ฉันไม่พึงพอใจในตัวฉันเอง			
10. ฉันเกลียดตัวเอง			
11. ฉันเป็นคนไร้ค่า			
12. เพื่อน ๆ ทำเหมือนฉันเป็นตัวตลก			
13. เพื่อน ๆ หัวเราะเยาะฉัน			
14. เพื่อน ๆ ของฉันเป็นคนโง่			
15. ทุกคนจ้องจับผิดฉัน			
16. คนส่วนมากในครอบครัวไม่ยอมรับฉัน			
17. เพื่อนบ้านส่วนใหญ่เห็นฉันเป็นคนไร้ค่า ไม่มีประโยชน์			
18. เพื่อนร่วมงานเห็นฉันเป็นคนไม่มีคุณค่า(เป็นการทำงานหรือร่วมกิจกรรมในชุมชน)			
19. คนรอบข้างกำลังคิดร้ายต่อฉัน			
20. คนส่วนมากต่อต้านฉัน			

ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย ๆ
21. ฉันไม่ยอมปล่อยคนที่ทำกับฉัน โดยที่ฉันไม่เอาคืน			
22. ฉันมักถูกคนอื่นกลั่นแกล้ง			
23. ฉันมักเป็นต้นเหตุให้คนรอบข้างโชคร้าย			
24. เรื่องเลวร้ายกำลังจะเกิดขึ้นในชีวิตฉัน			
25. เหตุการณ์ที่เลวร้ายกำลังจะเกิดขึ้นกับครอบครัวของฉัน			
26. โรคที่ฉันเจ็บป่วยอยู่ ไม่มีทางรักษาหายได้			
27. ฉันต้องเป็นคนที่เจ็บป่วยไปตลอดชีวิต			
28. มีบางสิ่งที่ไม่ดี จะเกิดขึ้นกับคนที่ฉันรักและผูกพัน			
29. ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับฉัน มักพบแต่ความโชคร้ายในอนาคต			
30. อนาคตของฉันมีแต่ความล้มเหลว			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ท่านสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริง และครบทุกข้อ คำตอบที่ได้จากท่านจะนำมาสรุปรวมเป็นผลรวม ไม่มีข้อใดถูกหรือผิดและขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด โปรดอ่านข้อความโดยละเอียด จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม ◯ ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุดหรือใกล้เคียง

1. ก. ท้อแท้ใจมาก หมดหวังในอนาคต
   ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย
   ค. ท้อแท้ใจบ้างบางครั้ง
   ง. ไม่หมดหวัง
2. ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย
   ข. คิดอยากตาย
   ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อย ๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย
   ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย
3. ก. รู้สึกมากว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือไม่มีค่าเลย
   ข. รู้สึกผิด คิดถึงแต่เรื่องความผิดของตัวเองในอดีต
   ค. รู้สึกตัวเองเป็นคนไม่ดีอยู่บ่อย ๆ
   ง. ไม่รู้สึกผิด หรือคิดว่าตัวเองไม่ดี
4. ก. อยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร
   ข. คิดอะไร ทำอะไรเชื่องช้าลงมาก
   ค. คิดอะไร ทำอะไรเชื่องช้าลงมากกว่าเดิม
   ง. ความคิด การกระทำยังเหมือนเดิม
5. ก. งุ่นง่าน เดินไปมาอยู่ไม่ติดที่ เป็นบ่อย
   ข. กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ค่อยได้
   ค. ร้อนใจ กระวนกระวาย
   ง. ไม่ร้อนใจ หรือกระสับกระส่าย
6. ก. ซึมเศร้ามาก ร้องไห้บ่อย
   ข. หดหู่ ซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลาทำใจให้สบายไม่ได้เลย
   ค. รู้สึกซึมเซา ไม่แจ่มใสเหมือนเคย
   ง. จิตใจสบายดี

7. ก. คิดมาก กังวลใจไปหมดทุกเรื่อง
   ข. คิดมาก กังวลใจบ่อย
   ค. คิดมาก กังวลใจง่ายกว่าแต่ก่อน
   ง. ไม่วิตกกังวล
8. ก. เบื่อไปหมดทุกอย่าง ไม่อยากทำอะไรเลย
   ข. รู้สึกเบื่อ ไม่มีความเพลินใจ
   ค. เบื่อง่าย แต่ยังมีความเพลินใจอยู่บ้าง เช่น เวลาดูโทรทัศน์ หรือมีคนมาพูดคุยด้วย
   ง. มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ เหมือนเดิม
9. ก. หงุดหงิดมาก มีการทะเลาะกัน ทำลายข้าวของ
   ข. หงุดหงิด ฉุนเฉียวบ่อย
   ค. หงุดหงิดง่ายกว่าเดิม แต่พอคุมได้
   ง. ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด
10. ก. หลับยากทุกคืน หรือต้องกินยาให้หลับ
   ข. หลับยากค่อนข้างบ่อย
   ค. หลับยากบางครั้ง
   ง. นอนหลับปกติดี
11. ก. ตื่นกลางดึกแทบทุกคืน หลับไม่ได้เลย
   ข. ตื่นค่อนข้างบ่อย หลับต่อยาก
   ค. นอนหลับไม่สนิท กระสับกระส่าย
   ง. หลับปกติดี
12. ก. เบื่ออาหารมาก กินแทบไม่ได้เลย
   ข. เบื่ออาหารแต่พอฝืนกินได้
   ค. ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม
   ง. กินอาหารได้ตามปกติ
13. ก. เหนื่อยหรืออ่อนเพลียมาก จนทำอะไรไม่ได้เลย
   ข. เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ทำอะไรก็เหนื่อยไปหมด
   ค. เหนื่อย อ่อนเพลียง่ายกว่าที่เคย
   ง. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย
14. ก. ไม่สนใจทางเพศอีกเลย
   ข. สนใจทางเพศลดลง
   ค. สนใจทางเพศลดลงบ้างจากเคย
   ง. ความสนใจทางเพศคงเดิม

15. ก. ตัดสินใจอะไรไม่ได้เลย
    ข. ลังเลใจ ตัดสินใจไม่ค่อยได้ แม้แต่เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ
    ค. ลังเลใจบ้าง ไม่อยากตัดสินใจ
    ง. ไม่มีลังเลใจ
16. ก. เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางร่างกายแน่
    ข. กังวลใจ คิดว่าตัวเองน่าจะมีโรคทางร่างกาย
    ค. ห่วงสุขภาพของตัวเองกว่าแต่ก่อน
    ง. ไม่กังวลโรคทางร่างกาย
17. ก. ใจลอยมาก ไม่มีสมาธิเลย
    ข. ใจลอย สมาธิไม่ดี ต้องตั้งใจมาก เวลาจะทำอะไรสักอย่าง
    ค. ใจลอย สมาธิไม่ค่อยดีเหมือนก่อน
    ง. สมาธิปกติ
18. ก. ทำงานไม่ได้เลย
    ข. ทำงานแย่ลงกว่าเดิม ต้องบังคับตัวเองมากให้ทำงาน
    ค. ต้องฝืนใจเวลาจะทำงาน หรือเริ่มทำอะไรบางอย่าง
    ง. ทำงานได้ตามปกติ
19. อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง มือชา ปวดศีรษะ
    ก. มีอาการเหล่านี้บ่อยมาก
    ข. มีอาการเหล่านี้ค่อนข้างบ่อย
    ค. มีอาการเหล่านี้บ้างบางครั้ง
    ง. ไม่มีอาการทางร่างกายเลย
20. ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง
    ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร
    ค. สนใจคนอื่น ๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม
    ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม

แบบบันทึกความคิดที่ทำให้เป็นทุกข์ (Recording dysfunctional thought)

ว.ด.ป. / เหตุการณ์	ความคิดอัตโนมัติ (ความคิดแว๊บแรก) ที่เกิดขึ้นและให้ค่าคะแนนความรุนแรงของความคิดจาก 0-100 คะแนน	อารมณ์ที่เกิดขึ้นและให้ค่าคะแนนความรู้สึกจาก 0-100 คะแนน	ความคิดใหม่ที่มีเหตุผลและให้ค่าคะแนนความคิดนี้จาก 0-100 คะแนน	อารมณ์ที่เกิดขึ้นใหม่และให้ค่าคะแนนความรู้สึกที่เกิดใหม่จาก 0-100 คะแนน

ภาคผนวก ค
ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางวัชนี หัตถพนม
   (ภาษาอังกฤษ) Mrs. Watchanee Huttapanom
   1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 38-20-0169
   1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
   1.3 สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการพยาบาล
   โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
   ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
   โทรศัพท์ 0-4320-9999, 08-1729-3113
   โทรสาร 0-4322-4722

1.4 ประวัติการศึกษา

1.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาล อนามัยและผดุงครรภ์ (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2518

1.4.2 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526

1.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2532

1.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2550

1.4.5 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2554

1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

1.5.1 หัวหน้างานวิจัย 5 เรื่อง

1) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2550 หน้า 24-35

2) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2550 หน้า 390-401

3) ผลการดำเนินงานโครงการ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 ปี 2551

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 91-103

4) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2552 หน้า 19-33

5) ประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)

- ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2553 หน้า 95-110

1.5.2 ผู้วิจัยหลัก จำนวน 10 เรื่อง

1) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคม และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชน ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาติครั้งที่ 5 ปี 2549

2) การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (2549)

3) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)

4) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ และคุณภาพจิตคนไทย (2551)

5) การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาคอีสาน

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2551 หน้า 229-241

6) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องพัฒนาระบบบริการและนวตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2552 หน้า 299-316

7) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องระบาดวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 104-117

8) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2551)

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องพัฒนาระบบบริการและนวตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2552 หน้า 287-298

9) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9) (2554)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554

10) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ประจำปี 2554

ประวัติผู้วิจัยหลัก

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายไพรวัลย์ ร่มซ้าย

(ภาษาอังกฤษ) Mr.Praiwan Romsai

1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -

1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1.3 สถานที่ทำงาน ตึกชงโค กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 08-4409-4156
โทรสาร 0-4322-4722

1.4 ประวัติการศึกษา

1.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2531

1.4.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2539

1.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2548

1.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2552

1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

ผู้วิจัยหลัก จำนวน 8 เรื่อง

1) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2550 หน้า 24-35

2) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2550 หน้า 390-401

3) ผลการดำเนินงานโครงการ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 ปี 2551

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 91-103

4) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2552 หน้า 19-33

5) ประสิทธิผลการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)

- ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2553 หน้า 95-110

6) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการห้องพัฒนาระบบบริการและนวตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2552 หน้า 299-316

7) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องระบาดวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 104-117

8) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9) (2554)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554

2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางมัลลิทา พูนสวัสดิ์

(ภาษาอังกฤษ) Mullita Poonsawad

2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -

2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

2.3 สถานที่ทำงาน หน่วยกลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999
โทรสาร 0-4322-4722

2.4 ประวัติการศึกษา

2.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาล อนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาล สงขลา จ. สงขลา ในปี พ.ศ. 2518

2.4.2 พยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ขั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสงขลา จ. สงขลา ในปี พ.ศ. 2524

2.4.3 ประกาศนียบัตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2540

2.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2546

2.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

ผู้วิจัยหลัก จำนวน 1 เรื่อง

- สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับหอผู้ป่วยใน: กรณีศึกษา (2546)