การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

A Study of Mental health of the Prisoners Release at a Benevolent Gesture by Her Majesty the Queen on Occasion of Her Birthday on 12th August 2004

คณะผู้วิจัย

น.พ.ทวี	ตั้งเสรี
นางวัชนี	หัตถพนม
นางสุวดี	ศรีวิเศษ
นางละเอียด	ปัญโญใหญ่
นางธีราพร	มณีนาถ
น.ส.เอมหทัย	ศรีจันทร์หล้า
นายไพรวัลย์	ร่มซ้าย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับรางวัลที่ 2 ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2548 (ด้านสุขภาพจิตชุมชน)

เลขทะเบียน 000743
วันที่ 29 พ.ค. 2550
เลขเรียกหนังสือ

บทคัดย่อ

การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ จำนวน 271 คน จากจำนวนทั้งหมด 940 คน (คิดเป็นร้อยละ 28.8) ในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม อุดรธานี ร้อยเอ็ด และหนองคาย เนื่องจากไม่พบผู้ต้องขังตามที่อยู่ที่ให้ไว้ ย้ายที่อยู่อาศัย และไปทำงานต่างจังหวัด เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator หรือ TMHI – 15) ของอภิชัย มงคล และคณะ และแบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมวิจัยภาคสนามจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตใน 5 จังหวัด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-Square test

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขหรือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 61.5 ระดับความสุขหรือสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 34.8 และมีระดับความสุขหรือสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 3.7

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 27.3 ระดับความเครียดปกติ ร้อยละ 44.7 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 16.2 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 4.4 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 7.4

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ พบว่า จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ต้องขัง โดยผู้วิจัยได้รวมกลุ่มเครียดปานกลางและมากเข้าด้วยกัน เพราะกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อเนื่องต่อไป ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่เครียดปานกลาง และเครียดมากอยู่ในกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 26.8 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (แต่มีความเครียดอยู่ในระดับเดียวกัน) ซึ่งมีเพียงร้อยละ 7.9

Abstract

The study of mental health of the prisoners release at a benevolent gesture by Her Majesty the Queen on occasion of Her Birthday on 12th August 2004, the objectives were : to study mental health of these prisoners and factors that related to their mental health. The population were 940 prisoners in Khon Kaen, Mahasarakham, Udonthani, Roiet and Nong Khai provinces were selected but only 271 prisoners (28.8 %) were found because they did not return to their domicile. Data collecting by used Thai Mental Health Indicator (TMHI - 15) and Self Assessment Stress Test, developed by Thai Department of Mental Health. Datas were analyzed by frequency, percent, mean, and standard deviation. Study relation between personal factors and mental health was analyzed by Chi-Square test.

Results

1. The happiness levels were lower than general population 61.5% these prisoners were average 34.8% and higher than general population 3.7%.

2. The stress level were lower than average, average, slightly higher than average, moderate higher than average, and much higher than average 27.3%, 44.7%, 16.2%, 4.4%, and 7.4% respectively.

3. The health problem factor was related to stress level with statistical significant ($p<0.05$), 26.8 % of prisoners with moderate and high stress and health problems, but only 7.9 % of the same group had no health problems. The researcher had included the moderate and high stress for a group because they were refered to the community network for continue management.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานหลายฝ่าย ทั้งในด้านการสำรวจรายชื่อผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 การประสานงานขอความร่วมมือในการร่วมเก็บข้อมูลโดยเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่ง และการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มงานนิติจิตเวชที่สนับสนุนข้อมูลเบื้องต้นของผู้ต้องขัง ฝ่ายบริหารงานทั่วไปที่ได้สนับสนุนยานพาหนะ และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนบุคลากรในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ทำให้การศึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ

ทุกหน่วยงานและทุกท่านที่กล่าวมา ล้วนมีความสำคัญยิ่งที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงตามจุดมุ่งหมายทุกประการ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ทวี ตั้งเสรี

มีนาคม 2550

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความหมายและแนวคิดสุขภาพจิต	7
ความหมายและแนวคิดความเครียด	14
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	19
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	20
การเก็บรวบรวมข้อมูล	22
การวิเคราะห์ข้อมูล	23
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ	25
ภาวะสุขภาพของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ	27
สุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ	29
ความเครียดของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ	30
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ	33
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	36
อภิปรายผล	37
ข้อเสนอแนะ	39
บรรณานุกรม	41
ภาคผนวก	45

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และที่อยู่อาศัย (n=271)	25
2.	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพ โรคที่เป็น เรื่องทุกข์ใจ เรื่องสุขใจ และระดับความสุข (n=271)	28
3.	จำนวนและร้อยละสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความสุข (n=270)	29
4.	จำนวนและร้อยละระดับความเครียดของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ (n=271)	30
5.	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกรายข้อตามแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ (n=271)	31
6.	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคล 12 สิงหาคม 2547 (n=270)	33
7.	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับระดับความเครียดของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคล 12 สิงหาคม 2547 (n=271)	33

บทที่ 1 บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆในหลายปีที่ผ่านมา รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวทางสังคม และความเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ประกอบกับกระแสการเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อกันและกันอย่างมาก โดยเฉพาะหลังจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 ส่งผลกระทบถึงมนุษย์ที่อยู่ในสังคมทั้งในด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ตลอดจนการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง ต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งหากไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่มากระทบต่อตนเองได้ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาหลายประการตามมาซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง รวมทั้งแผ่วงกว้างไปถึงบุคคลอื่น ชุมชน และสังคมอีกด้วย นั่นหมายถึงการเกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น เมื่อใดที่เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่เป็นสุข และได้พยายามปรับตัวหาสาเหตุแล้วแก้ไขจนเหตุที่ทำให้ไม่เป็นสุขหมดไป ความไม่สบายใจก็บรรเทาลง สภาพแห่งความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น เรียกว่า “สุขภาพจิตเสีย” แต่หากเกิดขึ้นบ่อยๆ แล้วไม่สามารถจัดการให้ความไม่สบายใจนั้นหมดไปได้ หรือหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ไม่พบจากระดับความรุนแรงแค่ปัญหา “สุขภาพจิตเสีย” ก็อาจเป็นระดับที่รุนแรงมากขึ้น นั่นคือ การแสดงสัญญาณบอกให้รู้ว่ากำลังเกิดความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งโดยธรรมชาติภาวะทางจิตใจมีการปรับเปลี่ยนตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้นั้น สุขภาพจิตของคนเราจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนตาม นับเป็นความยากลำบากพอควรของมนุษย์ที่จะต้องปรับตัว ปรับใจไปกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (จิรา เติมจิตรอารีย์, 2549 อ้างในมหาวิทยาลัยมหิดล, 2006)

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น หมายถึง บุคคลที่ไม่มีความสุข ขาดความสามารถในการจัดการกับความเครียดจนอาจเป็นผลทำให้เกิดความแปรปรวนทั้ง ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ปัญหาสุขภาพจิตพบได้เสมอในชีวิตประจำวัน คนที่มีสุขภาพจิตดีก็สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง หากการปรับตัวของคนไม่สมดุล จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเกิดปัญหานี้แล้วไม่ได้รับการแก้ไขหรือไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันท่วงที ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจทำให้วิถีชีวิต บทบาทหน้าที่ในสังคม ฐานะเศรษฐกิจเสื่อมถอยลง ในที่สุดก็จะยิ่งมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น จนกระทั่งถึงขั้นป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2542) สอดคล้องกับอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ที่กล่าวว่าสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดสภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคงสามารถที่จะปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมได้ นอกจากนี้ อัมพร โอตระกูล (2540) ได้กล่าวถึงสุขภาพจิตยังรวมไปถึงการมีสภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตน ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมกันและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในหลายๆ ด้านที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ล้วนมีผลต่อมนุษย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิต โดยปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในปัจจุบัน ได้แก่ ความเครียด ภาวะการปรับตัวผิดปกติ บุคลิกภาพผิดปกติ โรคประสาท โรคจิต โรคทางกายที่มีผลมาจากจิตใจ และปัญหาสุขภาพจิตในช่วงวัยต่างๆ สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยสังเกตจากจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากรายงานกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546-2547 พบว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น จากปี 2546 จำนวน 1,371,259 ราย เป็น 2,139,366 รายในปี 2547 (กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2548)

สถานการณ์แนวโน้มดังกล่าว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนชาวไทยให้ทั่วถึงและครอบคลุมให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขและทัดเทียม สอดคล้องกับการที่องค์การสหประชาชาติได้ผลักดันในเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 (พ.ศ. 2521) จนในที่สุดสามารถประกาศหลักการ 25 ข้อ แห่งการพิทักษ์สิทธิบุคคลที่มีความเจ็บป่วยด้านจิตใจและการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพจิตได้สำเร็จในวันที่ 17 ธันวาคม ค.ศ.1991 (World Health Organization, 1996) ได้กล่าวถึงสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษา ได้รับการปฏิบัติเยี่ยงบุคคล ได้รับการพิทักษ์ปกป้องจากการแสวงหาผลประโยชน์ การทำร้ายร่างกาย การบำบัดรักษาที่ไม่ถูกต้อง ต้องไม่ได้รับการรังเกียจเดียดฉันท์ เป็นต้น ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าวแล้วยังมีกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำที่ยังไม่ได้รับการดูแล ส่งเสริม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม ดังนั้น การที่จะดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชตามเจตนารมณ์ขององค์การสหประชาชาติให้ครอบคลุมถึงผู้ที่อาจกล่าวได้ว่าด้อยโอกาสในเรือนจำ ตามหลักการขององค์การสหประชาชาตินั้น จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยา เพื่อให้เข้าใจขนาดของปัญหาความสัมพันธ์ของปัญหากับการกระทำความผิด ตลอดจนข้อมูลของการได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการนำมากำหนดแผนการดำเนินงานป้องกันปัญหา การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสำหรับผู้ต้องขัง สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งของกรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์ต่อไป

ในระยะ 10 ปีมานี้ สถิติผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศสูงขึ้นตามลำดับและมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วง 2 ปีมานี้ กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2540 มีผู้ต้องขังทั่วประเทศ 130,997 คน คิดเป็น 2 เท่าของจำนวนผู้ต้องขังในปี พ.ศ.2531 ซึ่งมีจำนวน 65,916 คน แต่ในปี พ.ศ.2542 มีผู้ต้องขังทั่วประเทศ 203,702 คน คิดเป็น 1.6 เท่าของผู้ต้องขังในปี พ.ศ.2540 หรือ เป็น 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ปีก่อน (กรมราชทัณฑ์, 2548) จากผู้ต้องขังมีจำนวนมากขึ้นในขณะที่จำนวนและขนาดของเรือนจำคงเดิม ทำให้เกิดความแออัด ความเครียด และเกิดการกระทบกระทั่ง เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้ง่าย จนเกิดปัญหาสุขภาพจิตและมีความผิดปกติทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า แยกตัวเองจากสังคม วิตกกังวล ก้าวร้าว หวาดระแวง เป็นต้น (สุโขทัยธรรมาธิราช, 2539) จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตในเรือนจำบางขวางเมื่อปี พ.ศ. 2545 พบความชุกของโรคจิตในปัจจุบันร้อยละ 3.4 โรคซึมเศร้าร้อยละ 10.0 โรคแมเนียร้อยละ 1.4 โรควิตกกังวลทั่วไป ร้อยละ 6.6 โรควิตกกังวลซึมเศร้าร้อยละ 4.3 ผู้ต้องขังติดสารเสพติดแอมเฟตามีนสูงถึงร้อยละ 26.2 ติดสุรา ร้อยละ 12.2 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงร้อยละ 2.3 มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมร้อยละ 15.0 (ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์, 2544)

จากปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์จากวันที่ผู้ต้องขังถูกส่งตัวเข้าอยู่ในเรือนจำ พบว่า สิ่งที่เกิดขึ้นคือ ความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์ต่อกฎหมาย ต่อผู้รักษากฎหมาย ต่อตำรวจ ต่อศาล และเรือนจำ รวมถึงเจ้าหน้าที่ ผู้ต้องขังบางคนจะอยู่ในช่วงของการปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้นกับตน เกิดการต่อรองว่าไม่จริง สิ่งนี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับตน เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ ที่บุคคลยังไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้ บางคนถึงขนาดซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากว่าบัดนี้ตัวเขาได้ถูกแยกออกจากครอบครัว จากบ้าน ญาติ

พี่น้อง จากคนที่ตนรัก เพื่อนฝูง จากสังคมภายนอก และอิสรภาพ ผู้ต้องขังเกิดความรู้สึกขมขื่น เกลียดชังทุกสิ่งทุกอย่างที่เขาเห็นว่าเป็นศัตรูกับเขา ความรู้สึกนี้จะรบกวนเขาอยู่ตลอดเวลา ผู้ต้องขังบางคนสามารถเก็บความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ไว้ได้ แต่บางคนไม่สามารถเก็บความรู้สึกเหล่านี้ไว้ได้ อาจแสดงพฤติกรรมความก้าวร้าวในรูปแบบต่างๆ ออกมาแทน โดยเมื่อเริ่มตั้งแต่ก้าวแรกที่เข้าสู่เรือนจำจะมีเจ้าหน้าที่ค้นสิ่งของที่ตัว การพักผ่อนนอนหลับต้องมาอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งมีความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน เช่น ฐานะทางสังคม การศึกษา อาชีพ อายุ อุปนิสัยใจคอ การแต่งกายตามแบบของเรือนจำ ต้องตัดผมสั้น หรือโกนผมตามระเบียบ โกนหนวดและเครา ตัดเล็บ การกินอยู่ การทำงาน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องเป็นไปตามระเบียบ และข้อบังคับของทางเรือนจำ รวมทั้งพบเล่ห์เหลี่ยม วิธีการเอาตัวรอดจากสถานการณ์ในเรือนจำ ตลอดจนการเผชิญกับความเจ็บปวดจากการถูกจองจำ อันได้แก่ การถูกจำกัดเสรีภาพ อิสรภาพ เครื่องอุปโภคบริโภคและบริการ ซึ่งแตกต่างไปจากสภาพความเป็นอยู่เดิม ทำให้ผู้ต้องขังต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวเป็นอย่างมาก (รัตนาภรณ์ อ่อนแก้ว, 2539) สอดคล้องกับรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ต้องขังมีอารมณ์แปรปรวนและเก็บกด ส่งผลกระทบทางสังคมทำให้แยกตัวออกจากสังคมภายนอก และทำให้เกิดความเครียด (Yurkovich & Smyer, 2000) ซึ่งเป็นผลกระทบมาจากการที่ผู้ต้องขังต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เป็นสังคมใหม่ในเรือนจำ มีความแตกต่างจากสภาพแวดล้อมภายนอก ต้องเข้ามาอยู่ในบริเวณที่จำกัด ต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติขณะอยู่สังคมภายนอก เช่น การพบปะสังคม มีเสรีภาพที่จะพูด คิด ทำ หรือไปในสถานที่ต่างๆ มาเป็นการต้องอยู่ในกำแพงสี่เหลี่ยมที่มีกฎระเบียบวินัยเคร่งครัด ถูกตัดความสัมพันธ์กับโลกภายนอก การสูญเสียอิสรภาพ รู้สึกถึงความโดดเดี่ยว ความสิ้นหวังในชีวิต ความรู้สึกหวาดระแวง กลัวการถูกทำร้าย ความรู้สึกคับข้องใจ วิตกกังวลอันก่อให้เกิดความเครียด ความกดดันทางจิตใจ การถูกจำกัดความเคลื่อนไหวไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ตามความพอใจ เกิดความขมขื่นชิงชัง อับอาย มีความกลัวเกรงว่าสังคมจะดูถูกเหยียดหยามไม่ยอมรับ ความรู้สึกอึดอัด ท้อแท้ กลุ้มใจ ห่อเหี่ยว อยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ยังรู้สึกหงุดหงิด กดดัน และเก็บกด การรับรู้สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตสามารถสรุปได้ 8 ประเด็น คือ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศของเรือนจำ กฎระเบียบของเรือนจำ การฝึกอาชีพของเรือนจำ การรักร่วมเพศ การติดต่อกับครอบครัวญาติพี่น้อง การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ เพื่อนผู้ต้องขังและการถูกทำโทษ (อุทยา นาคเจริญ, 2546)

นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือการถูกตีตราว่าเป็น “นักโทษ” “คนคุก” “คนขี้คุก” นับตั้งแต่วินาทีแรกที่ก้าวเข้ามาใช้ชีวิตอยู่ในเรือนจำซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการเปลี่ยนแปลงในสถานภาพตนเอง และทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ต้องขังเป็นไปในทางลบ ถูกตีตราจากสังคม (Social Stigma) ถูกตราบาปว่าเป็นคนชั่ว คนเลว ถูกรังเกียจและไม่ได้รับความไว้วางใจ จึงทำให้ผู้ต้องขังเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนชั่ว คนเลว และขาดความเคารพนับถือตนเอง ท้อถอย หมดกำลังใจ เป็นผลทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง เพราะคิดว่าตนเองไร้ค่า ดังนั้นโอกาสที่ผู้พ้นโทษจะมีการกระทำผิดซ้ำจึงเกิดขึ้นได้เพราะไม่เห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับ Walz (1993 อ้างใน อัครพรรณ ขวัญชื่น, 2546) กล่าวว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ใช้ยาเสพติดหรือสารเสพติด ก่ออาชญากรรม และโจรกรรม

ในความเป็นจริงนั้นผู้ต้องขังมีความเป็นคนเหมือนบุคคลทั่วๆ ไป มีชีวิตจิตใจ มีความรู้สึก ไม่แตกต่างไปจากบุคคลอื่นๆ เลย แต่ต้องมีสภาพการเป็นอยู่ที่ไร้อิสรภาพ มีชีวิตอยู่ในบริเวณจำกัด และต้องอยู่ภายใต้การควบคุมตลอดเวลา เป็นการถูกลงโทษ และสร้างความกดดันทางด้านจิตใจอย่างมากแก่ผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำ ซึ่งผลจากความกดดันต่างๆ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ ส่วนผู้ต้องขังที่พ้นสภาพจากสถานกักกันแล้ว ค่าของความเป็นคนของเขาหาได้ลดลงไม่ แต่เขาอาจจะไม่ได้รับการยอมรับ ถ้าบุคคลในสังคมเหยียดหยามขาดความใส่ใจ ชีวิตของเขาจะดำเนินต่อไปได้อย่างไร แต่ถ้าสังคมเข้าใจยอมรับในความผิดพลาด ตลอดจนให้กำลังใจแก่เขาเหล่านั้นบ้าง เพื่อช่วยสนับสนุนเป็นกำลังใจให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้เยี่ยงบุคคลทั่วๆ ไป ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต คงเป็นเหตุผลที่เหมาะสม เพราะทุกคนต่างตระหนักดีว่าปัญหาทางสุขภาพจิตนอกจากจะส่งผลอันไม่พึงประสงค์ต่อตนเองแล้วยังอาจมีผลกระทบต่อสังคมที่เขาเป็นสมาชิกอยู่ด้วย

พระราชกฤษฎีกา พระราชทานอภัยโทษ พ.ศ. 2547 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.ให้ไว้ ณ วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2547 เป็นปีที่ 59 ในรัชกาลปัจจุบัน พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่ทรงพระราชดำริเห็นว่า เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ ของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2547 นับเป็นอภิลักขิตกาลสำคัญ สมควรพระราชทานอภัยโทษแก่ผู้ต้องราชทัณฑ์ เพื่อให้โอกาสแก่บุคคลเหล่านั้นกลับประพฤติตนเป็นพลเมืองดี อันจะเป็นคุณประโยชน์แก่ประเทศชาติสืบไป อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 221 และมาตรา 225 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กับมาตรา 261 ทวิ แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติ แก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2517 จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชกฤษฎีกาขึ้นไว้ ดังต่อไปนี้ มาตรา 1 พระราชกฤษฎีกานี้เรียกว่า "พระราชกฤษฎีกา พระราชทานอภัยโทษ พ.ศ. 2547" มาตรา 2[1] พระราชกฤษฎีกานี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป มาตรา 3 ในพระราชกฤษฎีกานี้ "ผู้ต้องกักขัง" หมายความว่า ผู้ต้องโทษกักขังแทนโทษจำคุกหรือผู้ต้องกักขังแทนค่าปรับที่มีคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลถึงที่สุดก่อนหรือในวันที่พระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับ มาตรา 4 ผู้ซึ่งจะได้รับพระราชทานอภัยโทษตามพระราชกฤษฎีกานี้ ต้องมีตัวอยู่ในความควบคุมของทางราชการ หรือถูกกักขังไว้ในสถานที่ หรือที่อาศัยที่ศาล หรือทางราชการกำหนดในวันที่พระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับติดต่อกันไป จนถึงวันที่ศาลออกหมายสั่งปล่อย หรือลดโทษ หรือนายกรัฐมนตรีมีคำสั่งปล่อยหรือลดโทษตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่บัญญัติไว้ในพระราชกฤษฎีกานี้ มาตรา 5 ผู้ต้องกักขังให้ได้รับพระราชทานอภัยโทษปล่อยตัวไป ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2549)

จากเหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกา พระราชทานอภัยโทษ พ.ศ. 2547 คือ เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ ของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2547 จึงได้มีการปล่อยตัวนักโทษ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นสถาบันทางวิชาการมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนไทย รวมถึงกลุ่มเสี่ยงต่างๆ จึงได้มีการสำรวจสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่อาจรุนแรงตามมา และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนการส่งต่อผู้ที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ให้ได้รับการช่วยเหลือจากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มผู้ต้องขังสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 สุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 เป็นอย่างไร

2.2 ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

4. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 จำนวน 940 คน ในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม อุดรธานี ร้อยเอ็ด และหนองคาย ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือนกันยายน 2547 - ตุลาคม 2548

5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

5.1 สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator หรือ TMHI – 15) ของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) ซึ่งเป็นแบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินสุขภาพจิตของบุคคล โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดของความหมายสุขภาพจิต มิติของสุขภาพจิต (Domain) และมิติย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain) นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงแบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

5.2 ผู้ต้องขัง หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 จำนวน 940 คนในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม อุดรธานี ร้อยเอ็ด และหนองคาย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 นำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารเพื่อประกอบการตัดสินใจดำเนินงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเขตพื้นที่อื่นทั่วประเทศต่อไป

6.2 นำผลการศึกษาที่ได้ที่ได้มาเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขัง

6.3 เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 ประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายและแนวคิดสุขภาพจิต
2. ความหมายและแนวคิดความเครียด

1. ความหมายและแนวคิดสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมาย และแนวคิดของสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายสุขภาพจิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539) ได้ให้ความหมายสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ จิต หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้คิด และนึก สุขภาพจิตจึงหมายถึง จิตใจที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

ฝน แสงสิงแก้ว (2532) ได้ให้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่า คือ สภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถที่จะปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต หมายถึง สภาวะทางบวกซึ่งบุคคลต้องการให้เกิดขึ้น โดยตนเองเป็นผู้กระทำหรือชี้นำ (Self-directive) และตระหนักในคุณค่าสุขภาพจิตของตนเอง

อัมพร โอตระกูล (2540) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมกันและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

กันยา สุวรรณแสง (2540) ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ในด้านจิตใจ จิตใจปกติ เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง สามารถปรับกายและใจให้เกิดดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อมและสังคมดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

สุชา จันทร์เอม (2544) ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิต หมายถึง การดำรงชีวิตให้อยู่ในสภาพที่เป็นสุข

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2544) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือภาวะของจิตใจที่สงบและมีความสุข ซึ่งแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ความสุข การปรับตัวให้เข้ากับสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีชีวิตและใช้ชีวิตอย่างสร้างสรรค์ สุขภาพจิตแบ่งเป็นระดับตั้งแต่สุขภาพจิตดีจนถึงดีน้อยที่สุด และระดับสุขภาพจิตนี้แปรเปลี่ยนได้ตามสภาวการณ์

Bowman (1975) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วมกับสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข สุขภาพจิตไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของจิตใจเท่านั้นแต่ยังเป็นภาวะของบุคลิกภาพทั้งหมด ประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งผลิตผลทางด้านพันธุกรรม ด้วยเหตุนี้สุขภาพจิตของแต่ละคนจึงมีลักษณะเฉพาะตัวที่ทำให้คนแตกต่างกันในด้านอารมณ์ ความถนัด และวิธีการในการเผชิญปัญหาและแก้ไข แต่สิ่งที่ทุกคนมีเหมือนกันคือ แรงผลักดัน (drives) ความต้องการ (needs) และความสนใจ (interest) สุขภาพจิตจะดีขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความต้องการขั้นพื้นฐานที่ได้รับการตอบสนอง

องค์การอนามัยโลก (Word Health Organization, 1976) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสมดุลอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และมิได้หมายความรวมเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1980) ให้ความหมายสุขภาพจิตในอภิธานศัพท์ทางจิตเวชว่า สุขภาพจิต หมายถึง การประสบความสำเร็จในการทำงาน ความรัก และมีศักยภาพในการสร้างสรรค์เพื่อความสมบูรณ์และยืดหยุ่นต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างความต้องการภายในและมโนธรรม สามารถยกย่องบุคคลอื่นและมีชีวิตอยู่ในโลกของความเป็นจริง

Richard (1980) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต คือ ภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม และปราศจากโรคและความเจ็บป่วย

Kriegh & Perko (1983) กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ความต้องการของบุคคลทั้งจากภายนอกและภายใน ได้รับการผสมผสานและสัมพันธ์กับความเป็นจริงและสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ ทำให้เขาปรับตัวได้ สามารถทำหน้าที่ของชีวิตได้โดยอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ไม่บิดเบือนความจริง

Burgess (1990) ได้อธิบายถึงสุขภาพจิตในแง่ของพยาบาลว่า สุขภาพจิต คือ ความสมดุลระหว่างปัจจัยด้านชีวจิต และสังคม ซึ่งสุขภาพจิตสมดุลมีลักษณะดังนี้

1. มีพฤติกรรมตามสภาพที่เป็นจริง และรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม
2. สามารถแสดงความรู้สึกได้
3. สามารถสร้างและรักษาสัมพันธภาพให้สืบต่อไปได้
4. สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์

นอกจากนี้จะต้องสามารถปรับสมดุลระหว่างอารมณ์และการกระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างยืดหยุ่น ไม่มีอารมณ์แปรปรวน หรือพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่แปลกไปจากสังคมส่วนใหญ่

Shives (1990) ได้สรุปความหมายของสุขภาพจิตไว้ดังนี้คือ

1. มีความสามารถในการแก้ปัญหา
2. มีศักยภาพในการทำงานและความรักได้เต็มที่
3. จัดการกับภาวะวิกฤตได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือจากครอบครัว
4. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี โดยสามารถมีชีวิตที่มีความสุข มีเป้าหมาย และประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง สามารถช่วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่นได้โดยไม่ทำให้ผู้อื่นยุ่งยากใจ

Townsend (1999) กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นการประสบผลสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นภายในภายนอกและสิ่งแวดล้อม โดยประเมินได้จากแนวความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งเหมาะสมตามอายุ และสอดคล้องตามบรรทัดฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ

สรุป สุขภาพจิต หมายถึง การมีชีวิตและสุขภาพที่สมบูรณ์มีความสุข ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรค สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งที่เป็นปกติ และสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมไปถึงการมีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุข

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

อภิชัย มงคล และคณะ (2547) ได้ให้แนวคิดผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านดังนี้

1. **สภาพจิตใจ** (Mental stage) หมายถึงสภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (Subdomain) 3 ด้าน คือ

1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect) หมายถึงความรู้สึกที่เป็นสุขที่บุคคลรับรู้จากชีวิต เป็นอารมณ์ด้านบวกในลักษณะของภาพรวมทั้งหมดไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว แต่เน้นการมองในภาพรวมว่า บุคคลมีความรู้สึกในทางที่ดีเพียงใด เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกพอดี (balance) สงบ มีความสุข มีความหวัง มีความบันเทิงใจ และสนุกสนานกับสิ่งดีๆ ในชีวิต มุมมองของแต่ละคนและความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคตจะมีความสำคัญมาก

1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative offect) หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคลนั้น เช่น ความสลดหดหู่ ความรู้สึกผิด เศร้า อยากร้องไห้ สิ้นหวัง ประหม่า วิตกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่าความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลในการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรืออาการวิตกกังวล

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Perceived ill-health and mental illness) หมายถึง ความเจ็บป่วย และการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจ รวมถึงความพึงพอใจ ความกังวลที่มีต่อสุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกาย การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์หรือการรักษาอื่นๆ เพื่อช่วยให้ร่างกายและจิตใจ มีความเป็นอยู่ที่ดี การรักษาในบางครั้งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางลบ (เช่น อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาต้านมะเร็ง) ในขณะที่บางกรณีจะไปเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (เช่น การใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง) นอกจากนี้ยังรวมไปถึงวิธีการรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา แต่ยังจำเป็นต้องใช้อยู่ เช่น เครื่องใช้จังหวะการทำงานของหัวใจ แขนขาเทียม สำหรับการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Mental illness) นั้นยังรวมถึงการเจ็บป่วยทางกาย ที่มีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคลนั้น โรคและการเจ็บป่วยนี้เป็นการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค หรือการตรวจรักษาโดยแพทย์ และแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นโรคนั้นๆ

2. **สมรรถภาพของจิตใจ** (Mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับมิตรภาพ ความรักที่บุคคลต้องการจะได้รับจากบุคคลอื่น รวมทั้งการเอาใจใส่ดูแล การรู้จักให้กับบุคคลอื่น การมีความสามารถและมีโอกาสที่จะรักหรือถูกรัก และสามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่นทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์ สามารถแบ่งปันความรู้สึกร่วมกันทั้งเรื่องความสุขและความทุกข์กับคน

2.2 ความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหมาย (Expectation achievement congruence) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ มั่นใจในความสามารถของตนเองที่ประสบความสำเร็จและมีชีวิตตามที่ตนได้คาดหวังไว้

2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping) หมายถึง ความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดฝันได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อความเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด ทั้งนี้นอกจากปรับตัวได้กับสภาพการณ์นั้นๆ แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมอีกด้วย และหากเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องยากที่จะแก้ไขก็ยังสามารถทำใจยอมรับได้

2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (Inadequate mental mastery) หมายถึง ความรู้สึกว่าตนไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจ หรือไม่มีความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่ารบกวนสมดุลทางจิตใจ รบกวนหรือลดความรู้สึกเป็นสุข (well-being)

3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

3.1 เมตตา กรุณา และเสียสละ (Kindness and altruism) หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุขและช่วยให้คนอื่นพ้นทุกข์ สามารถเป็นผู้ให้ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีความเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมหรือผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน

3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

3.3 ความศรัทธา (Faith) หมายถึง สิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ช่วยให้มีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเกิดภาวะวิกฤต หรือยุ่งยากใจแล้ว สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจนี้จะช่วยให้ตนเองเข้มแข็ง มีกำลังใจดีขึ้น และมีศรัทธาในการทำความดี ช่วยให้มีทิศทางในการดำเนินชีวิตที่ดี

3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm) หมายถึง ความสามารถของบุคคลนั้นในการริเริ่มสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ในทางที่ดี เพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันมีคุณค่าตลอดจนมีความมุ่งมั่น พยายาม ความใส่ใจในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจแก่ตนเอง

4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ประกอบด้วย

4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

4.2 การสนับสนุนทางครอบครัว (Family support)

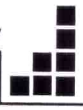
4.3 ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต (Physical safety and security)

4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม : การให้บริการและคุณภาพของบริการ (Health and social care)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator - 15 หรือ TMHI - 15) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่นำมาจากฉบับเต็ม 54 ข้อ โดยใช้วิธีการทางสถิติและการพิจารณาร่วมกันกับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิลดคำถามให้เหลือเพียง 15 ข้อ แต่ยังคงสาระสำคัญของความหมายหลักขององค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ โดยทั้ง 15 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก (Domain) และองค์ประกอบย่อย (Subdomain) ดังนี้

Domain 1 **สภาพจิตใจ** มีทั้งหมด 5 ข้อ ประกอบด้วย 2 Subdomain ได้แก่ ความรู้สึกในทางที่ดี และความรู้สึกในทางที่ไม่ดี

Domain 2 **สมรรถภาพทางจิตใจ** มีทั้งหมด 3 ข้อ ประกอบด้วย 1 Subdomain คือ ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา



Domain 3 **คุณภาพของจิตใจ** มีทั้งหมด 4 ข้อ ประกอบด้วย 2 Subdomain คือ เมตตา กรุณา และเสียสละ และการนับถือตนเอง

Domain 4 **ปัจจัยสนับสนุน** มีทั้งหมด 3 ข้อ ประกอบด้วย 1 Subdomain คือ Family support

สำหรับผลการศึกษา Agreement study ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์ (TMHI - 54) และฉบับสั้น (TMHI - 15) พบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่า Kappa statistic เท่ากับ 0.63 และได้แบ่งระดับความสุขของคนไทยตามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นตามระดับคะแนน (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) ดังนี้

35 - 45	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
28 - 34	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
0 - 27	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกของบุคคลแตกต่างกันไป และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตไว้ดังนี้

1.3.1 เพศ โดยเป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาสุขภาพและอารมณ์พบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า เนื่องจากเพศชายแสดงถึงความเข้มแข็ง มีพลังและความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ มากกว่าเพศหญิง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543)

1.3.2 อายุ แสดงถึงความมีวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่ผ่านเข้ามากระทบ ซึ่งในการตัดสินใจเผชิญปัญหาต่างๆ วุฒิภาวะและประสบการณ์จะช่วยให้บุคคลมีความสุขุม รอบคอบขึ้น (Anderson, 1980) และอายุยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงประสบการณ์ชีวิตในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในอดีต รวมทั้งความสามารถในการจัดการกับตนเอง และบุคคลอื่น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการการพึ่งพาที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยพบว่าวัยรุ่นจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ นั่นหมายถึงการตัดสินใจและทักษะในการเผชิญปัญหาของวัยผู้ใหญ่ดีกว่าวัยรุ่น (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2537) และนอกจากนี้การศึกษาของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ยังพบว่า สตรีที่อายุมากขึ้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าในสตรีวัยอื่น ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงสุด (จุมพล สมประสงค์, 2540)

1.3.3 สถานภาพสมรส ซึ่งจากการศึกษาของวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช (2537) พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความเกื้อหนุน และในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากคู่สมรสทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจและเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่วนบุคคลที่เป็นโสด หม้าย หย่าหรือร้าง มักรู้สึกโดดเดี่ยวกว่าผู้ที่สมรสแล้ว (Warkeit อ้างถึงในสมจิต หนุเจริญกุล, 2536) และพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าหรือร้าง จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าบุคคลที่เป็นโสด (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539 : จุมพล สมประสงค์, 2540)

1.3.4 ระดับการศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลและนำไปสู่การพัฒนาความรู้เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งบุคลากรที่ต้องการการดูแลจะรู้จักนำความรู้และทักษะที่เคยมี และได้จากการเรียนรู้มาปรับใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ของตนเองได้ (Orem, 1995) และนอกจากนี้จากการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) พบว่ากลุ่มบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุมพล สมประสงค์ (2540) พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0093$)

1.3.5. **รายได้** เมื่อบุคคลต้องดิ้นรนในการดำเนินชีวิต เช่น การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ในการดูแลตนเองและครอบครัว เพื่อให้เกิดความมั่นคงผาสุกในครอบครัว เมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบถึงภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล (จินตนา ยูนิพันธ์ , 2541) และจากการศึกษาของใสยา ตระกูลมูล (2546) พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐิยา พรหมบุตร (2545) ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตประกอบด้วยหลายปัจจัยแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน หาแนวทางในการส่งเสริม สนับสนุน และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ต่อไป

1.4 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในด้านงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ต่างๆ กัน เช่น บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ (2540) ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผลการสำรวจพบว่า ประชากรไทยประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 74.9 มีความเครียดสูงร้อยละ 39.5 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 4.6 ในกลุ่มธุรกิจประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 69.2 มีความเครียดสูง ร้อยละ 36.2 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 2.1 โดยผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 2.1 เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อความเครียดมาก คือ ผู้ที่ต้องรับผิดชอบภาระการเงินของผู้อื่น และเป็นเจ้าของธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ ในปี 2544 สมชาย จักรพันธุ์ (2544) ได้ทำการศึกษาการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า ประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งยังมีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยองค์ประกอบของสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาในแต่ละภาคจะมีความแตกต่างกัน ($p<0.05$) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดี ($p<0.05$) คือ เพศชาย การมีอายุที่มากกว่า การมีคู่และอยู่ด้วยกัน การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการ และการมีรายได้สูง โดยองค์ประกอบของสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาในแต่ละภาคจะมีความแตกต่างกัน ($p<0.05$)

ในด้านการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ พบว่า มีผู้ศึกษาไว้ เช่น ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์ (2545) ได้ศึกษาความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ต้องขังมีอายุเฉลี่ย 32 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ก่อคดีพระราชบัญญัติยาเสพติด/ สารระเหย ต้องโทษครั้งแรก ต้องคดีเดียว และไม่เคยบำบัดรักษาทางจิตเวชในเรือนจำ พบความชุกของโรคจิตในปัจจุบันร้อยละ 3.4 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 10.0 โรคแมเนียร้อยละ 1.4 โรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 6.6 โรควิตกกังวลซึมเศร้าร้อยละ 4.3 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงร้อยละ 2.3 มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมร้อยละ 15.0 ผู้ต้องขังติดสุรา ติดแอมเฟตามีน ติดเฮโรอีน ติดกัญชา รวมทั้งผู้ต้องขังที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมมีความสัมพันธ์กับประเภทของคดี จำนวนครั้งที่ต้องโทษ จำนวนคดีที่ถูกฟ้องร้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่ควรได้รับการรักษาโดยเร็ว และในปี 2548 ได้มีการศึกษาต่อเนื่องโดย ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์ และคณะ (2548) ได้ศึกษาสุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขัง ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตของผู้ต้องขังส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 55.8 รองลงมามีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 34.4

ส่วนใหญ่มีทิศทางการใช้กลไกทางจิตแบบ Mature defenses บ่อยที่สุด รองลงมาใช้กลไกทางจิตแบบ Neurotic defense และ Immature defense ตามลำดับ สภาวะสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่มีเพศและประเภทของคดีที่แตกต่างกัน มีสภาวะสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน กลุ่มผู้ต้องขังที่มีอายุน้อยกว่าและกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความชุกของสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าคนปกติมากกว่ากลุ่มผู้ต้องขังที่มีอายุและระดับการศึกษาสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.005) ผู้ต้องขังไทยส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนปกติมีการใช้กลไกทางจิตแบบ Mature defense มากกว่า Neurotic defenses และ Immature defenses

อุทยา นาคเจริญ (2546) ได้ทำการศึกษา สภาวะสุขภาพจิตของนักโทษคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้สภาวะสุขภาพจิตของตนเองว่าเครียด อึดอัดท้อแท้ เบื่อ กลุ้มใจ ห่อเหี่ยว อยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ยังรู้สึกหงุดหงิด กดดัน และเก็บกด การรับรู้สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตสามารถสรุปได้ 8 ประเด็น คือ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศของเรือนจำ กฎระเบียบของเรือนจำ การฝึกอาชีพของเรือนจำ การรักร่วมเพศ การติดต่อกับครอบครัวญาติพี่น้อง การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ เพื่อนผู้ต้องขังและการถูกทำโทษ ส่วนวิธีการจัดการกับสภาวะสุขภาพจิตที่เป็นปัญหามี 2 วิธี คือ จัดการอารมณ์ของตนเองและขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทั้งนี้ การเลือกใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหา แหล่งให้ความช่วยเหลือและผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับปัญหาที่เคยปฏิบัติ สำหรับความต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ ความต้องการด้านการดูแลจิตใจ ด้านการให้อภัยโทษ ด้านการยอมรับของครอบครัวและสังคม ด้านเงินทุน ด้านอาชีพ และด้านที่อยู่อาศัย

ธำรง ทัศนาญชลี (2532) ได้ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขัง ผลการศึกษาพบว่า 1.) ผู้ต้องขังที่กระทำความผิดทุกประเภทคดี มีความผิดปกติทางสุขภาพจิตแตกต่างกับบุคคลทั่วไปอย่างชัดเจน 2.) ผู้ต้องขังร้อยละ 40 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และร้อยละ 30 มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ 3.) ผู้ต้องขัง ร้อยละ 65 มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Psychopathic Personality Disorder) ร้อยละ 60 มีบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง (Paranoid) และร้อยละ 50 มีบุคลิกภาพลักษณะเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตชนิดจิตเภท (Schizophrenia) 4.) ผู้ต้องขังร้อยละ 45 มีความผิดปกติชัดเจนเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า อาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล และมีลักษณะของอาการทางจิตร้อยละ 40 มีอาการย้ำคิดย้ำทำ

กองบริการทางการแพทย์ (มปป) ได้ทำการศึกษา ภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำประเทศไทยโดยทำการสุ่มตัวอย่างเรือนจำ/ทัณฑสถานภาคละ 1 แห่ง ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 2,441 ราย พบว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 76.4 และมีผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 23.6 และจากการศึกษาโดยแยกตามเพศ พบว่าผู้ต้องขังชายที่มีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 30.1 ของผู้ต้องขังชายกลุ่มตัวอย่าง และมีผู้ต้องขังหญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 22.1 ของผู้ต้องขังหญิงกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากการศึกษาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ต้องขังดังกล่าวแล้วยังมีการศึกษาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น

สมัย ศิริทองถาวร และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 74.8 มีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 18.9 และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เพียงร้อยละ 6.3 ผู้ที่เรียนจบประถมศึกษาจะมีคะแนนอยู่ในช่วงสุขภาพจิตปกติมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มที่ไม่มีงานทำ มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 23.3 รองลงมาคือ กลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ และเกษตรกร ด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มที่ไม่มีรายได้มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 42.2 สุขภาพจิตปกติร้อยละ 8.7 กลุ่มผู้ที่พิการขาทั้งสองข้าง มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 53.3 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้พิการทุกข์ใจมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ ไปไหนมาไหนไม่สะดวก รองลงมาคือ ความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น การทดสอบค่าสถิติพบว่า เพศ อาชีพ รายได้ ลักษณะความพิการที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ส่วนสถานภาพสมรส การศึกษา ความเพียงพอของรายได้และที่พักอาศัยแตกต่างกัน จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ และมีความตระหนักมากยิ่งขึ้น จึงควรสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่อาจตามมา ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่น่าสนใจ เช่น วารุณี เทียนเครือ (2544) ได้ศึกษาการจัดบริการด้านสุขภาพจิตในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ต้องขังมีภาวะความเครียดสูงกว่าประชาชนทั่วไป จึงได้กำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ของเรือนจำเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมได้แก่ การให้คำแนะนำแก่ผู้ต้องขังแรกรับ การจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตเพื่อบริการการปรึกษาแนะนำแก่ผู้ต้องขัง การจัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อคลายเครียด การจัดบรรยายและนิทรรศการเกี่ยวกับสุขภาพจิต การเตรียมผู้ต้องขังก่อนพ้นโทษ การฝึกปฏิบัติเรื่องการคลายเครียดให้กับผู้ต้องขัง การส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตไปรับการบำบัดรักษา และการจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตให้กับผู้ต้องขัง นอกจากนี้ยังมีการบรรจุแต่งตั้งนักจิตวิทยาไปปฏิบัติหน้าที่ในเรือนจำกลางประจำเขต 9 แห่งตามภาคต่างๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยการให้คำปรึกษา และการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขัง

ในด้านงานวิจัยต่างประเทศนั้นผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีส่วนน้อยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำเสนองานวิจัยต่างประเทศโดยสรุป เช่น ในปี ค.ศ. 1970 ได้มีผู้ศึกษาเปรียบเทียบสภาวะจิตใจของอาชญากรที่กำลังต้องโทษและบุคคลปกติ พบว่า อาชญากรที่กำลังต้องโทษมีลักษณะอาการทางประสาทสูงกว่าคนปกติ (Bysenck, 1970 อ้างถึงในวสันต์ ขันตินุกูลธานนท์, 2532)

สรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ชี้ให้เห็นว่าสุขภาพจิตมีความสำคัญหลายๆ ปัจจัย ส่งผลต่อสุขภาพจิต และสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตได้หลายวิธีที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขภายใต้สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องควรให้ความตระหนักถึงภาวะสุขภาพจิต และการสร้างให้เกิดการมีสุขภาพจิตที่ดีในทุกกลุ่มประชากร รวมไปถึงกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ หรือที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ อย่างไรก็ตามการพัฒนาสุขภาพจิตให้ดีขึ้นนั้นยังคงต้องดำเนินไปในลักษณะองค์รวม เพราะสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ การเรียนรู้จุดอ่อนที่เป็นปัญหาจะช่วยให้การพัฒนางานสุขภาพจิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ความหมายและแนวคิดความเครียด

2.1 ความหมายความเครียด มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ดังนี้

พะยอม อิงคตานุวัฒน์ (2525) ให้ความหมายความเครียด คือ การขัดขวางหรือการเร้าที่ทำให้มนุษย์พยายามหลีกเลี่ยง หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ร่วมกัน

ละเอียด ชูประยูร (2525) ให้ความหมายความเครียดเป็นปฏิกริยาโต้ตอบของร่างกายต่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก ในขณะที่คนเรามีความเครียดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางภาวะร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เกร็ง หัวใจเต้นแรง เร็ว เป็นต้น

ชูทิตย์ ปานปรีชา (2533) ให้ความหมายความเครียด เป็นภาวะทางจิตใจที่กำลังเผชิญปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในตัวคนหรือนอกตัวคน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหาที่มาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ ความเครียดเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ไม่พอใจเหมือนจิตใจถูกบังคับให้เผชิญกับสิ่งเร้า ความรู้สึกดังกล่าวทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2537) ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า เป็นภาวะที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามเพื่อต่อต้านหรือเอาชนะสิ่งที่มาคุกคามนั้น เป็นสัญชาติญาณของสิ่งมีชีวิตที่จะต้องตอบโต้สิ่งที่เป็นอันตรายกับตน การแสดงออกของบุคคลนั้นอาจแสดงออกได้ทั้งพฤติกรรมภายนอก และปฏิกิริยาทางเคมีภายในร่างกายของตน ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางบุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้น

อรุณ รักธรรม (2540) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรมของคนเราที่มีต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ

จำลอง ดิษยวาณิช (2545) ได้กล่าวว่า ความเครียด (Stress) เป็นความกดดัน (Pressure) หรือแรง (Force) ที่มีต่อร่างกายของคนเรา เป็นคำที่ยืมมาจากวิชาฟิสิกส์ มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คำว่า "Strictus" หมายถึง ความตึงแน่น ในทางจิตวิทยานั้น ความเครียดหมายถึง สิ่งที่ต้องการที่มีผลต่ออินทรีย์ เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัว สิ่งที่ต้องการคือสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อคนเรา การปรับตัวที่ตามมาทำให้เกิดสภาวะความตึง (Tension) หรือการคุกคาม (Treat) และความเครียดจึงเป็นอะไรก็ได้ที่ทำให้คนเราต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งนั้น ซึ่งคนส่วนใหญ่คิดว่าเหตุกาณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมักเป็นเรื่องที่ไม่ดี แต่ความจริงแล้ว ความเครียดอาจเกิดจากเหตุการณ์ที่ดีก็ได้

รัศมี ลักขณาวรรณพร (2545) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่น่าพึงพอใจ อันเนื่องมาจากร่างกายและจิตใจที่มีปฏิกิริยาโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

Gibson (1991, **อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย**, 2537) ให้ความหมายว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองในการปรับตัวของแต่ละบุคคล และหรือเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและรบกวนทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล

2.2 สาเหตุ/ระดับของความเครียด

จากการศึกษาวิจัยปัญหา สาเหตุของความเครียดซึ่งโดยสรุปพบว่า ความเครียดเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ สาเหตุที่ไม่มีตัวตน มักจะเกิดด้านจิตใจและสังคม ความคับข้องทางจิต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดได้มาก ซึ่งถ้าสาเหตุที่ไม่มีตัวตนนี้มีไม่มากจะเกิดปัญหาที่ไม่รุนแรง ถ้ามีมากก็จะทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา (ภัทรพร สุขบุษย, 2541) และสาเหตุที่มีตัวตน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ การได้รับสารพิษ การมีเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย และภาวะเสียสมดุลในร่างกาย ซึ่งเมื่อสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นกับบุคคลแล้ว บุคคลจะมีความพยายามในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามเพื่อต่อต้านหรือเอาชนะสิ่งนั้นๆ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2537) ถ้าบุคคลสามารถเอาชนะภาวะคุกคามต่างๆ นั้นได้ ความเครียดจะลดลงหรือหายไป แต่เมื่อไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ได้ บุคคลจะมีการแสดงการตอบสนองไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกด้านร่างกาย จิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป และการที่จะทราบว่าบุคคลนั้นมีความเครียดหรือไม่ และมีมากน้อยเพียงใดนั้น สามารถสังเกตได้จากสิ่งที่ปรากฏออกมาในด้านอารมณ์ คำบอกเล่า พฤติกรรม รวมถึงการใช้แบบทดสอบหรือเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบระดับความเครียด แล้วคำนวณเป็นค่าคะแนนเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของแบบทดสอบนั้นๆ (ชูทิตย์ ปานปรีชา, 2533) โดยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผ่านการพัฒนาและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบ่งระดับของความเครียด 5 ระดับ ดังนี้

0 - 5 คะแนน คุณมีความเครียดน้อยกว่าปกติ อาจเป็นเพราะคุณมีชีวิตที่เรียบง่าย ไม่จำเป็นต้องต่อสู้ดิ้นรนในการดำเนินชีวิตสักเท่าใดนัก ชีวิตไม่ค่อยมีเรื่องให้ต้องตื่นเต้น และคุณเองก็ไม่ค่อยกระตือรือร้นเลย

6 - 17 คะแนน คุณมีความเครียดในระดับปกติ นั่นคือคุณสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ดี และสามารถปรับตัวปรับใจเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม คุณควรพยายามคงระดับความเครียดในระดับนี้ต่อไปให้นานๆ

18 - 25 คะแนน คุณมีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย แสดงว่าคุณอาจกำลังมีปัญหาบางอย่างที่ทำให้ไม่สบายอยู่ ความเครียดในระดับนี้ อาจทำให้มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมเล็กน้อยพอทนได้ และเมื่อพักผ่อนหย่อนใจบ้าง จะรู้สึกดีขึ้นเอง

26 - 29 คะแนน คุณมีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง แสดงว่าคุณอาจกำลังมีปัญหาบางอย่างในชีวิตที่คุณยังหาทางแก้ไม่ได้ ทำให้มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด และแม้คุณจะพักผ่อนหย่อนใจแล้วก็ยังอาจไม่หายเครียด ต้องฝึกเทคนิคเฉพาะในการคลายเครียดจึงจะช่วยได้

30 คะแนนขึ้นไป คุณมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก คุณอาจกำลังเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตหรือไม่คุณก็ได้สะสมความเครียดเอาไว้มากจนเกินไปเป็นเวลานาน ทำให้มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ความเครียดในระดับนี้ นอกจากจะต้องฝึกเทคนิคการคลายเครียด ควรไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา

สรุป ความเครียดหมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นทั้งจากภายนอกและภายในส่งผลกระทบต่อร่างกายของบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัว เตรียมรับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งไม่พึงพอใจ และเป็นเรื่องที่สาหัสเกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจและก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายขึ้น หากความเครียดนั้นยังคงอยู่เป็นเวลานาน (กรมสุขภาพจิต, 2539) ซึ่งเมื่อร่างกายเกิดความเครียดต่างๆ ขึ้น จะมีปฏิกิริยาตอบสนองของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้ทุกระบบ ซึ่งปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้นจะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่ผิดปกติไป จิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะตอบสนองด้วยการสู้ (Fight) หรือหนี (Flight) มีกลไกการปรับตัวให้พ้นจากความเครียด ในขณะที่เครียดจะมีลักษณะของอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว สมาธิลดลง ความจำเสื่อม นอนไม่หลับ วิตกกังวล สับสน หวาดกลัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของบุคคล ทั้งในครอบครัว ที่ทำงาน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับคนทั่วไป (วิภา เพ็งเสงี่ยม, 2541) ซึ่งเมื่อพิจารณาผลเสียของความเครียดที่มีผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดจะกระทบกระเทือนถึงความสงบสุขในครอบครัว เช่น เกิดความขัดแย้งได้ง่าย นำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัว เกิดการทำร้ายร่างกาย และร้ายแรงถึงการหย่าร้างระหว่างคู่สามีภรรยา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่เนื่องมาจากความเครียดทำให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจได้

นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เนื่องจากเกิดความเบื่อหน่าย ไม่อยากทำงาน เกิดการลากิจ ลาป่วย รวมทั้งการไม่มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน หรือคิดริเริ่มงานใหม่ๆ รวมถึงการสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน อาจเกิดการขัดแย้งหรือการทะเลาะระหว่างผู้ร่วมงานได้ ซึ่งเมื่อมีอารมณ์หงุดหงิดจะแสดงความก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น ปัญหาความขัดแย้งอาจนำไปสู่การทำร้ายร่างกาย และปัญหาด้านอาชญากรรม หากเกิดความเครียดแล้วมีอาการซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง อาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งถือเป็นการสูญเสียทรัพยากรด้านบุคคลอย่างน่าเสียดาย (กรมสุขภาพจิต, 2540)

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด เช่น อายุกับความเครียด เมื่อบุคคลสูงอายุขึ้น สมองจะเสื่อมประสิทธิภาพ ความคิดไม่ฉับไว ความจำเสื่อม ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้น้อยลง

นั่นหมายถึง เมื่ออายุสูงขึ้นการจัดการกับความเครียดจะทำได้ยากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคนในช่วงอายุ 35-50 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเผชิญกับความเครียดสูง เพราะร่างกายที่เคยสมบูรณ์แข็งแรงจะเริ่มเสื่อมสภาพลง แต่ความคิดความทะเยอทะยานด้านการงานและการเงินยังคงมีอยู่ทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายและการจัดการกับความเครียดเริ่มลดลง (Wright, 1997 อ้างใน อินทิรา ปัทมินทร และคณะ, 2538)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของคนไทยพบเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีผู้ศึกษาไว้ เช่น ธงชัย ทวิชาชาติ (2539) ได้ศึกษาวิจัยโดยสำรวจประชาชนในประเทศไทย เพื่อหาความชุกของความเครียด โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดตัดขวาง ณ จุดหนึ่งของเวลา ประชากรตัวอย่าง 10,775 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มตามจังหวัดต่างๆ รวม 76 จังหวัด ผลการวิจัยพบว่า ประชากรที่ศึกษาเป็นชายร้อยละ 43.5 หญิงร้อยละ 56.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 12 ปี ถึง 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีความเครียดร้อยละ 67.6 หญิงมีความเครียดมากกว่าชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<.01 นอกจากนี้ พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดได้แก่ ผู้ที่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน การศึกษาอยู่ในช่วงปริญญาตรีและผู้มีปัญหารายได้ไม่พอใช้หรือรายได้ต่ำ จะมีความเครียดสูงกว่าผู้มีรายได้สูง สาเหตุที่ทำให้เครียด ได้แก่ ปัญหาการงานและอาชีพ ปัญหาการเรียนและการศึกษา และปัญหาการเงินและเศรษฐกิจตามลำดับ และนอกจากนี้ในปี 2541 บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ (2541) สำรวจความเครียดของประชาชนกลุ่มว่างงานในวันนัดพบแรงงาน ณ มหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (Stress Test) จำนวน 307 คน พบว่า ประชาชนกลุ่มว่างงานมีความเครียดร้อยละ 41.9 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 6.5

พิมพ์ทอง เจ๊กจันทึก (2544) ได้ทำการศึกษา ความเครียดในบทบาท พฤติกรรมเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของสตรีทำงานนอกบ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า จำนวนรายได้ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ความเครียดในบทบาท พฤติกรรมเผชิญความเครียด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของสตรี ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของสตรี

เลิศฤทธิ์ บัญชาการ (2545) ได้ทำการศึกษา ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยพบว่าลักษณะของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 65.4 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 34.6 ภาวะสุขภาพของครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.8 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.2 ตัวแทนของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเภทชาย ร้อยละ 32.7 เพศหญิง ร้อยละ 67.3 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 49

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษา ความเครียดของคนไทย กรณีศึกษา : การศึกษาระดับชาติ ปี 2546 ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (58.7% และ 95% C1 = 57.77 - 59.63) ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เครียด 5 อันดับแรก คือ ปัญหาเศรษฐกิจ การเงิน (49.4%) ปัญหาครอบครัว (34.2%) เรื่องงาน (30.0%) เรื่องแฟน คู่รัก (13.3%) และปัญหาเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมเรียน เพื่อน (10.5%) มุมมองต่อปัญหาที่ทำให้เครียดส่วนใหญ่เห็นว่ามีทางออก (90.0%) วิธีการจัดการความเครียด 5 อันดับแรก คือ ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น (91.3%) หางานอดิเรกทำ (89.1%) พูดระบายกับผู้อื่น (74.4%) ทำบุญตักบาตร ทำบุญทางศาสนา (65.5%) และออกกำลังกาย (60.1%) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน จำนวนห้องพักในบ้าน การมีที่ดินเป็นของตนเอง เคยผ่าตัดหรือได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ การเจ็บป่วยจนต้องไปพบแพทย์ ความกังวลกับความเจ็บป่วย สำหรับปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่มีต่อแม่ - พ่อ ต่อสามี - ภรรยา การมีญาติป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และความสัมพันธ์กับญาติที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

อุทัยวรรณ ศรีสำราญ และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast model) ณ สถาบันธัญญรักษ์ ผลการวิจัยพบว่าด้านความเครียดในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัวที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านความวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะบำบัด รักษาไม่ครบและกลับไปติดซ้ำอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.59) และความเครียดเรื่องกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่า ผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหามากกว่าการระบายอารมณ์ ($\bar{X}$ = 2.97 และ 2.54) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพในครอบครัวแตกต่างกัน สิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัวแตกต่างกัน และรูปแบบของครอบครัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ภาวะการเจ็บป่วย ความกังวลกับการเจ็บป่วย พฤติกรรมการเผชิญความเครียด เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาสุขภาพจิต และความเครียดของผู้ต้องขัง แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังที่กำลังอยู่ระหว่างต้องโทษ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตผู้ต้องขังต่อไป

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ดังรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาถึงสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม การศึกษาครั้งนี้

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขัง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ ระดับความสุขและระดับความเครียด

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษาของสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ ในวันที่ 12 สิงหาคม 2547 จำนวน 940 คน ในเขตจังหวัดขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย มหาสารคาม และร้อยเอ็ด โดยกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริงมีจำนวน 271 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 เนื่องจากผู้ต้องขังย้ายถิ่นฐานไปอาศัยในจังหวัดอื่น ไปประกอบอาชีพต่างจังหวัด และไม่สามารถติดตามผู้ต้องขังตามที่อยู่ที่ให้ไว้ได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Quesionnaire) ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ จังหวัด/เขตที่อยู่อาศัย ความสุขใจ/ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ระดับความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator-15 หรือ TMHI – 15) ของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ครอบคลุมในการประเมินสุขภาพจิตคนไทยทุกบริบท (Contex) มากยิ่งขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ประกอบด้วย Domain 4 Domain คือ 1) Mental state หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต (5 ข้อ) 2) Mental capacity หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข (3 ข้อ) 3) Mental quality หมายถึงคุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคมแม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบาย หรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม (4 ข้อ) และ 4) Supporting factors หมายถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (3 ข้อ) และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยศึกษาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของเครื่องมือภายหลังจากวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) และลดข้อคำถามเหลือเพียง 15 ข้อ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

คำถามในแต่ละข้อจะถามถึงประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึก ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านเองมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลค่าปกติ (norm) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และ 15 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	0 คะแนน	เล็กน้อย	=	1 คะแนน
มาก	=	2 คะแนน	มากที่สุด	=	3 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ 3, 4 และ 5 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	3 คะแนน	เล็กน้อย	=	2 คะแนน
มาก	=	1 คะแนน	มากที่สุด	=	0 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

(คะแนนเต็ม 45 คะแนน)

35 - 45	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
28 - 34	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
0 - 27	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต

จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 สำหรับข้อคำถามศึกษาได้ในภาคผนวก

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เคยเลย	=	0 คะแนน
เป็นครั้งคราว	=	1 คะแนน
เป็นบ่อยๆ	=	2 คะแนน
เป็นประจำ	=	3 คะแนน

การแปลผลเมื่อรวมคะแนนทุกข้อ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน

0 - 5 คะแนน	=	เครียดน้อยกว่าปกติ
6 - 17 คะแนน	=	เครียดในระดับปกติ
18 - 25 คะแนน	=	เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
26 - 29 คะแนน	=	เครียดสูงกว่าปกติปานกลาง
30 คะแนนขึ้นไป	=	เครียดสูงกว่าปกติมาก

คำอธิบายคะแนน

0 - 5 คะแนน คุณมีความเครียดน้อยกว่าปกติ อาจเป็นเพราะคุณมีชีวิตที่เรียบง่าย ไม่จำเป็นต้องต่อสู้ดิ้นรนในการดำเนินชีวิตสักเท่าใดนัก ชีวิตไม่ค่อยมีเรื่องให้ต้องตื่นเต้น และคุณเองก็ไม่ค่อยกระตือรือร้นเลย

6 - 17 คะแนน คุณมีความเครียดในระดับปกติ นั่นคือคุณสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ดี และสามารถปรับตัวปรับใจเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม คุณควรพยายามคงระดับความเครียดในระดับนี้ต่อไปให้นานๆ

18 - 25 คะแนน คุณมีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย แสดงว่าคุณอาจกำลังมีปัญหาบางอย่างที่ทำให้ไม่สบายอยู่ ความเครียดในระดับนี้ อาจทำให้มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมเล็กน้อยพอทนได้ และเมื่อพักผ่อนหย่อนใจบ้าง จะรู้สึกดีขึ้นเอง

26 - 29 คะแนน คุณมีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง แสดงว่าคุณอาจกำลังมีปัญหาบางอย่างในชีวิตที่คุณยังหาทางแก้ไม่ได้ ทำให้มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด และแม้คุณจะพักผ่อนหย่อนใจแล้วก็ยังอาจไม่หายเครียด ต้องฝึกเทคนิคเฉพาะในการคลายเครียดจึงจะช่วยได้

30 คะแนนขึ้นไป คุณมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก คุณอาจกำลังเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตหรือไม่คุณก็ได้สะสมความเครียดเอาไว้มากจนเกินไปเป็นเวลานาน ทำให้มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ความเครียดในระดับนี้ นอกจากจะต้องฝึกเทคนิคการคลายเครียด ควรไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 จัดเตรียมทีมวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ประสานงานเตรียมทีมวิจัยร่วมในพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบทั้ง 5 จังหวัด

4.2 ประชุมทีมผู้วิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และทีมวิจัยร่วมในพื้นที่ (เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต) ที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ชี้แจงทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประสานงานไปยังเรือนจำแต่ละจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ให้สำรวจรายชื่อผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 หลังจากได้รับรายชื่อ คณะผู้วิจัยนำรายชื่อมาจัดหมวดหมู่ แยกตามอำเภอของแต่ละจังหวัด เพื่อสะดวกในการออกเก็บข้อมูล

4.4 ประสานงานไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัดที่รับผิดชอบ พร้อมส่งข้อมูลรายชื่อผู้ต้องขัง พร้อมกับแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดรับทราบและทีมวิจัยประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลและให้เครือข่ายช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และรวบรวมส่งกลับมายังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.5 เก็บรวบรวมข้อมูล ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) และแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ถูกต้อง ทีมผู้วิจัยภาคสนามจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

4.6 ในกรณีที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งข้อมูลมาให้ไม่ครบตามจำนวน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้ง

4.7 นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากพบว่ามีปัญหาจะประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่นั้นๆ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม หรือจัดทีมวิจัยจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในพื้นที่

4.8 ในกรณีที่พบว่าการแปลผลดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยของผู้ต้องขัง มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป หรือแบบประเมินความเครียดมีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป จะส่งต่อให้พื้นที่ที่ผู้ต้องขังอยู่ในความรับผิดชอบเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องต่อไป หากเกินความสามารถ สามารถปรึกษาแม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ตลอดเวลา

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วน คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลให้คะแนนและลงรหัส (Editing and Coding) แล้วนำไปประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC+/FW (Statistical Package for Social Science for Window) version 11.0 มี 3 ขั้นตอนดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์สุขภาพจิตและความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิตและความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-Square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ
2. ภาวะสุขภาพของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ
3. สุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ
4. ความเครียดของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.6 มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 44 ปี ร้อยละ 73.8 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 45 - 60 ปี ร้อยละ 14.0 อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 77 ปี อายุเฉลี่ย 32.7 ปี (S.D 11.8) การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.4 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 22.5 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 46.9 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.8 รองลงมา เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ร้อยละ 29.5 มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 85.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 27.3 รองลงมาจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 21.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และที่อยู่อาศัย (n = 271)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	240	88.6
หญิง	31	11.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และที่อยู่อาศัย (n = 271) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	24	8.9
21 - 44 ปี	200	73.8
45 - 60 ปี	38	14.0
60 ปี ขึ้นไป	9	3.3
อายุเฉลี่ย 32.7 ปี (SD. 11.8) อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 77 ปี		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	3.7
ประถมศึกษา	161	59.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	61	22.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	26	9.6
อนุปริญญา	9	3.3
ปริญญาตรี	2	0.7
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
อื่นๆ	2	0.7
สถานภาพสมรส		
โสด	127	46.9
คู่ อยู่ด้วยกัน	97	35.8
คู่ แยกกันอยู่	19	7.0
หย่า/ ร้าง	22	8.1
หม้าย	6	2.2
ศาสนา		
พุทธ	270	99.6
อิสลาม	1	0.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และที่อยู่อาศัย (n = 271) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	68	25.1
แม่บ้าน	7	2.6
รับจ้าง	89	32.8
เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่)	80	29.5
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	4	1.5
ทำธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย	18	6.6
นักเรียน / นักศึกษา	3	1.1
อื่นๆ (ระบุ)	2	0.7
ที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	44	16.2
เขตชนบท	227	83.8
จังหวัด		
ขอนแก่น	74	27.3
อุดรธานี	59	21.8
หนองคาย	41	15.1
มหาสารคาม	50	18.5
ร้อยเอ็ด	47	17.3

2. ภาวะสุขภาพของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

จากการศึกษาภาวะสุขภาพ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้ว) ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีโรค ร้อยละ 79.3 มีโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 20.7 เมื่อศึกษาว่าเป็นโรคใดบ้างโดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 โรค ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ตอบในข้ออื่นๆ ร้อยละ 44.9 (หมายถึงโรคกระเพาะ โรคภูมิแพ้และโรคไทรอยด์) เมื่อทำการศึกษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี ร้อยละ 70.1 ในกลุ่มที่ตอบว่ามี ร้อยละ 28.0 พบว่ามีปัญหาเครียดเรื่องงาน ไม่มีงานทำ เงินไม่เพียงพอใช้จ่าย และเมื่อทำการศึกษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี ร้อยละ 49.4 ตอบว่ามี ร้อยละ 48.7 ในกลุ่มที่ตอบว่า มี พบว่ามีเรื่องสุขใจ อย่างมากได้แก่ ได้อยู่กับครอบครัว (ครอบครัวอบอุ่น)

ได้รับพระราชทานอภัยโทษ ระดับความสุขโดยรวมใน 1 เดือนที่ผ่านมา (โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองจากภาพใบหน้าคน) พบว่า ส่วนใหญ่ มีความสุข ร้อยละ 27.3 รองลงมามีความสุขมาก ร้อยละ 26.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพ โรคที่เป็น เรื่องทุกข์ใจ เรื่องสุขใจ และระดับความสุข (n = 271)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้ว)		
มี	56	20.7
ไม่มี	215	79.3
โรคที่เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 69)		
โรคหัวใจ	5	7.3
โรคความดันโลหิตสูง	1	1.4
โรคกระดูกและข้อ	6	8.7
โรคมะเร็ง	1	1.4
โรคเบาหวาน	5	7.3
โรคปอด	5	7.3
โรคอัมพาต	-	-
โรคจิตเวช	15	21.7
อื่น ๆ (หมายถึงโรคกระเพาะ โรคภูมิแพ้และโรคไทรอยด์)	31	44.9
เรื่องทุกข์ใจ		
ไม่มี	190	70.1
มี	76	28.0
ไม่ตอบ	5	1.9
เรื่องสุขใจ		
ไม่มี	134	49.4
มี	132	48.7
ไม่ตอบ	5	1.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพ โรคที่เป็น เรื่องทุกข์ใจ เรื่องสุขใจ และระดับความสุข (n = 271) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความสุข		
มีความสุขมากที่สุด	42	15.5
มีความสุขมาก	71	26.2
มีความสุข	74	27.3
เฉยๆ	52	19.2
มีความทุกข์	13	4.8
มีความทุกข์มาก	6	2.2
มีความทุกข์มากที่สุด	8	3.0
ไม่ตอบ	5	1.8

3. สุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ

จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังโดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI – 15) ของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขหรือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (0 - 27 คะแนน) จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 ระดับความสุขหรือสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (28 - 34 คะแนน) จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 และมีระดับความสุขหรือสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (35 - 45 คะแนน) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขหรือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา มีจำนวนมากถึงร้อยละ 61.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความสุข (n = 270)

ระดับความสุข (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (35 - 45)	10	3.7
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (28 - 34)	94	34.8
มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (0 - 27)	166	61.5
รวม	270	100

หมายเหตุ ไม่ตอบแบบสอบถาม 1 คน (คิดเป็นร้อยละ 0.4)

4. ความเครียดของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ

จากการศึกษาความเครียดของผู้ต้องขังโดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ จำแนกตามระดับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดต่ำกว่าปกติ (0 - 5 คะแนน) จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 ระดับความเครียดปกติ (6 - 17 คะแนน) จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 ความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย (18 - 25 คะแนน) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 16.2 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง (26 - 29 คะแนน) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก (30 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดสูงมาก เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา มีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียดระดับต่ำกว่าปกติ ระดับความเครียดปกติและระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความเครียดของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ (n = 271)

ระดับความเครียด (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าปกติ (0 - 5)	74	27.3
ปกติ (6 - 17)	121	44.7
เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย (18 - 25)	44	16.2
เครียดสูงกว่าปกติปานกลาง (26 - 29)	12	4.4
เครียดสูงกว่าปกติมาก (30 คะแนนขึ้นไป)	20	7.4
รวม	**271**	**100.0**

จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ วิเคราะห์ความเครียดในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงระดับอาการ **"ไม่เคยเลย"** และ **"เป็นครั้งคราว"** รองลงมาแสดงระดับอาการ **"เป็นบ่อย"** และ **"เป็นประจำ"** ดังนี้

ระดับอาการ **"ไม่เคยเลย"** ได้แก่

ข้อ 3	ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	ร้อยละ	59.0
ข้อ 5	ไม่อยากพบปะผู้คน	ร้อยละ	65.7
ข้อ 6	ปวดศีรษะข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	ร้อยละ	54.2
ข้อ 7	รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	ร้อยละ	49.8
ข้อ 8	รู้สึกหมดหวังในชีวิต	ร้อยละ	67.9
ข้อ 9	รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีค่า	ร้อยละ	64.2
ข้อ 10	กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	ร้อยละ	59.4
ข้อ 12	รู้สึกเพลีย จนไม่มีแรงจะทำอะไร	ร้อยละ	52.8
ข้อ 13	รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	ร้อยละ	53.9
ข้อ 14	มีอาการหัวใจเต้นแรง	ร้อยละ	55.4
ข้อ 15	เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	ร้อยละ	57.6

ข้อ 17 ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณ ท้ายทอย หลัง หรือไหล่ ร้อยละ 50.2
ข้อ 18 ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ร้อยละ 42.8
ข้อ 19 มึนงงหรือเวียนศีรษะ ร้อยละ 47.2
ข้อ 20 ความสุขทางเพศลดลง ร้อยละ 57.9

ระดับอาการ **"เป็นครั้งคราว"** ได้แก่
ข้อ 1 นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ ร้อยละ 60.1
ข้อ 2 รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ ร้อยละ 56.8
ข้อ 4 มีความวุ่นวายใจ ร้อยละ 52.4
ข้อ 11 รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ ร้อยละ 46.1
ข้อ 16 รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ ร้อยละ 52.0

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกรายข้อตามแบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ (n = 271)

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	69 (25.5)	163 (60.1)	29 (10.7)	10 (3.7)
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	71 (26.2)	154 (56.8)	35 (12.9)	11 (4.1)
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	160 (59.0)	85 (31.4)	19 (7.0)	7 (2.6)
4. มีความวุ่นวายใจ	88 (32.5)	142 (52.4)	28 (10.3)	13 (4.8)
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	178 (65.7)	69 (25.5)	15 (5.5)	9 (3.3)
6. ปวดศีรษะข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง	147 (54.2)	92 (33.9)	24 (8.9)	8 (3.0)
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	135 (49.8)	110 (40.6)	17 (6.3)	9 (3.3)
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	184 (67.9)	66 (24.3)	17 (6.3)	4 (1.5)
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีค่า	174 (64.2)	77 (28.4)	12 (4.4)	8 (3.0)

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกรายข้อตามแบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ (n = 271) (ต่อ)

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	161 (59.4)	91 (33.6)	15 (5.5)	4 (1.5)
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	111 (41.0)	125 (46.1)	30 (11.1)	5 (1.8)
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร	143 (52.8)	95 (35.0)	27 (10.0)	6 (2.2)
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	146 (53.9)	100 (36.9)	17 (6.3)	8 (2.9)
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	150 (55.4)	99 (36.5)	16 (5.9)	6 (2.2)
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	156 (57.6)	88 (32.4)	19 (7.0)	8 (3.0)
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ	92 (33.9)	141 (52.0)	30 (11.1)	8 (3.0)
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่	136 (50.2)	102 (37.6)	26 (9.6)	7 (2.6)
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	116 (42.8)	114 (42.1)	29 (10.7)	12 (4.4)
19. มึนงง หรือเวียนศีรษะ	128 (47.2)	104 (38.4)	28 (10.3)	11 (4.1)
20. ความสุขทางเพศลดลง	157 (57.9)	91 (33.6)	15 (5.5)	8 (3.0)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ (ผู้วิจัยรวมระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไปและมากกว่าคนทั่วไปเข้าด้วยกัน เพราะเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะสุขภาพจิตปกติ) พบว่าปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อใช้ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) ดังตารางที่ 6 ในด้านการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ต้องขัง โดยผู้วิจัยได้รวมกลุ่มเครียดปานกลางและมากเข้าด้วยกัน เพราะกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อเนื่องต่อไป ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่เครียดปานกลาง และเครียดมากอยู่ในกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 26.8 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 7.9 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสมหามงคล 12 สิงหาคม 2547 (n = 270)

ปัญหาสุขภาพ	ระดับความสุข		รวม
	ต่ำกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไปและมากกว่าคนทั่วไป	
มีปัญหาสุขภาพ	37	18	55
	(67.3)	(32.7)	(100.0)
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	129	86	215
	(60.0)	(40.0)	(100.0)

X^2 = .978 df = 1 p>.05

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับระดับความเครียดของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสมหามงคล 12 สิงหาคม 2547 (n = 271)

ปัญหาสุขภาพ	ระดับความเครียด				รวม
	ต่ำกว่าปกติ	ปกติ	เล็กน้อย	ปานกลางและมาก	
มีปัญหาสุขภาพ	9	15	17	15	56
	(16.0)	(26.8)	(30.4)	(26.8)	(100.0)
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	65	106	27	17	215
	(30.2)	(49.3)	(12.6)	(7.9)	(100.0)

X^2 = 29.497 df = 3 p<.05

บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ ในเขตจังหวัดขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จำนวน 940 คน แต่จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงพบผู้ต้องขังจำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 28.8 ของจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด เนื่องจากไม่พบผู้ต้องขังตามที่อยู่ที่ให้ไว้ ผู้ต้องขังย้ายถิ่นอาศัย และผู้ต้องขังไปทำงานต่างจังหวัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI – 15) ของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยคือ กันยายน 2547 - ตุลาคม 2548

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จัดตั้งและเตรียมทีมวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชุมทำความเข้าใจกับเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประสานงานไปยังเรือนจำแต่ละจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ให้สำรวจรายชื่อผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 หลังจากได้รับรายชื่อ คณะผู้วิจัยนำรายชื่อมาจัดหมวดหมู่แยกตามอำเภอของแต่ละจังหวัด เพื่อสะดวกในการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นประสานงานไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พร้อมส่งข้อมูลรายชื่อผู้ต้องขัง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) และแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดรับทราบ และทีมวิจัยประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลและชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล เพื่อให้เครือข่ายช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และรวบรวมข้อมูลส่งกลับมายังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากพบว่ามีปัญหาหรือส่งข้อมูลไม่ครบตามจำนวน ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่นั้นๆ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม หรือจัดทีมวิจัยจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ลงพื้นที่ เพื่อเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้ง และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง และวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC^{+}/FW (Statistical Package for Social Science for Window) version 11.0 เพื่อแยกระดับสุขภาพจิต ระดับความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

ของผู้ต้องขัง โดยพรรณนาข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-Square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหากพบว่าในรายที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยพบว่าการแปลผลดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยของผู้ต้องขังมีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป หรือแบบประเมินความเครียดมีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป ได้ประสานงานส่งต่อกับพื้นที่ที่ผู้ต้องขังอยู่ในความรับผิดชอบทั้ง 5 จังหวัด เฝ้าระวังและดูแลให้การช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องต่อไป หากเกินความสามารถ สามารถปรึกษาแม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ตลอดเวลา รวมถึงการประสานการรับบริการตรวจรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.6 มีอายุอยู่ในช่วง 21-44 ปี ร้อยละ 73.8 (อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 77 ปี อายุเฉลี่ย 32.7 ปี S.D 11.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.4 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 46.9 รองลงมาคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.6 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 27.3 มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 85.8

1.1.2 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่มีโรค ร้อยละ 79.3 เมื่อศึกษาเป็นโรคใดบ้างส่วนใหญ่ตอบในข้ออื่นๆ ร้อยละ 44.9 (หมายถึงโรคกระเพาะ โรคภูมิแพ้ และโรคไทรอยด์) เมื่อทำการศึกษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี ร้อยละ 70.1 ท่านมีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีร้อยละ 49.4 ในกลุ่มที่ตอบว่ามี พบว่ามีเรื่องสุขใจอย่างมากได้แก่ ได้อยู่กับครอบครัว (ครอบครัวอบอุ่น) ได้รับพระราชทานอภัยโทษ ระดับความสุขโดยรวมใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่มีความสุข ร้อยละ 27.3 รองลงมามีความสุขมาก ร้อยละ 26.2

1.2 สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 การศึกษาระดับความสุข ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขหรือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 61.5 ระดับความสุขหรือสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 34.8 และมีระดับความสุขหรือสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 3.7 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขหรือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆ ตามมามีจำนวนมากถึงร้อยละ 61.5

1.2.2 ระดับความเครียด ผลการศึกษาระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับความเครียดปกติ ร้อยละ 44.7 รองลงมาระดับความเครียดต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 27.3 มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติคิดเป็นร้อยละ 28.0 (ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ปานกลาง และมากรวมกัน) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหามีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความเครียดปกติ

1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ต้องขัง ที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้วิจัยได้รวมกลุ่มเครียดระดับปานกลางและมากเข้าด้วยกัน เพราะกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อเนื่องต่อไป โดยผู้ที่เครียดปานกลาง และเครียดมากอยู่ในกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 26.8 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เครียดระดับปานกลางและมากแต่ไม่มีปัญหาสุขภาพซึ่งมีเพียงร้อยละ 7.9

2. อภิปรายผล

การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 คณะผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

2.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังที่ได้พระราชทานอภัยโทษ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 21-44 ปี สถานภาพสมรสโสด อาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์ (2544) ที่ได้ทำการศึกษาความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง ผลการศึกษาผู้ต้องขังมีอายุเฉลี่ย 32 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัฒน์ ศรีสังข์ (2546) ที่ได้ศึกษาสาเหตุการทำผิดกฎหมายของผู้ต้องขัง : กรณีศึกษาโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่ายฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิต (เกษตรโยธิน) กองพลทหารราบที่ 6 ตำบลโพธิ์สัย อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ลักษณะทั่วไปของผู้ต้องขัง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19-29 ปี (ร้อยละ 65.2) สถานภาพโสด (ร้อยละ 60.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่ 6 (ร้อยละ 68.7) อาศัยอยู่ในเขตสังคมชนบท (ร้อยละ 89.6) ซึ่งเป็นเพศชายและเป็นวัยกลางคนที่เป็นวัยแรงงานสำคัญในการพัฒนาประเทศ และเป็นวัยที่ต้องสร้างงาน สร้างอาชีพ มีหน้าที่ในการดูแลครอบครัวซึ่งเป็นบริบทส่วนใหญ่ของสังคมไทยที่เพศชายเป็นเพศที่ทำหน้าที่ในการเป็นหัวหน้าครอบครัว รับผิดชอบในการดูแลให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ดีกินดี มีที่อยู่อาศัย มีความมั่นคงในหลักประกันของชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต และเมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถแก้ไขปัญหา อาจทำให้เกิดการตัดสินใจชั่ววูบในการกระทำความผิดที่อาจเป็นความผิดร้ายแรงและมีผลบังคับทางกฎหมาย และนอกจากนี้กลุ่มวัยแรงงานที่มีความเครียดสูงเป็นระยะเวลานานๆ อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2544)

2.2 ผลการศึกษาสุขภาพจิต

จากการศึกษาพบว่า ผู้ต้องขังมีระดับความสุขหรือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 61.3 เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจความสุขของประชากรไทย โดยสวนดุสิตโพล ร่วมกับกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2544 พบว่าประชาชนมีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 28.4 (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสุขภาพจิตของผู้ต้องขังมีปัญหามากกว่าประชาชนทั่วไป 2.2 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความวิตกกังวลที่ต้องออกมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

ต้องหางานทำ และอาจมีปัญหาในการปรับตัวกับครอบครัว จึงเป็นที่สังเกตว่าส่วนใหญ่ไม่กลับไปดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวตนเอง แต่กลับไปหางานทำในต่างจังหวัด ซึ่งเมื่อผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลตามที่อยู่ที่ให้ไว้กับเรือนจำจึงไม่พบผู้ต้องขัง นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์ และคณะ (2544) ที่ได้ทำการศึกษาสุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขัง ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตของผู้ต้องขังส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 55.8) รองลงมามีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 34.4) หรืออาจกล่าวได้ว่าปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันทั้งในด้านส่วนตัว สังคมและการงานอาจก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ก่อให้เกิดความเครียดสะสมได้ (พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข, 2537) เมื่อทำการศึกษาระดับความเครียดของผู้ต้องขัง พบว่าผู้ต้องขังมีความเครียดในระดับปานกลางและระดับมากรวมกันคิดเป็นร้อยละ 11.8 ซึ่งอาจน้อยกว่าการศึกษาความเครียดของคนไทย ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้เคยทำการศึกษาระดับชาติไว้ในปี พ.ศ. 2546 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2548) ซึ่งพบว่า มีความเครียดปานกลางร้อยละ 33.2 และเครียดมาก ร้อยละ 8.1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะใช้แบบวัดความเครียดที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาความเครียดของคนไทย ของกรมสุขภาพจิตใช้แบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง แต่การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิตจึงได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ทั้งๆที่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ต้องขังน่าจะมีระดับความเครียดมากกว่าประชาชนทั่วไป จึงอาจไม่สามารถนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษาวิเคราะห์ในรายละเอียดเรื่องนี้ต่อไป ถึงแม้ว่ามีบางการศึกษาได้ศึกษาความเครียดของผู้ต้องขัง เช่น การศึกษาของโรงพยาบาลนิติจิตเวชเมื่อปี 2542 พบว่าผู้ต้องขังร้อยละ 40.0 มีความเครียดสูง เป็นความเครียดที่เกิดจากต้องทนในสภาพเรือนจำที่แออัด ทั้งสถานที่นอน ที่ต้องนอนเบียดเสียด และการดำรงชีวิตที่ไม่อิสระ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ต้องขังเกิดความเครียด ซึ่งต่างจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีความเครียดน้อยกว่า อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้สำรวจจากผู้ต้องขังที่ออกจากเรือนจำ เพราะได้รับพระราชทานอภัยโทษแล้ว ส่วนการศึกษาของโรงพยาบาลนิติจิตเวชเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงต้องขังในเรือนจำ

2.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

เมื่อทำการศึกษาปัจจัยด้านเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และปัญหาสุขภาพ พบว่า มีเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต คือปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะสัมพันธ์กับระดับความเครียดเท่านั้น โดยพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในด้านการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ต้องขัง โดยผู้วิจัยได้รวมกลุ่มเครียดปานกลางและมากเข้าด้วยกัน เพราะกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่เครียดปานกลางและเครียดมากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 26.8 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพซึ่งมีเพียงร้อยละ 7.9 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพย่อมเกิดความเครียด กังวลใจ ไม่สบายใจ เนื่องจากผู้ที่มีสุขภาพดีหมายรวมถึงทั้งสุขภาพกายที่สมบูรณ์แข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ก็จะเป็นผู้ที่มีความสุขและสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ทางสุขภาพของมนุษย์ ร่างกายสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วย ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตดีด้วย (ลักขณา สริวัฒน์, 2545) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงต่างๆ หรือการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำนายภาวะสุขภาพจิต

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไปจากการศึกษาครั้งนี้คือ ติดตามกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปและระดับความเครียดปานกลางและมาก โดยการติดตามกลุ่มเสี่ยงนี้ร่วมกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่แต่ละจังหวัด เมื่อครบ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อดูการปรับตัวในการดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชน และประเมินผลซ้ำอีกครั้งในด้านภาวะสุขภาพจิต และระดับความเครียดว่าจะเปลี่ยนแปลงจากเดิมหรือไม่ และจะได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หรือส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโรค และรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก นอกจากนี้ในขณะติดตามกลุ่มเสี่ยงนี้หากพบผู้ต้องขังที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น ผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด หรือมีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้การช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการให้การปรึกษา ให้คำแนะนำและส่งต่อมารับการรักษาอย่างเหมาะสมทั้งในโรงพยาบาลใกล้บ้าน และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เช่นเดียวกับการดำเนินงานในครั้งแรก และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ให้การช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพจิตในการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

3.1.2 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ โดยผู้ที่เครียดปานกลางและเครียดมากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 26.8 ซึ่งส่งผลให้มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป เมื่อใช้ TMHI-15 ประเมินภาวะสุขภาพจิต ผู้บริหารกรมสุขภาพจิต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจและส่งเสริม สนับสนุนให้มีการรณรงค์ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หรือการสร้างสุขภาพจิตที่ดีแก่บุคคลกลุ่มนี้ ติดตามให้การช่วยเหลืออย่างจริงจังและต่อเนื่องต่อไป เพื่อป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นตามมา

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำรวจพบเพียงร้อยละ 28.8 ของผู้ต้องขังทั้งหมด ซึ่งน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ หากต้องดำเนินงานเช่นนี้อีกควรมีการสอบถามความสมัครใจของผู้ต้องขัง รายละเอียดของที่อยู่ เพื่อสะดวกในการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องทั้งทางจดหมาย โทรศัพท์ หรือการติดตามเยี่ยมในพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ต้องขัง หรือมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ต้องขังก่อนออกจากเรือนจำและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือนหรือ 1 ปี

3.2.2 ควรทำการศึกษาสถานที่ที่ผู้ต้องขังออกไปดำรงชีวิตอยู่หลังพ้นโทษ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และทราบเหตุผลว่าเพราะเหตุใดส่วนใหญ่จึงไม่กลับไปดำรงชีวิตในภูมิลำเนาเดิม ซึ่งอาจมีคำตอบอื่นที่สะท้อนให้เห็นความเป็นจริงในอีกมุมมองหนึ่งของผู้พ้นโทษ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานสุขภาพจิต เพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนเหล่านี้ต่อไป

บรรณานุกรม

กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา; 2540.

_____. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2532.

กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม. สถิติราชทัณฑ์ 2548. [online]. Available from : http://www.correct.go.th/doc/11_48/102_11_48.xls [2005 Nov 14].

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2539.

_____. ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2539.

_____. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เอวีพรีเซนเทียร์; 2540.

_____. คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2540.

_____. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : วงศ์กมล; 2542.

_____. การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยโดยคอมพิวเตอร์. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยปี 2546-2547. [online]. Available from : http://www.dmh.go.th/report/population/region.asp?filed24=2546 [2005 Nov 1].

_____. ความเครียดและสุขภาพจิตคนไทย. มปท; 2548.

จินตนา ยูนิพันธุ์. ความต้องการบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล : มุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

จิรา เติมจิตรอารีย์. มุมสุขภาพจิต : สุขภาพจิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2549. [online]. Available from http://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rapc/phych.html [2006 Oct 1].

จุมพล สมประสงค์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;42(4):184-95.

จำลอง ดิษยวณิช. โรคทางกายจากสาเหตุจากจิตใจ. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ.ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2536.

ชูทิตย์ ปานปรีชา. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2533.

ณัฐิยา พรหมบุตร. สุขภาพจิตของผู้ที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิต. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.

ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์. การประเมินโครงการนำร่องการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10(2):113-22.

_____. ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10(2):123-32.

_____. สุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขัง. ใน : การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรค; 2548:182-83.

ทัศนา บุญทอง. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. ใน : เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2545.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41(1):2-17.

ธรณินทร์ กองสุข, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, สตรีรัตน์ จุจิระชาคร และพัชรินทร์ สุริยะ. ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติปี 2546. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2546.

ธงชัย ทวิชาชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, นันทิกา ทวิชาชาติ, และสุขุม เฉลยทรัพย์. ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2539.

ธำรง ทัศนาญชลี. ปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขัง. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2532.

นวลละเอียด เนื้ออ่อน. โครงการสุขภาพจิตครอบครัว ครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งด้วยพลังแห่งความรัก. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544.

บุญวดี เพชรรัตน์. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา : เทมการพิมพ์; 2539.

บัณฑิต ศรไพศาล. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในวิกฤติทางเศรษฐกิจ ปี 2540. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2540;5(1): 1-12.

_____. การสำรวจความเครียดของประชาชนกลุ่มว่างงานในวันนัดพบแรงงาน ณ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.

ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.

ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์; 2532.

พะยอม อิงคตานุวัฒน์. ศัพท์จิตเวช. กรุงเทพฯ : ศิลปการพิมพ์; 2525.

พิมพ์ทอง เจ๊กจันทึก. ความเครียดในบทบาท พฤติกรรมเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของสตรีทำงานนอกบ้านเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร และแก้วตา วิศวะบำรุงชัย. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย : การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2548.

พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข. การประเมินผู้ป่วยทางจิตสังคม. ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2537.

ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. เชียงใหม่ : นันทพันธ์; 2542.

ภัทรพร สุขบุษย. การเตรียมความพร้อมในการป้องกันและช่วยเหลือในการเผชิญความเครียด. วารสารกองการพยาบาล 2541 ; 25(1) : 34-9.

รัตนาภรณ์ อ่อนแก้ว. การศึกษาการปรับตัวของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2539.

รัศมี ลักขณาวรรณพร. สาเหตุและวิธีชนะความเครียดจากการทำงาน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2545 ; 8 (3) :4-12.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์จำกัด; 2539.

ละเอียด ชูประยูร. ความรู้สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : อักษรไทย; 2525.

ลักขณา สริวัฒน์. สุขวิทยาจิตและการปรับตัว. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์; 2545.

เลิศฤทธิ์ บัญชาการ. ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.

วสันต์ ขันตินุกูลธานนท์. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังเรือนจำกลางคลองไผ่ นครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2532.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2537; 21(14):33-7.

วารุณี เทียนเครือ. การจัดบริการด้านสุขภาพจิตในเรือนจำ/ทัณฑสถาน. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ; 2544.

วิภา เพ็งเสงี่ยม. ความเครียดกับสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2541;5(17):16-22.

สมัย ศิริทองถาวร. สุขภาพจิตของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10(3):161-70.

สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาทั่วไปฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิชย์ จำกัด; 2544.

สุพัฒน์ ศรีสังข์. สาเหตุการทำผิดกฎหมายของผู้ต้องขัง : ศึกษากรณีโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่ายฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิต (เกษตรโยธิน) กองพลทหารราบที่ 6 ตำบลโพธิ์สัย อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2546.

สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2544.

สุโขทัยธรรมาธิราช มหาวิทยาลัย. กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2539.

สำนักนายกรัฐมนตรี. กฎหมายไทย. พระราชกฤษฎีกา พระราชทานอภัยโทษ พ.ศ. 2547. [online]. Available from : http://www.kodmaithai.com/m8/New3/N71html [2006 Sep 6].

สมจิตร หนุเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พริ้นติ้ง; 2536.

ใสยา ตะกูลมูล. สุขภาพจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. [การค้นคว้าแบบอิสระมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.

สมชาย จักรพันธุ์ ม.ล. การสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544.

อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐ์โชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกุล และละเอียด ปัญโญใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น : พระธรรมขันต์; 2544.

อภิชัย มงคล, จิดารัตน์ พิมพ์ดีด, วัชนี หัตถพนม และจุรัญ อึ้งสำราญ. สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองประชาชนชาวอีสาน. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2544.

อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, น.พ.พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชนี หัตถพนม, น.ส.ภัสรา เชษฐ์โชติศักดิ์, นางวรวรรณ จุฑา และคณะ. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. ขอนแก่น : พระธรรมขันต์; 2547.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พิชญาภรณ์ มนูศิลป์ และชนกพร จิตปัญญา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 19(1). [online]. Available from : http://www.dmh.go.th/Abstract/details.asp/id=1356 [2006 Sep 14].

อรุณ รักธรรม. การพัฒนาองค์การ : แนวความคิดและการประยุกต์ใช้ในระบบสังคมไทย.กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์; 2540.

อัครพรรณ ขวัญชื่น. โอกาสมีงานทำของคนหูหนวกในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : ม.ป.ท.; 2546.

อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี; 2540.

อินทิรา ปัทมินทร. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2538.

อุทัยวรรณ ศรีสำราญ. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast model) ณ สถาบันธัญญารักษ์. ปทุมธานี : สถาบันธัญญารักษ์ ; 2547.

อุทยา นาคเจริญ. สภาวะสุขภาพจิตของนักโทษคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย. นนทบุรี :กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2546.

เอกอุมา วิเชียรทอง. เอกสารประกอบการบรรยายการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพัฒนาสุขภาพจิตของชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา; 2544.

American Psychiatric Association. A psychaitric glossary. 5th ed. Washington : American Psychiatric Press; 1980.

Anderson MA. Natural of the patient. In : Kaplan, et al. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 3rd ed. Baltimore : Williams & Wilkins; 1980.

Bowman HA. The nature of the mental health. The Hogg Foundation of the mental health. Taxas : The University of Taxas; 1975.

Burgess AW. Psychiatric nursing in the hospital and community. 5th ed. California : Appleton & Lange; 1990.

Heck ET, Gomez AG. A Guide to mental health services. London : University of Pittsbrugh Press; 1973.

Kriegh HZ, Perko JE. Psychiatric and mental health nursing. 2nd ed. Verginia : Reston Publishing ; 1983.

Orem DE. Nursing : Concept of practice. 5th ed. St. Louis : Mosby Year Book ; 1995.

Richard BF. A dictionary of mental health. London : Grandana Publishing; 1980.

Shives LR. Basic concepts of psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott ; 1990.

Townsend MC. Essential of psychiatric mental health nursing. Philadelphia : Davis ; 1999.

World Health Organization. Statistic index of family health. Technical report series, 987. Geneva : WHO; 1976.

_____. Mental health. Fact sheet 1996 ; No.130[Augus]:1.

Yurkovich E, & Smyer T. Health maintenance behavior of individual with severe and persistent mental illness in a stateprison. Journal of Psychosocial Nursing. 2000, 38(6),21-31.

ภาคผนวก

วันที่สัมภาษณ์...../...../.....
เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....น.
สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา.....น.

แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อวัดภาวะสุขภาพของผู้ที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ
2. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้
   ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
   ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
   ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดด้วยตนเอง
3. ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดและกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ
4. คำตอบของท่านจะไม่มีผลใดๆ ที่ก่อให้เกิดผลเสียหายต่อตัวท่าน แต่จะเกิดประโยชน์ในด้านการประเมินภาวะสุขภาพจิตของท่านเอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ สกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ❑ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

❑ 1. ชาย ❑ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ที่อยู่ปัจจุบัน

❑ 1. แยกครอบครัวอยู่กับสามีหรือภรรยา
❑ 2. อยู่กับบิดา-มารดา
❑ 3. อยู่กับญาติพี่น้อง
❑ 4. อยู่คนเดียว
❑ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนของผู้วิจัย

ID ❑
Pro ❑
Sex ❑
Age ❑
Pla ❑

ส่วนของผู้วิจัย

4. สาเหตุที่ท่านถูกดำเนินคดี ก่อนได้รับพระราชทานอภัยโทษ (12 สิงหาคม 2547) ระบุ.....
.....
Cau ❑

5. ระยะเวลาที่ถูกดำเนินคดี (ถูกต้องขังอยู่ในเรือนจำ)
นาน.....ปี.....เดือน
Tim ❑

6. อาชีพ (ที่ปฏิบัติจริงในปัจจุบัน)
1. ว่างงาน 2. แม่บ้าน
3. รับจ้าง 4. เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่)
5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6. ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) (ระบุ).....
7. นักเรียน/นักศึกษา 8. ประมง
9. อื่นๆ (ระบุ).....
Occ ❑

7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)
❑ 1. มี ❑ 2. ไม่มี
Dis ❑

8. ในกรณีตอบว่ามีให้ตอบว่ามีปัญหาในเรื่องใดบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (ถ้าตอบไม่มีให้ข้ามไปตอบข้อ 9)
❑ 1. โรคหัวใจ ❑ 2. ความดันโลหิตสูง
❑ 3. โรคกระดูกและข้อ ❑ 4. มะเร็ง
❑ 5. เบาหวาน ❑ 6. โรคปอดหรือหลอดลม
❑ 7. อัมพาต ❑ 8. โรคทางจิตเวช
❑ 9. อื่นๆ (ระบุ).....
D1 ❑ D2 ❑ D3 ❑ D4 ❑ D5 ❑ D6 ❑ D7 ❑ D8 ❑ D9 ❑

9. ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่
❑ 1. ไม่มี ❑ 2. มี
ถ้ามี เรื่อง.....
.....
.....
.....
Unh ❑

10. ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมาท่านมีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่
❑ 1. ไม่มี ❑ 2. มี
ถ้ามี เรื่อง.....
.....
.....
.....
Hap ❑

ส่วนของผู้วิจัย

Smi ❑

11. ท่านรู้สึกว่าโดยรวมแล้วใน 1 เดือน ที่ผ่านมานี้ ชีวิตของท่านมีความสุขในระดับใด

❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7

ถ้ารูปหน้าข้างล่างนี้แทนความรู้สึกที่เป็นสุขหรือทุกข์ในระดับต่างๆ โดยรูปหมายเลข 1 แทนความรู้สึกเป็นสุขมากที่สุด รูปหมายเลข 7 แทนความรู้สึกเป็นทุกข์มากที่สุด ท่านคิดว่าใบหน้ารูปไหนใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในระยะนี้มากที่สุด ให้ท่านทำเครื่องหมายใต้รูปนั้น

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

(Thai Mental Health Indicator = TMHI-15)

คำชี้แจง กรุณากาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของผู้วิจัย
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					M1 ❑
2	ท่านรู้สึกสบายใจ					M2 ❑
3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน					M3 ❑
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง					M4 ❑
5	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์					M5 ❑
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					M6 ❑
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					M7 ❑
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					M8 ❑
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					M9 ❑
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					M10 ❑
11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					M11 ❑
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M12 ❑
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					M13 ❑
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี					M14 ❑
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน					M15 ❑

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

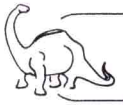
ชื่อ.....สกุล.....

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือมีความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมาย "X" ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดศีรษะข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19 มึนงง หรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

ก.
ก111ร5
ก17ก
2550
ฉ.2

000743



หจก. โรงพิมพ์พระธรรมขันต์ ขอนแก่น
95 ถนนรื่นรมย์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4332-1765, 0-4322-4836 โทรสาร 0-4322-4836 E-mail : earthkk@spymac.com