

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาและทดสอบ
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
(Version 2007)

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
และ
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



น.พ.อภิชัย	มงคล
น.พ.ยงยุทธ	วงศ์ภิรมย์สานต์
น.พ.ทวี	ตั้งเสรี
นางวัชณี	หัตถพนม
นายไพโรจน์	ร่วมชัย
นางวรวรรณ	จุฑา

เจ้าของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ISBN 978-974-296-636-2

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2552

จำนวน 2,000 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
จำกัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

อภิชัย มงคล¹, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ¹, ทวี ตั้งเสรี²,

วิชณี หัตถพนม², ไพรวลัย รมชัย², วรวรรณ จุฑา¹

วัตถุประสงค์ 1) พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และศึกษาค่าปกติซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตคนไทยทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น 2) ศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น

วิธีการศึกษา แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยการประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ครั้ง ระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การหาค่าปกติของคนไทย และการศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (multi stage random sampling) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ใน 13 จังหวัดของ 5 ภาคในประเทศไทย ขนาดตัวอย่าง 3,184 คน ศึกษาค่าปกติของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จำแนกตามมิติ เพศ เขตเมือง เขตชนบท และภาคต่างๆ ของประเทศ สถิติที่ใช้ได้แก่ Factor analysis, kappa statistic และ Cronbach's alpha coefficient

¹ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี 11000

² โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น 40000

ผลการศึกษา ได้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (Version 2007) 2 ฉบับคือ ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน) และ 15 องค์ประกอบย่อย คะแนนของฉบับสมบูรณ์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (179-220) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (158-178) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนไทยไป (≤ 157) ฉบับสั้นมี 15 ข้อแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม เช่นกัน คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (51-60) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44-50) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43) การศึกษาความพ้องในการประเมินสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นพบว่า อยู่ในระดับเกือบดี (kappa statistics 0.66, $p < 0.001$)

สรุป ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการประเมินสุขภาพจิตของประชากรไทย ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นเป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการนำไปใช้ ควรส่งเสริมให้ทำการวิจัยต่อไปเพื่อพิจารณาว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยทางคลินิกได้ด้วย

Abstract

The Development and Testing of Thai Mental Health Indicator Version 2007

Apichai Mongkol¹, Yongyuth Vongpiromsan¹, Tavee Tangseree²,
Watchanee Huttapanom², Praiwan Romsai², Worawan Chutha¹

Objective : 1) To develop a new Thai Mental Health Indicator version 2007 (TMHI-version 2007) and examine the instrument's content validity, construct validity, reliability and normal rang 2) to through appropriate testing ensure that the shorter and longer versions were compatible in their results (the agreement study).

Method : The project was divided into 2 phase. In phase I, content validity study was examined by mental health experts who met for 2 times (all two phases). Phase II, the construct validity study the norms for mental health in the Thai population, and agreement study, multi-state random sampling of the Thai population was performed, with 3,184 people selected and divided according to region, urban and rural residence, and economic status (level 1,2,3). TMHI scores according to domain, sex, urban-rural, and region were also studied. Factor analysis, kappa statistic and Cronbach's alpha coefficient were used for statistical analysis.

Result : The new Thai Mental Health Indicator (TMHI) version 2007 was successfully completed, with both full (55 items) and short (15 items) versions, with 4 domains (mental state, mental capacity, mental quality, supporting factors) and 15 sub-domains. The scores

¹ Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000
² Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen 40000

for the complete version were divided into 3 groups : better than average mental health (179-220), average mental health (158-178), and below average mental health (≤ 157). The comparable short version scores were also divided into 3 groups : better (51-60), average (44-50) and below (≤ 43). The substantial agreement was also found between the long and short version TMHI (kappa statistics 0.66, $p < 0.001$).

Conclusion : The TMHI is a reliable instrument for assessing the mental health of the Thai population. Both long and short versions are easy to use. Further research is needed to determine whether the TMHI can also be used as a screening test for clinical cases.

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ได้รับงบประมาณดำเนินการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และจากกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2550 ซึ่งช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากบุคลากรหลายฝ่าย ซึ่งมีส่วนสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือสนับสนุนให้คำปรึกษาแนะนำที่มีคุณค่าในการศึกษาวิจัยดังนี้

น.พ.มล.สมชาย	จักรพันธุ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
อาจารย์สมพร	อินทร์แก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข 8 กรมสุขภาพจิต
ศ.น.พ.พิเชฐ	อุดมรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สมพร	รุ่งเรืองกลกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์แก้วใจ	เทพสุธรรมรัตน์	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์

ในด้านการออกแบบการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล ได้รับคำแนะนำอย่างดียิ่งจาก ผศ. ดร. จิราพร เขียวอยู่ และ รศ.ยุพา ถาวรพิทักษ์ ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นอกจากนี้การเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามได้รับความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

อสม.ของจังหวัดที่เก็บข้อมูลวิจัย ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยทุกครั้งอย่างยิ่ง และการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงมิได้หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่สนับสนุนบุคลากรและยานพาหนะในการออกหน่วยเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม รวมทั้งหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามแต่ละแห่ง ที่ช่วยเหลือ ตรวจสอบ ติดตามกำกับ เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามให้แล้วเสร็จตามกำหนด

ทุกหน่วยงานและทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ล้วนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ตามจุดมุ่งหมายทุกประการ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

อภิชัย มงคล
มกราคม 2552

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	9
วัตถุประสงค์	9
ขอบเขตการวิจัย	9
ข้อตกลงเบื้องต้น	10
นิยามศัพท์	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	14
แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัย	
ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต	49
กรอบแนวคิดในการวิจัย	78
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	81
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	81
การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ	90
การเก็บรวบรวมข้อมูล	98
การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	103

สารบัญ(ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	105
การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น	
และการหาค่าปกติของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย	106
การศึกษาความพ้อง (agreement study)	
ในการประเมินสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	
คนไทย ฉบับ 55 ข้อ และ 15 ข้อ.....	138
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	141
สรุปผลการวิจัย	144
อภิปรายผล	151
ข้อเสนอแนะ	166
บรรณานุกรม	171
ภาคผนวก	181
• ประวัติผู้วิจัย	182
• ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์	196
• แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์	212
• ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น.....	224
• แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น	226
• คำสั่งแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานภาคสนาม...	229
โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทย	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาด้านชีวัด สุขภาพจิตคนไทย (n=3,184).....	108
2. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)	113
3. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)	114
4. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)	116
5. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)	118
6. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)	120
7. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184) ...	122
8. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)	124

9. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4
ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) และ Subdomain
ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (n=3,184) 125
10. ค่า factor loading ของรายการคำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต
คนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ หรือ TMHI - 15 (n=3,184) 127
11. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm)
ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 55 ข้อ
และ 15 ข้อ (n=3,184) 129
12. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm)
ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์
(TMHI-55) โดยจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain)
ของสุขภาพจิต (n=3,184) 131
13. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm)
ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์
(TMHI-55) เมื่อจำแนกตามเพศ (n=3,182) 133
14. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm)
ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์
(TMHI-55) เมื่อจำแนกตามรายภาค (n=3,184) 136
15. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm)
ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์
(TMHI-55) เมื่อจำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท
(n=3,184) 138
16. การศึกษาความพ้อง (agreement study)
ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต
คนไทยฉบับ 55 ข้อ และ 15 ข้อ (n=3,184) 139

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. ขั้นตอนการสร้างสเกล.....	44
2. กรอบแนวคิดในการวิจัย	80
3. วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling frame)	87



บทที่ 1

| บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพ การเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกกันโดยเด็ดขาด การเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะโรคที่เป็นเรื้อรัง หรือรักษาไม่หายขาด มักมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ในทางกลับกันการมีสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นผลดีกับสุขภาพทางกายด้วย ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพจิตว่า ไม่ได้หมายความว่าเฉพาะการไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้น แต่สุขภาพจิตหมายถึงความรวมถึง ภาวะปกติที่บุคคลรู้ถึงความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญต่อความเครียดในชีวิตประจำวันได้ สามารถทำงานได้ประสบผลสำเร็จ และสามารถช่วยเหลือสังคมและชุมชนของตนเองได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

ในศตวรรษที่ผ่านมา สภาวะแวดล้อมทางกายภาพของโลกได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงบางอย่างอาจดูเหมือนอยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์ แต่ในขณะเดียวกันก็มีอีกหลายสาเหตุที่มาจากมนุษย์โดยตรง การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ซึ่งมีการพัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง ส่งผลให้สังคมเกิดการแข่งขันกันสูง เป็นสังคมที่มีการต่อสู้ดิ้นรน การดำเนินชีวิตภายใต้การเปลี่ยนแปลงนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลโดยทั่วไป ลักษณะของความเจ็บป่วยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปในด้านสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิต จากการเจ็บป่วยที่มี

สาเหตุจากการติดเชื้อ เป็นการเจ็บป่วยซึ่งมีสาเหตุจากมลพิษ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของบุคคล เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุทางจราจร (World Health Organization: WHO, 2008) ในขณะเดียวกันผลจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคม ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของบุคคลโดยตรง ทำให้เกิดความเครียดทาง จิตใจ ส่งผลตามมาทำให้จิตใจเกิดการเสียสมดุล ซึ่งโดยธรรมชาติเมื่อมีสิ่ง มากระทบด้านจิตใจจนบุคคลสามารถรับรู้ได้ถึงภาวะเสียสมดุลนั้น ใน เบื้องต้นร่างกายของมนุษย์จะมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อ พยายามกลับสู่ความสมดุลใหม่ คนที่สุขภาพจิตดีจะสามารถปรับตัวและ จิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง หากการปรับตัวไม่ สมดุลจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตพบได้เสมอในชีวิต ประจำวัน เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือภาวะเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2540; สันติชัย จำจิตรสิน, 2551)

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในประชากรทั่วไป การเจ็บป่วยด้วยโรคบาง โรคมีความรุนแรงจนอาจทำให้เสียชีวิตโดยไม่มีระยะเวลาป่วยหรือพิการ ยาวนาน บางโรคไม่ทำให้เสียชีวิต แต่มีระยะเวลาป่วยหรือพิการหลายสิบปี ซึ่งความสูญเสียทางสุขภาพนี้รวมเรียกว่าเป็น “ภาระโรค” (Burden of disease) สะท้อนถึงภาระทางสังคมที่ต้องแบกรับอันเนื่องจากการเกิดโรคนั้น เอง ภาระทั้งหลายนี้ เช่น การใช้ทรัพยากรเพื่อการดูแลรักษา การสูญเสีย ผลผลิตที่จะเกิดแก่สังคมถ้าบุคคลนั้นป่วย และผลจากการมีบุคคลในภาวะ พึ่งพิงแก่สังคมเพิ่มขึ้น เป็นต้น (สำนักกระบวนวิชา, 2547) องค์การอนามัย โลกและ The Harvard School of Public Health จึงได้พัฒนาดัชนีที่เรียก ว่า การสูญเสียปีสุขภาวะหรือการมีสุขภาพดี (DALYs = disability adjusted life years) เพื่อใช้ประเมินภาระโรคอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร รวม กับภาวะการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความจำกัดในการดำเนินชีวิต คำนวณโดย การนำเอาจำนวนปีที่สูญเสียชีวิตไปอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันสมควร (YLL: year of life loss) มาคิดรวมกับจำนวนปีที่ต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการ หรือทนทุกข์จากโรค (YLD: year lived with disability) ($DALY = YLL +$

YLD) โดยที่ 1 DALY หมายถึง การสูญเสียการมีสุขภาพดีไป 1 ปี (WHO, 2008)

องค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก ร่วมกับนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ศึกษาภาระโรคของประชากรโลกครั้งล่าสุด ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 15-44 ปี ดังปรากฏเป็นรายงาน “World Health Report 2002” พบว่าการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดจากโรคที่ไม่ติดต่อ ร้อยละ 45.9 ในขณะที่โรคติดต่อคิดเป็นร้อยละ 42.0 นอกจากนั้นเป็นการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่น ในส่วนของโรคที่ไม่ติดต่อนี้พบว่าเป็นการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.0 จำแนกเป็นโรคซึมเศร้า (Unipolar major depression) ร้อยละ 4.5 การติดสุราเรื้อรัง (Alcohol use disorders) ร้อยละ 1.4 โรคจิตเภท (Schizophrenia) ร้อยละ 1.1 โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar affective disorder) ร้อยละ 0.9 และโรคลมชัก (Epilepsy) ร้อยละ 0.5 โรคทางจิตเวชอื่นที่พบ เช่น ภาวะสมองเสื่อม (Alzheimer and other dementia) โรคพาร์กินสัน (Parkinson disease) และการติดสารเสพติด (Drugs use disorders) มีการประมาณการกันว่าความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 11 ของการเกิดโรคทั้งหมดในปี ค.ศ. 1990 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 อาการซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ หนึ่งในสี่ของประชากรจะมีความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรม 1 ถึง 2 ครั้งในช่วงชีวิตของตนเอง และจะมีสมาชิกอย่างน้อย 1 คนในครอบครัวที่มีความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจจะไม่ใช่วิธีที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ แต่การป่วยทำให้คุณภาพชีวิตสูญเสียไปมาก ก่อให้เกิดความบกพร่องและขาดประสิทธิภาพในการทำงาน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เป็นภาระของสังคมที่ต้องดูแล ส่งผลเสียอย่างร้ายแรงทางเศรษฐกิจและสังคม (WHO, 2008)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยในปัจจุบัน จะพบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ

ประชาชนหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจตกต่ำ ค่าครองชีพสูงขึ้น ปัญหาราคาน้ำมันแพง ต้นทุนการผลิตสูงแต่ราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ นำมาซึ่งปัญหาหนี้สินทั้งในและนอกระบบ การมีความไม่มั่นคงทางการเมือง ตลอดจนปัญหาความขัดแย้งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ล้วนมีผลต่อการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญเพิ่มมากขึ้น รายงานการะโรคสำหรับประเทศไทยตามดัชนีการสูญเสียสุขภาพหรือการมีสุขภาพดี โดยสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค (2547) วิเคราะห์ภาวะโรคในปีงบประมาณ 2542 พบว่าจำนวนการสูญเสียสุขภาพหรือการมีสุขภาพดี 10 อันดับแรก พิจารณาเฉพาะภาวะโรคที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำแนกตามเพศ ในเพศชายพบว่า การทำร้ายคนอื่น หรือพฤติกรรมก้าวร้าว มีภาวะโรคเป็นอันดับที่ 8 (ร้อยละ 3) การฆ่าตัวตาย มีภาวะโรคเป็นอันดับที่ 9 (ร้อยละ 3) และการติดสารเสพติด มีภาวะโรคเป็นอันดับที่ 10 (ร้อยละ 2) ส่วนในเพศหญิงพบว่า โรคซึมเศร้า ทำให้มีภาวะโรคสูงเป็นอันดับที่ 4 (ร้อยละ 3) จึงนับได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่รุนแรงและเป็นภาระทางสังคมในอันดับต้น ๆ

จากการรายงานข้อมูลสถานการณ์โรคและการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ของกรมสุขภาพจิต (2549) พบว่าจำนวนผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ในปีงบประมาณ 2546-2548 โดยภาพรวมทั่วประเทศมีแนวโน้มลดลง เมื่อจำแนกตามโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ พบผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 474,005 ราย 423,078 ราย และ 357,241 ราย ลดลงร้อยละ 10.74 และ 15.56 โรควิตกกังวลจำนวน 546,025 ราย 413,715 ราย และ 372,536 ราย ลดลงร้อยละ 24.23 และ 7.42 โรคซึมเศร้าจำนวน 103,299 ราย 87,101 ราย และ 93,566 ราย ลดลงและเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.63 และ 6.11 ปัญญาอ่อนจำนวน 35,692 ราย 34,396 ราย และ 32,294 ราย ลดลงร้อยละ 3.63 และ 6.11 และการใช้สารเสพติดจำนวน 234,245 ราย 113,453 ราย และ 82,438 ราย ลดลงร้อยละ 51.56 เมื่อพิจารณาปัญหาการฆ่าตัวตายก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จำแนกเป็นการฆ่าตัวตาย

สำเร็จจำนวน 4,486 ราย 4,296 ราย และ 3,941 ราย ลดลงร้อยละ 4.23 และ 8.26 การฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีจำนวน 25,350 ราย 20,035 ราย และ 23,866 ราย ลดลงร้อยละ 20.96 และ 19.12 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยดังกล่าว ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อพิจารณาที่ขนาดของสัดส่วนปัญหาด้านสุขภาพและความเป็นภาระโรคพบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ยังมีผลกระทบต่อการสาธารณสุขในแง่ของการเกิดการสูญเสียและการตายที่สำคัญในลำดับต้นๆ ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเท่าที่ควร ทำให้สัดส่วนของประชากรที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลรักษา และประสบกับการสูญเสียความสามารถที่ควรจะมีในภาวะปกติ จึงมีประชากรจำนวนมากที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคจิตและโรคทางระบบประสาท (จุมภฏ พรหมสีดา และปรีชา สุวัจนุตตร, 2546)

ในประวัติศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญเน้นหนักไปในเรื่อง “ความทุกข์ระทมแห่งการเจ็บป่วย (Ails)” ทางใจทั้งหลายของมนุษย์ เช่น ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า โรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ หลงผิด ฯลฯ โดยมีเป้าหมายของการปฏิบัติการช่วยเหลืออยู่ที่การช่วยให้ผู้เจ็บป่วยเหล่านั้นพ้นจากภาวะ “ทุกข์ระทม” มาสู่ภาวะปกติ แต่ในปัจจุบันนักวิชาการทางด้านสุขภาพจิต หรือนักวิชาการศาสตร์สาขาอื่น ได้หันมาให้ความสำคัญกับ “ความสุข” (Happiness) เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่า “สุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มากกว่าแค่ไม่มีโรคทางจิตเท่านั้น แต่จะต้องเป็นอะไรที่เสริมสร้างศักยภาพของจิตใจและวิญญาณของมนุษย์” ผู้ให้บริการจึงเกิดมีคำถามว่าจะมีวิธีการใดที่จะทำให้ผู้คนมีความรู้สึกเต็มอิ่ม และเข้าถึงความหมายลึกซึ้งของ “ความสุข” ได้ จึงได้เริ่มมีการสำรวจระดับความสุขของประชาชนในความรับผิดชอบดูแลอย่างเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการวัดความสุขในระดับบุคคล (Individual) หรือเป็นการวัดระดับประเทศที่เรียกว่า “ความสุขมวลรวมประชาชาติ” (Gross National Happiness : GNH) เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลในการวางแผนการสร้างสุขให้แก่ประชาชน

สำหรับประเทศไทยพบว่าการดำเนินการดูแลด้านสุขภาพจิตของประชาชนยังมีข้อจำกัดด้านการขาดแคลนบุคลากร เมื่อพิจารณาบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค คัดกรอง หรือประเมินสภาพจิตใจเพื่อทราบถึงปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2549) ได้สรุปรายงานทรัพยากรด้านสุขภาพจิตดังนี้ ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีจำนวนจิตแพทย์ทั้งหมด จำนวน 399 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรต่อประชากรเท่ากับ 1 : 157,393 และในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนจิตแพทย์ 419 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.00 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 147,908 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนจิตแพทย์ 445 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.21 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 140,265 จากสัดส่วนดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นการขาดแคลนจิตแพทย์ในชั้นวิกฤต

เมื่อพิจารณาจำนวนพยาบาลจิตเวชในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนพยาบาลจิตเวชทั้งหมด จำนวน 1,816 คน คิดเป็นสัดส่วนพยาบาลจิตเวชต่อประชากร เท่ากับ 1 : 34,736 และปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนพยาบาลจิตเวชจำนวน 1,851 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.93 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1 : 33,481 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนพยาบาลจิตเวช 1,868 คน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.92 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 33,414 ถึงแม้ว่าจำนวนพยาบาลจิตเวชจะเพิ่มขึ้นทุกปี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของประชาชนที่พยาบาลจิตเวชต้องรับผิดชอบดูแล ก็ยังถือว่าเป็นภาระที่หนักมากเมื่อจะให้บริการได้อย่างครอบคลุม

เมื่อพิจารณาในทีมสุขภาพจิตที่สามารถช่วยเหลือในการประเมินสภาพจิตใจแก่ประชาชนทั่วไปว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เพื่อให้การบำบัดช่วยเหลือและส่งเสริมการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก็พบว่าอัตราส่วนของนักจิตวิทยาเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรก็ยังมีจำนวนน้อยเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทยมีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิกทั้งหมด จำนวน 216 คน คิดเป็นสัดส่วนนักจิตวิทยาคลินิกต่อประชากรเท่ากับ 1 : 292,036 และ ปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 222 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.78 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ

1 : 279,161 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2548 มีนักจิตวิทยาคลินิก 230 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.60 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 271,383 ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2548 พบว่า จำนวนนักจิตวิทยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาทั้ง 3 วิชาชีพที่ต้องทำหน้าที่ในการประเมินสภาพจิตใจ และให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เปรียบเทียบกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบซึ่งมีจำนวนมาก จึงเป็นข้อจำกัดอย่างมากในการดูแลรับผิดชอบประชาชนเหล่านี้ได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังพบว่าทั้ง 3 วิชาชีพส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร จึงทำให้เกิดปัญหาว่า สัดส่วนของ 3 วิชาชีพนี้ต่อการดูแลรับผิดชอบประชากรในภาคต่าง ๆ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่าสัดส่วนที่เป็นจริง

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรดังกล่าวข้างต้น ไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยในสถานบริการเท่านั้น แต่หมายถึงรวมถึงการทำหน้าที่ในการค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนด้วย ซึ่งการค้นหาดังกล่าวอาจดำเนินการโดยเครือข่าย หรือแกนนำในชุมชนเพื่อช่วยเหลือในเรื่องนี้ การจะดำเนินการค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ต้องใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพจิต และเป็นเครื่องมือที่ง่ายและสะดวกในทางปฏิบัติ การพัฒนาดัชนีดัชชีวัดสุขภาพจิตคนไทยเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตนั้น ในประเทศไทยได้มีการศึกษาของ อัมพร โอตระกูล และคณะ (2540) ได้ทำการวิจัย เรื่อง การพัฒนาดัชนีดัชชีวัดสุขภาพจิต ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับเกิดเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพจิต จำนวน 2 ฉบับ คือ 36 ข้อ และ 15 ข้อ ต่อมา สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์ และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย ใช้กลุ่มตัวอย่าง 700 คน แยกเป็นคนปกติ และกลุ่มผู้ป่วยนอกจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน ผลการพัฒนาพบว่าได้เครื่องมือที่มีค่าถาม 70 ข้อ ซึ่งมีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและกลุ่มมีปัญหาทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ต่อมาในปี พ.ศ.2543-2544 อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตเช่นกัน เป็นเครื่องมือ

ที่ช่วยคัดกรองเบื้องต้นในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เครื่องมือนี้ชื่อว่า ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาได้เครื่องมือ 2 ฉบับ ฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ แต่เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 อภิชัย มงคล และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาอีกครั้ง เรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 5 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ ผลการศึกษาได้เครื่องมือ 2 ฉบับ คือ ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ หลังจากปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา มีนักวิชาการเป็นจำนวนมากสนใจในการนำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับ ไปใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สนใจศึกษา และได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น การศึกษารั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งที่ 3 เพื่อได้เครื่องมือในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยในการดำเนินงานสุขภาพจิตเชิงรุกในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้เครื่องมือนี้ไปประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หรือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต หากเกินขีดความสามารถก็ส่งต่อไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ซึ่งถือว่าเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และเป็นการขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตไปสู่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือสนใจ สามารถนำเครื่องมือนี้ไปประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในความรับผิดชอบ ซึ่งเครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของสังคมไทย

การศึกษาเพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษารั้งที่ 3 โดยการพัฒนาเพิ่มเติมจากเครื่องมือเดิม ทำการศึกษาจากประชากรทุกภาคของประเทศเพื่อหาค่าปกติของคนไทย และเป็นเครื่องมือที่เมื่อพัฒนาสำเร็จแล้วสามารถนำไปใช้กับประชากรไทยทั่วประเทศ

2. คำถามการวิจัย

2.1 เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่พัฒนาขึ้นนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือเป็นอย่างไร

2.2 ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตมีค่าเท่าใด เมื่อจำแนกตามเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ ฉบับสั้น องค์ประกอบ เพศ แต่ละภาคของประเทศ เขตเมืองและเขตชนบท

2.3 ค่าความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์

3.1 พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3.2 ศึกษาค่าปกติซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตคนไทยทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) เพศ แต่ละภาคของประเทศ เขตเมืองและเขตชนบท

3.3 ศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น

4. ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) โดยแบ่งการศึกษาดังกล่าวออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความตรงตามเนื้อหา ระยะที่ 2 ศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ศึกษาค่าปกติของคนไทย และค่าความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ใน 13 จังหวัดของ 5 ภาคในประเทศไทย และจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งการปกครองแบบ เขต แขวง และชุมชน ขนาดตัวอย่าง

3,184 คน การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi stage random sampling) ระยะเวลาในการศึกษาทั้ง 2 ระยะ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 – ธันวาคม 2550

5. ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งผลการประเมินที่ได้จะเป็นค่าปกติ (Norm) ของกลุ่มคนที่ทำการศึกษเป็นเกณฑ์มาตรฐานว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เท่ากับคนทั่วไป หรือต่ำกว่าคนทั่วไป ฉะนั้น เกณฑ์ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิตในการศึกษครั้งนี้ ไม่ได้ใช้การตัดสินโดยเกณฑ์การวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือไม่ได้ใช้เกณฑ์ของแบบทดสอบใดๆ มาร่วมเป็นเกณฑ์การตรวจมาตรฐาน (gold standard)

6. นิยามศัพท์

6.1 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator Version 2007 หรือ TMHI Version 2007) หมายถึง แบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคล โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของความหมายสุขภาพจิต องค์ประกอบของสุขภาพจิต (Domain) และองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain)

6.2 ค่าปกติของคนไทย หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป กำหนดโดยพิจารณาจากการกระจายของคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่ได้จากการใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ และคนไทยในการศึกษานี้หมายถึงประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 มีเครื่องมือในการวัดภาวะสุขภาพจิตของคนไทยซึ่งผ่านการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และค่าปกติของภาวะสุขภาพจิต มีทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น นอกจากนี้ยังจำแนกตามองค์ประกอบ เพศ แต่ละภาค และเขตเมือง เขตชนบท ซึ่งผู้วิจัยอื่นๆ หรือผู้สนใจสามารถเลือกใช้แบบวัดสุขภาพจิต ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแต่ละประเภท และเครื่องมือเหล่านี้ผ่านการทดสอบความง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชนจริง เรียบร้อยแล้ว

7.2 ใช้เป็นแบบวัดภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในหน่วยงาน ชุมชน และประชาชน เพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มคนใน ความรับผิดชอบ และเป็นแนวทางในการพัฒนาดูแล ช่วยเหลือในกลุ่มที่ ผลการประเมินพบว่า มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

7.3 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

| เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย Version 2007
ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

- 1.1 ความหมายของสุขภาพจิต
- 1.2 องค์ประกอบของสุขภาพจิต

2. แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

- 2.1 ความหมายของการวัด
- 2.2 การสร้างสเกลหรือแบบวัด
- 2.3 การรวบรวมรายการคำถามเพื่อสร้างสเกล
- 2.4 การตัดรายการคำถามที่ไม่เหมาะสมออก
- 2.5 สรุปขั้นตอนการสร้างสเกล
- 2.6 ความตรงของเครื่องมือ
- 2.7 ปัจจัยที่มีผลต่อความตรงและวิธีการปรับปรุงแก้ไข
- 2.8 เกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพจิต

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต

- 3.1 แบบวัดสุขภาพจิต
- 3.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต
- 3.3 แบบวัดความผาสุก

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

1.1 ความหมายของสุขภาพจิต จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจิตไว้ดังนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2522) จิตแพทย์ที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539) ได้ให้ความหมาย สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ จิต หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้ คิด และนึก สุขภาพจิตจึงหมายถึงจิตใจที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1976 อ้างใน อัมพร โอตระกูล, 2540; WHO, 2001) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต ว่าเป็นสภาวะที่ผาสุกของบุคคล สามารถจัดการความเครียดในชีวิต และปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี การมีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง สามารถสร้างสรรค์ผลงานที่ดี และเสียสละเพื่อสังคมของตนเอง ทั้งนี้ได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วม และกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

อภิสิทธิ์ อารมวรานุ (2543) ได้กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ความสุขประกอบด้วยภาวะจิตใจและร่างกายมีความสุข (กายและใจแยก

จากกันไม่ได้) และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยก็เป็นปัจจัยสำคัญ

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของ ประชาชนชาวอีสาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ พรรณนาความหมายสุขภาพจิตในทัศนะของประชาชนชาวอีสาน และเพื่อ ศึกษากิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการศึกษาความ หมายของสุขภาพจิตจากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 18 คน ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปจำนวน 169 คน จากจังหวัดขอนแก่น หนองคาย และสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า คำที่มีความหมายตรงกับ สุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง และความ ผาสุก (อยู่ดีกินดี) และความหมายของสุขภาพจิตดี คือ การที่บุคคลมี สุขภาพกายและจิตดี มีความผาสุก (อยู่ดีกินดี) ในการดำรงชีวิต ปราศจาก โรคจิต โรคประสาท และละเหินจากอบายมุข

อภิชัย มงคล และคณะ (2547) ได้พัฒนาและทดสอบดัชนี ชีวัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่ และให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหา ในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย ครอบคลุมถึง ความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไป

จิรา เต็มจิตอารีย์ (2550) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคล ซึ่งโดยธรรมชาติภาวะทางจิตใจมีการปรับ เปลี่ยนแปลง ตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้นั้น ปัจจุบันมีการ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมวิทยาศาสตร์ และ เทคโนโลยี ซึ่งมีการพัฒนาการไปอย่างไม่หยุดยั้ง สุขภาพจิตของคนเรา จึง ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตาม

อัศวินี นามะกันคำ (2550) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ ความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจ ปราศจากโรคจิต โรคประสาท หรือลักษณะ ผิดปกติทางจิต สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในใจปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

กันยา สุวรรณแสง (2550) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึงความสมบูรณ์ในด้าน

จิตใจ จิตใจปกติ เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัว ภาย และจิตใจ ให้เกิดดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม และสังคม ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข

นิภา นิธยาย (2551) ให้ความหมายสุขภาพจิต ว่าสุขภาพจิต เป็นผลของการปรับตัว ซึ่งเป็นวิธีการที่คนเราแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ในการปรับตัวให้เป็นไปตามความต้องการของตัวเอง เพื่อนฝูงหรือสังคม หรือในการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นแก่ตัวเอง ตั้งแต่แรกเกิดจนวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเครื่องมือที่จะกำหนดแบบของบุคลิกภาพ ซึ่งรวมทั้งสุขภาพจิตที่มีคุณภาพของคนเราด้วย

Jahoda (1958) ได้ชี้ประเด็นในการมองสุขภาพจิตไว้ 3 ทางคือ

1. as a relatively constant and enduring function of personality เป็นลักษณะการทำงานของบุคลิกภาพที่ค่อนข้างจะคงที่ และยาวนาน ถึงแม้จะมีขึ้นๆ ลงๆ บ้าง แต่สุขภาพจิตโดยทั่วไปค่อนข้างคงที่ และพยากรณ์ได้ (predictable) เป็นลักษณะเฉพาะของบุคลิกภาพ

2. a momentary function of personality and situation เป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวในลักษณะของบุคลิกภาพ และตามสภาพการณ์ ซึ่งสุขภาพจิตอาจแปรเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ภายนอก และปัจจัยภายในจิตใจ สุขภาพจิตในลักษณะนี้จะไม่ค่อยคงที่และคาดเดาไม่ได้ในระยะยาว ซึ่งก็คือความรู้สึกและการแสดงออกในปัจจุบัน

3. as a group or cultural characteristics เป็นสุขภาพจิตตามลักษณะของกลุ่มหรือวัฒนธรรม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association, 1980) ให้ความหมายของสุขภาพจิตในอภิปรัชญาทางจิตเวชว่า สุขภาพจิตคือ การประสบความสำเร็จในการทำงาน ความรัก และมีศักยภาพในการสร้างสรรค์ เพื่อความสมบูรณ์ และยืดหยุ่นต่อความขัดแย้ง

ที่เกิดขึ้นระหว่างความต้องการภายในกับมโนธรรม สามารถยกย่องบุคคลอื่น และมีชีวิตอยู่ในโลกของความเป็นจริง

Richard (1980) ได้ให้ความหมายของ สุขภาพจิตคือ ภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม และปราศจากโรคและความเจ็บป่วย

Kriegh, Perko (1983) กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ความต้องการของบุคคลทั้งจากภายนอกและภายใน ได้รับการผสมผสานให้สัมพันธ์กับความเป็นจริงและสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ ทำให้บุคคลปรับตัวได้ สามารถทำหน้าที่ของชีวิตได้โดยอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ไม่บิดเบือนความจริง ผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ซึ่งสามารถจะปรับปรุงตนเองให้มีสภาพที่ปราศจากความคับข้องใจ ปราศจากพยาธิสภาพหรืออาการต่างๆ ยืนหยัดและดำเนินการตามปรัชญาชีวิตที่เหมาะสมของตน มีความพอใจในตนเอง ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในทางที่เหมาะสม มีสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น

Burgess (1990) ได้อธิบายถึงสุขภาพจิตในแง่ของพยาบาลว่า สุขภาพจิต คือ ความสมดุลระหว่างปัจจัยด้านชีวะ และจิตสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการศึกษาในสังคมนั้น นั่นคือ ความสามารถรักษาสสมดุลระหว่างชีวิตจิตสังคม ซึ่งสภาพจิตสมดุลมีลักษณะดังนี้ คือ

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

นอกจากนี้ จะต้องสามารถปรับสมดุลระหว่างอารมณ์และการกระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างยืดหยุ่น ไม่มีอารมณ์แปรปรวน หรือมีพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่แปลกไปจากสังคมส่วนใหญ่

Shives (1990) ได้สรุปความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิตนั้นคือ

1. มีความสามารถในการแก้ปัญหา

2. มีศักยภาพในการทำงานและในด้านความรักได้เต็มที่
3. จัดการกับภาวะวิกฤตได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน ๆ
4. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี โดยสามารถมีชีวิตที่มีความสุข มีเป้าหมาย และประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง สามารถช่วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่นได้โดยไม่ทำให้ผู้อื่นยุ่งยากใจ

Bohlander, et al. (1993) เชื่อว่า สุขภาพจิตเป็นเรื่องของความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลโดยให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ความรับผิดชอบในสังคม และประสิทธิภาพของความพึงพอใจและความสุขสบายที่ได้รับ ซึ่งเป็นความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกพอใจ และความเป็นสุข ซึ่งสุขภาพจิตไม่ใช่ความรู้สึกที่คงที่แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงของบุคคลกับปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกๆ วัน และเป็นความสามารถที่จะไปสู่ความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมาย ตลอดจนความสามารถในการที่จะเข้าใจตนเอง

Comanche County Health Department (2008) ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ ภาวะความสำเร็จในการทำหน้าที่ของจิตใจ และมีผลผลิตจากการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดี และสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหากับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ดีที่เกิดขึ้น สุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อความผาสุกของมนุษย์ ครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและมีผลโดยตรงต่อสังคม

North Eastern Health Board (2008) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นความสมดุลทุกด้านของชีวิตระหว่างสังคม ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ซึ่งมีผลต่อการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และขจัดปัญหาในการดำรงชีวิต ตลอดจนเป็นส่วนที่ทำให้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสุขสมบูรณ์

สุขภาพจิตในความหมายของ Mental Health Ireland (2008) มีความหมายมิใช่แต่การปราศจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเท่านั้น แต่มี

อีกหลายมุมมองในชีวิตของเรา ซึ่งรวมถึง 1) เราารู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับตนเอง 2) เราารู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับผู้อื่น 3) เราสามารถได้รับความต้องการของชีวิตเราได้อย่างไร

จากการทบทวนความหมายของสุขภาพจิต ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่า จะกล่าวถึง สภาพภายในใจที่สมบูรณ์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีศักยภาพในตนเอง สร้างสรรค์ผลงานที่ดี เสียสละเพื่อสังคม ภายใต้สภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพบว่า ในการให้ความหมายดังกล่าวก็ยังคงให้ความหมายที่คล้ายคลึงกับความหมายของสุขภาพจิต ซึ่งอภิชัย มงคล (2544) ได้เคยทำการศึกษาไว้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่เปลี่ยนแปลงคำจำกัดความเดิมที่เคยศึกษาซึ่งให้ความหมายของ “สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป”

1.2 องค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้มีนักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบหรือลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ และคณะ (2518 อ้างถึงในสุริภรณ์ สมคะเนย์, 2542) ได้แบ่งเกณฑ์ในการประเมินผู้มีสุขภาพจิตไว้ 3 ประการ คือ

1) ความรู้สึกต่อตนเอง

1.1) ไม่เกิดอารมณ์ต่างๆ มากนัก เช่น โกรธ กลัว อิจฉา ริษยา วิตกกังวล

1.2) สามารถควบคุมความผิดหวังได้

1.3) เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง เช่น ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง ไม่เข้าข้างตนเอง หรือแก้ตัวให้กับตนเองตลอดเวลา

1.4) นับถือตนเองไม่ยอมให้บุคคลอื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง

1.5) แก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น รู้สาเหตุแห่งปัญหา
ยอมรับสถานการณ์ที่แก้ไขไม่ได้

1.6) รู้สึกพึงพอใจในสิ่งต่างๆ

2) ความรู้สึกต่อผู้อื่น

2.1) ให้ความรักแก่ผู้อื่น และยอมรับความสนใจของ
คนอื่น

2.2) คบหาสมาคมกับคนอื่นได้

2.3) ไว้วางใจคนอื่น ๆ ไม่หวาดระแวง

2.4) ยอมรับนับถือความแตกต่างหลายๆ อย่างที่
คนอื่นมี

2.5) ไม่ผลักดันให้คนอื่นตามใจตนเอง และไม่ยอมให้
ตนเองตามใจคนอื่นตามชอบใจ

2.6) รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความ
รับผิดชอบต่อมนุษยชาติโดยทั่วไป

3) ความสามารถในการดำเนินชีวิต

3.1) สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตได้เป็นอย่างดี

3.2) มีสิทธิและรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง

3.3) รู้จักทำสภาพสิ่งแวดล้อมให้ดีที่สุด ในกรณีจำเป็น
ก็ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี

3.4) รู้จักวางแผนการดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต

3.5) ยอมรับประสบการณ์และความคิดใหม่ๆ

3.6) ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ถ้าทำอะไรก็ทำอย่าง
เต็มความสามารถ และมีความพึงพอใจการกระทำนั้น

3.7) วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตของ
ตนเองได้

คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนา
สุขภาพจิต (2537) ได้แยกลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตออกมาเป็น
3 มิติ คือ

1) มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่

1.1) ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่างๆ พอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อุดหนุน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว

1.2) มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจความต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก

1.3) วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลก ภายนอก หมายถึง ความสามารถในการมองโลกตามความเป็นจริงภายนอก สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีการดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2) มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่

2.1) ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิด สามารถจัดการกับปัญหา สิ่งแวดล้อมรอบตัว และโลกภายนอกได้โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่นและสังคมวงกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2) การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุข สงบ และมีความพอใจ

2.3) ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพัน สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการ เหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

3) มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

วีระ ไชยศรีสุข (2539) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีความสามารถและความเต็มใจที่จะรับผิดชอบอย่างเหมาะสมกับระดับอายุ
- 2) เป็นผู้ที่มีความพอใจในความสำเร็จจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของกลุ่ม โดยไม่คำนึงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมนั้น จะมีการถกเถียงกันมาก่อน
- 3) เป็นผู้เต็มใจที่จะทำงานและรับผิดชอบอย่างเหมาะสมกับบทบาทหรือตำแหน่งในชีวิตของเขา แม้ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตำแหน่งก็ตาม
- 4) เมื่อเผชิญกับปัญหาที่จะต้องแก้ไข ก็ไม่หาทางหลบเลี่ยง
- 5) จะรู้สึกสนุกต่อการขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางต่อความสุขหรือพัฒนาการ
- 6) เป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจด้วยความกังวลน้อยที่สุด
- 7) เป็นผู้ที่สามารถ อดได้ รอได้ จนกว่าจะพบสิ่งใหม่
- 8) เป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จด้วยความสามารถที่แท้จริง
- 9) เป็นผู้ที่คิดก่อนที่จะทำ
- 10) เป็นผู้ que เรียนรู้จากความล้มเหลวของตนเอง
- 11) เมื่อประสบความสำเร็จก็ไม่ขอบคุณไขว่ดวงใจเกินความเป็นจริง
- 12) เป็นผู้ปฏิบัติตนได้สมบทบาท
- 13) เป็นผู้ที่สามารถปฏิเสธต่อการเข้าร่วมกิจกรรมที่สวนทางกับที่เขาสนใจ

14) เป็นผู้ที่สามารถตอบรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับเขา

15) เป็นผู้ที่แสดงอาการโกรธออกมาโดยตรงเมื่อเขาได้รับความเสียหาย และแสดงออกเพื่อป้องกันความถูกต้องด้วยเหตุผล

16) เป็นผู้ที่สามารถแสดงความพอใจออกมาโดยตรง และเหมาะสม

17) เป็นผู้ที่สามารถอดทน อดกลั้นต่อความผิดหวัง และภาวะคับข้องใจทางอารมณ์ได้ดี

18) เป็นผู้ที่มีลักษณะนิสัยและเจตคติที่ก่อรูปขึ้นอย่างเป็นระเบียบ เมื่อเผชิญกับสิ่งยุ่งยากต่างๆ ก็จะสามารถประนีประนอมนิสัยและเจตคติเข้ากับสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้

19) เป็นผู้ที่สามารถระดมพลังงานที่มีอยู่ในตัวออกมาใช้ได้ อย่างทันที

20) เป็นผู้ที่ไม่พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความจริง มีความเข้มแข็ง และใช้วิจารณญาณที่ดีที่สุด

กันยา สุวรรณแสง (2540) กล่าวถึง ลักษณะของ สุขภาพจิตว่า สุขภาพจิตของมนุษย์โดยทั่วไปมีลักษณะไม่คงที่ มักจะเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา สุขบ้างทุกข์บ้างได้เสมอจากแรงผลักดันทั้งภายในตัวเราเอง และจากผู้คนในสังคมรอบตัวเรา ผู้มีสุขภาพจิตดีนั้นนอกจากเป็นผู้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งร่างกายและจิตใจแล้วยังต้อง

1) มีความสามารถที่จะผูกพันกับบุคคลอื่นได้อย่างราบรื่น และวางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม

2) สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือทำตนให้มีคุณค่าได้ในสภาพของสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

3) เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการ ก็สามารถผ่อนปรนหาทางออกที่ราบรื่นถูกต้องกับทำนองคลองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่จะได้รับนั้นๆ ด้วย

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ควรมีลักษณะดังนี้

- 1) มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง โดยคิดว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นๆ แต่ถ้าเมื่อใดเขารู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่าต่อใครเลย นั่นคือภาวะที่ผิดปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคประสาทซึมเศร้า หรือโรคจิตซึมเศร้าได้
- 2) มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยเชื่อมั่นในครอบครัวว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ครอบครัวจะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและฝ่าวิกฤตต่างๆ ได้
- 3) เป็นคนมองโลกในแง่ดี มีความรักให้กับเพื่อนร่วมโลกและผู้อื่น
- 4) เป็นคนไม่ตึงเครียดและหวั่นไหวง่าย สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันตึงเครียดได้
- 5) มีความยืดหยุ่นในตัวเอง เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่รุนแรง เขาจะสามารถปรับตัวให้อยู่ได้อย่างเหมาะสม
- 6) มองโลกตามความเป็นจริงว่า โลกนี้มีทั้งดีและไม่ดีปะปนกัน คนเราก็มีทั้งดีและไม่ดีในตัวเอง
- 7) ไม่ใฝ่ฝันเกินจริง โดยอาจตั้งความหวังที่สามารถทำให้สำเร็จได้ ถ้าทุกท่านสามารถเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีแล้ว ท่านก็จะอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีความสุข

อภิสิทธิ์ อารงวรังกูร (2542) กล่าวว่าความสุขของคนเรามี 8 เรื่องใหญ่ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต

- 1) ความสุขจากการมีหลักประกันในชีวิต ซึ่งหมายถึง เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีผู้ดูแล ไม่เป็นไปตามบุญตามกรรม และการมีทรัพย์สินที่ดินทำกิน
- 2) ความสุขจากการมีสุขภาพกายและทางใจดี
- 3) ความสุขจากการที่มีครอบครัวอบอุ่น
- 4) ความสุขจากการมีชุมชนที่เข้มแข็ง
- 5) ความสุขจากการมีความภาคภูมิใจ การที่ถูกหลานได้ดีฟังตนเองได้ การมีภูมิปัญญาที่จะถ่ายทอดสู่ลูกหลาน และผู้สนใจ

6) ความมีอิสรภาพ การมีอิสระในการคิด การพูดและทำโดยไม่สร้างความสะดวกหรือรบกวนต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการไม่มีหนี้

7) ความสุขจากการบรรลุธรรมซึ่งหมายถึงการมีปัญญาที่จะรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม

8) มีสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ ป่า ต้นไม้ใหญ่

อภิชาติ มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ผลการศึกษาในด้านลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 4 ประการ คือ

1) สุขภาพจิตดี (จิตใจดี มีคุณธรรม จิตใจเยือกเย็น สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาสดชื่น จิตใจร่าเริง สนุกสนาน จิตใจสบาย ไม่โกรธ ไม่ดุด่า และปล่อยวาง)

2) สุขภาพกายแข็งแรง (ไม่มีโรค ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เจ็บไข้ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์และนอนหลับได้)

3) ความผาสุก (อยู่ดีกินดี มีเงินพอใช้ มีเงินทอง มีความสุข อยู่เป็นสุข ไม่มีปัญหาครอบครัว ลูกอยู่ในโอวาท พอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่อยากได้อะไรเกินความพอดี เพื่อนบ้านดี ไม่มีศัตรู มีเพื่อนฝูง และสิ่งแวดล้อมดี)

4) คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก (เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลาน รักใคร่ดูแล เคารพนับถือกัน พูดจาดี พูดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นดุด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้สารเสพติด)

อภิชาติ มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวได้กำหนดองค์ประกอบของผู้ที่มีสุขภาพจิตประกอบด้วย

1) สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึงสภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

2) สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึงความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

3) คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม

4) ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนใน ครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึก มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

นิภา นิธยาย (2551) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มี สุขภาพจิตดีมีดังต่อไปนี้

1) ความรู้สึกต่อตนเอง

1.1) ไม่เกิดอารมณ์ต่าง ๆ ควบคุมตนเองมากนัก เช่น โกรธ กลัว กังวล

1.2) สามารถควบคุมความผิดหวังได้

1.3) เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง เช่น ยอมรับข้อบกพร่อง ของตนเอง

1.4) นับถือตนเอง ไม่ยอมให้ผู้อื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง

1.5) สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้โดยรู้สาเหตุแห่ง ปัญหา

2) ความรู้สึกต่อผู้อื่น

2.1) ให้ความรักแก่คนอื่น และยอมรับพิจารณาความ สนใจของคนอื่น

2.2) คบหาสมาคมกับคนอื่นได้

2.3) ไว้วางใจคนอื่นไม่หวาดระแวง

2.4) ยอมรับนับถือความแตกต่างหลายๆ อย่างที่ คนอื่นมี

2.5) ไม่ผลักดันให้ผู้อื่นตามใจตนเอง และไม่ตามใจ ผู้อื่นตามใจชอบ

2.6) รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความรับผิดชอบต่อมนุษย์ทั่วไป

3) ความสามารถในการดำเนินชีวิต

3.1) สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตได้เป็นอย่างดี

3.2) มีสิทธิและความรับผิดชอบต่อหน้าที่ตนเอง

3.3) รู้จักทำสภาพแวดล้อมให้ดีที่สุด ในกรณีจำเป็นก็ปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี

3.4) รู้จักวางแผนดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต

3.5) ยอมรับประสบการณ์และความคิดใหม่ๆ

3.6) ใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ถ้าทำอะไรก็ทำอย่างเต็มความสามารถ และพึงพอใจต่อการกระทำนั้น

3.7) วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตของตนเองได้

Maslow (1954) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ คือ

1) จะต้องสามารถยอมรับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติในด้านบวกได้

2) จะต้องสร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับผู้อื่น แสดงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ อดทน และรักผู้อื่นได้

3) รับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง แก้ปัญหาในสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เพราะบุคคลเหล่านี้สามารถตัดสินใจตามข้อเท็จจริงมากกว่าการเพ้อฝัน

4) สามารถชื่นชมยินดีและมีความสุขกับการมีชีวิตอยู่

5) รู้สึกเป็นอิสระในการคิดและการกระทำ แสดงพฤติกรรมที่เป็นมาตรฐานและเป็นค่านิยมส่วนบุคคลได้

6) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์โดยวิธีการต่างๆ ที่จะสร้างงานหรือแก้ปัญหา

7) มีพฤติกรรมที่คงเส้นคงวาต่อการชื่นชม และเคารพสิทธิของผู้อื่น โดยแสดงความตั้งใจที่จะเรียนรู้จากผู้อื่น เคารพในสิ่งที่ตนเอกลักษณ์และข้อแตกต่างของตนเองและของผู้อื่นได้

Jahoda (1958) ได้ให้แนวคิด (concept) ในการประเมินสุขภาพจิตของคนทั่วไป โดยพิจารณาจากทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ของเขาและการทำตนให้เป็นประโยชน์ ความผสมกลมกลืนกันของบุคลิกภาพ ความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมเกินไป การรับรู้ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบตัวตนเอง และความสามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้คือดัชนีที่จะบ่งชี้ว่า บุคคลมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดีได้ดังนี้

1) ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง (Attitude of an individual toward his own self) เขาคิดอย่างไรกับตัวเอง เช่น ดูถูกตัวเองหรือไม่ หรือว่าหลงตัวเอง เขามีภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกต้องหรือไม่ และเขารู้สึกอย่างไรต่อตนเอง สงสารตนเอง สมเพชตนเอง รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย หรือรู้สึกว่าตนเองยิ่งใหญ่เกินเลยความเป็นจริง

2) มีความต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ (Growth and development or self - actualization) เขาจะต้องมีแรงดลใจในด้านที่จะพัฒนาให้ตนเองเจริญก้าวหน้าขึ้น (Growth motivation) ในด้านทำความเจริญให้แก่สังคมที่เขาอยู่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ มักเป็นผู้ที่ขาดแรงดลใจ (Deficiency of motivation) จึงดูคล้ายคนขาดชีวิตชีวาและอยู่ไปอย่างไร้ประโยชน์ บุคคลที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ดีจะใช้ชีวิตของตนอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม

3) มีบุคลิกภาพที่ประสมประสานดี (Integration) คำว่าประสมประสาน คือ ความสมดุลของพลังดลใจและพลังควบคุม (Balance of psychic forces) ในคนปกติโดยทั่วไปเรามีความอยาก ความต้องการ (Need) ด้วยกันทั้งสิ้น และขณะเดียวกันเราก็มีแรงควบคุม (Controlling force) ซึ่งแรงทั้งสองนี้จะต้องสมดุลกัน เราจึงจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายได้ หากแรงทั้งสองนี้ขัดแย้งกันเองคือมีแรงใดแรงหนึ่งมากเกินไปก็จะทำให้เราหมดความสุข เพราะไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการส่วนตัว หรือตอบสนองความต้องการส่วนตัวมากเกินไปทำให้ขัดแย้งกับสังคมส่วนใหญ่

4) มีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy or independence from social influence) มีความสามารถควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน โดยไม่ต้องอาศัยแรงควบคุมภายนอกและยังประพฤติปฏิบัติตนโดยยึดถือความเชื่อมั่นของตนเองเป็นหลัก ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

5) จะรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นจริง (Perception of reality) การรับรู้ของเขาจะไม่ถูกบิดเบือนโดยอคติในตนเอง โดยความต้องการของตนเอง หรือบิดเบือนโดยอารมณ์ส่วนตัว เขาจะสามารถรับรู้เหตุการณ์อย่างที่เป็นจริง

6) สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ (Environment mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ จะต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสมแก่ภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสมจะต้องมีทักษะในมนุษยสัมพันธ์อย่างพอเพียงที่จะให้ชีวิตดำเนินได้อย่างราบรื่น จะต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ

Egbert (1980) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ

1) รู้จักตนเอง สามารถพัฒนาสมรรถานบุคลิกภาพได้เหมาะสมกับความเป็นจริง

2) เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางจริงได้

3) เป็นผู้ที่เข้าใจชีวิต และจุดมุ่งหมายในชีวิต

4) เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต

5) มีความสามารถในการรักษาความคิด พฤติกรรม ตามสถานการณ์ของชีวิตแต่ละช่วงได้

6) สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

จากการประชุมของ WHO (1981) ได้กล่าวถึงดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ซึ่งได้กล่าวรวมทั้งดัชนีชี้วัดทั้งในระดับบุคคลและชุมชนว่าควรประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ คือ

1) ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต

2) ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง

2.1) ความผาสุกของคน ๆ นั้น

2.2) ชีวิตในชุมชน สังคม

2.3) คุณภาพชีวิต

2.4) การพัฒนาทางด้านสังคมจิตใจ

3) ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับความแตกแยกของสังคม

Trubowitz (1994) ได้จำแนกพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตดีของบุคคลเป็น 5 ลักษณะคือ

1) ความสุข (Happiness) รู้จักหาความสุขสนุกสนานให้แก่ชีวิตตนเอง สามารถมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นตามที่ต้องการ

2) การควบคุมพฤติกรรม (Control over behavior) สามารถยอมรับและเข้าใจการแสดงออกอย่างมีขอบเขต สามารถตอบสนองตามกฎระเบียบ ประเพณีของกลุ่มได้

3) การประเมินความเป็นจริง (Appraisal of reality) รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างถูกต้อง มีความรู้สึกที่ดีต่อผลที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาในแง่ดีหรือไม่ดี และจะติดตามการกระทำนั้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าสิ่งใดเป็นจริงหรือไม่จริง

4) ประสิทธิภาพในการทำงาน มีความพยายามทำงานอย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่ เมื่อประสบกับความล้มเหลว ยังคงยืนหยัดสามารถทำงานต่อไปได้

5) มีแนวคิดของตนเองในด้านสุขภาพ (A health self-concept) ความเป็นตัวตนและเข้าถึงอุดมคติตามความเหมาะสม มีเหตุผลและมีความเชื่อมั่น สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือเมื่อมีความเครียด

Rollant and Deppoliti (1996) ได้จำแนกผู้ที่มีสุขภาพจิตดีตามปัจจัยและลักษณะของบุคคลดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยทางด้านลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล เป็นผู้ที่มีการยอมรับและรักตนเอง มี เป้าหมาย มีความคิดและการกระทำอย่างอิสระ ตระหนักและรู้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตน สามารถทำงานและมีผลงาน

2) ปัจจัยทางการปรับตัวต่อความเครียด เป็นผู้ที่สามารถควบคุมตัวเองในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้ มีกลไกการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

3) ปัจจัยทางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นผู้ที่สามารถยอมรับบุคคลรู้จักรักและดูแลคนอื่น

4) ปัจจัยทางการรับรู้สิ่งแวดล้อมและความจริง เป็นผู้ที่มีการรับรู้ในแง่บวก มุ่งเรื่องที่เป็นจริง สามารถหาความหมายของชีวิตได้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) ได้เสนอแนวคิดของสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายโดย WHO Expert Committee on Mental Health ในปี ค.ศ. 1951 ซึ่งคณะกรรมการมีความเห็นว่า ปัจจัยทั้งทางชีวภาพและสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต ระดับของสุขภาพจิต มิใช่ภาวะที่คงที่ แต่สามารถแปรเปลี่ยนขึ้นๆ ลงๆ ได้ สุขภาพจิต โดยนัย หมายถึง

1) สมรรถภาพของบุคคลที่จะสร้างความสัมพันธ์อย่างราบรื่นกับผู้อื่น

2) ความสามารถในการดำรงชีพอยู่ได้ หรือดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ได้ในสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

3) นอกจากนี้ยังหมายถึงความสามารถที่จะบรรลุลความพอใจที่สมดุลง และกลมกลืนที่มีต่อความขัดแย้งอันเกิดจากแรงผลักดันที่มีอยู่ในใจ กลมกลืนถึงระดับเกิดการการผสมผสานอย่างสมบูรณ์มากกว่าการปฏิเสธความพอใจที่สนองตอบความต้องการภายในที่มีอยู่ชัดเจน อันเป็นวิถีทางที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขวางความต้องการอย่างอื่น และยังหมายรวมถึงความสามารถของบุคคลที่บุคลิกภาพได้พัฒนาไปในทิศทางที่สามารถให้ความขัดแย้งจากความต้องการภายในได้มีทางระบายออกอย่างเหมาะสม ตามศักยภาพของตนเอง

National Research and Development Centre for Welfare and Health (2002) ได้กล่าวถึงแนวคิดของสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1) สุขภาพจิตเชิงบวก (Positive mental health) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะแสดงออกทางอารมณ์และบุคลิกภาพที่ดี ประกอบด้วย self esteem สูง ความสามารถในการควบคุมตนเอง (sense of mastery) ความสามารถในการประคับประคองชีวิต (sense of coherence) ความมีประสิทธิภาพ (self - efficacy) สามารถสรุปได้ว่าเป็นความสามารถที่จะเผชิญกับความทุกข์ยากลำบาก และหลีกเลี่ยง การ breakdown หรือการเกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา เมื่อต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่เลวร้าย

2) สุขภาพจิตเชิงลบ (Negative mental health) จะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต (mental disorder) อาการที่เกิดขึ้น (symptoms) และปัญหา (problem) โดยให้ความหมายของ mental disorder ว่าเป็นการจัดกลุ่มวินิจฉัยตามกลุ่มอาการของผู้ป่วย ส่วน mental system และ problem เป็นสิ่งที่ยังคงอยู่ แต่จะไม่เข้ากับเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย มักจะเป็นความไม่สบายใจภายหลังการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นในชีวิต

สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่แยกไม่ได้จากสุขภาพกายทั่วไป สะท้อนถึงความสมดุลระหว่างตัวเรากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะได้รับอิทธิพลจาก 1) สภาพจิตใจของเราและปัจจัยทางชีวภาพ 2) ปฏิกริยาทางสังคม 3) ลักษณะของสังคม 4) ค่านิยมวัฒนธรรม นอกจากนี้ได้แบ่งดัชนีชี้วัด ดังนี้

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตมี 4 Domains และ 36 ตัวชี้วัดคือ

1) ปัจจัยของภาพรวมของพื้นที่ในด้านสภาพทั่วไปและสังคมเศรษฐกิจ (Demographic and socio-economic factors) ของประเทศนั้น แต่ยังไม่ใช่ 36 ตัวชี้วัด

2) สภาวะสุขภาพ (Health status) ของประชาชนมี 11 ตัวชี้วัด คือ

1. การฆ่าตัวตาย (Suicide)
2. เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต หรือการตายที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน (Mortality due to harmful events, intention unclear)
3. การตายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (Drug related deaths)
4. ความเสี่ยงในการสูญเสียชีวิตในแต่ละปีจากการฆ่าตัวตาย (Potential years of life lost fraction of suicide)
5. โรควิตกกังวล (Anxiety)
6. โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)
7. ติดสุรา (Alcohol dependency)
8. การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts)
9. ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจ (Psychological distress)
10. ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being)
11. ความพิการ (Disability)

3) ตัวกำหนดของภาวะสุขภาพ (Determinants of health) ในกลุ่มนี้จะพูดถึงปัจจัยต่างๆ ที่จะวัดภาวะสุขภาพของบุคคล โดยกล่าวถึงลักษณะบางอย่างของแต่ละบุคคลที่มีส่วนทำให้เกิดโรค ในหัวข้อนี้มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

12. ความเชี่ยวชาญในตนเอง (Sense of mastery)
13. การมองโลกในแง่ดี (Optimism)
14. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)
15. การแยกตัวออกจากสังคม (Social isolation)
16. เครือข่ายทางสังคม (Social network)
17. เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Life events)

4) ระบบสุขภาพ (Health system) กลุ่มนี้เป็นตัวชี้วัดที่รวมถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพในบางพื้นที่ การจำแนกตัวชี้วัดเป็นเชิงปริมาณเป็นเรื่องยาก ในกลุ่มนี้มีตัวชี้วัด

18. โครงการป้องกันปัญหาสุขภาพ (Prevention project)

19. โครงการส่งเสริมสุขภาพ (Promotion project)

20. จำนวนเตียงจิตเวช (Psychiatric bed)

21. จิตแพทย์ (Psychiatrists)

22. จิตแพทย์เด็ก (Child psychiatrists)

23. วิชาชีพอื่นๆ ที่ให้การดูแลสุขภาพจิต (Other professional than physicians in mental health care)

24. จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางสุขภาพจิต (Number of discharges due to mental health conditions)

25. จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (Number of discharges due to mental health conditions for minors)

26. จำนวนผู้ป่วยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Number of long stay patients)

27. การใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (Use of outpatients services)

28. การรายงานด้วยตนเองถึงการใช้บริการทางสุขภาพจิต (Self-report use of mental health services)

29. การขายยาโรคจิต (Sale of psychotropic drugs)

30. จำนวนเงินที่สงเคราะห์ให้แก่ผู้ที่ไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต (Number of disability pensions due to mental disorders)

31. จำนวนเงินที่ใช้จ่ายกับผู้ที่มีความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต (Money spent on disability due to mental disorders)

32. เวลาที่ชดเชยจากการเจ็บป่วยทางจิต (Sickness compensation periods due to mental disorders)

33. รายจ่ายทั้งหมดของประเทศในการให้บริการทางจิตเวช (Total national expenditure on psychiatric services)

34. สัดส่วนของรายจ่ายของชาติต่อบริการทางจิตเวช (Proportionate national expenditure on psychiatric services)

35. สัดส่วนรายจ่ายของชาติต่อบริการทางจิตเวช เพื่อเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี (Proportionate national expenditure on psychiatric services for minors)

36. ความเพียงพอของการประกันคุณภาพแห่งชาติ (Availability of national quality accreditation)

ได้มีนักวิชาการหลายท่านที่มองความสุขเป็นเรื่องเดียวกับสุขภาพจิต ดังเช่น Diener (2002) สรุปว่า การที่คนเราจะมีสุขได้จะต้องมีทักษะทางสังคม มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับใครบางคน และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีด้วย นอกจากนี้คนที่มีความสุขมากที่สุด บางครั้งก็รู้สึกเศร้าได้ และคนที่รู้สึกเศร้าที่สุดก็อาจมีช่วงเวลาที่มีความสุขได้เช่นกัน และพบวิธีการประเมินหลายวิธี ซึ่ง Diener ได้พัฒนาเครื่องมือพื้นฐานที่เรียกว่า The satisfaction with scale เป็นการสำรวจโดยใช้คำถาม 5 คำถามซึ่งพบว่าไปกันได้ดีกับแบบวัดความสุขอื่นๆ เช่น ความประทับใจจากเพื่อนฝูง และครอบครัว การแสดงออกของอารมณ์ที่ดี และการมีอำนาจที่เข้มแข็ง

Seligman (2002) กล่าวว่า ความสุขประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือความสบายใจ (ใบหน้าที่มีรอยยิ้ม) ความมีส่วนร่วม (การมีส่วนร่วมอย่างลึกซึ้งกับครอบครัว การงาน ความรัก และงานอดิเรก) และการมีความหมาย (การใช้จุดแข็งส่วนบุคคลเพื่อสนับสนุนสิ่งที่ยิ่งใหญ่ในท้ายที่สุด)

Leyard (2005) กล่าวว่า ความสุขหมายถึงความรู้สึกดี ๆ สนุกสนานกับการมีชีวิต และอยากให้รู้สึกเช่นนั้นตลอดไป ซึ่งปัจจุบันเราสามารถวัดระดับความสุขได้จากการสอบถามและการตรวจคลื่นสมอง และความสุขมีความสำคัญเพราะเป็นปัจจัยและแรงดลใจที่สำคัญที่สุดในการมีชีวิตอยู่ พร้อมกับทำให้เรามีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาว และยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุข ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม และประสบการณ์จากการเลี้ยงดู 2) ปัจจัยเกี่ยวกับปรัชญาในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะความรู้สึกพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ 3) ปัจจัยด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยตามธรรมชาติ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้านคือ (1) ความมั่นคงทางด้านร่างกาย (2) ความมั่นคงในการมีงานทำ (3) ความมั่นคงของครอบครัว (4) ความมั่นคงในชุมชน (5) ความมั่นคงในการมีสุขภาพดี และนอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงความจริง 12 ข้อของการมีความสุข ดังนี้

1. ความสุขเป็นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอบถาม การวัดคลื่นไฟฟ้าในสมอง
2. การแสวงหาความสุขเป็นเรื่องธรรมชาติของคน โดยคนจะหาวิธีสร้างความสุขโดยเปรียบเทียบต้นทุนและผลที่ได้รับจากวิธีต่างๆ
3. สังคมที่ดีที่สุดคือสังคมที่มีความสุขมากที่สุด
4. สังคมจะไม่มีความสุขเพิ่มขึ้นยกเว้นในสังคมที่มีเป้าหมายร่วมกันว่าต้องการให้สังคมมีความสุขเพิ่มขึ้น เนื่องจากความสุขของคนขึ้นกับพฤติกรรมของผู้อื่น
5. คนเป็นสัตว์สังคม การมีเพื่อน มีครอบครัว มีงานทำ เป็นความสุขที่นอกเหนือจากเรื่องเงิน ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ใช่เป็นเพียงกระบวนการสู่เป้าหมาย แต่เป็นสิ่งที่สร้างความสุข
6. คนต้องการใส่ใจผู้อื่น ความสุขของสังคมโดยเปรียบเทียบระหว่างสังคมต่างๆ สามารถวัดได้ โดยเครื่องชี้วัด 6 ตัว ได้แก่ 1) สัดส่วนประชากรที่เห็นว่าสามารถใส่ใจคนอื่นในสังคมได้ 2) สัดส่วนประชากรที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม องค์การต่างๆ ที่รวมตัวกัน 3) อัตราการหย่าร้าง 4) อัตราการว่างงาน 5) คุณภาพของรัฐบาล 6) ความเชื่อถือในศาสนา

7. คนมีความยึดติดกับสถานการณ์ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ต้องมีความคำนึงว่าคนมีความทุกข์กับสิ่งที่สูญเสียไปมากกว่าดีใจกับสิ่งที่ได้มาใหม่ นอกจากนั้นคนชอบสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย

8. คนใส่ใจกับสถานะทางสังคมอย่างยิ่ง

9. คนมีการปรับตัวกับสิ่งใหม่อยู่เสมอ

10. คนยิ่งรวยยิ่งมีความสุขกับเงินน้อยลง เงินจำนวนเท่ากันจะสร้างความสุขให้กับคนจนมากกว่าคนรวย

11. ความสุขขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของบุคคลมากกว่าปัจจัยภายนอก นโยบายสาธารณะมีผลต่อการลดความทุกข์ได้มากกว่าการสร้างความสุข

โดยสรุปความสุขเกิดจากปัจจัยภายในเหนือกว่าปัจจัยภายนอกซึ่งอาศัยองค์ประกอบที่สมดุลในหลายด้านประกอบกัน ทั้งการมีทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิต การรู้จักพอ รู้จักให้มีสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและมิตรสหาย มีศิลปะในการใช้ชีวิตที่เก็บเกี่ยวความรื่นรมย์ให้แก่ชีวิตได้ทุกวันเวลาและมีการบริหารจัดการใจให้รับรู้ความเป็นไปของโลกอย่างเป็นจริง ความสุข (Happy) หรือสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มากกว่าแค่การไม่มีโรคทางจิตเท่านั้น แต่จะต้องเป็นอะไรที่เสริมสร้างศักยภาพของจิตใจและวิญญาณของมนุษย์

Mental Health Professional Group (2008) ได้กล่าวถึงบุคคลที่มีอาการต่อไปนี้เป็นเวลานาน จำเป็นต้องพบบุคลากรทางสุขภาพจิต ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบด้านลบของภาวะสุขภาพจิตได้แก่

1. สูญเสียความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ
2. ภาวะซึมเศร้าไม่ดีขึ้น
3. ความกีดกันในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (กับคู่ครอง ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน)
4. มีความยุ่งยากในทางความคิดเรื่องหนึ่งเรื่องใดซึ่งไม่เหมือนเดิม
5. วิดกกังวลสูง
6. ความสามารถในการทำงานให้ประสพผลสำเร็จลดลง

7. สมาธิลดลง
8. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง (หลับยาก ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ หลับมากกว่าปกติ)
9. มีการเปลี่ยนแปลงของการรับประทานอาหารหรือน้ำหนัก (กินน้อยลง หรือมากขึ้น)
10. ใช้สารเสพติด หรือแอลกอฮอล์ มากขึ้น
11. คิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย
12. มีความรู้สึกมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด หรือรู้สึกไร้ค่า
13. มีความรู้สึกขมขื่นใจหรือโกรธ

2. แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2.1 ความหมายของการวัด

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540) ได้ให้ความหมายของการวัด หมายถึง กระบวนการแปรสภาพข้อความคิดหรือแนวคิด (Concepts) ซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมให้เป็นข้อมูลทางสถิติเชิงปริมาณ หรือ เชิงคุณภาพ (Quantitative or qualitative data) กระบวนการดังกล่าวนี้รวมถึงวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในการระบุ คุณสมบัติของแนวคิดหรือการนิยามการปฏิบัติการที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่จะนำข้อมูลนั้นมาใช้

จิราพร เทียวอยู่ (2543) ได้ให้ความหมายของการวัด (Definition of measurement) หมายถึง กระบวนการในการกำหนดค่าให้แก่บุคคล หรือสัตว์ หรือวัตถุสิ่งของใด ๆ (Objects) เพื่อแสดงถึงปริมาณหรือคุณภาพของลักษณะที่สนใจของบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของนั้น ๆ โดยกระบวนการนี้จะทำภายใต้กฎเกณฑ์หรือวิธีการที่ชัดเจนแน่นอน ในการกำหนดค่านี้ นิยมกำหนดเป็นตัวเลข ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ผลที่ได้ของการวัด ตัวอย่างของลักษณะที่สนใจในการวัด เช่น ภาวะสุขภาพกาย จิต ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

หลักการวัดและสิ่งบ่งชี้คุณภาพของการวัด หลักการวัดกล่าวโดยสรุป คือ ต้องวัดในสิ่งที่ต้องการวัด และเมื่อวัดแล้วค่าที่ได้จะต้องตรงกับสภาพที่แท้จริงของบุคคลหรือสิ่งของนั้นๆ โดยอาจเป็นสถิติเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นไม่ว่าจะให้ผู้ใดเป็นคนทำการวัดจะต้องได้ค่าออกมาเหมือนกัน

2.2 การสร้างสเกลหรือแบบวัด

การสร้างสเกลหรือแบบวัด ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้สรุปวิธีการสร้างสเกลดังนี้ (ยูวดี ภาฯ และคณะ, 2531; บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์, 2537; จิราพร เขียวอยู่ , 2543; Streiner, Norman, 1995)

2.2.1 แบบลิเคิต (Likert-type หรือ Summated rating scale) เป็นแบบวัดทัศนคติที่สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชื่อลิเคิต ลักษณะการวัดจะมีข้อความหลายๆ ข้อความที่ครอบคลุมหัวข้อที่จะศึกษา ซึ่งข้อความนี้จะมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เรียงกันอยู่อย่างไม่จงใจ และมีปริมาณที่พอๆ กัน การตอบแบบสอบถามนี้มีข้อให้เลือกตอบได้ตั้งแต่ 2 ตัวเลือกขึ้นไป ส่วนใหญ่นิยม 4 หรือ 5 ตัวเลือก เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบจะใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น สำหรับการให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ คะแนนทัศนคติของผู้ถูกวัดแต่ละคนจะได้จากผลรวมของคะแนนในแต่ละข้อ หรือเป็นค่าเฉลี่ยของผลรวมของทุกข้อ

2.2.2 แบบเธอร์สโตน (Thurstone-type) เป็นแบบวัดทัศนคติโดยนักจิตวิทยาชื่อ เธอร์สโตน ในปี ค.ศ. 1920 การสร้างสเกลแบบนี้เป็นการพยายามทำให้แต่ละข้อคำถามมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่า ๆ กัน เพราะฉะนั้นสเกลที่ได้จะมีช่วงห่างเท่ากัน หรือดูเหมือนว่าเท่ากัน (equal appearing interval) ลักษณะของแบบวัดนี้จะมีข้อคำถามให้เลือกตอบได้ 2 ทางเลือกคือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และแต่ละข้อคำถามจะมีค่าคะแนนอยู่ในคู่มือ เพื่อเป็นดัชนีทิศทางและความเข้มของทัศนคติ ค่าคะแนนนี้จะมี

ค่าอยู่ระหว่าง 0-11 ถ้าทัศนคติดีค่าจะเข้าใกล้ 11 แต่ถ้าไม่ดีค่าจะเข้าใกล้ 0 อย่างไรก็ตามแบบของเทอร์สโตน มีข้อด้อยคือสร้างเครื่องมือยาก เพราะซับซ้อนและใช้เวลามาก จึงมีผู้นิยมใช้น้อยกว่าแบบลิเคิต

2.2.3 แบบกัทท์แมน (Guttman-type or cumulative scale) สเกลแบบนี้จะมีความเป็นมิติเดียว วัดไปในแนวเดียวกัน คะแนนรวมที่ได้จะเป็นคะแนนสะสมของแต่ละคำตอบ นั่นคือทุกคะแนนของสเกลที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของทัศนคติในเรื่องนั้น ดังนั้นจะเห็นแบบแผนของคำตอบเป็นสามเหลี่ยมแบบขั้นบันได เพราะฉะนั้นจากคะแนนทัศนคติที่สามารถทราบถึงแบบแผนของคำตอบได้ คนที่ได้คะแนนเท่ากัน จะมีแบบแผนของคำตอบเหมือนกัน ลักษณะของแบบวัดแบบนี้คะแนนรวมของแต่ละคนจะได้จากผลรวมของแต่ละข้อโดยมีทิศทางเดียวกัน เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน ข้อดีของแบบกัทท์แมนคือ มีความเป็นมิติเดียว ให้ภาพความต่อเนื่องของทัศนคติตามคะแนนที่เพิ่มขึ้น

2.2.4 แบบออสกู๊ด (Osgood scale or semantic differential scale) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยออสกู๊ด และคณะในปี ค.ศ. 1957 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดรวบยอดหรือมโนทัศน์ของสิ่งต่างๆ ลักษณะของแบบวัดนี้มีประโยชน์หรือวลีเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะเป็นสถานที่ บุคคล เหตุการณ์ หรือสิ่งของที่ต้องการให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกในมิติต่างๆ 3 มิติ คือ ด้านการประเมินผลเช่น ดี-เลว น่าเกลียด-สวยงาม ด้านศักยภาพ เช่น แข็งแรง-อ่อนแอ บอบบาง-ทนทาน และด้านกิจกรรมหรือปฏิกิริยา เช่น รวดเร็ว-เชื่องช้า มีด-สว่าง เป็นต้น ผู้วิจัยต้องหาคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกันเป็นคู่ๆ และมีลักษณะทั้ง 3 มิติปะปนกัน ระหว่างคู่คำจะมีสเกลให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว

2.3 การรวบรวมรายการคำถามเพื่อสร้างสเกล (items aggregation)

ในการสร้างสเกล ผู้วิจัยสามารถรวบรวมรายการคำถามได้โดย

1. ปรับปรุงจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้
2. เขียนขึ้นใหม่โดยอาศัยทฤษฎีหรือแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. สัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญ และบางครั้งมีการระดมสมอง
4. อาศัยความเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (focus group) จากบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะสร้างสเกล
5. จากข้อคำถามที่ได้นำมาจัดเกลา แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (content validity)

2.4 การตัดรายการคำถามที่ไม่เหมาะสมออก (items deletion)

เป้าหมายการตัดคำถามที่ไม่เหมาะสมออกเพื่อให้แบบวัดที่สร้างมีความตรงและความเที่ยง (valid and reliability) สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยจะตัดรายการคำถามออกให้เหลืออยู่ภายในสเกลย่อย (subscale) สเกลละประมาณ 4-5 รายการคำถาม

การตัดรายการคำถามออก จะอาศัยผลของการวิเคราะห์คำถามแต่ละข้อ (item analysis) ซึ่งสามารถกระทำได้ 4 วิธี ดังนี้

1. ทำการแจกแจงความถี่ของแต่ละคำถาม (distribution of response) คำตอบของแต่ละข้อคำถามควรมีการกระจายเท่า ๆ กัน เพื่อบ่งบอกถึงความสามารถในการจำแนกของรายการคำถามนั้น รายการคำถามที่ได้คำตอบไม่กระจายคือ คำตอบตกอยู่ภายใต้ตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเป็นจำนวนมาก ควรตัดออก
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละข้อคำถาม (inter-items correlation) ข้อคำถามแต่ละข้อภายในสเกลย่อยเดียวกัน ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างกันในทิศทางบวกไม่น้อยกว่า 0.2 ข้อคำถามใดมีความสัมพันธ์ในระดับสูงแต่ทิศทางลบ ควรคงรายการคำถามนั้นไว้แต่เปลี่ยนรหัสข้อมูลใหม่

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวม (item-total correlation) รายการคำถามใดที่บ่งบอกถึงลักษณะของสิ่งที่กำลังจะวัด น่าจะมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของรายการคำถามอื่นๆ ที่ไม่รวมรายการคำถามนั้นๆ โดยควรจะมีระดับความสัมพันธ์สูงกว่า 0.2

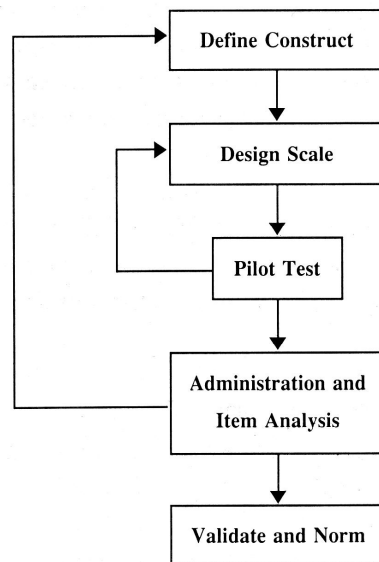
4. วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในระหว่างแต่ละรายการคำถาม (inter-item consistency) คำถามแต่ละข้อภายในสเกลย่อย (subscale) เดียวกัน ควรจะบ่งบอกหรือสะท้อนแง่มุม ต่าง ๆ ของเรื่องหรือทัศนคติเดียว (same attitude) ซึ่งจะทราบได้โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency coefficient) ของสเกลย่อยนั้น เช่น Cronbach's Alpha Coefficient (α) ค่า α จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.0 ถึง 1.0 สำหรับความหมาย 0.0 หมายถึงไม่มี internal consistency 1.0 หมายถึง perfect internal consistency ค่า α ที่เป็นที่ต้องการคือ 0.8 แต่ถ้าประมาณ 0.7 ขึ้นไปก็พอที่จะยอมรับได้ (แต่ถ้า 0.9 ขึ้นไปแสดงว่ามีคำถามที่ถามซ้ำ ๆ กัน) การตัดรายการคำถามจะตัดออกทีละ 1 คำถาม แล้วเปรียบเทียบค่า α ของกรณีนี้กับของกรณีรวมทั้งหมดถ้าค่า α เมื่อตัดคำถามนี้ออกลดลงจากเดิม จะคงรายการคำถามนี้ไว้ ถ้าค่า α เมื่อตัดคำถามนี้ออกแล้วสูงขึ้น จะตัดรายการคำถามนี้ออก

5. วิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) เป้าหมายของการวิเคราะห์ปัจจัย มี 2 ประการ คือ ประการแรกเพื่อลดรายการคำถามในแต่ละสเกลย่อย ประการที่สองเพื่อทดสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity)

2.5 สรุปขั้นตอนการสร้างสเกล

ในการสร้างสเกลไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม ล้วนมีเป้าหมายเพื่อให้ได้สเกลที่ valid, reliable และ practical และไม่ว่าเป็นสเกลแบบใด ต่างมีขั้นตอนในการสร้างคือ ต้องมีการกำหนดความตรงตามโครงสร้างของสเกล จากนั้นออกแบบสเกลว่าจะใช้แบบวัดกี่ตัวเลือก อาจใช้ตัวเลือกแบบเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือมากที่สุด มาก น้อย ไม่มีเลย ก็ได้แล้วแต่ผู้วิจัยจะกำหนด จากนั้นนำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นไปทดสอบสเกลในขั้นต้นกับกลุ่มบุคคลที่คล้ายคลึงกับที่ต้องการศึกษา ประมาณ 40-50 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา และความเหมาะสมของสเกลในแบบวัดที่ต้องการไปใช้จริง ปรับปรุงแก้ไขภายหลังจากการทดสอบแล้ว จากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริง โดยเก็บจากกลุ่มตัวอย่างในอัตราส่วน คำถาม 1 ข้อต่อกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลอย่างน้อย 5-10 คน (Norman, Streiner, 1986; Tabachnick, Fidell, 1996) ถ้าสร้างแบบวัดมีจำนวน 100 ข้อ จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง ๗ น้อย 500 คน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ความถูกต้องและเชื่อถือได้ของสเกล เพื่อลดข้อคำถาม หากมีปัญหาในการลดข้อคำถามอาจกลับไปพิจารณาโครงสร้างเชิงเนื้อหาของสเกลอีกครั้ง และมีการดำเนินงานตามขั้นตอนเดิม สำหรับขั้นสุดท้ายเป็นการศึกษาอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องและหาค่าปกติของแบบวัด เพื่อนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่าบุคคลใดปกติ หรือผิดปกติเมื่อใช้เครื่องมือนี้ดังภาพที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสเกล (Paul, 1992)

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสเกล



2.6 ความตรงของเครื่องมือ (Instrument or Scale's Validity)

ความตรงของเครื่องมือหรือความถูกต้องของการวัด ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายดังนี้

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540) ได้ให้ความหมายของความถูกต้องของการวัด หมายถึง การได้วัดในสิ่งที่ต้องการจะวัด เช่น เราต้องการทดสอบความรู้ ความเข้าใจของคนในปัญหาสังคมเราก็ควรจะวัดความรู้ ความเข้าใจของคนในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาสังคม โดยผู้วัดจะต้องเข้าใจเสียก่อนว่าปัญหาสังคมนั้นคืออะไร มีอะไรบ้างที่ควรจะนำมาทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสังคม เมื่อกำหนดจะทดสอบอะไรได้แล้วจะต้องพิจารณาว่า จะวัดความรู้ดังกล่าวได้อย่างไร

ความตรงของเครื่องมือหรือสเกล หมายถึงเครื่องมือหรือสเกลนั้นสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการจะวัด และวัดได้ตรงกับความเป็นจริง นั่นคือเครื่องมือที่มีความตรง จะต้องมีความสัมพันธ์กับความเที่ยงด้วย (ยุวดี ภาฯ และคณะ, 2531; จิราพร เขียวอยู่, 2543; Medical outcomes trust, 1995)

เนื่องจากความถูกต้องของการวัด หรือนักวิชาการบางท่าน เรียกว่า ความตรงของเครื่องมือได้มีการจัดระบบความตรงของเครื่องมือออกเป็น 3 ประเภท คือ (ประคอง กรรณสูตร, 2538; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540 ; จิราพร เทียวอยู่, 2543 ; Medical outcomes trust, 1995)

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เป็นการมองโดยส่วนรวมของเครื่องมือว่าเครื่องมือ หรือชุดคำถามหรือแบบวัดนั้นครอบคลุมเนื้อหาที่จะวัดได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ (เนื้อหาครอบคลุมทุกประเด็นของคุณสมบัติของตัวแปรที่ต้องการวัด) ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา การตรวจสอบต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาของเครื่องมือนั้นๆ ในการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ต้องให้ผู้ตรวจสอบประมาณ 3-5 ท่าน ภายหลังการตรวจสอบ ผู้สร้างเครื่องมือจะนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาอีกครั้งจนกว่า จะได้รับการยอมรับตรงกัน (consensus)

ในการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการในด้านต่าง ๆ คือ

1.1 ต้องสามารถระบุเนื้อหาด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่จะวัดนั้นได้สมบูรณ์

1.2 จะต้องเลือกตัวแทนจากเนื้อหาต่างๆ เหล่านี้แต่ละด้านออกมาได้อย่างดี

1.3 จะต้องนำตัวแทน หรือรายการที่เป็นเนื้อหาเหล่านี้มาจัดระเบียบให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถวัดและทดสอบได้

2. ความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (Construct validity) เป็นการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของตัวแปรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กระบวนการศึกษาความตรงตามโครงสร้างนี้จะเกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย เมื่อไม่มีวิธีการมาตรฐานที่จะใช้สร้างตัวแปรหรือเมื่อผู้วิจัยต้องคิดสูตรใหม่ๆ ในการสร้างตัวแปรขึ้นมา และไม่แน่ใจว่ากฎเกณฑ์ต่างๆ ในการให้น้ำหนัก เพื่อนำข้อมูลมารวมกันมีความถูกต้องหรือไม่ การประเมินความถูกต้องตามโครงสร้างหรือมาตรวัดทำได้โดยอาศัยทฤษฎีเป็นหลัก การศึกษาความตรง

ตามโครงสร้างมีความสำคัญในแง่ของการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎี และสิ่ง
ที่วัดได้จริงจากการปฏิบัติ เช่น ในเรื่องของสติปัญญา บุคลิกภาพ ทักษะ
เป็นต้น เรื่องต่าง ๆ เหล่านี้มีโครงสร้างทฤษฎีอย่างไรบ้าง เมื่อนำมาถาย
ทอดเป็นข้อความในแบบวัด องค์ประกอบและรายละเอียดต่าง ๆ ในแบบ
วัดตรงตามทฤษฎีมากน้อยเพียงใด

การศึกษาความตรงตามโครงสร้างมีขั้นตอนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการ
ดังต่อไปนี้

2.1 ระบุความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีระหว่างแนวคิด (Concepts)
หรือตัวแปรต่าง ๆ

2.2 หาความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ระหว่างมาตรวัดและ
แนวคิดต่าง ๆ เหล่านั้น

2.3 ตีความหมายของความสัมพันธ์ที่พบว่าช่วยให้ความ
ชัดเจนกับมาตรวัดที่สร้างขึ้นมานั้นถูกต้องหรือไม่ อย่างไร

3. ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-related validity)
เป็นการประเมินความตรงโดยพยายามหาเกณฑ์ที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ การทดสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์นี้ มุ่งจะทดสอบ
ว่าเครื่องมือที่วัดได้ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยเลือกเป็นมาตรฐานมากน้อยเพียง
ใด ความสำคัญจะอยู่ที่ว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ผู้วิจัยเลือกนั้นเป็นที่ยอมรับกัน
ทั่วไปหรือไม่ ค่าความตรงจะสูงถ้าคะแนนที่วัดได้จากเครื่องมือที่สร้างใหม่
มีความสัมพันธ์สูงกับคะแนนที่วัดได้จากเกณฑ์ ความตรงตามเกณฑ์
สัมพันธ์นี้แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาที่ต้องการให้เครื่อง
มือวัดได้ตรงตามเกณฑ์ กล่าวคือ

3.1 ความตรงตามสภาพ หรือความตรงร่วมสมัย (Concur-
rent validity) หากเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ให้ผลการวัด (ซึ่งกระทำในช่วง
เวลาเดียวกัน) ตรงกับเครื่องมือมาตรฐานจะเรียกว่า เครื่องมือที่มีความตรง
ร่วมสมัย และประโยชน์จะเกิดขึ้นได้มาก หากเครื่องมือนั้นมีคุณสมบัติอื่น ๆ
ที่ดีกว่าเครื่องมือมาตรฐาน เช่น ถูก ใช้ง่าย เพราะต่อไปจะนำเครื่องมือที่สร้าง
ขึ้นใหม่นี้ไปใช้แทนเครื่องมือมาตรฐาน

3.2 ความตรงในการทำนาย (Predictive validity) คือ ความตรงที่เกิดขึ้นจากการหาความสัมพันธ์ระหว่างมาตรวัด (ผลการสอบเข้า) กับ สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (ผลการเรียนจากที่สอบเข้าได้แล้วเป็นมาตรฐานในอนาคต) ซึ่งเราหวังว่าจะเน้นการสอบเข้ากับผลการเรียนจบในอนาคตจะมีความสัมพันธ์กันสูงมากในเชิงบวก ถ้ามีความสัมพันธ์กันสูงแสดงว่าข้อสอบเข้ามีความถูกต้องสูง หรือเป็นความตรงในการทำนายในอนาคตนั่นเอง

จะเห็นได้ว่าความถูกต้องตามมาตรฐานทั้ง 2 ประการนี้ อาศัยหลักการอย่างเดียวกัน คือ จะมีสิ่งที่ใช้เป็นมาตรฐานเพื่อการทดสอบ จะแตกต่างกันเฉพาะมิติทางเวลาของตัวมาตรฐานที่ใช้วัดความตรงเท่านั้น

2.7 ปัจจัยที่มีผลต่อความตรงและวิธีการปรับปรุงแก้ไข

(Portney, Watkins, 1993 ; Streiner, Norman, 1995)

1. ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีของสิ่งที่จะวัด และความถูกต้องในการระบุคุณสมบัติและตัวบ่งชี้คุณสมบัติที่เป็นไปตามแนวคิด ทฤษฎีของสิ่งที่จะวัด ดังนั้นเพื่อให้เกิดความถูกต้องในสิ่งที่กล่าวนี้ ผู้วิจัยจะต้องศึกษา ทบทวนทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้รู้จริง ๆ ประกอบกับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือขอความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง

2. ความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) แบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ

2.1 Random error เกิดขึ้นโดยการสุ่มไม่มีระบบ คาดคะเนไม่ได้ สามารถแก้ไข random error ได้โดยอาศัยวิธีการทางสถิติ เช่น กำหนดขนาดตัวอย่างให้เพียงพอและถูกต้องตามหลักสถิติ

2.2 Non-random error แก้ไขได้โดยบริหารและควบคุมการสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล และทุก ๆ ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลของตัวแปรต่าง ๆ ให้ถูกต้องตามหลักวิชา เพราะ สิ่งที่จะส่งผลถึงคุณภาพของข้อมูลหรือค่าที่วัดได้มีตั้งแต่ตัวเครื่องมือ ผู้ใช้เครื่องมือ คนหรือสิ่งที่ถูกวัด และวิธีการใช้เครื่องมือ

2.8 เกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพจิต

การประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เพราะไม่สามารถประเมินได้โดยตรง แต่จะประเมินจากความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก แล้วนำมาหาข้อสรุปว่าบุคคลนั้นๆ อยู่ในเกณฑ์ของ ผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี และในการพิจารณาว่าสิ่งใดปกติหรือไม่ดีนั้น จำเป็นต้องมีเกณฑ์การตัดสิน ซึ่งในการตัดสินนั้น Kisker (1972 อ้างถึง ในสุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) กล่าวว่า มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสิน โดย

1. กำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ (The descriptive model) เป็นวิธีการตัดสินพฤติกรรมของคนว่าปกติหรือผิดปกติ โดยตั้งมาตรฐานขึ้นมาเป็นเกณฑ์ ถ้าใครประพฤติใกล้เคียงกับมาตรฐานถือว่าปกติ ถ้าประพฤติตนไกลจากมาตรฐานก็ถือว่าผิดปกติ ซึ่งการกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ อาจใช้ตนเองเป็นมาตรฐาน (Subjective model) ใช้กลุ่มเป็นมาตรฐาน (Normative model) ใช้สถิติเป็นมาตรฐาน (Statistical model) หรือใช้ขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นมาตรฐาน (Culture model)

2. การใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Explanatory model) ในการที่จะบอกว่าพฤติกรรมของคนใดคนหนึ่ง ปกติหรือผิดปกติ นั้น จะต้องบอกถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ นั้นๆ ได้ด้วย ดังนั้น การใช้ทฤษฎีมาอธิบายถึงความผิดปกติจึงเป็นวิธีหนึ่งในการที่จะตัดสินพฤติกรรมของบุคคลได้ ซึ่งทฤษฎีที่อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมมีหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการเกิดโรค (The disease model) ทฤษฎีกระบวนการทางจิต (Psychodynamic model) ทฤษฎีการเรียนรู้ (The learning model) และทฤษฎีความเครียด (Stress model)

อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาตัดสินพฤติกรรมอาจใช้หลักเกณฑ์ หลายๆ อย่างมาเป็นเกณฑ์พิจารณาร่วมกันตามความเหมาะสมในแต่ละสภาพการณ์ ซึ่งการมีเกณฑ์พิจารณาก็จะช่วยให้สามารถพิจารณาได้เหมาะสม ถูกต้อง และมีความแม่นยำยิ่งขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่า การสร้างแบบวัดจะต้องสร้างเครื่องมือให้มีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยเมื่อสร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีแล้วต้องให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ ตรวจสอบเพื่อดูความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไข จนผู้เชี่ยวชาญยอมรับ จากนั้นจึงนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มที่ต้องการศึกษาจำนวน 40-50 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมของสเกลในเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขภายหลังทดลองใช้ และนำเครื่องมือที่ได้ไปหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ในอัตราส่วนข้อคำถาม 1 ข้อต่อกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5-10 คน นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ความถูกต้องและเชื่อถือได้ของสเกล และลดข้อคำถาม หากมีปัญหาในการลดข้อคำถามจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาร่วมกับวิธีการทางสถิติว่าสมควรตัดข้อคำถามใดบ้าง เพื่อยืนยันความถูกต้องตามโครงสร้าง และความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนหาค่าปกติ (norm) ของเครื่องมือ ซึ่งอาจกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ (The descriptive model) หรือการใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Explanatory model) เป็นเกณฑ์ก็ได้

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้วิจัยเพื่อสร้างแบบวัดสุขภาพจิต และแบบวัดที่ใกล้เคียงกันที่สามารถบ่งบอกภาวะสุขภาพจิตที่ดี หรือมีปัญหาสุขภาพจิตดังนี้

3.1 แบบวัดสุขภาพจิต

สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว และคณะ (2530) ได้สร้างแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย โดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 เป็นแบบวัดคุณลักษณะคนไทยที่มีสุขภาพจิตดี 10 คุณลักษณะคือ มีสุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรง ไม่มีอาการและ

อาการแสดงของภาวะเครียด วิตกกังวลและเศร้าเรื้อรัง มีความรักและความพึงพอใจในคนอื่น มีความรักและความพึงพอใจในตนเอง มองโลกในแง่ดีและแง่ลบ มีกิจกรรมประจำวันและการสังคม มีจริยธรรม และคุณธรรม ประจําใจ สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างเพียงพอ สามารถควบคุมและสามารถเผชิญปัญหาชีวิตด้วยวิธีการที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เปลี่ยนแปลงตนเองอยู่เสมอ ไม่ยึดมั่นความคิดใดความคิดหนึ่งจนเกินไป และประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีความสุขและน่าพึงพอใจ เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 110 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 100 ข้อ ข้อความทางลบ 10 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

สุขภาพจิตมีค่าคะแนนระหว่าง 110-550 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนต่ำและกลุ่มคะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

110-330 คะแนน หมายถึง คะแนนสุขภาพจิตต่ำหรือสุขภาพจิตไม่ดี

331-550 คะแนน หมายถึง คะแนนสุขภาพจิตสูงหรือสุขภาพจิตดี

แบบวัดนี้ได้มีผู้นำไปใช้แล้วคือ ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ทำการวัดคุณลักษณะคนไทยที่มีสุขภาพจิตดี 10 คุณลักษณะ แบบวัดสุขภาพจิตได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายทางสังคมของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมกับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างเครือข่ายทางสังคมกับสุขภาพจิต และระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาดัชนีวัดสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตของประชากรทั่วไป ในบริบทของคนไทย โดยเครื่องมือนี้สร้างขึ้นจากคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพจิต ตามความหมายของผู้ทรงคุณวุฒิของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537) เป็นผู้กำหนดขึ้น และประกอบด้วยองค์ประกอบของสุขภาพจิต 3 Domains คือ

1. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำที่ตอบสนองต่อตนเอง (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 13 Subdomains)
2. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำที่ตอบสนองต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 8 Subdomains)

3. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำที่ตอบสนองต่อสังคม (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 5 Subdomains)

จากทั้งหมด 3 Domains แบ่งออกเป็น 26 Subdomains และสร้างเป็นคำถามได้ทั้งหมด 218 ข้อ และลดลงเหลือ 99 ข้อ โดยความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้สอบถามประชากรทั่วไปทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย รวม 1,825 คน จากนั้นทำการลดคำถามจนเหลือน้อยที่สุดคือ 36 ข้อ และ 15 ข้อ

สุชีรา ภัทรอุตวรรัตน์ และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย เพื่อให้ได้เกณฑ์ในการวิเคราะห์และการตีความหมายผลการทดสอบใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 700 คน โดยกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นกลุ่มคนปกติ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน เครื่องมือวัดสุขภาพจิตพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ผลการศึกษาพบว่า แบบสอบถามที่ทำการพัฒนามีค่าอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติ และกลุ่มมีปัญหาทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และดำเนินการสร้างเกณฑ์ปกติ ด้วยคะแนนมาตรฐานที่ สำหรับคำถามมีทั้งหมด 70 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น

Somatization scale	จำนวน 10 ข้อ
Depression scale	จำนวน 20 ข้อ
Anxiety scale	จำนวน 20 ข้อ
Psychotic scale	จำนวน 10 ข้อ
Social function scale	จำนวน 10 ข้อ

ในแต่ละข้อแบ่งระดับความมากน้อยของอาการที่ปรากฏตั้งแต่ระดับ ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมาก

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 2) หาค่าปกติ (norm) ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความตรงตามเนื้อหา ระยะที่ 2 ศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 ศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 ความตรงร่วมสมัย ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่าปกติของคนไทย ศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น ระยะที่ 3 นี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ระดับ 1-5 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1,429 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage random sampling ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาความตรงตามโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ปัจจัย ศึกษาความตรงร่วมสมัยโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น ด้วย Kappa statistic และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา ผลการศึกษา ได้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ที่ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-60 ปี เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ 4) ปัจจัยสนับสนุน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ 0.86, 0.83, 0.77 และ 0.80 ตามลำดับ เครื่องมือฉบับสั้นมี

15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ผลการศึกษาความตรงร่วมสมัยระหว่างเครื่องมือฉบับนี้กับแบบวัดสุขภาพจิตของ อัมพร โอตระกูล และคณะ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($P < 0.01$) ค่าความพึงระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นเท่ากับ 0.61 สำหรับค่าปกติของเครื่องมือแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (143-198 คะแนน) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (122-142 คะแนน) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (121 คะแนนหรือน้อยกว่า)

ต่อมาในปี 2546-2547 อภิชัย มงคล และคณะ (2547) ได้พัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ตรวจสอบเครื่องมือเดิมที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตในประเทศไทยและพัฒนาเครื่องมือฉบับใหม่ให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมในการนำไปใช้ทั่วประเทศ 2) ทดสอบเครื่องมือฉบับใหม่ในทุกภาคของประเทศโดยการศึกษาความตรงตามเนื้อหาและหาค่าปกติของเครื่องมือ และ 3) เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และทดสอบเครื่องมือทั้งสองฉบับโดยการศึกษาความพึง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต แบ่งการศึกษออกเป็น 3 ระยะๆ ที่ 1 การศึกษาความตรงตามเนื้อหาโดยการพัฒนา เครื่องมือฉบับร่าง 80 ข้อ และนำไปทดสอบใน 5 ภาคของประเทศ โดยการทำ Focus group 40 กลุ่ม และทดลองใช้เครื่องมือ 120 ชุด ระยะที่ 2 ศึกษาความตรงตามโครงสร้างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบ multi – stage random sampling จากประชากรไทยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,024 คน โดยแบ่งตามภาคเขตเมืองและเขตชนบท และสถานภาพทางเศรษฐกิจ (จังหวัดที่มีรายได้ร่ำรวย ปานกลาง ยากจน) ระยะที่ 3 การศึกษาค่าปกติของประชากรไทยโดยใช้เครื่องมือฉบับนี้และสุ่มตัวอย่างใหม่จำนวน 2,404 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับระยะที่ 2 ค่าปกติของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจำแนกตามองค์ประกอบ เพศ เขตเมือง เขตชนบท และภาคต่าง ๆ ของประเทศ สถิติที่ใช้ได้แก่ Factor analysis, kappa statistic และ Cronbach's alpha coefficient ผลการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่มี 2 ฉบับคือ ฉบับสมบูรณ์

(54 ข้อ) และฉบับสั้น (15 ข้อ) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน) และ 15 องค์ประกอบย่อย คะแนนของฉบับสมบูรณ์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (118-162) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (99-117) และ สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (98 คะแนนหรือน้อยกว่า) ฉบับสั้นมี 15 ข้อ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม เช่นกันคือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (35 – 45) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (28 – 34) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (27 คะแนนหรือน้อยกว่า) การศึกษาความพึงพอใจในการประเมินสุขภาพจิตระหว่าง ฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นพบว่าอยู่ในระดับเกือบดี (kappa statistics 0.63, $p < 0.001$)

อรรถพงศ์ ถนิมพาสน์ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ (ระดับบุคคล) ประจำปี 2544 โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ ประการที่ 1 เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ โดยศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ประการที่ 2 เพื่อหาค่าปกติ (Norm) ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ และประการที่ 3 เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาจากผู้ทรงคุณวุฒิและคณะทำงานของกรมสุขภาพจิตจำนวน 85 ข้อ ซึ่งได้นำมาเพิ่มเติมเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/Religion/Personal belief) จำนวน 4 ข้อ รวมเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ (ระดับบุคคล) จำนวน 89 ข้อ ศึกษากับประชากรจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi-stage random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. ระดับ 1-5 ของภาคใต้ ในจังหวัดนคร ศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง ภูเก็ต สงขลา ยะลา ปัตตานี และสตูล จำนวน 3,000 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 เดือน ในเดือนธันวาคม 2543 นำเครื่องมือมาตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ พร้อมวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for

Windows ด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า Factor analysis ได้ผลการศึกษาคือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ (ระดับบุคคล) ฉบับ 89 ข้อ มีความตรงตามโครงสร้าง (ค่า Factor loading มากกว่า 0.40) มีความน่าเชื่อถือที่สามารถนำไปประเมินสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ได้ (ค่าอัลฟา = 0.8879) และพบว่าค่าปกติ (Norm) ของสุขภาพจิตคนไทยภาคใต้ เท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50.1 รองลงมาต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 26.6 ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาเรื่องนี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเครื่องมือฉบับนี้ต่อไป คือ ประการที่ 1 พัฒนาเครื่องมือสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ ให้มีฉบับที่มีจำนวนน้อยลง ประการที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์ค่าปกติ (Norm) ที่ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตแยกเป็นเขต 11 และเขต 12 และประการที่ 3 สามารถศึกษาสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ แยกเป็นเขต 11 และเขต 12 และแยกเป็นรายจังหวัด เพื่อจะทำให้ทราบถึงสภาวะสุขภาพจิตในระดับจังหวัด

สำหรับค่าปกติ (Norm) ในการแปลความหมาย แบ่งออกเป็น
150-267 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
132-149 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
131 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

Ware et al. (1979 cited by Veit and Ware, 1983) ได้สร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิต (The Mental Health Inventory : MHI) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะความกดดันทางจิตใจ และความผาสุกของจิตใจมากกว่าที่จะใช้วัด หรือคัดกรองผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคทางจิตเวช

จากแนวคิดของ Viet and Ware ซึ่งอภิปรายถึงข้อจำกัดของเครื่องมือวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นมาก่อนว่า ส่วนใหญ่จะเน้นด้านสุขภาพร่างกาย ยังไม่ครอบคลุมสุขภาพจิตจึงเห็นว่า ควรจะให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจิตให้กว้างขึ้น โดยควรจะครอบคลุมลักษณะด้านภาวะสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกตื่นเร้า ความสนใจ ความสนุกสนานกับชีวิต ซึ่งจะช่วยให้วัดสุขภาพจิตได้ชัดเจนขึ้น เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือ

วัดสุขภาพจิตในโครงการการทดลองด้านการประกันสุขภาพของบริษัท Rand Corporation (Viet and Ware, 1983) มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ วัดภาวะอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยวัดในองค์ประกอบเกี่ยวกับ 1) ความวิตกกังวล 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ 4) ความรู้สึกทั่วไปทางบวก และ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) ความพึงพอใจในชีวิต 7) ความกดดันทางจิตใจ 8) ความผาสุกของจิตใจ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 1-6 เป็นส่วนใหญ่ มีเพียง 2 ข้อความที่ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 1-5 การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการรวมคะแนนทั้งหมด หรืออาจจะวิเคราะห์รายหมวดก็ได้

สำหรับ Mental Health Inventory ได้มีนักวิชาการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการหาค่าปกติ (norm) คือ Davies และคณะ (1988) ได้ศึกษาหาค่าปกติ (norm) ในประชาชนของสหรัฐอเมริกา จำนวน 5,089 คน โดยใช้เครื่องมือ Mental Health Inventory ผลการศึกษาที่ได้รับดังตาราง

Anxiety	Depression	Loss Behav/ Emotional Control	General Positive Affect	Emotional Ties	Life Satisfaction	Psych Distress	Psych Well- Being	MHI Index (38-Item)	
Mean	19.1	8.0	15.9	41.3	9.1	4.3	47.5	59.2	77.5
Standard Deviation	6.8	3.0	5.6	8.8	2.6	1.0	15.4	12.2	25.7

Chambers, et al. (1982) ได้ทำการศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือในการวัดสุขภาพชื่อว่า McMaster Health Index Questionnaire โดยมีวิธีการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

1. Item selection หรือการเลือกคำถาม ในขั้นตอนนี้ได้มี

1.1 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขาวิชาชีพ ทั้งทางด้านอายุรกรรม ครอบครัว จิตเวช ระบาดวิทยา นักสถิติ สังคมวิทยา

1.2 การทบทวนงานวิจัย คำจำกัดความสุขภาพ

1.3 ปรัชญาผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เช่น ผู้ทรงคุณวุฒิจากจิตเวช สังคมวิทยา นักมนุษยวิทยา ผู้สูงอายุ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อระดมสมองกำหนดคำจำกัดความและองค์ประกอบของสุขภาพ ซึ่งได้คำถามฉบับร่างในขั้นต้น 172 ข้อ

สำหรับคำจำกัดความของสุขภาพได้ตกลงใช้ของ WHO ปี ค.ศ. 1958 ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึงสภาวะความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความผาสุกทางสังคม และไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือการเจ็บป่วยเท่านั้น สำหรับองค์ประกอบของสุขภาพประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical function)

ประกอบด้วย

- 1.1 กิจกรรมทางร่างกาย
- 1.2 การเคลื่อนไหว
- 1.3 การดูแลตนเอง
- 1.4 การสื่อสาร
- 1.5 ภาพรวมของการทำหน้าที่ทางร่างกาย

2. การทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social function)

ประกอบด้วย

- 2.1 ความผาสุกทั่วไป
- 2.2 การงาน บทบาทการทำงานในสังคม สิ่งสนับสนุนจากครอบครัว สังคม การสนับสนุนจากเพื่อนและการมีส่วนร่วมภาพรวมของการทำหน้าที่ของสังคมและการมีส่วนร่วม

3. การทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ (Emotional function)

- 3.1 ความภาคภูมิใจในตนเอง
- 3.2 ความรู้สึกที่มีต่อสัมพันธภาพส่วนบุคคล
- 3.3 ความคิดที่เกี่ยวข้องกับอนาคต
- 3.4 เหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต
- 3.5 ภาพรวมของการทำหน้าที่ทางอารมณ์

2. Item reduction ขั้นตอนนี้ได้ทำการลดข้อคำถามจาก 172 ข้อ ให้เหลือคำถามที่ดีที่สุดเพียง 59 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามในด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย 24 ข้อ การทำหน้าที่ทางสังคม 25 ข้อ และการทำหน้าที่ทางอารมณ์ 25 ข้อ (บางคำถามอยู่ร่วมกันทั้งทางสังคมและทางอารมณ์) ในการลดข้อคำถามโดยใช้วิธีการนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป (จำนวน 172 ข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 1 ชั่วโมง) ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหา ระบบสุขภาพ ตามที่ผู้ป่วยตอบหรือไม่ จากนั้นได้ทำ item reduction ด้วยวิธีทางสถิติ

3.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ เพื่อใช้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subject) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ที่ตนเองได้มีกิจกรรมสันทนาการ เป็นต้น

สมัย ศิริทองถาวร (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตวัยรุ่นไทย โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับวัยรุ่นไทย โดยเริ่มจากการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group) เด็กนักเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 1,425 คน จากนักเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 6 หมวด 31 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยแพทย์ จิตแพทย์ นักการศึกษา นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ คำอำนาจการจำแนกรายข้อ (Discrimination) แต่ละข้อมีอำนาจการจำแนก แต่ละข้อมีค่า T และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.911 เกณฑ์ปกติของแบบวัดคุณภาพชีวิตจากกลุ่มตัวอย่าง 1,425 คน ในรูปของ Normallized T-score ได้เกณฑ์ปกติของแบบทดสอบแบบวัดคุณภาพชีวิตวัยรุ่นไทย

WHO group (1994) ได้รายงานถึงการศึกษา โดยสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) จำนวน 100 ข้อ โดยมีขั้นตอนการ

สร้างเครื่องมือประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการทำความเข้าใจแนวคิดต่างๆ ตั้งแต่การกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิต โครงสร้างของเครื่องมือ ขั้นที่ 2 การสำรวจหาโครงสร้างที่แท้จริง โดยจัดกลุ่มอภิปรายอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วย คนปกติ จาก 15 ศูนย์ภาคสนามที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันทั่วโลก ขั้นที่ 3 จัดคำถามของทุกศูนย์นำมารวมกันตามความหมายของแต่ละกลุ่ม และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ใน 15 ศูนย์ภาคสนาม คัดเลือกคำถามเหลือเพียง 100 ข้อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจากการศึกษานี้ (WHOQOL-100) ประกอบไปด้วยคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

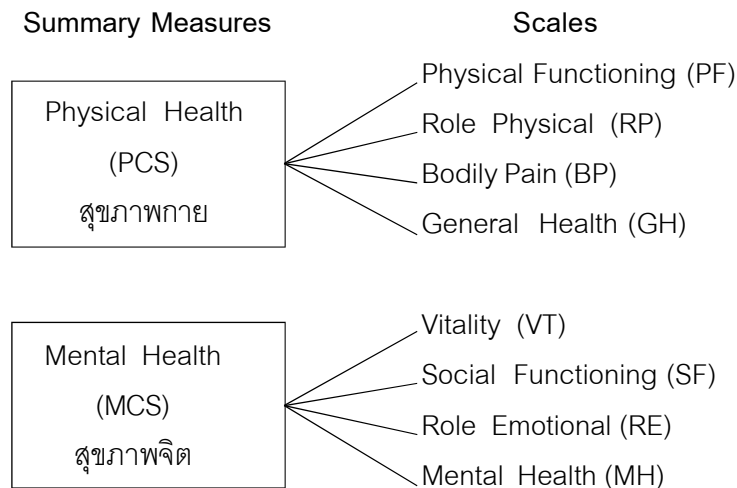
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่ต้องพึ่งพาอาศัยกันหรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีชีวิตรอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณสมบัติอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคม สงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/personal beliefs) คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ต่างกันของ ตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

Ware and Gandek (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและการประเมินผลการใช้ SF-36 ในการสำรวจสุขภาพ โดยใช้วิธีการวัดภาวะสุขภาพทั่วไปจำนวน 36 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย



สำหรับคำถามใน SF-36 มีรายละเอียดดังนี้

1. โดยทั่วไปแล้ว สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร (GH1)
2. เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้วสุขภาพของคุณเป็นอย่างไร

(MH)

3. ในข้อต่อไปนี้ เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่คุณสามารถทำได้
ในแต่ละวัน คุณมีข้อจำกัดด้านสุขภาพในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้า
มี มากน้อยเพียงใด

3.1 กิจกรรมที่ต้องใช้พลังมาก ความแข็งแรง เช่น การ
วิ่ง การยกของหนัก การร่วมเล่นกีฬา (PF1)

3.2 กิจกรรมระดับปานกลาง เช่น การเคลื่อนย้ายโต๊ะ
การเล่นกอล์ฟ การทำความสะอาดด้วยเครื่องดูดฝุ่น (PF2)

3.3 การยกของหรือขนของเล็กๆ น้อยๆ (PF3)

3.4 การขึ้นบันไดหลายๆ ชั้น (PF4)

3.5 การขึ้นบันไดเพียงชั้นเดียว (PF5)

3.6 สามารถโค้งตัว คู้เข่า หรือนั่งตัวเองได้ (PF6)

3.7 เดินมากกว่า 1 ไมล์ (PF7)

3.8 เดินได้หลายช่วงตึก (PF8)

3.9 เดินได้ช่วงตึกเดียว (PF9)

3.10 อาบน้ำและแต่งตัวด้วยตนเอง (PF10)

4. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาที่เกี่ยวกับการทำงานหรือการดำเนินชีวิตตามปกติของคุณ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของคุณดังต่อไปนี้หรือไม่

4.1 จำนวนเวลาในการทำงานหรือการทำกิจกรรมอื่นๆ ลดลง (RP1)

4.2 ผลสำเร็จของงานน้อยกว่าที่คุณต้องการ (RP2)

4.3 การทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ อยู่ในขอบเขตที่จำกัด (RP3)

4.4 มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ (ตัวอย่างเช่น ต้องใช้ความพยายามอย่างมากเป็นพิเศษ) (RP4)

5. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาบางอย่างดังต่อไปนี้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานหรือการดำเนินชีวิตตามปกติของคุณ และมีผลต่ออารมณ์ของคุณ (เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า และวิตกกังวล)

5.1 ใช้เวลาในการทำงานหรือการทำกิจกรรมอื่นๆ ลดลง (RE1)

5.2 ผลสำเร็จของงานน้อยกว่าความต้องการของคุณ (RE2)

5.3 ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ได้ตามปกติหรืออย่างละเอียดรอบคอบ (RE3)

6. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ (SF1) รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มอื่นๆ

7. คุณมีความเจ็บปวดทางด้านร่างกายมากน้อยเพียงใดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (BP1)

8. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาความเจ็บปวดทางด้านร่างกายรบกวนการทำงานตามปกติของคุณมากน้อยเพียงใด (รวมทั้งการทำงานภายนอกบ้านและภายในบ้าน) (BP2)

9. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเรื่องราวที่คุณประสบในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละคำถามโปรดตอบเพียงคำตอบเดียวว่าคุณมีความรู้สึกอย่างไร

- 9.1 คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา (VT1)
- 9.2 คุณเป็นคนที่ตื่นเต้นตกใจง่ายมาก (MH1)
- 9.3 คุณมีความรู้สึกที่แย่มาก และไม่มีอะไรสามารถทำให้คุณมีความสุขขึ้นได้ (MH2)
- 9.4 คุณมีความรู้สึกสุข และสงบ (MH3)
- 9.5 คุณรู้สึกมีกำลังวังชา (VT2)
- 9.6 คุณมีความรู้สึกซึมเศร้า และท้อแท้ (MH4)
- 9.7 คุณรู้สึกหมดกำลังใจ (VT3)
- 9.8 คุณเป็นคนที่มีความสุข (MH5)
- 9.9 คุณรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า (VT4)

10. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีเวลาเท่าไรในการดูแลสุขภาพกายของคุณ หรือปัญหาทางอารมณ์ที่รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคม (การพบปะเพื่อนฝูง ญาติ เป็นต้น) (SF2)

11. ข้อความต่อไปนี้ถูกหรือผิดสำหรับคุณ

- 11.1 ฉันรู้สึกว่าฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนอื่นๆ (GH2)
- 11.2 ฉันมีสุขภาพดีกว่าคนอื่นๆ (GH3)
- 11.3 ฉันคาดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง (GH4)
- 11.4 สุขภาพของฉันดีเยี่ยม (GH5)

โดยสรุปแล้ว SF-36 ใช้ในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในระดับนานาชาติทั่วโลกประมาณ 40 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งในการศึกษาส่วนใหญ่จะประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. การแปลความหมาย (Translation)
2. โครงสร้างของสเกล (Scale construction)
3. การศึกษาความถูกต้องและเกณฑ์ปกติของคนทั่วไป

(Validations and norming)

Ware and Gandek (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Method for Testing Data Quality, Scaling Assumption, and Reliability : The IQOLA Project Approach ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในการพัฒนาเครื่องมือ SF-36 ซึ่งมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ 1) การแปลความหมาย 2) การทดสอบสมมติฐานของสเกล 3) การศึกษาความถูกต้องและค่าปกติ สำหรับการศึกษานี้เป็นการศึกษาในขั้นตอนที่สอง คือ ทดสอบสมมติฐานของการให้คะแนนในแต่ละคำถาม และโครงสร้างของสเกล (scale construction) ตลอดจนศึกษาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของ SF-36 ผลของการศึกษาพบว่าจากการทดสอบสมมติฐาน สามารถใช้ในการตัดสินใจได้ว่า ถ้ามาตรฐานในการคำนวณสำหรับโครงสร้าง และการให้คะแนนใน 8 หมวด ของ SF-36 เป็นรูปแบบเดียวกัน และใช้ได้ในแต่ละประเทศ ก็จะเป็นการเตรียมข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาเครื่องมือให้ดียิ่งขึ้นต่อไป สำหรับค่า reliability ของสเกลในแต่ละหมวดมีดังนี้ PF .93, RP .89, BP .82, GH .77, VT .85, SF .80, RE .85 และ MH .84

Gandek and Ware (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Method for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires : The IQOLA Project Approach โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาความถูกต้องของการสำรวจภาวะสุขภาพด้วย SF-36 และการหาค่าปกติในคนทั่วไป (norming) ตามโครงการ IQOLA ใน 13 กลุ่มประชากรทั่วไปของ 11 ประเทศ ซึ่งขั้นตอนการศึกษามี 3 ระยะคือ 1) การแปลความหมาย 2) การทดสอบสมมติฐานของสเกล 3) การศึกษาความถูกต้อง และค่าปกติ การศึกษาค้างนี้จึงเป็นการรายงานผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 3

จากผลการศึกษาได้แนะนำการเปรียบเทียบคะแนน SF-36 โดยจำแนกตามเพศกลุ่มอายุโดยแบ่งออกเป็นช่วงละ 10 ปี นอกจากนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพการทำงาน การศึกษา สถานภาพสมรส บางประเทศได้มีการเพิ่ม check list จำนวน 15 ข้อ ในการรายงานถึงภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้ได้นำมาใช้ในการศึกษา Concurrent validity โดยทำการศึกษา SF-36 กับเครื่องมืออื่นๆ โดยทำการศึกษาเป็นคู่ขนานกันไป และศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเครื่องมือทั้งสอง การศึกษา Predictive validity ก็เป็น การศึกษาหนึ่งที่สามารถควบคู่กันไป โดยเป็นการศึกษาการทำนายถึง เหตุการณ์ในอนาคต เช่น การตาย การไม่มียานพาหนะ การต้องการใช้บริการ ทางสุขภาพ (Nunnally, Bernstein, 1994)

การนำ SF-36 ไปใช้ในการวิจัย ได้มีนักวิชาการนำเครื่องมือนี้ ไปใช้ในการศึกษาเช่น

Ware, et al. (1993) ได้ทำการศึกษาเรื่อง SF-36 Health survey manual and interpretation guide โดยศึกษาหาค่าปกติของ คนทั่วไปในสหรัฐ (U.S.A. general population norms) จำนวน 2,474 คน โดยแบ่งค่าปกติออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทาง ร่างกาย และจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนปกติของคนทั่วไป ในด้านร่างกาย และจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 50.0 คะแนน ดังตาราง

Statistics	Physical Component Score	Mental Component Score
Mean	50.0	50.0
25 th Percentile	42.8	45.0
50 th Percentile	52.6	52.5
75 th Percentile	56.0	57.4
Standard Deviation	10.0	10.0

Stevenson (1995) ได้ทำการศึกษาเรื่อง MOS SF-36 questionnaire-interim Australian norms โดยใช้ SF-36 ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 6,823 คน เพื่อศึกษาหาค่า ปกติในประชากรทั่วไปของออสเตรเลีย (Australian general population) ผลการศึกษาพบว่า ค่าปกติของ SF-36 (Norms) ใน 8 สเกลย่อย (eight sub-scales) ตามตารางต่อไปนี้

	Physical Functioning	Role Physical	Bodily Pain	General Health	Vitality	Social Functioning	Role - Emotional	Mental Health
Standardised values								
Mean	83.6	79.7	76.9	71.5	63.9	84.6	83.7	75.7
Standard deviation	23.4	35.1	25.2	20.8	19.4	22.2	30.9	16.4
Standard error of mean	0.4	0.6	0.4	0.4	0.3	0.4	0.5	0.3
Observations	6,823	6,807	6,803	6,848	6,805	6,825	6,804	6,803
Contributing to mean								
25 th Percentile	75.0	75.0	62.0	57.0	50.0	75.0	66.7	68.0
50 th Percentile	95.0	100.0	84.0	75.0	65.0	100.0	100.0	80.0
75 th Percentile	100.0	100.0	100.0	87.0	80.0	100.0	100.0	88.0
Range	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	4-100
%Ceiling	37.7	66.8	38.7	6.9	1.9	53.3	71.9	4.0
%Floor	0.7	12.1	1.0	0.1	0.4	0.7	8.1	0.1

นอกจากนี้ในด้านมาตรวัดที่สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตของประชากรในระดับจังหวัดได้คือ Human Achievement Index : HAI (UNDP, 2003) ซึ่งถือว่าเป็นมาตรวัดในระดับภาพกว้างอย่างหนึ่ง ซึ่งพัฒนาโดย UNDP ใช้แนวคิดอิงกับวงจรชีวิตของมนุษย์ (Human life cycle) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบได้แก่

1. สุขภาพ (Health)
2. การศึกษา (Education)
3. การมีงานทำ (Employment)
4. รายได้ (Income)
5. ที่อยู่อาศัยและเงื่อนไขการดำรงชีวิต (Housing and Living Condition)
6. ชีวิตครอบครัวและชีวิตในชุมชน (Family and Community Life)
7. การคมนาคมและการสื่อสาร (Transportation and Communication)
8. การมีส่วนร่วม (Participation)

ทั้ง 8 องค์ประกอบดังกล่าว มีทั้งหมด 40 ตัวชี้วัด สำหรับภาคอีสานพบว่า ในองค์ประกอบด้านสุขภาพ จังหวัดในภาคอีสานมีค่าคะแนน

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ เช่นเดียวกับองค์ประกอบด้านรายได้ที่พิจารณาจากความยากจน (Poverty Incidence) พบว่ามี 5 จังหวัดในภาคอีสานที่มีรายได้ต่ำสุดของประเทศ ได้แก่ สุรินทร์ นครพนมหนองบัวลำภู และยโสธร

3.3 แบบวัดความสุขและความผาสุก

ในปัจจุบันนักวิชาการได้นำแนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์เข้ามาเป็นส่วนเกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดความสุข โดยใช้ความสุขมวลรวมประชาชาติบนพื้นฐานความเชื่อว่าการพัฒนาสังคมมนุษย์ที่แท้จริงเกิดจากการพัฒนาทางด้านวัตถุและจิตใจควบคู่กันไป โดยมีหลักการสำคัญ 4 ประการที่เรียกว่า สี่เสาแห่งความสุข (Four pillars of happiness) ซึ่งได้แก่การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน (sustainable economic development) การอนุรักษ์และส่งเสริมคุณค่าทางวัฒนธรรม (cultural conservation) การรักษาสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ และการมีธรรมาภิบาลที่ดี (good governance)

องค์การระหว่างประเทศต่างๆ ให้ความสนใจพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องใช้ในการวัดความสุขและการกินดีอยู่ดี เช่น ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human development index: HDI) ซึ่งเน้นการพัฒนาคนใน 3 มิติ ทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษา และเศรษฐกิจ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549)

นอกจากนี้ยังมีดัชนีที่ใช้วัดความสุขโดยตรง เช่น ดัชนีอยู่ดีมีสุขเด็กและเยาวชน (Child and Youth Well-being Index: CWI) โดยดัชนีนี้ประกอบด้วยความอยู่ดีมีสุขทางเศรษฐกิจของครอบครัว สุขภาพความปลอดภัย พฤติกรรม การเข้าศึกษา ความเชื่อมโยงในชุมชน ความสัมพันธ์ทางสังคมและความสุขทางอารมณ์

ในด้านการประเมินหรือหาตัวชี้วัดด้านความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของประชาชนเป็นสิ่งที่ผู้สนใจมากขึ้น ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และสุขภาพอนามัย และได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อ

เป็นดัชนีชี้วัด เช่น ดัชนีความผาสุกของโลก (Happy Planet Index : HPI) โดยมูลนิธิเศรษฐศาสตร์แนวใหม่ (New Economics Foundation : NEF) เป็นวิธีการวัดที่พิจารณาจากผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม และประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรกับความอยู่ดีมีสุขของมนุษย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความยืนยาวของชีวิต ความพอใจในชีวิต และความต้องการบริโภคทรัพยากรธรรมชาติ ความสุขมวลรวมประชาชาติ (GNH) ซึ่งเป็นการวัดโดยไม่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่เน้น ความสุขที่แท้จริงของคนในสังคม ภายใต้หลักการสำคัญ 4 ประการ คือการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน การอนุรักษ์ และส่งเสริมคุณค่าทางวัฒนธรรม การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และการมีธรรมาภิบาล

การคำนวณดัชนีความสุข (HPI) ของ NEF มีองค์ประกอบหลัก 3 อย่าง ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีชีวิต ความคาดหวังในชีวิต และการรักษาระบบนิเวศตามแบบฉบับเดิม เขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$\text{ดัชนีความสุข} = \frac{\text{ความพึงพอใจในการมีชีวิต} \times \text{ความคาดหวังในชีวิต}}{\text{การบริโภคสิ่งแวดล้อม}}$$

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP, 2003 อ้างใน ดุษฎี อายุวัฒน์, 2548) ได้พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดความก้าวหน้าของมนุษย์ (Human Achievement Index: HAI) และดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พัฒนาดัชนีชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Index: SDI) ที่ครอบคลุมมิติการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดัชนี ความอยู่ดีมีสุข (Well – Being Index: WBI) ที่ครอบคลุมมิติทางสุขภาพ ความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ ครอบครัวยุคใหม่ สิ่งแวดล้อม และการบริหารราชการที่ดี

Berkman (1971) ได้สร้างเครื่องมือดัชนีวัดความผาสุกทางจิตใจ (Index of psychological well-being) เพื่อใช้ในการสำรวจสุขภาพจิต

ของประชาชนทั่วไป มีลักษณะเป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบได้ประเมินความรู้สึกของตนเอง เกี่ยวกับความรู้สึกเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ความรู้สึกเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 8 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 1 คำตอบในแต่ละข้อ

การให้คะแนนการตอบหัวข้อในเครื่องมือมีดังนี้ ให้ค่า 0, 1 และ 3 คะแนน ถ้าเลือกตอบว่าไม่เคยรู้สึกเลย รู้สึกเป็นครั้งคราว และรู้สึกบ่อยๆ ตามลำดับ ดังนั้น คะแนนความรู้สึกเชิงลบจึงมีตั้งแต่ 0-15 คะแนน และความรู้สึกเชิงบวกมีค่าตั้งแต่ 0-9 คะแนน

สำหรับการแปลผลระดับความผาสุกของ Berkman มีความหมายดังนี้

- ระดับที่ 1 มีความรู้สึกดีเลิศตลอดเวลา
- ระดับที่ 2 มีความรู้สึกที่ดีตลอดเวลา
- ระดับที่ 3 มีความรู้สึกดีเกือบตลอดเวลา
- ระดับที่ 4 มีความรู้สึกที่ดีเป็นส่วนใหญ่
- ระดับที่ 5 มีความรู้สึกที่ไม่ดีและความรู้สึกที่ดีพอๆ กัน
- ระดับที่ 6 มีความรู้สึกที่ไม่ดีเกือบตลอดเวลา
- ระดับที่ 7 มีความรู้สึกที่ไม่ดีตลอดเวลา

Dupuy (1977 cited by Bowling, 1991) ได้สร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิตชื่อ The General Well-being Schedule : GWB ใช้ในการสำรวจประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็นการวัดเกี่ยวกับความรู้สึกที่แสดงถึงการมีสภาวะทางสุขภาพจิตที่ดี ความเครียดกังวลใจ ซึ่งเครื่องมือนี้วัดภาวะสุขภาพจิตทั้งในด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 6 หมวด คือ 1) ความวิตกกังวล 2) ซึมเศร้า 3) สุขภาพทั่วไป 4) สภาวะสุขภาพจิตในด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง 6) ความกระปรี้กระเปร่ามีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นการถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดย 14 ข้อแรกใช้มาตรฐานส่วนประเมินค่า 1-6 และอีก 4 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 0-10 การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยการแยกออกเป็นหมวดย่อย 6 หมวด หรือวิเคราะห์โดยการรวมคะแนนคำตอบจากแต่ละข้อ คะแนนต่ำจะแสดงถึงการมีปัญหา

ทางด้านความเครียดกังวลใจในระดับที่รุนแรง คะแนนเต็มรวมจะอยู่ระหว่าง 0-110 ซึ่ง Dupuy ได้กำหนดระดับความรุนแรงของความเครียดกังวลใจตามระดับของคะแนน ดังนี้

- คะแนน 0-60 = ความเครียดกังวลใจที่รุนแรง
- คะแนน 61-72 = ความเครียดกังวลใจขนาดปานกลาง
- คะแนน 73-110 = สภาวะสุขภาพจิตที่ดี

Sell and Nagpal (1992) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Assessment of Subjective Well-being ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างเครื่องมือประเมินความผาสุกของบุคคล โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็น รู้สึกเป็นสุขและไม่เป็นสุข การสร้างเครื่องมือนี้จากคำถามเริ่มต้น 130 ข้อ ลดลงเหลือเพียง 40 ข้อ ซึ่งสามารถให้ผลการประเมินได้ใกล้เคียงกัน

สำหรับโครงสร้างของ Subjective Well-being ประกอบด้วย

1. ความรู้สึกเป็นสุข-อารมณ์ด้านบวก: General well-being positive affect

เป็นความรู้สึกเป็นสุขที่รับรู้จากชีวิตโดยรวมว่าราบรื่นและสนุกสนาน และอารมณ์ด้านบวกที่เป็นมุมมองโดยทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว

คำถาม

- 1) ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านไม่น่าเบื่อหรือไม่
- 2) เปรียบเทียบกับอดีตแล้วท่านคิดว่าปัจจุบันชีวิตของท่านมีความสุข

3) โดยความรู้สึกโดยรวมๆ แล้ว ท่านมีความพอใจเพียงใดกับสิ่งต่างๆ ที่ท่านได้ทำใน 2-3 ปีที่ผ่านมา

2. ความคาดหวังและความสำเร็จที่เป็นไปตามที่คาดหวัง: Expectation-achievement congruence ความรู้สึกเป็นสุขที่เกิดจากการประสบความสำเร็จ และมีชีวิตตามที่ตนได้คาดหวังไว้ หรือเป็นชีวิตที่พึงพอใจ

คำถาม

- 1) ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และมีฐานะทางสังคมตามที่คาดหวังไว้หรือไม่
- 2) ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและก้าวหน้าดีเพียงใด
- 3) ท่านประสบความสำเร็จอย่างที่ท่านต้องการเสมอหรือไม่

3. Confidence in coping

เป็นความเข้มแข็งของบุคลิกภาพ ความสามารถในการจัดการสถานการณ์คับขัน หรือสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดฝัน บางครั้งเรียกว่าสุขภาพจิตในรูปแบบของ “ecological sense” เช่น ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และเผชิญหน้ากับความยากลำบากโดยไม่ล้มเหลว

คำถาม

- 1) แม้สถานการณ์จะไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ท่านคิดว่า จะสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นๆ ได้ไหม
- 2) ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะรับมือกับเหตุการณ์ร้ายแรงหรือไม่ (เหตุการณ์ใดก็ตามที่มีผลกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างมาก)
- 3) ในวิถีทางที่สิ่งต่างๆ กำลังดำเนินไปในปัจจุบัน ทำให้ท่านมั่นใจว่าจะสามารถรับมือกับอนาคตได้เพียงใด

4. Transcendence

ประสบการณ์ชีวิตนอกเหนือชีวิตปกติในแต่ละวัน เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการให้คุณค่าในทางจิตวิญญาณ

คำถาม

- 1) บางครั้งท่านรู้สึกใหม่ว่าตัวท่านและสิ่งต่างๆ รอบตัวท่านต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และต่างก็เป็นส่วนหนึ่งที่ธรรมชาติสร้างสรรค์มา

2) ในบางครั้งท่านเคยมีความรู้สึกเป็นสุข ปลอดปลื้ม อิ่มเอมใจอย่างเต็มเปี่ยมหรือไม่

3) บางครั้งท่านเคยมีความรู้สึกดีใจที่ได้เกิดมาเป็นส่วนหนึ่งของชาติไทยเหมือนดังกับเป็นครอบครัวใหญ่ครอบครัวเดียวกัน

5. การสนับสนุนจากครอบครัว: Family group support

เป็นการสำรวจความรู้สึกในสองส่วนคือ ความรู้สึกเป็นสุข ที่มาจากครอบครัวขยาย (นอกเหนือจากสามี ภรรยา และลูก) ว่าให้การสนับสนุน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีความผูกพันกัน

คำถาม

1) ท่านคิดหรือไม่ว่าครอบครัวของท่านเป็นแหล่งที่จะช่วยหาทางออกให้ท่านเป็นส่วนใหญ่เวลาที่ท่านมีปัญหา

2) ท่านคิดว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกผูกพันกันอย่างใกล้ชิดหรือไม่

3) ท่านคิดว่า ถ้าท่านเจ็บป่วยหนักๆ ครอบครัวของท่านจะคอยดูแลท่านเป็นอย่างดี

6. การสนับสนุนทางสังคม: Social support

จะสำรวจในสองประเด็นคือ ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่ามีเครือข่ายทางสังคม จะเน้นถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมนอกเหนือจากครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน (เป็นที่น่าสนใจที่ว่าการบริการทางการแพทย์ และแพทย์ไม่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือ)

คำถาม

1) ท่านมั่นใจไหมว่า ญาติหรือเพื่อนจะช่วยเหลือท่าน ถ้ามีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น เช่น ทรัพย์สินของท่านถูกไฟไหม้หรือถูกขโมย

2) ถ้าท่านป่วยหนักหรือได้รับอุบัติเหตุ ท่านมั่นใจเพียงใดว่าญาติพี่น้อง และ/หรือเพื่อนจะดูแลท่าน

3) ท่านรู้สึกไหมว่าเพื่อน/ญาติพี่น้องจะช่วยเหลือท่าน ถ้าท่านต้องการ

7. Primary group concern

ปัจจัยนี้จะสำรวจถึงความรู้สึกที่มีต่อพื้นฐานของครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความรู้สึกเป็นสุขโดยรวม ในหมวดนี้จะมีความสัมพันธ์กับข้อคำถามที่เกี่ยวกับ “การมีรายได้ของทั้งสามีภรรยา” ในทำนองที่ว่าชีวิตครอบครัวจะมีความสุขมากขึ้นถ้าทั้งคู่สามีภรรยา มีงานทำ และในหมวดนี้ยังสัมพันธ์กับความปลอดภัยของลูกๆ ด้วย

คำถาม

- 1) ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติสนทนากลมเกลียวระหว่างท่านกับลูกหลานเป็นอย่างไร
- 2) ในบางครั้งท่านรู้สึกเป็นกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสามีหรือภรรยา หรือไม่
- 3) บางครั้งท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับลูกหลานหรือไม่

8. Inadequate mental mastery

เป็นความรู้สึกว่าตนไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจ หรือไม่มีความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถรบกวนสมดุลทางจิตใจได้ Inadequate mastery ถือว่ารบกวน หรือลดความรู้สึกเป็นสุข (well-being)

คำถาม

- 1) ท่านรู้สึกหงุดหงิดได้ง่ายถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง
- 2) บางครั้งท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบเหตุผล
- 3) ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือหวั่นไหวง่ายหรือไม่
- 4) ท่านรู้สึกถูกรบกวนจากความวิตกกังวลและตึงเครียด
- 5) ท่านคิดว่าเป็นปัญหาของท่านหรือไม่ที่บางครั้งท่านอารมณ์เสียในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ

6) ท่านรู้สึกไหมว่าสิ่งเล็กๆ น้อยๆ สามารถทำให้ท่านหงุดหงิดเกินควร

7) ท่านหงุดหงิดง่ายไหมถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์

9. Perceived ill-health

จะมุ่งสำรวจความพึงพอใจ และความกังวลที่มีต่อสุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นสุข

คำถาม

1) บางครั้งท่านมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านหรือไม่

2) ท่านทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกายไหม

3) ท่านเคยรู้สึกไม่สบายจากอาการใจสั่น ใจเต้นแรงผิดปกติไหม

4) ท่านเคยรู้สึกไม่สบายจากอาการเวียนบ้างไหม

5) ท่านรู้สึกเหนื่อยง่ายไหม

6) ท่านมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับไหม

10. Deficiency in social contacts

ข้อความจะสำรวจถึงความกังวลเกี่ยวกับว่าเพื่อนจะไม่ชอบ หรือความรู้สึกนึกคิดถึงเพื่อนๆ ซึ่งจะบอกความรู้สึกทางลบ ที่มีต่อเครือข่ายทางสังคม

คำถาม

1) ท่านปรารถนาที่จะมีเพื่อนมากกว่าที่ท่านมีอยู่ไหม

2) บางครั้งท่านรู้สึกไหมว่าท่านคิดถึงเพื่อนสนิทของท่าน

3) บางครั้งท่านรู้สึกกังวลที่ท่านไม่มีใครสนิทเป็นการส่วนตัว

11. General well-being negative affect

ปัจจัยนี้จะสะท้อนให้เห็นการมองชีวิตโดยรวมในลักษณะที่หดหู่ น่าเศร้า การมีอารมณ์ดี และอารมณ์ที่ไม่ดี จะขึ้นกับการมองชีวิตหมดทั้งชีวิต ไม่ได้จำเพาะว่าเป็นความกังวลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

คำถาม

- 1) ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตน่าเบื่อไม่น่าสนใจไหม
- 2) ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของท่านหรือไม่
- 3) ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านไม่มีประโยชน์หรือไม่

สำหรับการให้คะแนน Subjective Well-being Inventory (SUBI) มีการให้คะแนน 3, 2, 1 ในคำถามเชิงบวก และให้คะแนน 1, 2, 3 สำหรับคำถามเชิงลบ ซึ่งคะแนนต่ำสุดเมื่อตอบแบบสอบถามทั้งฉบับจะเท่ากับ 40 คะแนน สูงสุด 120 คะแนน สำหรับค่าปกติของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ชาวอินเดีย (n=120) ในการศึกษาครั้งนี้ค่าเฉลี่ย (mean) เท่ากับ 90.8 (S.D. เท่ากับ 9.2)

Diener (2002) ได้พัฒนาเครื่องมือพื้นฐานที่เรียกว่า The satisfaction with scale เป็นการสำรวจโดยใช้คำถาม 5 คำถามซึ่งพบว่าเป็นไปได้กับแบบวัดความสุขอื่นๆ เช่น ความประทับใจจากเพื่อนฝูงและครอบครัว การแสดงออกของอารมณ์ที่ดี และการมีอาการซึมเศร้าต่ำ โดยแบบวัดนี้ประกอบด้วย

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และให้คะแนน 1-7 ว่าคุณเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด

- | | | |
|-----------------------|-------------|---------------|
| ค่าคะแนนเท่ากับ 1,2,3 | คำตอบคือ | ไม่จริงเลย |
| ค่าคะแนนเท่ากับ 4, 5 | ค่าคำตอบคือ | จริงปานกลาง |
| ค่าคะแนนเท่ากับ 6,7 | ค่าคำตอบคือ | จริงมากที่สุด |
- ข้อคำถาม

1. โดยส่วนใหญ่แล้วชีวิตของฉันใกล้เคียงกับที่ฉันเคยฝันเอาไว้
2. สภาพชีวิตด้านต่างๆของฉันนั้นดีเลิศ

3. ฉันพึงพอใจกับชีวิตของฉัน
4. ฉันได้รับสิ่งสำคัญต่างๆ ที่ฉันต้องการในชีวิตแล้ว
5. ถ้าฉันย้อนชีวิตกลับไปได้อีกครั้ง ฉันแทบจะไม่อยากเปลี่ยนแปลงอะไรเลย

ค่าคะแนนที่ได้

31-35	คะแนน คุณรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด
26-30	คะแนน คุณรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมาก
21-25	คะแนน คุณรู้สึกพึงพอใจในชีวิตเล็กน้อย
20	คะแนน ปานกลาง
15-19	คะแนน คุณรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตเล็กน้อย
10-14	คะแนน คุณรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต
5-9	คะแนน คุณรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตมากที่สุด

3.4 แบบวัดอื่นๆ

Noreen, et al. (2002) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Psychometric Evaluation of The Personal Lifestyle Questionnaire for Adolescents โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความถูกต้องของ Personal Lifestyle Questionnaire (PLQ) ทำการศึกษาในวัยรุ่น 15-21 ปี จำนวน 222 คน เครื่องมือนี้มี 2 ปัจจัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วย orthogonal rotation ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงปัจจัยที่ 1 เท่านั้นที่ยอมรับได้โดยมีความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟา และ Factor 1 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรการรับรู้สภาวะสุขภาพ และรูปแบบของอาการ ผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนให้ใช้เครื่องมือใน Factor 1 ซึ่งประกอบด้วย 13 คำถาม สามารถใช้ประเมินสุขภาพทั่วไปของวัยรุ่นได้

European Union Institution (2008) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการควบคุมกำกับสุขภาพอย่างต่อเนื่องในยุโรป การทบทวนนี้ได้พบความสัมพันธ์

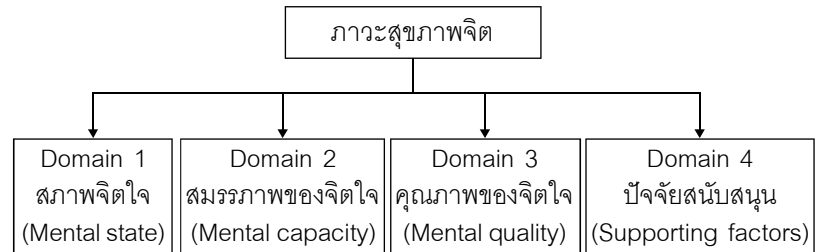
บางประการระหว่างสุขภาพจิต ความทุกข์ใจ และความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจจะเหมือนหรือแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และลักษณะความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละแห่ง จากลักษณะที่กล่าวมาแล้ว สามารถแบ่งตัวชี้วัดของสุขภาพจิตออกเป็น 7 หมวด คือ 1) ลักษณะทางสังคม 2) เครือข่ายทางสังคมและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง 3) สุขภาพจิตเชิงบวก 4) ประสิทธิภาพของแต่ละบุคคล 5) บริการและการช่วยเหลือต่างๆ ความต้องการและการใช้ประโยชน์ 6) การป่วยและความพิการ 7) อัตราตาย

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิต พบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างเครื่องมือในการวัดภาวะสุขภาพจิต เช่น แบบวัดสุขภาพจิต แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดความผาสุก แบบวัดความสุข แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น ซึ่งวิธีการศึกษา ได้มีวิธีการหลายวิธี เช่น การประชุม ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกำหนดคำจำกัดความ และองค์ประกอบของสุขภาพจิต ประกอบกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัย จากนั้นนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่รู้ชัดว่าเป็นโรค หรือเจ็บป่วย เปรียบเทียบกับคนปกติ นอกจากนี้ อาจเริ่มต้นศึกษาโดยพัฒนาเครื่องมือมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มคนปกติ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติในเชิงโครงสร้าง และลดข้อคำถามให้เหลือน้อยและดีที่สุด เพื่อให้สอดคล้องกับองค์ประกอบ และความหมายของสุขภาพจิตที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยดังกล่าวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในต่างประเทศ ถึงแม้มีการแปลความหมายเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือแล้ว แต่คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าอาจมีความแตกต่างในเชิงภาษาที่ใช้ บริบทในด้านสังคม วัฒนธรรม และประเพณีของคนไทย จึงอาจทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นในต่างประเทศมีจุดอ่อนในการนำมาใช้ในประเทศไทยได้ ประกอบกับการวิจัย

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในครั้งนี้ ต้องการสร้างเครื่องมือเพื่อนำไปใช้วัดภาวะสุขภาพจิตคนไทยซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนคือ คนปกติทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน ฉะนั้นการสร้างเครื่องมือฉบับนี้จึงมีความแตกต่างจากเครื่องมืออื่นๆ ในด้านให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมาจากผู้นำชุมชน หรือตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเครื่องมือนี้ด้วย โดยการนำความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่ม (focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมประกอบในการสร้างเครื่องมือด้วย และทำการหาความตรงตามโครงสร้าง และหาค่าปกติ (norm) ซึ่งในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ซึ่งได้เคยทำการศึกษาเอาไว้ ยังมีจุดอ่อนในด้านทำการศึกษาเฉพาะประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งไม่ใช่ตัวแทนจากประชากรทั่วประเทศ ต่อมา อภิชัย มงคล และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาต่อยอดในเรื่องเดิม ชื่อ การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ โดยทำการศึกษาจากประชากรไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจาก 5 ภาคของประเทศไทย คือภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ภายหลังการศึกษา ได้เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ ฉบับสั้น 15 ข้อ มีนักวิชาการและผู้สนใจนำเครื่องมือฉบับนี้ไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีข้อเสนอแนะเชิงวิชาการในการพัฒนาเครื่องมือนี้ให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือเป็นครั้งที่ 3 ตามข้อเสนอแนะดังกล่าว ซึ่งจะได้กล่าวถึงในบทที่ 3 การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาต่อยอด โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดในการวิจัยเดิม ซึ่งดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยประกอบด้วย 4 Domains คือ Domain 1 สภาพจิตใจ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ และ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาเครื่องมือในครั้งนี้ โดยทำการศึกษาจาก ตัวแทนประชากรทั่วประเทศ และผลจากการพัฒนาเครื่องมือในการศึกษานี้จะได้เป็นประโยชน์ต่อการวัดภาวะสุขภาพจิตของคนในชุมชนทั่วประเทศต่อไป ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

| วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลนคร องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ของภาคกลางรวมกับภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานครซึ่งแบ่งการปกครองแบบเขต แขวง และชุมชน

2. ขนาดตัวอย่างในการศึกษา

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

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

เมื่อ	$Z_{\alpha/2}$	=	ความเชื่อมั่น 95% หรือเท่ากับ 1.96
	P	=	Prevalence คือ ความชุกของสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 28.4% (สวนดุสิตโพล, 2544) หรือเท่ากับ 0.284
	d	=	acceptable of error คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 8% ของค่า ความชุกสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หรือเท่ากับ 0.023

แทนค่าจากสูตรได้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.284 (1-0.284)}{0.0232^2}$$

$$\text{ดังนั้น } n = 1,476$$

เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ขนาดตัวอย่างต้องคูณด้วย design effect หากกำหนด design effect เท่ากับ 2 ถือว่าค่อนข้างสูง และมีผู้ใช้กันทั่วไป (Amon, et al, 2000) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย $1,476 \times 2$ หรือเท่ากับ 2,952 คน (เก็บข้อมูลได้จริง 3,184 คน)

2.2 การคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละภาค

คำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละภาค โดยการใช้สูตร ดังนี้

$$\text{สูตร} = \frac{n \times \text{ประชากรภาคนั้นๆ}}{\text{ประชากรทั้งประเทศ}}$$

ดังนั้นในแต่ละภาคมีขนาดตัวอย่าง ดังนี้

2.2.1 กรุงเทพมหานคร

$$= \frac{3,000 \times 5,695,956}{62,828,706} = 272 \text{ คน}$$

2.2.2 ภาคกลางรวมภาคตะวันออก (20 จังหวัด)

$$= \frac{3,000 \times 15,264,732}{62,828,706} = 729 \text{ คน}$$

2.2.3 ภาคเหนือ (17 จังหวัด)

$$= \frac{3,000 \times 11,890,752}{62,828,706} = 568 \text{ คน}$$

2.2.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (19 จังหวัด)

$$= \frac{3,000 \times 21,376,830}{62,828,706} = 1,021 \text{ คน}$$

2.2.5 ภาคใต้ (14 จังหวัด)

$$= \frac{3.000 \times 8,600,436}{62,828,706} = 411 \text{ คน}$$

(ที่มาของประชากรระดับภาคและประเทศปี พ.ศ. 2549 จากสำนักนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงมหาดไทย, 2550 online available from <http://www.otp.go.th/statdata.asp>)

2.3 ขนาดตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลเมื่อแบ่งตามเขตเมืองและเขตชนบท โดยความหมายของเขตเมือง หมายถึง การปกครองแบบเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล การปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550)

เขตชนบท หมายถึง การปกครองอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ ซึ่งได้แก่ การปกครองแบบองค์การบริหารส่วนตำบล

ดังนั้น จึงคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนเขตเมือง และเขตชนบทตามรายภาค ดังนี้ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครจะเป็นเขตที่มีการปกครองแบบแบ่งเขต จึงสุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น เขตเมืองชั้นใน (มี 22 เขต) เขตต่อเมือง (มี 22 เขต) เขตชานเมือง (มี 6 เขต) โดยแต่ละเขตสุ่มอย่างน้อย 2 แขวง ยกเว้นเขตบึงกุ่มมีเพียงแขวงเดียว

ขนาดตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทในแต่ละภาค คำนวณจากสูตร

$$\text{ขนาดตัวอย่างเขตเมือง} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างของภาค} \times \text{ประชากรเขตเมือง}}{\text{ประชากรทั้งหมดของภาค}}$$

2.3.1 ภาคเหนือ

$$\text{เขตเมือง} = \frac{568 \times 2,321,745}{11,890,752} = 111 \text{ คน}$$

$$\text{เขตชนบท} = 568 - 111 = 457 \text{ คน}$$

2.3.2 ภาคกลาง

$$\begin{aligned}\text{เขตเมือง} &= \frac{729 \times 4,996,723}{15,264,732} = 239 \text{ คน} \\ \text{เขตชนบท} &= 729 - 239 = 490 \text{ คน}\end{aligned}$$

2.3.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

$$\begin{aligned}\text{เขตเมือง} &= \frac{1,021 \times 3,333,666}{21,376,830} = 159 \text{ คน} \\ \text{เขตชนบท} &= 1,021 - 159 = 862 \text{ คน}\end{aligned}$$

2.3.4 ภาคใต้

$$\begin{aligned}\text{เขตเมือง} &= \frac{410 \times 2,027,547}{8,600,436} = 97 \text{ คน} \\ \text{เขตชนบท} &= 410 - 97 = 313 \text{ คน}\end{aligned}$$

สำหรับกรุงเทพมหานคร การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรเดียวกัน คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของจังหวัดกรุงเทพฯ

$$= \frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องเก็บใน กทม.} \times \text{ประชากรเขตที่สุ่มได้}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

แต่เนื่องจากการคำนวณขนาดตัวอย่างของจังหวัดกรุงเทพฯ เมื่อคำนึงถึงสัดส่วนของประชากร พบว่า ต้องเก็บตัวอย่าง 272 คน ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ ดังนั้นจึงเก็บตัวอย่างในขั้นต่ำเท่ากับจำนวนตัวอย่างของภาคใต้ที่คำนวณได้ คือ 411 คน

หมายเหตุ ตัวเลขขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้กับเลขในตารางในการเก็บข้อมูลอาจไม่ตรงกัน เนื่องจากเมื่อนำมาหารด้วย 3 มีการปัดตัวเลขขึ้นเพื่อสะดวกในการเก็บข้อมูล เพื่อกระจายตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเขตเมือง และเขตชนบทในแต่ละภาค

2.4 หน่วยศึกษา

หน่วยศึกษา หมายถึง ตัวอย่าง 1 คน จาก 1 หลังคาเรือน โดยมีวิธีการดังนี้

2.4.1 สุ่มหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ สมมติว่า หมู่บ้าน ก. ที่สุ่มได้จาก อบต.ขนาดเล็ก มี 300 หลังคาเรือน ต้องการเก็บข้อมูลในครั้งนี้เพียง 70 คน ดังนั้นต้องทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) และคำนวณช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่างจากสูตร ดังนี้

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

เมื่อ

I	=	ช่วงห่างของการสุ่ม
N	=	จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด
n	=	จำนวนหลังคาเรือนที่ต้องการศึกษา

แทนค่าจากสูตรดังนี้

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

ฉะนั้น ช่วงห่างของการสุ่ม เท่ากับ 4 หลังจากนั้นให้ทำฉลากหมายเลข 1-4 และสุ่มเลขที่เริ่มต้น สมมติว่าสุ่มได้เลข 3 ดังนั้นหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 3, 7, 11, 15, 19, 23 ..., 280

2.4.2 สุ่มตัวอย่างคนในหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ โดยการดูจาก family folder ว่าในแต่ละหลังคาเรือนที่สุ่มได้มีกี่คนที่มีคุณสมบัติเป็นตัวอย่างที่ศึกษา (inclusion criteria) สมมติว่าในหลังคาเรือน ก มี 3 คนให้เขียนชื่อทั้ง 3 คน และสุ่มคนที่จะทำการสอบถามเก็บข้อมูลในหลังคาเรือน ก เพียง 1 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบหยิบลูก (simple random sampling technique) จนครบ 70 หลังคาเรือน (อาจใช้วิธีกำหนดตัวเลขของสมาชิกในครอบครัวแทนการเขียนชื่อใน family folder ก็ได้) เนื่องจากต้องการสุ่มตัวอย่างให้มีเพศใกล้เคียงกับประชากรของประเทศ จึงกำหนดสุ่มตัวอย่างบ้านหลังแรกเป็นเพศหญิง หลังจากนั้นเป็นเพศชายสลับกันไปเช่นนี้จนครบตามหลังคาเรือนที่สุ่มได้

ในกรณีที่ถ้าบ้านหลังนั้นไม่ให้ความร่วมมือ หรือไม่มีใครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ให้ไปเก็บข้อมูลหลังคาเรือนถัดไป

2.4.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการเชิญกลุ่มตัวอย่างมาพบที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย ศาลากลางบ้าน หรือวัด ตามความเหมาะสมในแต่ละหมู่บ้าน หรืออาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามบ้านในแต่ละหลัง ขึ้นอยู่กับความพร้อมของพื้นที่นั้นๆ

3. คุณสมบัติของประชากรที่ทำการศึกษา จะทำการศึกษาโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติประกอบไปด้วยข้อบ่งชี้ (inclusion criteria)

- 1) อายุ 15 ปีขึ้นไปจนถึง 60 ปี
- 2) อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน หรือชุมชนนั้นๆ ขณะทำการศึกษายอย่างน้อย 1 ปี
- 3) สามารถสื่อสารได้ไม่เป็นใบ้ หรือหูหนวก
- 4) ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1) มีอาการป่วยหนักมากหรือไม่รู้สึกตัว
- 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ทุกข้อ หรือออกจากการวิจัยเมื่อเก็บข้อมูลได้ระยะหนึ่ง โดยไม่ยินยอมตอบคำถามอีกต่อไป

การสุ่มตัวอย่างและพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

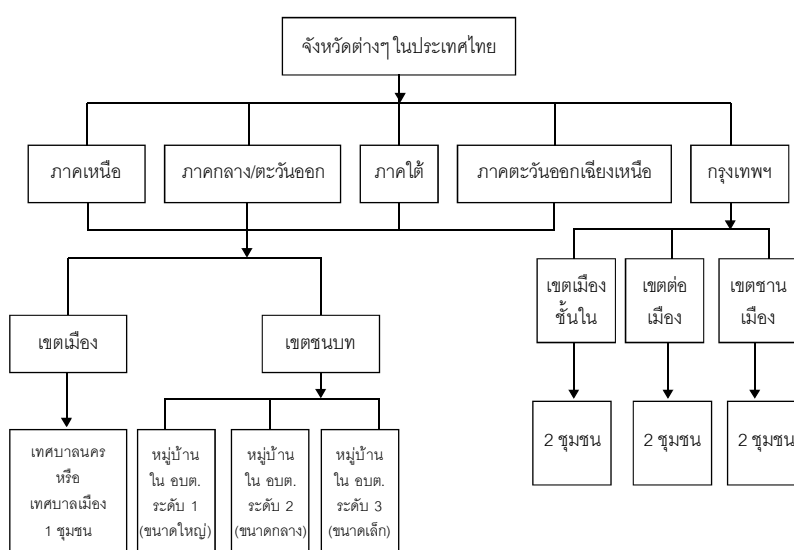
1. จัดกลุ่มจังหวัดที่มีการบริหารแบบ อบต.ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก จากนั้นสุ่มจังหวัดในแต่ละภาคของประเทศ ภาคละ 3 จังหวัด โดยมีตัวแทนของ อบต.ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ในแต่ละภาค ซึ่งมีทั้งหมด 4 ภาค และ 1 จังหวัด คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางรวมภาคตะวันออก ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพฯ เป็นเขตการปกครองพิเศษ

2. ในแต่ละจังหวัดที่สุ่มได้ในแต่ละภาค จะสุ่มเพียง 1 ชุมชนในการปกครองแบบเทศบาลนคร หรือเทศบาลเมือง และสุ่มเพียง 1 หมู่บ้านในการปกครองแบบ อบต. โดยทำการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 เก็บข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลเมือง หรือเทศบาลนคร ในกรณีอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ หมายถึง เขตเมือง หรือ เขตวัฒนาเท่านั้น

2.2 เขตชนบท หมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยในการปกครองแบบ อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก และในกรณีอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ หมายถึง เขตต่อเมืองและเขตชานเมือง

ภาพที่ 3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling frame)



3. พื้นที่การเก็บข้อมูล

ภาค	เขต/จังหวัด ที่เก็บข้อมูล	เขตเทศบาล/ แขวง	ชุมชน/อบต. (ใหญ่ กลาง เล็ก)	อยู่ในความ รับผิดชอบของ รพ.
กรุงเทพฯ 411 คน	วัฒนา 106 คน (เขตเมือง)	แขวงคลองเตยเหนือ 53 คน	1 ชุมชน	สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
		แขวงพระโขนง เหนือ 53 คน	1 ชุมชน	
	บึงกุ่ม 154 คน (เขตต่อเมือง)	แขวงบึงกุ่ม 154 คน (มีแห่งเดียว)	2 ชุมชน	
	บางขุนเทียน 151 คน (เขตชานเมือง)	แขวงแสมดำ 75 คน	1 ชุมชน	
		แขวงท่าข้าม 76 คน	1 ชุมชน	
กลาง 729 คน	พระนครศรีอยุธยา 243 คน	เทศบาลนคร พระนครศรีอยุธยา 80 คน	หมู่ 3 อบต.ธนู อ.อุทัย 163 คน (อบต.ขนาดใหญ่)	โรงพยาบาลศรีธัญญา
	สมุทรสงคราม 243 คน	เทศบาลเมือง สมุทรสงคราม 80 คน	อบต.ลาดใหญ่ อ.เมือง 163 คน (อบต.ขนาดกลาง)	สถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์
	ชัยนาท 243 คน	เทศบาลเมืองชัยนาท 80 คน	อบต.หันคา อ.หันคา 163 คน (อบต.ขนาดเล็ก)	โรงพยาบาลศรีธัญญา
เหนือ 570 คน	เชียงราย 190 คน	เทศบาลนครเชียงราย 37 คน	หมู่ 5 อบต. รอบเวียง อ.เมือง 153 คน (อบต.ขนาดใหญ่)	โรงพยาบาลสวนปรุง
	ตาก 190 คน	เทศบาลเมืองตาก 37 คน	หมู่ 6 อบต.แม่จะเรา อ.แม่ระมาด 153 คน (อบต.ขนาดกลาง)	
	อุทัยธานี 190 คน	เทศบาลเมืองอุทัยธานี 37 คน	อบต.หนองไผ่ อ.หนองขาหย่าง 153 คน (อบต.ขนาดเล็ก)	โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ ราชนครินทร์

3. พื้นที่การเก็บข้อมูล (ต่อ)

ภาค	เขต/จังหวัด ที่เก็บข้อมูล	เขตเทศบาล/แขวง	ชุมชน/อบต. (ใหญ่ กลาง เล็ก)	อยู่ในความ รับผิดชอบของ รพ.
ตะวันออก เฉียงเหนือ 1,023 คน	นครราชสีมา 341 คน	เทศบาล นครราชสีมา 53 คน	หมู่ 5 อบต.หมูลี อ.ปากช่อง 288 คน (อบต.ขนาดใหญ่)	โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชนครินทร์
	หนองคาย 341 คน	เทศบาลเมือง หนองคาย 53 คน	หมู่ 2 อบต.บ้านโพธิ์ อ.โพนพิสัย 288 คน (อบต.ขนาดกลาง)	โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์
	กาฬสินธุ์ 341 คน	เทศบาลเมือง กาฬสินธุ์ 53 คน	อบต.สามัคคี อ.ร่องคำ 288 คน (อบต.ขนาดเล็ก)	โรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์
ใต้ 411 คน	สงขลา 137 คน	เทศบาลนครสงขลา 33 คน	หมู่ 3 อบต. เขารูปช้าง อ.เมือง (อบต.ขนาดใหญ่)	โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์
	สุราษฎร์ธานี 137 คน	เทศบาลเมือง สุราษฎร์ธานี 33 คน	หมู่ 3 อบต.คลองไทร อ.ท่าฉาง 104 คน (อบต.ขนาดกลาง)	โรงพยาบาล สวนสราญรมย์
	พังงา 137 คน	เทศบาลเมืองพังงา 33 คน	อบต.ลำแก่น อ.ท้ายเหมือง 104 คน (อบต.ขนาดเล็ก)	

การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยโดยการนำเครื่องมือเดิมที่เคยทำการศึกษาไว้ คือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วย 4 Domains 15 Subdomains โดยฉบับสมบูรณ์มี 54 ข้อ เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและคณะทำงานครั้งที่ 1 ในวันที่ 22 มกราคม 2550 ณ ห้องประชุมรุจิรพัฒน์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีผู้เข้าประชุมประกอบด้วยจิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ดังนี้

- 1) น.พ.อภิชัย มงคล
รองอธิบดี กรมสุขภาพจิต
- 2) น.พ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
- 3) ศ.น.พ.พิเชฐ อุดมรัตน์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 4) น.พ.ทวี ตั้งเสรี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์
- 5) พ.ญ.กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 6) น.พ.ณัฐกร จำปาทอง
นายแพทย์ 6 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์
- 7) รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- 8) น.ส.สมพร อินทร์แก้ว
นักวิชาการสาธารณสุข 8 (ด้านจิตวิทยา)
กรมสุขภาพจิต
- 9) นางวัชนี หัตถพนม
พยาบาลวิชาชีพ 8
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 10) นางวรวรรณ จุฑา
นักวิชาการสาธารณสุข 7 กรมสุขภาพจิต
- 11) นายไพโรจน์ รมชัย
พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 12) นางไพลิน ปรัชญคุปต์
นักสังคมสงเคราะห์ 7
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ทรงคุณวุฒิและคณะทำงานได้ร่วมประชุม โดยพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของ Domain, Subdomain และคำถามในเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยได้ผลสรุป ดังนี้

1. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ให้มี Domain และ Subdomain เช่นเดิม แต่ให้เพิ่มคำถามใน Domain ที่ 3 Mental quality และอยู่ใน Subdomain 3.2 Self esteem ซึ่งเดิมมีคำถาม 2 ข้อ คือ

ข้อที่ 37 ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง

ข้อที่ 38 ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง

เพิ่มอีก 1 ข้อ คือ ข้อที่ 39 ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัว

ทั้งนี้ด้วยเหตุผลว่าบุคคลจะมีการนับถือตนเองต้องมีความภาคภูมิใจในตนเอง และการอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญ

2. ในการทบทวนความหมายของ Domain และ Subdomain ทุกด้าน พบว่า ความหมายเดิมยกเว้น Subdomain 2 หัวข้อมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมดังนี้

2.1 Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีการเปลี่ยนแปลงความหมาย Subdomain 2.4 การควบคุมจิตใจของตนเอง ไม่มีประสิทธิภาพ (Inadequate mental mastery) ซึ่งเป็นความหมายในเชิงลบเปลี่ยนแปลงใหม่เป็นความหมายในเชิงบวก ดังนี้

การควบคุมจิตใจของตนเองมีประสิทธิภาพ (Adequate mental mastery) หมายถึง ความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจ หรือมีความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นความสมดุลทางจิตใจ เกิดความรู้สึกเป็นสุข (well-being)

2.2 Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีการเปลี่ยนแปลงความหมาย Subdomain 3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) เพื่อให้ครอบคลุมคำถามที่เพิ่มขึ้นโดยมีความหมายใหม่ดังนี้

การนับถือตนเอง (Self esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ครอบคลุม ตั้งแต่ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในทางบวก ไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

สำหรับความหมายของ Domain และ Subdomain อื่นๆ ที่เหลือยังคงความหมายเดิม รายละเอียดศึกษาได้ในภาคผนวก

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จากการทบทวนการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ปี พ.ศ.2547 พบว่ามีโอกาสพัฒนาเพื่อความสมบูรณ์ในการศึกษารั้งนี้ในหลายประเด็น จึงมีมติที่ประชุมให้ดำเนินการศึกษาโดยปรับเปลี่ยนวิธีการศึกษาใหม่เฉพาะประเด็นสำคัญดังนี้

3.1 การศึกษาประชากรและกลุ่มตัวอย่างเดิมแบ่งออกเป็น 5 ภาค คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ในการศึกษารั้งนี้แบ่งภาคที่ทำการศึกษาใหม่ เป็น 5 ภาค เช่นเดิม แต่แยกจังหวัดกรุงเทพมหานครออกมาเป็นจังหวัดที่ต้องสุ่มตัวอย่างเพียง 1 จังหวัด

เนื่องจากการมีการปกครองแบบพิเศษ แบ่งออกเป็นเขตเมืองชั้นใน เขตต่อเมือง และเขตชานเมือง ในแต่ละเขตจะสุ่มตัวอย่าง 2 แขวง และจากแขวงจะสุ่มแขวงละ 1 ชุมชน สำหรับภาคที่เหลือยังคงทำการศึกษาเช่นเดิม คือ ภาคกลางและภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

3.2 ในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (2547) เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้ 1,992 คน หรือต้องเก็บข้อมูล 5 ภาค จึงใช้วิธีการเก็บข้อมูลแต่ละภาคเท่าๆ กัน คือ ภาคละ 400 คน รวม 5 ภาค 2,000 คน แต่ในการศึกษารั้งนี้ได้นำคํานึงถึงสัดส่วนของประชากรในแต่ละภาคด้วย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลแต่ละภาคไม่เท่ากัน ดังนี้

ภาคเหนือ	568	คน
ภาคกลางรวมภาคตะวันออก	729	คน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,021	คน
ภาคใต้	411	คน

เนื่องจากกรุงเทพฯ มีจำนวนประชากรน้อยกว่าทุกภาค การคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 272 คน ซึ่งค่อนข้างน้อย ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจึงมีมติว่าให้มีขนาดตัวอย่างเท่ากับภาคที่น้อยที่สุดคือภาคใต้ ฉะนั้น กรุงเทพฯ จึงเก็บข้อมูลอย่างน้อย 411 คน

3.3 การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (2547) การเก็บข้อมูลยังมีจุดอ่อนในเรื่องเพศ เนื่องจากเก็บข้อมูลจากเพศหญิงถึงร้อยละ 68.9 เพศชาย ร้อยละ 31.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสัดส่วนของประชากรประเทศ ซึ่งมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย ฉะนั้นในการสุ่มตัวอย่างของทุกชุมชนหรือหมู่บ้านที่สุ่มตัวอย่างได้ กำหนดให้สุ่มตัวอย่างเริ่มต้นหลังคาเรือนแรกเป็นเพศหญิง หลังคาเรือนที่สองเป็นเพศชาย สลับเพศกันไปเช่นนี้ จนกระทั่งครบตามตัวอย่างที่กำหนด เพื่อให้ผลการศึกษาใกล้เคียงกับประชากรของประเทศ

4. จัดประชุมที่ปรึกษา และคณะทำงานวิจัย ครั้งที่ 2 ในวันที่ 24 ธันวาคม 2550 ณ ห้องประชุมจุริพิพัฒน์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ราชนครินทร์ เพื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความตรงตามโครงสร้าง และผลการศึกษาเบื้องต้น โดยมีผู้เข้าร่วม ดังนี้

1. น.พ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. น.พ.ทวี ตั้งเสรี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3. น.พ.ณัฐกร จำปาทอง
นายแพทย์ 6 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
4. ผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. อ.แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. นางวัชนี หัตถพนม
พยาบาลวิชาชีพ 8
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
7. นางวรวรรณ จุฑา
นักวิชาการสาธารณสุข 7 กรมสุขภาพจิต
8. นายไพโรจน์ ร่มซ้าย
พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
9. นางไพลิน ปรัชญคุปต์
นักสังคมสงเคราะห์ 7
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผลการประชุมมีมติดังนี้

1. การวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ยังคงโครงสร้างเดิม คือ 4 Domains และ 15 Subdomains

2. มีเครื่องมือเกิดขึ้น 2 ฉบับ คือ ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ โดยไม่ได้ตัดข้อคำถามใดๆ ทั้งในฉบับสมบูรณ์ เนื่องจากเป็นคำถามที่สอดคล้องกับความหมายของ Subdomain และ Domain (รายละเอียดศึกษาได้ในภาคผนวก)

3. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (2547) มีการให้คะแนนแบบ rating scale คือ 0,1,2,3 แต่เนื่องจากเครื่องมือนี้คนที่ตอบว่าไม่เลย ไม่ได้หมายความว่าไม่มีอาการ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นในเรื่องนั้นๆ เลยหรือเทียบได้กับ 0 คะแนน ซึ่งมาตรการวัดตัวแปรในเครื่องมือนี้จึงไม่ใช่ศูนย์แท้ (วิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์, 2546) และเป็นมาตราอันตรภาค (Interval scale) จึงกำหนดให้มีการให้คะแนนแบบ rating scale ใหม่เป็น 1,2,3,4 สำหรับคำถามในเชิงบวกที่ตอบว่าไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด ตามลำดับ และ 4,3,2,1 สำหรับคำถามเชิงลบที่ตอบว่าไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด ตามลำดับ

4. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 55 ข้อ (ฉบับสมบูรณ์) เป็นแบบประเมินที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยให้คะแนนเป็นรายข้อแบบ Likert's scale ตั้งแต่ 1-4 คะแนน ใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและให้ตอบคำถาม โดยให้สำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเองว่าเป็นอย่างไรในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และกำหนดคะแนนดังนี้

4.1 ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก (positive item) ถ้าตอบคำถามว่า

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

การให้คะแนนและการแปลความหมายดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 55 ข้อ มีคำถามเชิงบวกในข้อ 1,2,3,4,14,15,16,17,

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

4.2 ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ (negative item) ถ้าตอบคำถาม
ว่า

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

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

ฉบับที่ตัดตอนมาจากฉบับสมบูรณ์ 15 ข้อ มีข้อคำถามที่เป็น
เชิงบวกในข้อที่ 1,2,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15

มีคำถามที่เป็นเชิงลบในข้อที่ 3,4,5

4.3 การแปลความหมายของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มีวิธี
การแปลความหมายของเครื่องมือ ดังนี้

4.3.1 คิดคะแนนรายข้อตามวิธีการให้คะแนนในแต่ละข้อ

4.3.2 นำคะแนนของแต่ละข้อมาบวกกันเพื่อหาคะแนน
รวม

4.3.3 หลังจากนั้นพิจารณาว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะ
สุขภาพจิตอยู่ในระดับใด โดยเปรียบเทียบกับค่าปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนนภาวะสุขภาพจิตคนไทยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ใช้
เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 และ 25 เป็นตัวแบ่ง เหตุผลที่ใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เนื่อง
จากตรวจสอบการกระจายของคะแนนภาวะสุขภาพจิตคนไทยที่ได้ ปรากฏ
ว่าการกระจายไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) จึงกำหนด

1) คะแนนภาวะสุขภาพจิตมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75
เท่ากับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

2) คะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่
25-75 เท่ากับสุขภาพจิตอยู่ในระดับคนทั่วไป

3) คะแนนภาวะสุขภาพจิตน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การแปลความหมายของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จาก ผลการศึกษาที่ได้รับมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อมีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน

179-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

158-178 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

157 คะแนน หรือน้อยกว่า

หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
เครื่องมือฉบับสั้น 15 ข้อมีคะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน

51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

43 คะแนน หรือน้อยกว่า

หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
เมื่อศึกษาการแปลความหมายของเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ โดย จำแนกตามเพศชาย และเพศหญิง สามารถแปลผลดังนี้

เพศชาย 181-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

160-180 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

159 คะแนน หรือน้อยกว่า

หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
เพศหญิง 178-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

157-177 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

156 คะแนน หรือน้อยกว่า

หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4.4 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

4.4.1 ค่าความเชื่อมั่นของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ สมบูรณ์ 55 ข้อ

ค่าความเชื่อมั่นของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ด้วย Cronbach's alpha coefficient ของ TMHI-55 ทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.92 และจำแนกตาม Domain ดังนี้ Domain 1 Mental state ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 Domain 2 Mental capacity ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 Domain 3 Mental quality ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 Domain 4 Supporting factors ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83

4.4.2 ค่าความเชื่อมั่นของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ด้วย Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การหาค่าปกติของคนไทย การศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

1. อธิปไตยกรมสุขภาพจิตแจ้งในที่ประชุมกรมสุขภาพจิต เพื่อขอความร่วมมือกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในการจัดสรรผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละพื้นที่ และจัดทีมงานในแต่ละองค์กร 6-10 คนขึ้นไป ร่วมเป็นผู้เก็บข้อมูลวิจัย

2. ติดต่อประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่เก็บข้อมูลวิจัย เพื่อให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

3. ประชุมหัวหน้าทีมเก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นบุคลากรในสถาบัน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในวันที่ 30 มิถุนายน 2550 ณ ห้องประชุมกรมสุขภาพจิต เพื่อชี้แจงการดำเนินงาน อภิปรายปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ตลอดจนความต้องการการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต รวมทั้งวางแผนการประชุมชี้แจงทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละภาค และการนิเทศงานการเก็บข้อมูล

4. ประชุมหัวหน้าทีมและผู้วิจัยภาคสนามในแต่ละภาคในเดือน กรกฎาคม 2550 โดยอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลตามคู่มือที่จัดทำขึ้น โดยแจกคู่มือให้แก่ผู้วิจัยภาคสนามคนละ 1 เล่ม จากนั้นให้ผู้วิจัยภาคสนามจับคู่กัน ฝึกทักษะในการเก็บข้อมูลวิจัยตามแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่พัฒนาขึ้น เปิดโอกาสให้ทุกคนอภิปราย ชักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการเก็บข้อมูลอีกครั้ง ผู้วิจัยภาคสนามทุกคนจะมีคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยประจำตัวคนละ 1 เล่มไว้ศึกษาเมื่อมีปัญหาขณะเก็บข้อมูล

5. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ของภาคเหนือ ภาคกลางร่วมกับภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ สำหรับจังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลในเขตเมืองชั้นใน เขตต่อเมือง เขตชานเมือง รวมจำนวน 2,952 คน แต่เก็บข้อมูลจริงได้ 3,184 คน (สถานที่เก็บข้อมูลรายละเอียดอยู่ในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2550 – พฤศจิกายน 2550)

6. ทำการเก็บข้อมูลจากครัวเรือนที่สุ่มตัวอย่างได้ ตามคุณสมบัติที่กำหนด ถ้าหากครัวเรือนใดมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 คน จะใช้วิธีการจับฉลากเพียง 1 คนเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากเชื่อว่า 1 คนในครัวเรือนสามารถเป็นตัวแทนที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพจิตของคนในครัวเรือนนั้นๆ

7. ในการเก็บข้อมูลวิจัย จะมีหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละภาคเป็นผู้นิเทศงาน ตรวจสอบ และเป็นที่ปรึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย หากมีปัญหาไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ สามารถประสานงานทางโทรศัพท์กับคณะทำงานได้ตลอดเวลา โดยถ้าเป็นปัญหาทางด้านวิชาการ

คณะทำงานจะปรึกษาที่ปรึกษาหรือผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อช่วยตัดสินใจในการแก้ปัญหาในเรื่องนั้นๆ และจะประสานงานกลับไปให้หัวหน้าทีมวิจัยในแต่ละภาคทราบ เพื่อให้สามารถดำเนินงานเก็บข้อมูลวิจัยให้สอดคล้องตรงกัน

8. การนิเทศงานการเก็บข้อมูลวิจัยโดยคณะผู้วิจัย ได้ดำเนินการนิเทศงานการเก็บข้อมูล โดยร่วมวางแผนกับหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนาม และกำหนดวันในการนิเทศงานดังนี้

1 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
3 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
4-5 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดพังงา
8 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดนครราชสีมา
9-10 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดกาฬสินธุ์
11 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดหนองคาย
12 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดอุทัยธานี
13-14 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดสงขลา
17-18 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดสมุทรสงคราม
24-25 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่ จังหวัดเชียงราย

ผลการนิเทศงานพบว่า บางแห่งเป็นตัวอย่างที่ดี คือ มีการประสานงานกับพื้นที่ที่เก็บข้อมูล และทีมวิจัยลงพื้นที่ก่อนเก็บข้อมูลเพื่อสัมผัสตัวอย่าง

ตามกำหนด และจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ หรือแกนนำชุมชนนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง มารวมกันที่วัด ศาลากลางบ้าน โรงเรียน สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น เมื่อทีมวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่นัดหมายมาตามสถานที่ที่กำหนด หากพบว่ามีบางคนไม่สามารถมาตามที่กำหนดได้ จะใช้วิธีการไปเก็บข้อมูล ณ บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีสุ่มตัวอย่างแล้ว กลุ่มตัวอย่างนั้นๆ ไม่อยู่ หรือไปทำงานต่างจังหวัด จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง บ้านหลังถัดไปทดแทน

ในบางพื้นที่มีปัญหาในการวางแผนการเก็บข้อมูล จะใช้วิธีการลงพื้นที่ไปประสานงานและเก็บข้อมูลเลย ทำให้เสียเวลามากในการเก็บข้อมูล จึงได้ให้ข้อเสนอแนะการวางแผนงานที่ดี และสถิติวิธีการสุ่มตัวอย่าง และจัดทำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ โดยมีชื่อสำรองเพื่อทดแทนกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่อีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการใช้คำถามเพื่อให้ได้คำตอบที่สอดคล้องกับเรื่องที่จะถาม เช่นในกรณีถามเรื่องครอบครัว แต่พบว่าผู้ตอบไม่ได้อยู่ร่วมกับครอบครัว แต่อยู่ร่วมกับเพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เนื่องจากย้ายมาทำงานต่างจังหวัดนานแล้ว ฉะนั้นครอบครัวในข้อ 46-49 จึงอาจหมายถึงเพื่อนร่วมงาน เพื่อนสนิทได้

สำหรับปัญหาด้านอื่นๆ เป็นปัญหาด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ เก็บข้อมูลไม่ทันตามกำหนด ขอเลื่อนกำหนดการส่งข้อมูล เป็นต้น

9. การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีคุณภาพ ได้เน้นให้ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

9.1 แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ ผลกระทบที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ การรักษาความลับ สอบถามความพร้อมและความยินยอมของผู้ถูกสัมภาษณ์ในการเข้าร่วมการวิจัย และให้สัตยาบันยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน และถึงแม้ว่าจะสัมภาษณ์ไปได้ระยะหนึ่งแล้ว ผู้ถูกสัมภาษณ์ขอยุติการให้ข้อมูล ใดๆ ที่ยังไม่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ก็สามารถทำได้ นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างมี

ข้อสงสัยในการวิจัยครั้งนี้ก็มีการแจ้งรายชื่อคณะผู้วิจัยที่สามารถติดต่อสอบถามได้

9.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ถูกสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามทุกข้อ ต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือกคือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุดหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

9.3 ภายหลังการสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ให้อธิบายให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่า หากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้มีข้อคำถามใดก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยกับญาติที่ใกล้ชิด เพื่อนที่ไว้วางใจ หรือสามารถขอรับบริการปรึกษาจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐที่ใกล้บ้านได้

9.4 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ กรณีข้อใดว่างหรือไม่ได้ถามคำถามนั้น ให้ถามซ้ำจนกระทั่งสมบูรณ์ถูกต้อง

9.5 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ขอให้ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของคนไทยต่อไปในอนาคต

10. นำแบบประเมินที่ได้รับทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลวิจัยในวันต่อวัน เพื่อป้องกันการสูญหายของ ข้อมูลวิจัยที่อาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้จากเครื่องมือ ฉบับนี้ ตามรหัสคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม 2550-ธันวาคม 2550

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรม SPSS for Window โดยบันทึก 2 ครั้ง ใช้พนักงานบันทึกข้อมูล 2 คน แล้วตรวจสอบ ความถูกต้อง จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดสถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมัธยฐาน
2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) และพิจารณาลดข้อคำถาม (item reduction) โดย พิจารณาจากค่า factor loading และ Cronbach's alpha coefficient
3. การศึกษาค่าปกติของสุขภาพจิตคนไทย (norm) โดยใช้ ค่ามัธยฐาน (median) และ percentile ที่ 25 และ 75 (เนื่องจากการกระจาย ของข้อมูลไม่เป็นปกติ)
4. การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ประเภท ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ทั้ง 2 ฉบับ (55 ข้อ และ 15 ข้อ) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
5. การศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่าง ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นโดยใช้ Kappa statistic

บทที่ 4

| ผลการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น และการหาค่าปกติของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

1.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-55)

1.3 การลดข้อคำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) ให้เหลือฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15)

1.4 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 และ TMHI-15

1.5 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามมิติ (Domain) ของสุขภาพจิต

1.6 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามเพศ

1.7 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามภาคต่างๆ ของประเทศไทย

1.8 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท

2. การศึกษาความพึงพอใจ (agreement study) ในการประเมินสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 55 ข้อ และ 15 ข้อ

1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น และการหา ค่าปกติของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 26.9 (อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 41.83 ปี SD.= 11.51) อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 73.8 ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.1 รองลงมาภาคกลางและภาคตะวันออก ร้อยละ 23.1

ด้านการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 56.9 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.3 สถานภาพสมรส คู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.2 รองลงมาสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 17.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.2 รองลงมาศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ร้อยละ 28.5 รองลงมารับจ้าง ร้อยละ 24.3 รายได้ต่อเดือน มีรายได้ 1,501-3,000 บาท ร้อยละ 24.6 รองลงมา มีรายได้ 4,501-6,000 บาท ร้อยละ 20.1 ความเพียงพอของรายได้มีความเพียงพอ ร้อยละ 50.0

ด้านภาวะสุขภาพพบว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรง ร้อยละ 82.7 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้ ร้อยละ 72.5 ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคอื่นๆ ร้อยละ 31.6 (โรคอื่นๆ ประกอบด้วย มะเร็ง โรคปอด หรือหลอดลม โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคไต โรคเลือด โรคทางจิตเวช อัมพาต เป็นต้น) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ร้อยละ 63.6 ในกรณีที่มีเรื่องทุกข์ใจพบว่าส่วนใหญ่ทุกข์ใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ/การเงิน ร้อยละ 45.6

รองลงมาทุกขีใจเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ร้อยละ 19.8 ระดับความสุขโดยรวมในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง ร้อยละ 51.8 รองลงมามีความสุขในระดับคะแนน 7,8 และ 10 ร้อยละ 11.8, 11.6 และร้อยละ 9.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n = 3,182)		
ชาย	1,523	47.9
หญิง	1,659	52.1
อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	172	5.4
21-30 ปี	422	13.2
31-40 ปี	779	24.5
41-50 ปี	954	30.0
51-60 ปี	857	26.9
อายุต่ำสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 41.83 ปี (SD. = 11.51)		
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	833	26.2
เขตชนบท	2,351	73.8
ภาคที่เก็บข้อมูล		
กรุงเทพมหานคร	413	13.0
ภาคกลางและภาคตะวันออก	735	23.1
ภาคเหนือ	582	18.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,023	32.1
ภาคใต้	431	13.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาชั้นชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	69	2.2
ประถมศึกษา	1,812	56.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	455	14.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	413	13.0
อนุปริญญา	186	5.8
ปริญญาตรี	227	7.1
สูงกว่าปริญญาตรี	18	0.6
ไม่ตอบ	4	0.1
สถานภาพสมรส		
โสด	547	17.2
คู่ อยู่ด้วยกัน	2,267	71.2
คู่ แยกกันอยู่	82	2.6
หย่า/ร้าง	111	3.5
หม้าย	174	5.5
ไม่ตอบ	3	0.1
ศาสนา		
พุทธ	2,966	93.2
อิสลาม	123	3.9
คริสต์	20	0.6
ไม่ตอบ	75	2.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	143	4.5
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	325	10.2
รับจ้าง	773	24.3
เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่)	906	28.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	128	4.0
ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย)	719	22.6
นักเรียน/นักศึกษา	112	3.5
ประมง	6	0.2
อื่นๆ (ระบุ)	56	1.8
ไม่ตอบ	16	0.5
รายได้ต่อเดือน (n = 3,109)		
ไม่มีรายได้	21	0.7
1-1,500	348	11.2
1,501-3,000	764	24.6
3,001-4,500	388	12.5
4,501-6,000	626	20.1
6,001-7,500	156	5.0
7,501-9,000	168	5.4
9,001-10,500	221	7.1
มากกว่า 10,500	417	13.4
หมายเหตุ รายได้สูงสุด 350,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,340.28 (SD. 13,236.44)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาชั้นชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	1,593	50.0
ไม่เพียงพอ	1,587	49.9
ไม่ตอบ	4	0.1
ภาวะสุขภาพของท่านโดยทั่วไป		
แข็งแรง	2,633	82.7
เจ็บป่วย	529	16.6
ไม่ตอบ	22	0.7
ในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้นี้ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)		
มี	872	27.4
ไม่มี	2,308	72.5
ไม่ตอบ	4	0.1
ในกรณีที่ท่านเป็นโรค ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n=1,057)		
โรคหัวใจ	64	6.1
ความดันโลหิตสูง	261	24.7
โรคกระดูกและข้อ	183	17.3
เบาหวาน	133	12.6
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	82	7.8
อื่นๆ (ระบุ)	334	31.6
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่		
ไม่มี	2,026	63.6
มี	1,158	36.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ในกรณีที่ตอบว่ามีเรื่องทุกข้อใจประกอบด้วยเรื่อง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n=1,628)		
ปัญหาครอบครัว	322	19.8
ปัญหาเศรษฐกิจ/การเงิน	743	45.6
ปัญหาการงาน	165	10.1
ปัญหาสุขภาพของตนเอง	169	10.4
ปัญหาสุขภาพของผู้อื่น	85	5.2
อื่นๆ (ระบุ)	144	8.9
ท่านรู้สึกว่ายโดยรวมแล้วหนึ่งเดือนที่ผ่านมาชีวิตของท่านมีความสุขระดับใด		
ระดับ 0	34	1.1
ระดับ 1	7	0.2
ระดับ 2	13	0.4
ระดับ 3	39	1.2
ระดับ 4	70	2.2
ระดับ 5	1,648	51.8
ระดับ 6	223	7.0
ระดับ 7	375	11.8
ระดับ 8	370	11.6
ระดับ 9	114	3.6
ระดับ 10	289	9.1

1.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (Thai Mental Health Indicator Version 2007=TMHI-55) ผลการศึกษา ดังนี้

1.2.1 Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีคำถามทั้งหมด 13 คำถาม สำหรับผลการศึกษาค่า factor loading ในแต่ละคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.4 ขึ้นไปมีดังนี้

Subdomain 1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect) ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ท่านรู้สึกสบายใจ ท่านรู้สึกสดชื่นเบิกบานใจ ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุขสงบ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .73, .82, .79, .70 ตามลำดับ

Subdomain 1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect) ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์ ท่านรู้สึกกังวลใจ ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ ท่านรู้สึกโกรธหงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .72, .74, .71, .65, .68 และ .60 ตามลำดับ

Subdomain 1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Perceived ill-health and mental illness) ประกอบด้วยคำถาม ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ในกรณีถ้ามีให้ใส่เล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี) ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .85, .87, .77 ตามลำดับ

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
Domain 1 Mental state				
1.1 General well-being positive affect				
คำถามข้อที่				
1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	.73			
2 ท่านรู้สึกสบายใจ	.83			
3 ท่านรู้สึกสนุกสนานเบิกบานใจ	.79			
4 ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุขสงบ (ความสงบสุขในจิตใจ)	.70			
1.2 General well-being negative affect				
คำถามข้อที่				
5 ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับ การดำเนินชีวิตประจำวัน		.72		
6 ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง		.74		
7 ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์		.71		
8 ท่านรู้สึกกังวลใจ		.65		
9 ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ		.68		
10 ท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่าย โดยไม่ทราบสาเหตุ		.60		
1.3 Perceived ill-health and mental illness				
คำถามข้อที่				
11 ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้			.85	

ตารางที่ 2 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184) (ต่อ)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
12 ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯในกรณีถ้ามีให้ใส่เล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)			.87	
13 ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน			.77	

ตารางที่ 3 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) และ subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n= 3,184)

Factor	Number of item	$\bar{x}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
1. Mental state	13	42.81	5.20	13-52	17-52	.84
1.1 General well-being positive affect	4	11.30	2.18	4-16	4-16	.85
1.2 General well-being negative affect	6	20.70	2.99	6-24	6-24	.83
1.3 Perceived ill-health and mental illness	3	10.81	1.83	3-12	3-12	.82

- หมายเหตุ**
1. Potential range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่เป็นไปได้ใน Domain หรือ Subdomain นั้น
 2. Obtained range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ตอบคำถามใน Domain หรือ Subdomain นั้น

1.2.2 Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีคำถาม 15 คำถาม สำหรับผลการศึกษาค่า factor loading ในแต่ละข้อคำถาม ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไปมีดังนี้

Subdomain 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) ประกอบด้วยคำถาม ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .77, .79, .66 ตามลำดับ

Subdomain 2.2 ความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหวัง (Expectation achievement congruence) ประกอบด้วยคำถาม ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้ ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .68, .72, .62 ตามลำดับ

Subdomain 2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping) ประกอบด้วยคำถาม ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้ (เมื่อมีปัญหา) ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .52, .68, .76, .76, .56 ตามลำดับ

Subdomain 2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองมีประสิทธิภาพ (Adequate mental mastery) ประกอบด้วยคำถาม ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด

ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์ ท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .72, .77, .75, .74 ตามลำดับ

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้และค่าสถิติ พื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 4 และตารางที่ 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
Domain 2 Mental capacity				
2.1 Interpersonal relationships				
คำถามข้อที่				
14 ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	.77			
15 ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	.79			
16 ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (ทำงานร่วมกับคนอื่น)	.66			
2.2 Expectation achievement congruence				
คำถามข้อที่				
17 ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้		.68		
18 ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต		.72		
19 ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน		.62		

ตารางที่ 4 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2
สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับดัชนีชี้วัด
สุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184) (ต่อ)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
2.3 Confidence in coping คำถามข้อที่				
20 ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่ เป็นสิ่งที่แก้ไขได้ (เมื่อมีปัญหา)			.52	
21 ท่านสามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)			.68	
22 ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น			.76	
23 ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรง ที่เกิดขึ้นในชีวิต			.76	
24 ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี			.56	
2.4 Adequate mental mastery คำถามข้อที่				
25 ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไป ตามที่คาดหวัง			.72	
26 ท่านหงุดหงิดไม่ไหวถ้าท่านถูกวิพากษ์ วิจารณ์			.77	
27 ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ			.75	
28 ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มา กระทบตัวท่าน			.74	

ตารางที่ 5 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)

Factor	Number of item	$\bar{x}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
2. Mental capacity	15	43.72	5.44	15-60	23-60	.83
2.1 Interpersonal relationships	3	9.39	1.47	3-12	2-12	.76
2.2 Expectation achievement congruence	3	8.13	1.76	3-12	2-12	.79
2.3 Confidence in coping	5	14.04	2.41	5-20	6-20	.79
2.4 Adequate mental mastery	4	12.16	2.30	4-16	3-16	.80

1.2.3 Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีคำถาม 15 ข้อ (เพิ่มจากเดิม 1 ข้อ) สำหรับผลการศึกษาค่า factor loading ที่มีค่าตั้งแต่ 0.4 ขึ้นไปมีดังนี้

Subdomain 3.1 เมตตา กรุณา และเสียสละ (Kindness and altruism) ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่น ที่มีปัญหา ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทน หากมีสถานการณ์ที่ขัดแย้งกับท่านพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .62, .72, .75, .74, .65 และ .65 ตามลำดับ

Subdomain 3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) มีคำถามเพิ่มขึ้นจากเดิม 1 คำถาม รวมเป็น 3 คำถาม ประกอบด้วยคำถาม ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง ท่านรู้สึกว่าคุณมีคุณค่าต่อครอบครัว (เป็นคำถามที่เพิ่มขึ้นจากเดิม) โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .77, .80 และ .64 ตามลำดับ

Subdomain 3.3 ความศรัทธา (Faith) ประกอบด้วยคำถาม ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยากท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ ท่านเคยประสบกับความยุ่งยาก และสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่านผ่านพ้นไปได้ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .79, .84 และ .78 ตามลำดับ

Subdomain 3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm) ประกอบด้วยคำถาม ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .79, .83 และ .77 ตามลำดับ

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แสดงไว้ในตารางที่ 6 และตารางที่ 7 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
3. Mental quality				
3.1 Kindness and altruism				
คำถามข้อที่				
29 ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	.62			
30 ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	.72			
31 ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	.75			
32 ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	.74			
33 ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สิน เพื่อประโยชน์ส่วนรวม โดยไม่หวังผลตอบแทน	.65			
34 หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย ท่านพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น	.65			
3.2 Self esteem				
คำถามข้อที่				
35 ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง		.77		
36 ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง		.80		
37 ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว		.64		

ตารางที่ 6 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184) (ต่อ)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
3.3 Faith คำถามข้อที่				
38 ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ ที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต				.79
39 ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับ ความยุ่งยาก ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ				.84
40 ท่านเคยประสบกับความยุ่งยาก และสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ ช่วย让您ผ่านพ้นไปได้				.78
3.4 Creative thinking and enthusiasm คำถามข้อที่				
41 ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ ในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม				.79
42 ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ				.83
43 ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้ สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี				.77

ตารางที่ 7 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)

Factor	Number of item	$\bar{x}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
Domain 3 Mental quality	15	45.96	5.93	15-60	17-60	.88
3.1 Kindness and altruism	6	18.24	2.80	6-24	6-24	.83
3.2 Self esteem	3	9.66	1.60	3-12	3-12	.82
3.3 Faith	3	9.10	1.77	3-12	3-12	.83
3.4 Creative thinking and enthusiasm	3	8.96	1.84	3-12	3-12	.81

1.2.4 Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม สำหรับผลการศึกษาค่า factor loading ในแต่ละคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.4 ขึ้นไปมี ดังนี้

Subdomain 4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ประกอบด้วยคำถาม ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการจากเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .85 ทั้ง 2 คำถาม

Subdomain 4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว หากท่านป่วยหนักท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี ท่านปรึกษาหารือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .62, .79, .72 และ .76 ตามลำดับ

Subdomain 4.3 ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต (Physical safety and security) ประกอบด้วยคำถาม ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .85 ทั้ง 2 คำถาม

Subdomain 4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม (Health and social care) ประกอบด้วยคำถาม มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้ หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยจะไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .83, .89, .86 และ .51 ตามลำดับ

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แสดงไว้ในตารางที่ 8 และตารางที่ 9 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
4. Supporting factors				
4.1 Social support				
คำถามข้อที่				
44 ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ	.85			
45 ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการจากเพื่อน หรือคนอื่นๆ ในสังคม	.85			
4.2 Family support				
คำถามข้อที่				
46 ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว		.62		
47 หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี		.79		
48 ท่านปรึกษาหารือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอ เมื่อท่านมีปัญหา		.72		
49 สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน		.76		
4.3 Physical safety and security				
คำถามข้อที่				
50 ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน			.85	
51 ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้			.85	

ตารางที่ 8 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184) (ต่อ)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
4.4 Health and social care คำถามข้อที่				
52 มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน ที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้			.83	
53 หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านให้บริการ ได้เมื่อท่านต้องการ			.89	
54 เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยจะไปใช้บริการ จากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน			.86	
55 เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน			.51	

ตารางที่ 9 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=3,184)

Factor	Number of item	$\bar{x}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
4. Supporting factors	12	36.00	5.18	12-48	12-48	.83
4.1 Social support	2	5.41	1.39	2-8	2-8	.86
4.2 Family support	4	13.23	2.09	4-16	4-16	.80
4.3 Physical safety and security	2	6.05	1.29	2-8	1-8	.87
4.4 Health and social care	4	11.32	2.49	4-16	3-16	.81

1.3 การลดข้อคำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) ให้เหลือเพียงฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15)

ในการลดข้อคำถามจากฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ เหลือเป็นฉบับสั้น 15 ข้อ กระทำโดยใช้วิธีการพิจารณาจากค่า factor loading ในรายการคำถามทั้งหมด และการพิจารณาลดหรือคง Subdomain ไว้ในแต่ละ Domain จะพิจารณาจากน้ำหนักของแต่ละ Subdomain ต้องมีน้ำหนักต่อภาพรวมของแต่ละ Domain อย่างน้อยเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 50.0 ร่วมกับการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ และ Subdomain ที่เหลือจะต้องสะท้อนความหมายของ Domain นั้นๆ มากที่สุดด้วย ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า

Domain 1 Mental state เหลือเพียง 2 Subdomain คือ

1.1 General well-being positive affect มี 2 คำถาม

1.2 General well-being negative affect มี 3 คำถาม

Domain 2 Mental capacity เหลือเพียง 1 subdomain คือ
Confidence in coping มี 3 คำถาม

Domain 3 Mental quality เหลือเพียง 2 Subdomain คือ

3.1 Kindness and altruism มี 3 คำถาม

3.2 Self esteem มี 1 คำถาม

Dmain 4 Supporting factors เหลือเพียง 1 Subdomain คือ
Family support มี 3 คำถาม โดย TMHI-15 มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่า factor loading ของรายการคำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ หรือ TMHI-15 (n=3,184)

ข้อ	คำถาม	factor loading
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	.87
2	ท่านรู้สึกสบายใจ	.85
3	ท่านรู้สึกเบื่อกว่าเหนื่อยหอบเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน	.82
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	.84
5	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	.79
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	.69
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	.84
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	.83
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	.79
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	.84
11	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	.39
12	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	.78
13	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	.78
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	.84
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	.81

หมายเหตุ ค่า Cronbach's alpha coefficient ของ TMHI-15 = .81

1.4 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 และ TMHI-15

ผลการศึกษาพบว่า TMHI-55 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน พบว่า คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 105-217 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 168.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.52 มัธยฐาน 169 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 158 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 178 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษานี้มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

179-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
158-178	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
157	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ผลการศึกษา TMHI-15 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน พบว่า คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 28-60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 47.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.08 มัธยฐาน 47 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 44 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 50 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-15 จากการศึกษานี้มีการกระจายไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

51-60	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
44-50	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
43	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับผลการศึกษาค่าปกติของ TMHI-55 และ TMHI-15 ศึกษา รายละเอียดได้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 55 ข้อ และ 15 ข้อ (n=3,184)

Statistics	TMHI-55	TMHI-15
Mean	168.49	47.02
Standard deviation	16.52	5.08
Median	169.00	47.00
25 th percentile	158	44
75 th percentile	178	50
Maximum	105	28
Minimum	217	60
Potential range	55-220	15-60
Obtained range	105-217	28-60
Range	112	32

1.5 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (TMHI – 55) โดยจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า

Domain ที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 17-52 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.20 มัธยฐาน 44 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 40 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 47 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 1 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 48-52 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป
- 40-47 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป
- 39 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain ที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 23-60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 43.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.44 มัธยฐาน 44 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 40 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 47 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 2 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์ เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 48-60 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป
- 40-47 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป
- 39 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สมรรถภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 17-60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 45.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.93 มัธยฐาน 45 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 43 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 50 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 3 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์ เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 51-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป
- 43-50 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป
- 42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง คุณภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain ที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 36.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.18 มัธยฐาน 36 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 33 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 39 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 4 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์

เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 40-48 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าคนทั่วไป
- 33-39 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป
- 32 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับรายละเอียดผลการศึกษาดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55) โดยจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต (n=3,184)

Statistics	Domain 1	Domain 2	Domain 3	Domain 4
	Mental state	Mental capacity	Mental quality	Supporting factors
Mean	42.81	43.72	45.96	36.00
Standard deviation	5.20	5.44	5.93	5.18
Median	44.00	44.00	45.00	36.00
25 th percentile	40	40	43	33
75 th percentile	47	47	50	39
Maximum	52	60	60	48
Minimum	17	23	17	12
Potential range	13-52	15-60	15-60	12-48
Obtained range	17-52	23-60	17-60	12-48
Range	35	37	43	36

1.6 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า TMHI-55 เมื่อศึกษาเฉพาะเพศชาย (n=1,523) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 105-217 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 169.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.77 มัธยฐาน 170 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 160 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 180 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษานี้มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

181-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
160-180	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
159	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ผลการศึกษา TMHI-55 เมื่อศึกษาเฉพาะเพศหญิง (n=1,659) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 109-217 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 167.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.20 มัธยฐาน 168 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 157 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 177 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษานี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

178-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
157-177	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
156	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับผลการศึกษาค่าปกติของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามเพศชาย และเพศหญิง คีขารายละเอียดได้ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55) เมื่อจำแนกตามเพศ (n=3,182)

Statistics	Male (n=1,523)	Female (n=1,659)
Mean	169.75	167.34
Standard deviation	16.77	16.20
Median	170	168
25 th percentile	160	157
75 th percentile	180	177
Maximum	217	217
Minimum	105	109
Potential range	55-220	55-220
Obtained range	105-217	109-217
Range	112	108

1.7 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามภาคต่างๆ ของประเทศไทย

ผลการศึกษา TMHI-55 เมื่อจำแนกตามภาคต่างๆ ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพฯ ผลการศึกษา TMHI-55 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 120-216 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 161.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.67 มัธยฐาน 160 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 150 เปอร์เซ็นต์ที่ 75 เท่ากับ 172 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษาค้นครั้งนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้ เปอร์เซ็นต์ไทล์ เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

173-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
150-172	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
149	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของภาคกลางและภาคตะวันออก ผลการศึกษา TMHI-55 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 105-217 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 168.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.72 มัธยฐาน 169 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 160 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 179 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษาค้างนี้มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

180-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
160-179	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
159	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของภาคเหนือ ผลการศึกษา TMHI-55 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 120-217 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 170.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.54 มัธยฐาน 172 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 160 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 181 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษาค้างนี้มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

182-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
160-181	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
159	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน แต่คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 107-215 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 168.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.31 มัธยฐาน 169 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25

เท่ากับ 159 เปอร์เซ็นต์ไคส์ที่ 75 เท่ากับ 178 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษาครั้งนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคส์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

179-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
159-178	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
158	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของภาคใต้ ผลการศึกษา TMHI-55 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 115-217 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 170.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.92 มัธยฐาน 171 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคส์ที่ 25 เท่ากับ 159 เปอร์เซ็นต์ไคส์ที่ 75 เท่ากับ 181 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษาครั้งนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคส์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

182-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
159-181	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
158	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับรายละเอียดผลการวิเคราะห์ค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-55) จำแนกตามรายภาคดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55) เมื่อจำแนกตามรายภาค (n=3,184)

Statistics	กรุงเทพฯ (n=413)	ภาคกลางและ ภาคตะวันออก (n=735)	ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=582)	ภาคใต้ (n=431)	ภาคใต้ (n=431)
Mean	161.22	168.96	170.91	168.88	170.49
Standard deviation	16.67	16.72	16.54	15.31	16.92
Median	160	169	172	169	171
25 th percentile	150	160	160	159	159
75 th percentile	172	179	181	178	181
Maximum	216	217	217	215	217
Minimum	120	105	120	107	115
Potential range	55-220	55-220	55-220	55-220	55-220
Obtained range	120-216	105-217	120-217	107-215	115-217
Range	96	112	97	108	102

1.8 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามเขตเมือง และเขตชนบท

ผลการศึกษาค่าปกติของเขตเมืองพบว่า มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 105-215 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 166.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.64 มัธยฐาน 167 คะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 156 เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 177 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 จากการศึกษานี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

178-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
156-177	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
155	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของเขตชนบทพบว่า มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 55-220 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 109-217 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 169.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.43 มัธยฐาน 169 คะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 159 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 179 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-55 ในการศึกษาครั้งนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

180-220	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
159-179	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
158	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับรายละเอียดผลการวิเคราะห์ค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-55) จำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55) เมื่อจำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท (n=3,184)

Statistics	เขตเมือง (n=833)	เขตชนบท (n=2,351)
Mean	166.63	169.15
Standard deviation	16.64	16.43
Median	167	169
25 th percentile	156	159
75 th percentile	177	179
Maximum	215	217
Minimum	105	109
Potential range	55-220	55-220
Obtained range	105-215	109-217
Range	110	108

2. การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 55 ข้อ และ 15 ข้อ

จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องหรือความพ้องระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 55 ข้อ และ 15 ข้อ พบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) โดยค่าความพ้องระหว่าง TMHI-55 และ TMHI-15 มีค่า Kappa เท่ากับ 0.66 ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมิน
ภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 55
ข้อ และ 15 ข้อ (n=3,184)

Pairs	Kappa	P-value
TMHI-55 and TMHI-15	0.66	<.001

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
2. ศึกษาค่าปกติซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตคนไทยทั้งฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น และจำแนกตามมิติ หรือองค์ประกอบ (Domain) เพศ แต่ละภาคของประเทศ เขตเมืองและเขตชนบท
3. ศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น

การศึกษานี้แบ่งการศึกษออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือโดยพัฒนาจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของอภิชัย มงคลและคณะ (2547) ซึ่งเคยทำการศึกษาไว้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ และประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะผู้วิจัย จำนวน 12 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และนักสถิติ จากผลการประชุมดังกล่าว มีมติให้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยมีความหมายของสุขภาพจิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักและ 15 องค์ประกอบย่อย เช่นเดิม แต่ให้เพิ่ม ข้อคำถามใน Subdomain self esteem จากเดิมมี 2 ข้อเพิ่มเป็น 3 ข้อ ข้อที่เพิ่มได้แก่ ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัว รวมเป็นคำถามเริ่มต้น จำนวน 55 ข้อ และให้เปลี่ยน

วิธีการให้คะแนนจาก 0,1,2, 3 สำหรับคำตอบที่ตอบว่าไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุดตามลำดับ เปลี่ยนแปลงเป็น 1,2,3,4 เนื่องจากคำตอบที่ตอบว่าไม่เลย ไม่ใช่ศูนย์แท้ เป็นการถามถึงเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือความคิดเห็น จึงเปลี่ยนแปลงวิธีการให้คะแนนดังกล่าว เช่นเดียวกับคำถามในเชิงลบ จากการให้คะแนนแบบเดิม 3,2,1,0 สำหรับคำตอบที่ตอบว่าไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด ตามลำดับก็มีการเปลี่ยนแปลงเป็น 4,3,2,1 เช่นกัน

นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิและคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค ไม่ควรมีขนาดตัวอย่างที่เท่ากันเพราะประชากรในแต่ละภาคไม่เท่ากัน ฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาคที่ทำการศึกษา จึงขึ้นอยู่กับประชากรในแต่ละภาคนั้นๆ และการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้เป็นตัวแทนของเพศหญิงและเพศชาย ขอให้คำนึงถึงสัดส่วนของเพศตามประชากรของประเทศด้วย

ระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การหาค่าปกติของคนไทย และการศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น ในการศึกษาระยะนี้ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างได้มาจากการคำนวณจากสูตร ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการศึกษาน้อย 2,952 คน (เก็บข้อมูลได้จริง 3,184 คน) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้แบบ Multi-stage random sampling โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น กลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ได้แก่ เขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเขตชนบท คือผู้ที่อยู่อาศัยในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นระดับ อบต.ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก สำหรับจังหวัดกรุงเทพฯ มีการปกครองแบบพิเศษ จึงสุ่มตัวอย่างตามเขตการปกครอง ซึ่งแบ่งออกเป็นเขตเมืองชั้นใน เขตต่อเมือง และเขตชานเมือง จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างหลังคาเรือนที่ทำการศึกษโดยใช้วิธีการ Systematic random sampling โดยใน 1 หลังคาเรือนจะทำการศึกษาเพียง 1 คนเท่านั้น โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี
 2. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน หรือชุมชนนั้นๆ ขณะทำการศึกษา
อย่างน้อย 1 ปี
 3. สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ไม่เป็นไข้หรือหูหนวก
 4. ให้ความร่วมมือในการวิจัย
- ลักษณะของประชากรที่คัดออกจากการศึกษาประกอบไปด้วย
ข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่อาการหนักมาก หรือไม่รู้สึกตัว
 2. ไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ครบทุกข้อ หรือขอออกจากการวิจัยเมื่อสัมภาษณ์ไปได้ระยะหนึ่ง โดยไม่ยินยอมตอบคำถามอีกต่อไป
- ในการศึกษาระยะนี้จากการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage random sampling ได้จังหวัดที่ทำการศึกษาดังนี้

กรุงเทพฯ	เขตวัฒนา เขตปทุมวัน เขตบางขุนเทียน
ภาคกลาง และภาคตะวันออก	พระนครศรีอยุธยา สมุทรสงคราม ชัยนาท
ภาคเหนือ	เชียงราย ตาก อุทัยธานี
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา หนองคาย กาฬสินธุ์
ภาคใต้	สงขลา สุราษฎร์ธานี พังงา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของ
อภิชัย มงคล และคณะ (2547) และนำมาพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้มีความ
สมบูรณ์และครอบคลุมในการประเมินสุขภาพจิตมากขึ้น ทำการพัฒนา
เครื่องมือโดยประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ครั้ง ในช่วงก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลและ
ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยร่วมกันพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ในการศึกษาระยะที่ 2 ได้เครื่องมือเมื่อสิ้นสุดการศึกษาประกอบไปด้วย ดัชนี
ชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ฉบับสั้น 15 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประชุมชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลแก่ผู้วิจัยภาคสนามก่อนเก็บข้อมูลวิจัยในการศึกษาระยะที่ 2 ทั้ง 5 ภาคของประเทศ มีคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามให้ทุกคนๆ ละ 1 เล่ม โดยอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัยตามคู่มือ จากนั้นให้ผู้วิจัยภาคสนามจับคู่กัน ทดลองสัมภาษณ์ตามเครื่องมือ เปิดโอกาสให้ทุกคนอภิปรายซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการเก็บข้อมูล ผู้ที่อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลเป็นคนเดิมทั้ง 5 ภาค ใช้เวลาในการศึกษาระยะที่ 1-2 ตั้งแต่เดือน มกราคม-ธันวาคม 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม SPSS/PC⁺ for Window และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย 2) การศึกษาความตรงตามโครงสร้างใช้วิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) 3) การศึกษาค่าปกติของสุขภาพจิตคนไทย (norm) ใช้ค่ามัธยฐาน และ Percentile ที่ 25 และ 75 4) การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient 5) การศึกษาความฟุ้งของเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น โดยใช้ Kappa statistic

สรุปผลการวิจัย

1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น และการหาค่าปกติของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 26.9 (อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 41.83 ปี SD.=11.51) อาศัยอยู่ในเขตชนบทร้อยละ 73.8 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 32.1 รองลงมาภาคกลางและภาคตะวันออกร้อยละ 23.1

ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาร้อยละ 56.9 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.3 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.2 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำสวน ทำนา

ทำไร) ร้อยละ 28.5 รองลงมารับจ้างร้อยละ 24.3 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 1,501-3,000 บาท ร้อยละ 24.6 รองลงมาอยู่ในช่วง 4,501-6,000 บาท ร้อยละ 20.1 รายได้ต่ำสุดไม่มีรายได้ สูงสุด 350,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,340.28 (SD. 13,236.44) ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าเพียงพอ ร้อยละ 50.0

ด้านภาวะสุขภาพพบว่า สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงร้อยละ 82.7 ไม่มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 72.5 ในกรณีมีปัญหาสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอื่นๆ มากที่สุดร้อยละ 31.6 (อื่นๆ หมายถึง มะเร็ง โรคปอดหรือหลอดลม โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ไต โรคเลือด โรคทางจิตเวช อัมพาต เป็นต้น) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7

สำหรับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ร้อยละ 63.6 และในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง ร้อยละ 51.8 รองลงมามีความสุขอยู่ในระดับคะแนน 7, 8 และ 10 คะแนน ร้อยละ 11.8, 11.6 และ 9.1 ตามลำดับ

1.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์

ผลการศึกษา พบว่า คำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ มีทั้งหมด 55 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .92 ประกอบด้วย 4 Domains 15 Subdomains ดังนี้

Domain 1 Mental state เหลือคำถามเพียง 13 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ย 42.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.20 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 17-52 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 เท่ากับ .84 ประกอบด้วย Subdomain

- 1.1 General well-being positive affect มีคำถาม 4 ข้อ
- 1.2 General well-being negative affect มีคำถาม 6 ข้อ
- 1.3 Perceived ill-health and mental illness มีคำถาม 3 ข้อ

Domain 2 Mental capacity มีคำถาม 15 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 43.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.44 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 23-60 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 เท่ากับ .83 ประกอบด้วย Subdomain

- 2.1 Interpersonal relationships มีคำถาม 3 ข้อ
- 2.2 Expectation achievement congruence มีคำถาม 3 ข้อ
- 2.3 Confidence in coping มีคำถาม 5 ข้อ
- 2.4 Adequate mental mastery มีคำถาม 4 ข้อ

Domain 3 Mental quality มีคำถาม 15 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 45.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.93 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 17-60 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 เท่ากับ .88 ประกอบด้วย Subdomain

- 3.1 Kindness and altruism มีคำถาม 6 ข้อ
- 3.2 Self esteem มีคำถาม 3 ข้อ
- 3.3 Faith มีคำถาม 3 ข้อ
- 3.4 Creative thinking and enthusiasm มีคำถาม 3 ข้อ

Domain 4 Supporting factors มีคำถาม 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 36.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.18 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 เท่ากับ .83 ประกอบด้วย Subdomain

- 4.1 Social support มีคำถาม 2 ข้อ
- 4.2 Family support มีคำถาม 4 ข้อ
- 4.3 Physical safety and security มีคำถาม 2 ข้อ
- 4.4 Health and social care มีคำถาม 4 ข้อ

1.3 การลดข้อคำถามจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) ให้เหลือฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15)

จากการลดข้อคำถาม TMHI-55 ให้เหลือฉบับสั้นโดยให้มีคำถามครอบคลุมทุก Domain และพยายามครอบคลุม Subdomain เกือบทั้งหมดในการพิจารณาลดข้อคำถามนี้ ใช้วิธีการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับที่ปรึกษาซึ่งเป็นนักสถิติ ประกอบกับการพิจารณาค่า factor loading ในรายการคำถามจากทั้งหมด และ Eigenvalues ซึ่งเป็นค่าที่บอกน้ำหนักของแต่ละ Subdomain ว่ามีน้ำหนักต่อภาพรวมของแต่ละ Domain หรือไม่ โดยใช้หลักการในการลดคำถามและตัด Subdomain ใดๆ ออกไป Subdomain ที่เหลือต้องมีค่า Eigenvalues อย่างน้อยเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 50.0 ของ Percent of variance ทั้งหมดและ Subdomain ที่เหลือต้องสะท้อนความหมายของ Domain มากที่สุดด้วย ผลการศึกษาพบว่าได้ TMHI ฉบับสั้น คือเหลือเพียง 15 ข้อ และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 โดย TMHI-15 ยังคงมี 4 Domain เช่นเดิม แต่เหลือ Subdomain 6 หมวด ดังนี้

Domain 1 Mental state เหลือเพียง 2 Subdomain มี 5 คำถาม คือ

1.1 General well-being positive affect มี 2 คำถาม

1.2 General well-being negative affect มี 3 คำถาม

Domain 2 Mental capacity เหลือเพียง 1 Subdomain คือ Confidence in coping มี 3 คำถาม

Domain 3 Mental quality เหลือเพียง 2 Subdomain มี 4 คำถาม คือ

3.1 Kindness and altruism มี 3 คำถาม

3.2 Self esteem มี 1 คำถาม

Domain 4 Supporting factors เหลือเพียง 1 Subdomain คือ Family support มี 3 คำถาม

1.4 การศึกษาค่าปกติ (Norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI) ฉบับ 55 และฉบับ 15 ข้อ

1.4.1 ผลการศึกษาพบว่า TMHI-55 มีค่าปกติ (norm) ดังนี้
179-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
158-178 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
157 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิต
ต่ำกว่าคนทั่วไป

1.4.2 ผลการศึกษาพบว่า TMHI-15 มีค่าปกติ (norm) ดังนี้
51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
43 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิต
ต่ำกว่าคนทั่วไป

1.5 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-55) โดยจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า

Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

48-52 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป
40-47 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป
39 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจ
ต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

48-60 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจดีกว่า
คนทั่วไป
40-47 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจเท่ากับ
คนทั่วไป
39 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สมรรถภาพ
ของจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 51-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพของจิตใจดีกว่าคนทั่วไป
- 43-50 คะแนน หมายถึง คุณภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป
- 42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง คุณภาพของจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 40-48 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าคนทั่วไป
- 33-39 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป
- 32 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าคนทั่วไป

1.6 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามเพศ ผลการศึกษาพบว่า

1.6.1 TMHI-55 ของเพศชาย มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 181-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
- 160-180 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
- 159 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.6.2 TMHI-55 ของเพศหญิง มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 178-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
- 157-177 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
- 156 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.7 การศึกษาค่าปกติ (Norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามภาค
ผลการศึกษาพบว่า

1.7.1 TMHI-55 ของจังหวัดกรุงเทพฯ มีค่าปกติ (norm)
ดังนี้

- 173-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
- 150-172 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
- 149 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.7.2 TMHI-55 ของภาคกลาง และภาคตะวันออก มีค่าปกติ
(norm) ดังนี้

- 180-220 คะแนน สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
- 160-179 คะแนน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
- 159 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.7.3 TMHI-55 ของภาคเหนือ มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 182-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
- 160-181 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
- 159 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.7.4 TMHI-55 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าปกติ
(norm) ดังนี้

- 179-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
- 159-178 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
- 158 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.7.5 TMHI-55 ของภาคใต้ มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 182-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
- 159-181 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

158 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.8 การศึกษาค่าปกติ (Norm) ของ TMHI-55 เมื่อจำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท ผลการศึกษาพบว่า

1.8.1 TMHI-55 ของเขตเมือง มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

178-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

156-177 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

155 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.8.2 TMHI-55 ของเขตชนบท มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

180-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

159-179 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

158 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

2. การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 55 ข้อ และ 15 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ค่าความพ้องระหว่าง TMHI-55 และ TMHI-15 มีค่า Kappa เท่ากับ 0.66 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

อภิปรายผล

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 3,184 คนจากทุกภาคของประเทศ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.1 ภาคกลางและภาคตะวันออก ร้อยละ 23.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 51 – 60 ปี ร้อยละ

26.9 อายุเฉลี่ย 41.83 (SD. 11.51) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.9 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) ร้อยละ 28.5 รับจ้าง ร้อยละ 24.3 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากเพียงพอ ร้อยละ 50.0 ผลจากการศึกษาคั้งนี้ที่ได้รับ มีทั้งความสอดคล้องและแตกต่างกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของอนุรักษ์ บัณฑิตยชาติและคณะ (2542) ทำการศึกษาเรื่อง การสำรวจจะบาวัดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย และการศึกษาของอภิชัย มงคลและคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi – stage random sampling ผลการศึกษาของทั้งสองการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แตกต่างจากการศึกษาคั้งนี้ที่เพศหญิงและเพศชายมีความใกล้เคียงกัน เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาว่าจากการศึกษาคั้งก่อนพบว่าสัดส่วนระหว่างเพศแตกต่างกันมาก ไม่สอดคล้องกับสัดส่วนเพศของประเทศไทยที่เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย (สถิติประชากรของทะเบียนราษฎร จำแนกตามเพศ ในปีงบประมาณ 2550 เพศชาย 30,270,328 คน เพศหญิง 31,270,291 คน ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ การสุ่มตัวอย่างของทุกชุมชนหรือหมู่บ้านที่สุ่มตัวอย่างได้ กำหนดให้สุ่มตัวอย่างเริ่มต้นหลังคาเรือนแรกเป็นเพศหญิง หลังคาเรือนที่สองเป็นเพศชาย สลับเพศกันไปเช่นนี้จนกระทั่งครบตามตัวอย่างที่กำหนด เพื่อให้ได้เพศหญิงและเพศชายมีความใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกันกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค ได้มีความตระหนักถึงสัดส่วนของประชากรในแต่ละภาคด้วยว่ามีความแตกต่างกันอย่างมาก จึงได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลตามจำนวนประชากรจริง แต่ละภาคไม่เท่ากัน ดำเนินการเก็บข้อมูลใน 5 ภาคเช่นเดิม แต่แยกจังหวัดกรุงเทพฯ ออกมาเป็นจังหวัดที่ต้องสุ่มตัวอย่างเพียง 1 จังหวัด เนื่องจากมีการปกครองแบบพิเศษ สำหรับภาคที่เหลือยังคงทำการศึกษาเช่นเดิม ทั้งนี้เพื่อทำให้เกิดความน่าเชื่อถือเมื่อต้อง

อ้างอิง (Generalized) ถึงประชากรของประเทศ จำแนกตามเพศและภาคที่อยู่อาศัย เมื่อพิจารณาในด้านอายุ พบว่าในการศึกษาค้างนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในวัยกลางคนถึงวัยชรา แตกต่างจากการศึกษาค้างก่อนหน้านี้ที่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (มีอายุอยู่ในช่วง 25 – 44 ปี) ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมืองมากขึ้น และจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชากรวัยแรงงานต้องออกทำงานนอกบ้านหรือต่างจังหวัด ผู้ที่อยู่บ้านจึงเป็นผู้สูงอายุและเด็ก ส่งผลตามมาในด้านอาชีพที่พบว่าอาชีพรับจ้างมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ต่างจากการศึกษาค้างก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ส่วนข้อมูลทั่วไปอื่นๆ เช่น จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย และนับถือศาสนาพุทธ มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาค้างก่อน

นอกจากนี้หากพิจารณาในด้านการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ กับประชากรของประเทศก็พบว่าคล้ายคลึงกัน โดยจากรายงานของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ก็พบว่าประชากรส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และครัวเรือนทั่วประเทศเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 63.3) มีหนี้สิน

2. การศึกษาความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง

2.1 จากการศึกษาในค้างนี้ได้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ค้าง พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) โดยการนำเครื่องมือเดิมที่เคยทำการศึกษาไว้ คือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วย 4 Domains 15 Subdomains โดยฉบับสมบูรณ์มี 54 ข้อ เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนา โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับการพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันจนกระทั่งได้ TMHI – 55 และ TMHI – 15 ฉบับปัจจุบัน (Version 2007) ผู้ทรงคุณวุฒิและคณะทำงานได้ร่วมประชุม โดยพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของ

Domain, Subdomain และคำถามในเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยได้ผลสรุป คือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ให้มี Domain และ Subdomain เช่นเดิม แต่ให้เพิ่มคำถามใน Domain ที่ 3 Mental quality และอยู่ใน Subdomain 3.2 Self esteem ซึ่งเดิมมีคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 37 ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง และข้อที่ 38 ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง โดยเพิ่มอีก 1 ข้อ คือ ข้อที่ 39 ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว ทั้งนี้ด้วยเหตุผลว่าบุคคลจะมีการนับถือตนเองต้องมีความภาคภูมิใจในตนเอง และการอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญในการทบทวนความหมายของ Domain และ Subdomain ทุกด้าน พบว่าคงความหมายเดิมยกเว้น Subdomain 2 เรื่องมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม คือ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีการเปลี่ยนแปลงความหมาย Subdomain 2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (Inadequate mental mastery) ซึ่งเป็นความหมายในเชิงลบ เปลี่ยนแปลงใหม่เป็นความหมายในเชิงบวก คือ การควบคุมจิตใจของตนเองมีประสิทธิภาพ (Adequate mental mastery) Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีการเปลี่ยนแปลงความหมาย Subdomain 3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) เพื่อให้ครอบคลุมคำถามที่เพิ่มขึ้นโดยมีความหมายใหม่ดังนี้ การนับถือตนเอง (Self esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ครอบครัว ตั้งแต่ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในทางบวก ไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้ สำหรับความหมายของ Domain และ Subdomain อื่นๆ ที่เหลือยังคงความหมายเดิม (รายละเอียดศึกษาได้ในภาคผนวก)

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับปี พ.ศ. 2547 เป็นแบบประเมินที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยให้คะแนนเป็นรายข้อแบบ Likert's scale มีการให้คะแนน คือ 0,1,2,3 แต่เนื่องจากเครื่องมือนี้คนที่ตอบว่าไม่เลย ไม่ได้หมายความว่าไม่มีอาการ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นในเรื่องนั้นๆ เลยหรือเทียบได้กับ 0 คะแนนซึ่งมาตรการ

วัดตัวแปรในเครื่องมือนี้จึงไม่ใช่ศูนย์แท้ (วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์, 2546) และเป็นมาตราอันตรภาค (Interval scale) จึงกำหนดให้มีการให้คะแนนแบบ rating scale แบบใหม่เป็น 1,2,3,4 สำหรับคำถามในเชิงบวกที่ตอบว่าไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด ตามลำดับ และ 4,3,2,1 สำหรับคำถามเชิงลบที่ตอบว่าไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด ตามลำดับ หลังจากที่มีการพัฒนาเครื่องมือโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ จึงได้นำเครื่องมือไปศึกษาหาค่าปกติ (Norm) ในประชากรจากรูปแบบการศึกษาความตรงตามเนื้อหาที่สอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่าน (ประคอง กรรณสูตร, 2538; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540 ; จิราพร เขียวอยู่, 2543 ; Medical outcome trust, 1995) ซึ่งกล่าวว่าความตรงตามเนื้อหา เป็นการมองโดยส่วนรวมของเครื่องมือว่าแบบวัดนั้นครอบคลุมเนื้อหาที่จะวัดได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ และในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาของเครื่องมือ นั้นๆ ให้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาซ้ำจนได้รับการยอมรับให้นำไปศึกษาได้ ซึ่งการศึกษาค้างนี้ก็ได้ดำเนินการเช่นกัน ตลอดจนการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ เพื่อศึกษาความเหมาะสมของภาษา จะได้ไม่เกิดปัญหาเมื่อนำไปศึกษาจริงมากนัก

2.2 ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในประชากรทั่วทุกภาคของประเทศ (พร้อมกับการศึกษาค่า norm) เพื่อศึกษาว่าโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะต้องตามทฤษฎีหรือไม่ (ประคอง กรรณสูตร, 2538 ; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540) หรือเป็นการตรวจสอบว่าสิ่งที่วัดได้จริงจากการปฏิบัติในด้านองค์ประกอบ ตลอดจนข้อคำถามตรงตามทฤษฎีหรือโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นมาเพียงใด ผลการศึกษา พบว่า ยังคงมี Domain ทั้ง 4 Domains 15 Subdomains เช่นเดิม เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ TMHI-55 ไม่มีการตัดข้อคำถามใดออกถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะเป็นการศึกษาจากตัวแทนประชากรจากทุกภาคของประเทศ แต่ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างก็ยังคง 4 Domains คือ 1) Mental state 2) Mental capacity 3) Mental quality และ

4) Supporting factor เช่นเดียวกับการศึกษาของอภิชัย มงคลและคณะ (2547) ที่เคยทำการศึกษานี้ไว้เดิม ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้พิจารณาบททวนความตรงตามเนื้อหาทุกขั้นตอน ประกอบกับแนวคิดการวางโครงสร้างของสุขภาพจิตที่ดีของคนไทยว่าควรประกอบด้วยอะไรบ้างตามทฤษฎีและแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านประกอบกัน และนำไปศึกษาและทำการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้ทดสอบความถูกต้องของมาตรวัดในกรณีนี้ที่ผู้วิจัยได้สร้างมาตรวัดขึ้นมาจากตัวแปรชุดหนึ่งและมีการให้น้ำหนักตัวแปรตามวิธีการคิดของตน ผู้วิจัยต้องการทดสอบดูว่ามาตรวัดเหล่านั้นประกอบด้วยตัวแปรตามที่คิดไว้หรือไม่ และน้ำหนักของตัวแปรแต่ละตัวที่รวมกันเป็นมาตรวัดประกอบกันเป็นไปตามที่คิดไว้หรือไม่ เมื่อนำตัวแปรเหล่านั้นมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย ถ้าผู้วิจัยพบว่าทุกสิ่งเป็นไปตามที่คิดและกำหนดไว้แสดงว่ามาตรวัดที่สร้างขึ้นมาจากตัวแปรต่างๆ นั้นมีความถูกต้อง การใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัยในลักษณะเช่นนี้เรียกว่าการวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อการยืนยัน (Confirmatory factor analysis) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2545 ; Basilevsky, 1994) การศึกษาความตรงตามโครงสร้างจึงเป็นการทบทวนแนวคิดที่ต้องการวัดกับการศึกษาจริง ประกอบกับการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญ (Portney, Watkins, 1993 ; Streiner, Norman, 1995)

ผลการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ อาจได้ผลแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ เช่นสุชีรา ภัทราอุตวรรัตนและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสร้างเกณฑ์ปกติ สำหรับการวัดสุขภาพจิตในคนไทย ซึ่งพัฒนาเครื่องมือตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามที่ทำการพัฒนามีค่าอำนาจจำแนก ระหว่างคนปกติและกลุ่มมีปัญหาทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยแบ่งหมวดของคำถามออกเป็น 5 หมวด (70 ข้อ) คือ Somatization, Depression, Anxiety, Psychotic และ Social function จะเห็นได้ว่าการศึกษาของสุชีรา พัฒนามาจากการไม่เป็นโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV จึงนับได้ว่าผู้นั้นมีสุขภาพจิตดี กล่าวคือ ไม่มีปัญหาทางจิตถือว่า สุขภาพจิต

ดี และสังเกตได้จากหมวดคำถามมีความเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคเกือบทั้งสิ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ในด้านการเริ่มต้นพัฒนาเครื่องมือโดยสร้างกรอบแนวคิดของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเป็นจุดเริ่มต้น และผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เก็บจากกลุ่มประชากรทั่วไปในทุกภาคของประเทศ ซึ่งแตกต่างจาก สุชีรา ภัทรอุตวรรัตน์ และคณะ (2542) ที่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาเครื่องมือในครั้งนี้ต้องการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินสุขภาพจิตประชาชนทั่วไป ซึ่งอาศัยอยู่ในสังคม ชุมชน ฉะนั้นการพัฒนาเครื่องมือนี้จึงพัฒนาให้ใกล้เคียงกับสิ่งที่ต้องการวัดจริงในประชากรทั่วไปในประเทศไทย ซึ่งถ้าหากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชในช่วงการพัฒนาเครื่องมือ อาจมีปัญหาส่งผลกระทบต่อค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ทำให้ค่าคะแนนต่ำกว่าปกติเพราะมีการรวมคะแนนของคนไข้เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชไปด้วย การศึกษาครั้งนี้จึงไม่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทางจิตเวช

ผลการศึกษาดัชนีชี้วัดอาจใกล้เคียงกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน เช่น การศึกษาของ Sell and Nagpal (1992) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่อง Assessment of Subjective Well-being เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินความผาสุกของบุคคล โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็นรู้สึกเป็นสุขและไม่เป็นสุข โดยเริ่มต้นคำถามที่ 130 ข้อ ลดลงเหลือ 40 ข้อ แต่สามารถให้ผลการประเมินที่ใกล้เคียงกัน สำหรับโครงสร้างของเครื่องมือนี้ ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ คือ 1) General well-being positive affect 2) Expectation achievement 3) Confidence in coping 4) Transcendence 5) Family group support 6) Social support 7) Primary group concern 8) Inadequate mental mastery 9) Perceived ill-health 10) Deficiency in social contacts 11) General well-being negative affect ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นเกือบทุกข้อทั้งในลักษณะที่เหมือนกันและใกล้เคียงกัน เพราะได้นำองค์ประกอบของเครื่องมือ Subjective Well-being ตลอดจนคำถามต่าง ๆ มาปรับใช้

ในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยแต่แยกอยู่ตาม Domain ต่างๆ อาจแตกต่างกันในองค์ประกอบที่ 4 Transcendence ซึ่งการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจะเรียกองค์ประกอบนี้ว่า ความศรัทธา (Faith) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Transcendence เท่านั้น แต่ในความหมายของประสบการณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งสะท้อนความรู้สึกเป็นสุข เข้าใจชีวิต เห็นคุณค่าในชีวิตตนเองและผู้อื่น จากการศึกษาครั้งนี้ คำถามที่ใช้ในการศึกษายังไม่สามารถสะท้อนคำตอบที่แท้จริงตามที่ต้องการได้ จึงตัดคำถามในส่วนนี้ออกไป เหลือคำถามที่เกี่ยวข้องกับความศรัทธาเท่านั้น อย่างไรก็ตามการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อรรถพงศ์ ฤทธิพาสน์ (2545) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ ซึ่งได้เพิ่มเติม Subdomain เรื่องที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality / Religion / Personal belief) เพราะเป็นเรื่องที่สำคัญในบริบทสังคมไทยจึงคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ คือ Subdomain Faith นั่นเอง นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบที่ 10 Deficiency in social contacts ซึ่งไม่มีอยู่ในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย เนื่องจากมีคำถามอยู่ใน Subdomain 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) เรียบร้อยแล้ว

WHO group (1994) ได้ทำการศึกษาแบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย องค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 5) ด้านสิ่งแวดล้อม 6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย สำหรับด้านร่างกาย ด้านจิตใจของแบบวัดคุณภาพชีวิตจะรวมอยู่ใน Domain 1 สภาพจิตใจ สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในข้อ 4, 5 และ 6 จะรวมอยู่ใน Domain 3 คุณภาพจิตใจ และ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุนในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย สำหรับจุดที่แตกต่างกันพบได้ใน Domain ที่ 2 สมรรถภาพด้านจิตใจ ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตไม่ได้จำแนกไว้อย่างชัดเจน เหมือนกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย แต่อย่างไรก็ตามคำถามหลายคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิตได้มีการปรับเปลี่ยนและ

นำมาสร้างเป็นคำถามในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

นอกจากนี้ผลการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มีวิธีการศึกษาใกล้เคียงกับอัมพร โอตระกูลและคณะ (2540) เรื่อง The Development of Mental Health Indicator โดยได้พัฒนาเครื่องมือจากการกำหนดคำนิยามความหมายของคำว่า สุขภาพจิต องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต จากนั้นนำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความตรงร่วมสมัย และค่าปกติของคนไทย แต่ผลการศึกษาออกมาแตกต่างกัน เนื่องจากจุดเริ่มต้น คือ ความหมายของคำว่า “สุขภาพจิต” ที่แตกต่างกัน

อัมพร โอตระกูลและคณะ ได้ศึกษาจากคำนิยาม ของคำว่า สุขภาพจิต คือ สภาพจิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธีมองตน มองโลกรวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง

อภิชัย มงคลและคณะ ได้กำหนดคำนิยาม ความหมายของ สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ผลการศึกษาของอัมพร โอตระกูลและคณะ มีองค์ประกอบของ สุขภาพจิต 3 Domains คือ

1. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อตนเอง
2. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม
3. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อสังคม

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยการมองสุขภาพจิตโดยรวม ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม บุคลิกภาพ สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยโดยตรงที่มีผลต่อจิตใจ โดยรวบรวมแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและนักวิชาการหลายท่าน มารวบรวมวิเคราะห์เพื่อสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในแง่มุมต่างๆ โดยตรง Domain สำคัญที่อาจแตกต่างจากการวิจัยของนักวิชาการอื่น ๆ คือ สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และคุณภาพของจิตใจ (Mental quality)

เมื่อพิจารณาผลการศึกษานี้กับการศึกษาของ Ware and Gandek (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) โดยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและประเมินผลการใช้ SF-36 ในการสำรวจสุขภาพ โดยการวัดภาวะสุขภาพทั่วไป จำนวน 36 ข้อ เครื่องมือนี้แบ่งออกเป็น 2 หมวดใหญ่ ๆ คือ การวัดภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งมี Scales ย่อยในการวัด Physical Functioning Role Physical, Bodily Pain, และ General Health สำหรับการวัดภาวะสุขภาพกายและมี Scales ในการวัด Vitality, Social Functioning, Role Emotional และ Mental Health สำหรับหมวดของการวัดสุขภาพจิต เมื่อพิจารณา SF-36 กับการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยนี้ ความแตกต่างใน Scales ที่ถามและคำถาม (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 2) จะเน้นในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสำเร็จของการทำงาน หรือกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะเป็นคำถามส่วนหนึ่งใน Domain 1 Mental state, Domain 2 Mental capacity ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยเท่านั้น จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจะมีความครอบคลุมในการวัดผู้มีสุขภาพจิตดีมากกว่าอีก 2 Domain คือ Domain ที่ 3 Mental quality, Domain 4 Supporting factors ทั้งนี้อาจเนื่องจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยสร้างขึ้นภายใต้บริบท (context) ของสังคมไทย ซึ่งเป็นสังคมของคนที่มีนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ เป็นสังคมของการทำบุญทำทาน เสียสละ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ภายใต้กรอบ

ความเชื่อตามหลักศาสนาพุทธ ตลอดจนเป็นลักษณะของสังคมไทยที่อยู่กันแบบครอบครัวขยายระบบเครือญาติ และสังคมที่ผูกพันรู้จักกันระหว่างคนในชุมชน หมู่บ้าน หรือสังคม จึงทำให้เกิด Domain ที่ 3 และ 4 ขึ้นภายใต้คำจำกัดความ “สุขภาพจิต” ของสังคมไทยที่นิยามขึ้นในการศึกษานี้

สรุปผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มี 4 Domains คือ 1) Mental state 2) Mental capacity 3) Mental quality และ 4) Supporting factors ในการสร้างแบบวัดครั้งนี้ภายใต้การนิยาม สุขภาพจิต องค์ประกอบของสุขภาพจิต โดยอิงจากตำราทางวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ บริบทของสังคมไทย และวิธีการทางสถิติ ผลการศึกษาอาจได้ผลแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ เนื่องจากมีจุดเริ่มต้นของการสร้างเครื่องมือที่แตกต่างกัน การศึกษานี้อิงกรอบแนวคิดของผู้มีสุขภาพจิตดีเป็นหลักในการเริ่มต้นสร้างเครื่องมือ ซึ่งอาจจะแตกต่างจากนักวิชาการหลายท่าน ที่ได้ทำการศึกษาเครื่องมือในการวัดสุขภาพจิตเอาไว้ (พัฒนาเครื่องมือจากคู่มือในการวินิจฉัยโรค เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เป็นต้น) หรืออาจใกล้เคียงกัน แต่จากการศึกษานี้ได้พยายามพัฒนาเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนมากที่สุด โดยศึกษาผลการพัฒนาเครื่องมือของการวิจัยหลายเรื่องที่ผ่านมา ประกอบในการศึกษาครั้งนี้ภายใต้บริบทสังคมไทย เพื่อให้เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่สมบูรณ์ที่สุด อย่างไรก็ตาม วิธีการศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาเช่นเดียวกับ Chambers, et al. (1982) ซึ่งได้ทำการศึกษาเครื่องมือในการวัดสุขภาพชื่อว่า McMaster Health Index Questionnaire และอัมพร โอตระกูลและคณะ (2540) ซึ่งได้ทำการศึกษาโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา การทบทวนงานวิจัย คำจำกัดความ โดยมีการระดมสมองจนกระทั่งได้คำจำกัดความและองค์ประกอบของเครื่องมือที่ต้องการพัฒนา

เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างขององค์ประกอบของสุขภาพจิตดี มี 4 องค์ประกอบเช่นเดิม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวนทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบกับการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นปัจจัยที่

มีผลต่อการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (Portney, Watkins, 1993; Streiner, Norman, 1995) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตาม แนวทางนี้ตั้งแต่การศึกษาในครั้งแรกและครั้งนี้

ในการศึกษาค้างนี้ไม่ได้ทำการศึกษาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ (Criterion – relate validity) ทั้งในส่วนของการศึกษาความตรงร่วมสมัย (Concurrent validity) เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาว่าในขณะที่เครื่องมือในการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่มีองค์ประกอบครบถ้วนของการมองคนที่สุขภาพจิตดี ในประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือใดสมบูรณ์เท่ากับ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ซึ่งทำการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือเป็นครั้งที่ 3 (Version 2007) เนื่องจากเครื่องมืออื่นๆ อาจมีเฉพาะองค์ประกอบด้านการเจ็บป่วย ด้านร่างกาย จิตใจเป็นตัววัดว่าสุขภาพจิตดีหรือไม่ หรือเป็นองค์ประกอบเฉพาะทัศนคติที่มีต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมเท่านั้น หรืออาจมีหลายองค์ประกอบ แต่มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในวงจำกัดไม่ได้ทำการศึกษาจากทุกภาคของประเทศ หรือหากจะมีเครื่องมือในการประเมินสภาวะสุขภาพจิตที่อาจสมบูรณ์ก็เป็นเครื่องมือจากต่างประเทศ ซึ่งยังไม่ผ่านการพัฒนาในประเทศไทยมาก่อน (Chambers, et al, 1982 ; Sell and Negpal, 1992 ; Ware, et al, 1993) จึงไม่สามารถนำมาศึกษาความตรงร่วมสมัยได้ ผู้ทรงคุณวุฒิจึงมีความเห็นตรงกันว่าไม่ต้องทำการศึกษาความตรงร่วมสมัยในการศึกษาค้างนี้ เพราะในการศึกษาความตรงร่วมสมัยได้ เครื่องมือที่นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กันต้องเป็นเครื่องมือมาตรฐาน เพื่อให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ได้ผลการวัด (ซึ่งกระทำในช่วงเวลาเดียวกัน) ตรงกับเครื่องมือมาตรฐานมากที่สุด จึงจะเรียกว่าเครื่องมือที่มีความตรงร่วมสมัย เพื่อต่อไปจะนำเครื่องมือใหม่นี้ไปใช้ทดแทนเครื่องมือมาตรฐาน (Streiner, Norman, 1995) และในการศึกษาค้างนี้ก็ได้ทำการศึกษาความตรงในการทำนาย (Predictive validity) เช่นกัน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการศึกษามาก เพื่อศึกษาว่าผลการวัดที่ได้จากเครื่องมือหนึ่งซึ่งทำการวัดในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์สูงกับตัววัดเกณฑ์ (criterion) ที่วัดในโอกาสต่อไป แสดงว่าเครื่องมือหนึ่งมี

predictive validity หรือเครื่องมือนั้นทำนายค่าของตัววัดเกณฑ์ในอนาคตได้ (จิราพร เขียวอยู่, 2543) อย่างไรก็ตามหากไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา ก็ควรทำการศึกษาว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ หากผลการวัดว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปต่อไปในอนาคตจะเกิดปัญหา หรือโรคทางจิตเวชอะไรได้บ้างแต่ต้องดำเนินการภายใต้จรรยาบรรณของนักวิจัย

3. ผลการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

เป็นการศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือTMHI- 55 ผลการศึกษาพบว่าเนื่องจาก TMHI - 55 เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตฉบับสมบูรณ์ที่มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยจำแนกตาม Domain ดังนี้ Domain 1 Mental state ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (cronbach's alpha) เท่ากับ 0.84 Domain 2 Mental capacity เท่ากับ 0.83 Domain 3 Mental quality เท่ากับ 0.88 และ Domain 4 Supporting factors เท่ากับ 0.83 สำหรับผลการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ TMHI-55 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ TMHI-15 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นของ TMHI ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่อนข้างสูงเป็นที่ต้องการหรือยอมรับ โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.80 ขึ้นไป (ยุวดี ภาฯและคณะ, 2531 ; จิราพร เขียวอยู่, 2543 ; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540 ; Streiner, Norman, 1995) และหากพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาค่าความเชื่อมั่นในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ พบว่าค่าความเชื่อมั่นสูงกว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับปี พ.ศ. 2547 เกือบทุกค่า ยกเว้นใน Domain ที่ 4 ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่าเดิม

4. การหาค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

โดยศึกษาจากประชากรที่อาศัยอยู่ในทุกภาคของประเทศ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต. ขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิตว่าผู้ใดอยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี โดยอาศัยใช้กลุ่มคนเป็นมาตรฐาน (Normative model) โดยให้ผู้ที่มิฉะนั้นอยู่ในกลุ่มปกติที่

อยู่ในช่วงตรงกลางเป็นกลุ่มที่กำหนดเกณฑ์การตัดสินว่าอยู่ในระดับปกติ ส่วนกลุ่มที่อยู่ต่ำกว่าระดับปกติจะกำหนดเกณฑ์การตัดสินว่ามีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น (Kisker, 1972 อ้างถึงใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) การศึกษานี้ไม่ได้ใช้การตรวจวินิจฉัยของแพทย์ว่าตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นใดมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มาเป็น gold standard หรือการตรวจมาตรฐาน เพราะแพทย์จะมีความเชี่ยวชาญในด้านการวินิจฉัยโรคตามหลักของ ICD 10 (International Classification of Diseases 10) แต่อาจไม่สามารถวินิจฉัยคนทั่วไปว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ การศึกษานี้จึงใช้ Normative model หรือ อิงกลุ่มคนเป็นมาตรฐานไม่ได้อิงทฤษฎีการเกิดโรค หรือ The disease model เป็นมาตรฐาน ดังได้กล่าวไว้แล้ว ตั้งแต่ต้น ฉะนั้นในการหาค่าปกติในการศึกษานี้จะใช้กลวิธีทางสถิติพิจารณา ร่วมกับการประชุมของผู้ทรงคุณวุฒิ

เนื่องจากในการศึกษานี้ ผลการทดสอบชุดข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่ามีกระจายของข้อมูลเป็นแบบไม่ปกติ (Non-normal distribution) ฉะนั้นในการหาค่าปกติทั้งในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ TMHI – 55 และฉบับสั้น TMHI – 15 จึงใช้ค่า Median, Percentile 25th - 75th เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (ยุวดี ภาชาและคณะ, 2531 ; อรุณ จิรวัฒนกุล, 2534) โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานว่าผู้ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง Percentile 25th ถึง Percentile 75th อยู่ในกลุ่มปกติเหมือนกับคนทั่วไป และต่ำกว่า Percentile 25th ถือว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกันในการหาค่าปกติของแต่ละ Domain หรือค่าปกติจำแนกตามเพศ ตามภาคต่าง ๆ ของประเทศ และตามเขตเมืองและเขตชนบท

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ware, et al. (1993) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง SF-36 Health survey manual and interpretation guide โดยศึกษาค่าปกติของคนทั่วไปในสหรัฐ (U.S.A general population norms) จำนวน 2,474 และการศึกษาของ Stevenson (1995) ได้ทำการศึกษาเรื่อง MOS SF-36 questionnaire-interim Australian norm โดยใช้ SF-36 ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างของ

ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 6,823 คน เพื่อศึกษาหาค่าปกติของคนทั่วไป จากผลการศึกษาของทั้ง 2 การศึกษา ได้มีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล Percentile 25th, 50th, 75th มาพิจารณาหาค่าปกติร่วมด้วย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามาจากประชากรทั่วไปเช่นเดียวกัน และมีลักษณะการกระจายของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นปกติเหมือนกัน

ผลการศึกษาค่าปกติในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย อาจแตกต่างจากการศึกษาของ สุชีรา ภัทรอาตุวรรตน์และคณะ (2542) ที่ทำการศึกษารื่อง การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย เพื่อให้ได้เกณฑ์ในการวิเคราะห์และการตีความหมายผลการทดสอบ แต่ใช้วิธีการหาค่าเกณฑ์ปกติ โดยใช้คะแนนมาตรฐานที่ และการหาค่าอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและกลุ่มมีปัญหาทางจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า มีค่าอำนาจจำแนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจาก การศึกษาของสุชีรา และคณะ พัฒนาเครื่องมือมาจาก DSM-IV และในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มคนปกติ และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาจากประชากรทั่วไป เช่น การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้

เนื่องจากในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ได้ศึกษา จำแนกค่าปกติ (norm) แบ่งตามองค์ประกอบ เพศ ภาคที่อยู่อาศัย เขตเมือง และเขตชนบทด้วย เพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถใช้ค่าปกติเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาภาวะสุขภาพจิตของแต่ละกลุ่มคนที่ต้องการศึกษาได้ตามความต้องการ หรือวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากนักวิชาการเชื่อว่า ปัจจัยด้านระบาดวิทยาต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชย่อมมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ทั้งด้านลักษณะประชากร เช่น เพศ จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งทางด้านภูมิศาสตร์ สังคม วัฒนธรรมและถิ่นที่อยู่อาศัย (อัมพร โอตระกูล, 2536 ; จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

5. การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมิน ภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 55, 15 ข้อ ผลการ

ศึกษาพบว่า TMHI – 55 และ TMHI – 15 มีค่าความพึงในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพจิตตรงกันมีค่าเท่ากับ 0.66 ซึ่งอยู่ในระดับเกือบดี (0.61 – 0.80 หมายถึง เกือบดี หรือ Substantial) (Landis & Koch, 1977) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ TMHI – 15 มีการตัดตอนมาจาก TMHI ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ โดยคำนึงถึงข้อคำถามที่เหลือใน TMHI – 15 จะต้องมีความครอบคลุมทุก Domain ของสุขภาพจิตและคัดเลือกคำถามที่มาจาก Subdomain ให้เป็นตัวแทนของคำถาม ซึ่งสามารถได้คำตอบที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับความหมายของ Subdomain และ Domain นั้น ๆ จึงทำให้ค่า agreement ระหว่าง TMHI – 55 และ TMHI – 15 มีความพึงหรือความสอดคล้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตได้ตรงกันในระดับเกือบดี นอกจากนี้ในการพิจารณาตัดข้อคำถามในแต่ละ Domain จะพิจารณาโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล โดยพิจารณาจากค่า eigenvalues ด้วย ซึ่งจะพิจารณาคำถามที่เหลือใน TMHI – 15 จะต้องสะท้อนความหมายของ Domain นั้น ๆ ได้อย่างชัดเจนและมีค่า eigenvalues ของคำถามที่เหลือที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรได้มากกว่า ร้อยละ 60 (จิราพร เขียวอยู่, 2543 ; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2545)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จากการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 2 ชุดด้วยกัน คือ ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ฉบับสั้น 15 ข้อ การนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดควรนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 15-60 ปี และจะให้เครื่องมือชนิดใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการศึกษา โดย

1.1.1 ถ้าต้องการนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาวิจัยในกลุ่มที่มีความรู้หรือมีการศึกษาและต้องการได้ผลการศึกษาที่สมบูรณ์ครบถ้วนตรงกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามากที่สุด การใช้ดัชนีชี้วัด

สุขภาพจิตคนไทยฉบับ 55 ข้อ จะให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องและสมบูรณ์ตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต (Domain) มากกว่า

1.1.2 แต่ถ้าต้องการนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อยหรือต้องการความรวดเร็วในการเก็บรวบรวมข้อมูลก็สามารถนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 15 ข้อไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก็ได้ แต่อาจมีข้อจำกัดคือ TMHI-15 ข้อ มีค่าความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลอยู่ในระดับเกือบดี เมื่อเปรียบเทียบกับ TMHI-55 คืออาจไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน เท่ากับการใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 55 ข้อ

1.2 คำถามในส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย เป็นการให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ประเมิน เหตุการณ์ อารมณ์ ความคิด เห็น ความรู้สึกของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ผู้ตอบต้องประเมินด้วยตนเอง (self assessment) ว่าสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้นกับตนเองมากที่สุด มาก เล็กน้อยหรือไม่มีเลย ซึ่งตรงกับตนเองมากที่สุดอยู่ในระดับใด ข้อมูลในส่วนนี้จะสอดคล้องกับภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการตอบว่าเป็นการตอบด้วยความจริงใจ ไม่ปิดบัง

1.3 กรมสุขภาพจิตควรนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยไปทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนไทยทั่วประเทศ เพื่อจะได้ทราบสภาพปัญหาในปัจจุบันว่าคนไทยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด และควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตคนไทยเป็นระยะๆ เพื่อดูแลแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนไทย

1.4 เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการนำไปใช้ในชุมชนหรือกลุ่มคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อช่วยคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และวางแผนให้การช่วยเหลือ อันจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อาจตามมาได้

1.5 การใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ควรเป็นการสัมภาษณ์โดยผู้ที่ทำการสัมภาษณ์จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกทักษะ และทำความเข้าใจเครื่องมือนี้เป็นอย่างดี และจะต้องสัมภาษณ์ด้วยจิตใจที่ปราศจากอคติใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น ในกรณีที่ถูก

สัมภาษณ์เป็นผู้ที่ยากจน มีรายได้น้อย แต่หากตอบว่าตนเองรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด ก็หมายถึงเป็นความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ตอบอย่างนั้นจริงๆ มิได้หมายความว่า ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตจะเกิดขึ้นในคนที่มีความร่ำรวยเท่านั้น เป็นต้น

1.6 หน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนต่างๆ ที่ต้องการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของบุคลากร หรือประชาชนในความรับผิดชอบ หากต้องการการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มคนเหล่านี้ซ้ำอีกครั้ง เพื่อศึกษาว่าระดับสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ควรประเมินสภาวะสุขภาพจิตห่างกันจากครั้งแรกที่ประเมินไว้อย่างน้อย 1 เดือน

1.7 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาค้างนี้ ได้ทำการศึกษาโดยจำแนกค่าปกติ ออกเป็นหลายกลุ่ม เช่น จำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) ตามเพศ ตามภาคต่างๆ ของประเทศ ได้แก่ ภาคกลางและภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และจังหวัดกรุงเทพฯ และยังจำแนกตามเขตเมือง และเขตชนบทด้วย ฉะนั้นผู้ที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้สามารถเลือกใช้ค่าปกติตามความต้องการ หรือวัตถุประสงค์ในการศึกษาของตนเอง

1.8 การนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ การอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ไปทำการศึกษาร่วมกันกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่เดียวกัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตในพื้นที่ที่ทำการศึกษาระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยระดับบุคคล และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันหรือไม่

2.2 ควรมีการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยต่อไป ในด้านการศึกษาความตรงในการทำนาย (Predictive validity) เนื่องจากหาก

ทำการศึกษาความตรงในการทำนายได้สำเร็จในการศึกษาครั้งต่อไป ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการทำนายว่า ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในระดับใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช โรคอะไรได้บ้าง

2.3 การศึกษาค้นนี้มีจุดมุ่งหมายหลักคือ พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรอิสระ (independent variable) อยู่ในส่วนของ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวแปรตาม (dependent variable) คือภาวะสุขภาพจิตจะนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้วย

2.4 การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในระดับต่อไป ควรทำการศึกษาร่วมกับการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดในค่าปกติของคนไทย เช่น ถ้าค่าคะแนนอยู่ในกลุ่มของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ควรช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นอย่างไร และควรรับการบำบัดรักษา ณ สถานบริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง ในการกำหนดรูปแบบดังกล่าวควรทำการศึกษาดูว่าได้ผลดีตามที่ต้องการหรือไม่ และมีการนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยไปวัดซ้ำอีกครั้งเพื่อประเมินผลว่าภาวะสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่

2.5 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้มีการศึกษาค่าปกติในแต่ละองค์ประกอบ (Domain) ได้แก่ Domain 1 สภาพจิตใจ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน ในการศึกษาค้นต่อไปควรมีการศึกษาร่วมกับการพัฒนาแนวทางการพัฒนาตนเองในแต่ละองค์ประกอบด้วย หากผลการศึกษาพบว่าค่าปกติในแต่ละองค์ประกอบ อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป จากนั้นมีการประเมินซ้ำภายหลังการพัฒนาตนเองแล้ว เพื่อศึกษาดูว่าระดับคะแนนสูงขึ้นกว่าเดิมหรือไม่

บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา; 2540.
- กันยา สุวรรณแสง. สุขภาพจิต. Available from : <http://www.novabizz.com/NovaAce/Mental.htm>. [2007 Aug 17].
- กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาล. นนทบุรี: เอ วี พรีเม็นเตอร์; 2540.
- _____. สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2545-2546. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
- _____. สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2547-2548. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
- กระทรวงสาธารณสุข. การส่งเสริมสุขภาพจิต: ประเด็นที่ถูกละเลย. อ้างถึงใน สรุปการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ 7-11 สิงหาคม 2548. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
- เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. สรุปรายงานการวิเคราะห์นิยามความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิต. นนทบุรี : สถาบันสุขภาพจิต; 2537.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน; 2543.
- จิรา เต็มจิตวรารีย์. ทำอย่างไรจึงจะอยู่อย่างมีความสุข. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
- จิราพร เขียวอยู่. การวิเคราะห์องค์ประกอบหลักและการวิเคราะห์ปัจจัย (Principle Components and Factor Analysis). ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
- _____. โครงการอบรมระยะสั้นและการประชุมเชิงปฏิบัติการประจำปี 2543 หลักสูตรการสร้างมาตรฐานวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์

- สุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
- จุมภฏ พรหมสีดา และ ปรีชา สุวักบุตร. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต สารสนเทศ
และการติดสุราในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี ค.ศ. 1998-
2000. วารสารจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2546; 5(2) : 9-15.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของพยาบาลในโรงพยาบาลพระ
พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2535.
- ดุชนีย์ อายุวัฒน์. มาตรฐานคุณภาพชีวิต : ศึกษากรณีประชาชนในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารประชากรศาสตร์
2548; 21(1) : 41-62.
- นิภา นิธยา. สุขภาพจิต. Available from : [http://www.novabizz.com/
NovaAce/Mental.htm](http://www.novabizz.com/NovaAce/Mental.htm). [2008 Feb 4].
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับ
การวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : B&B Publishing; 2537.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่
2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
- ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ชวนการพิมพ์; 2522.
- ยุวดี ภาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลิสุวรรณ,
พรธนาดี พุฒวัฒน์, รุจิเรศ ธนุรักษ์. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิตอรี่ เพาเวอร์พอยท์ จำกัด; 2531.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์
ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์ จำกัด; 2539.
- วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์. ขอนแก่น :
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2546.
- วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ต้นอ้อ แกรมมี จำกัด;
2539.

สมัย ศิริทองถาวร. การสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตวัยรุ่นไทย. เชียงใหม่ :
โรงพยาบาลสวนปรุง; 2543.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรและสังคม
2550 นคราภิวัฒน์และวิถีชีวิตเมือง. กรุงเทพฯ : เอดิสัน เพรส
โปรดักส์; 2550.

สวนดุสิตโพลล์. การสำรวจความสุขคนไทย ปี 2544. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสวนดุสิต; 2544.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เลียงเชียง; 2540.

_____. การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล.
กรุงเทพฯ : เพื่องฟ้าพรินต์ติ้งจำกัด; 2545.

สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์, เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, กนกรัตน์ สุขตั้งคะ. การ
สร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย. วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44(4) : 285-97.

สันติชัย จำจิตรขึ้น. Crisis intervention. Available from. [http://
www.ramamental.com/crisis.html](http://www.ramamental.com/crisis.html). [2008 Aug 5].

สุริภรณ์ สมคะเนย์. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของ
สตรีวัยกลางคนในชุมชนเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัด
ขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ :
โรงพิมพ์ปออง; 2527.

_____. เครื่องชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่; 2530.

สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด
ย่อ ฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรอบ
แนวคิด การพัฒนาดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคม
ไทย. กรุงเทพฯ : สามดี พรินต์ติ้ง; 2549.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ.

2545. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี; 2545.

_____. คุณภาพชีวิตคนไทยปี 2550 สถิติ : ตัวชี้วัดการขับเคลื่อนสังคม.

กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2551.

_____. เครื่องชี้ภาวะสังคมไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : ดอกเบญจ;
2551.

_____. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน
พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : ธนาเพลส; 2551.

สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ปัจจัยเสี่ยงและภาวะโรคของคนไทย.

รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2547; 35(2) :
19.

อภิชัย มงคล, จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, วัชนี หัตถพนม และจรัญ อึ้งสำราญ.

สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน. ขอนแก่น :
คลังน่านวิทยา; 2544.

อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชลอุดร,
ละเอียด ปัญญาใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
(ระดับบุคคล). ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา; 2544.

อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา
เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา จุฑา และคณะ. การพัฒนาและทดสอบ
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. ขอนแก่น : พระธรรมชนน;
2547.

อภิสิทธิ์ อารงวรานุ. เกริ่นนำ. วารสารคำคุณ 2542 ; 9 : 3.

อภิสิทธิ์ อารงวรานุ, ทานทิพย์ อารงวรานุ, ยงยุทธ ขจรธรรม. กระบวน
การพัฒนาตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย. มปท; 2543.

อรรถพงษ์ ถนิมพาสน์. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยภาคใต้ (ระดับ
บุคคล). สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2545.

อัมพร โอตระกูล. ปัจจัยด้านระบาดวิทยาต่อการเกิดโรคทางจิตเวช. ใน :
เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณานิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์

- ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536 : 230-36.
- _____. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์ดี; 2540.
- อัมพร โอตระกูล, ชรินทร์ เจริญกุล, ชูชัย สมितिไกร, ประเวศ ตันติพิพัฒน์
สกุล และมยุรี กลับบงศ์. การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย.
กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการวัดการกระจาย.
ใน : อรุณ จิรวัดน์กุล, บรรณาธิการ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2534.
- อัศวิน นามะกันคำ. สุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. Available from :
[http:// 72.14.235.104/search?q=cache:_jmYGWfjDU4J:
www.nurse.cmu.ac.th/web.](http://72.14.235.104/search?q=cache:_jmYGWfjDU4J:www.nurse.cmu.ac.th/web.) [2007 Oct 1].
- American Psychiatric Association. A psychiatric glossary . 5th ed.
Washington : American Psychiatric Press; 1980 : 89.
- Amon J, Brown T, Hogle J, et al. Behavioral surveillance surveys :
guidelines for repeated behavioral survey in populations
at risk of HIV. New York : Family Health International; 2000.
- Basilevsky A. Statistic factor analysis and related methods : theory
and applications. New York : John Wiley & Sons; 1994.
- Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general
method for cluster - sample surveys of health in develop-
ing countries. World Health Statistics Quarterly 1991; 44 :
98 - 106.
- Berkman PL. Measurement of mental health in a general popula-
tions survey. Am J Epidemiol. 1971 ; 92 : 105-11.
- Bohlander R, et al. eds. Emotional and mental health. In : Macmillan
health encyclopedia 5. New York : Macmillan; 1993.
- Bowling A. Measuring health : a review of quality of life measure-
ment scales. Philadelphia : Open University Press; 1991.

- Burgess AW. Psychiatric nursing in the hospital and the community. 5th ed. California : Appleton & Lange; 1990.
- Chambers LA, et al. The McMaster health index questionnaire (MHIQ) methodologic documentation and report of the second generation of investigations. Hamilton, Ontario : McMaster University; 1982.
- Comanche County Health Department. Leading health indicator : mental health. Available from. [http://www.health.state.ok.us/chds/comanche/Healthy com/Mental % 20 Health/Mental Health.htm](http://www.health.state.ok.us/chds/comanche/Healthy%20Health/Mental%20Health/Mental%20Health.htm). [2008 Jan 20].
- Davies AR, Sherbourne CD, Peterson JR and Ware JE. Scoring manual : adult health status and patient satisfaction measures used in RAND's insurance experiment. Santa Monica : RAND Corporation; 1988.
- Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and proposal for a national index. American Psychologist 2002; 55 : 34 - 43.
- Egbert E. Concept of wellness. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service 1980 ; 18 : 9-12.
- European Union Institution. Executive summary. Available from : <http://www.europa.eu.int>. [2008 Jan 20].
- Gandek B, Ware JE. Methods for validating and norming translation of health status questionnaire : the IQOLA project approach. J Clin Epidemiol 1998 ; 51 : 953-9.
- Jahoda M. Currents concepts of positive mental health. New York : Basic Books, Inc; 1958.
- Kreigh HZ, Perko JE. Psychiatric and mental health nursing. 2nd ed. Verginia : Reston Publishing Co., Inc.; 1983.

- Landis JR & Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977 ; 33 : 159 - 74.
- Levy P, Lemeshow S. Sampling of populations : methods and application. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons.; 1999.
- Leyard R. Happiness : lessons from a new science. London : London School of Economic; 2005.
- Maslow AA. Motivation and personality. New York : Harper & Row; 1954.
- Medical Outcomes Trust. SAC Instrument review criteria. *Bulletin* 1995 ; 3 : 1-8.
- Mental Health Ireland. Supporting positive mental health. Available from : <http://www.mentalhealthireland.ie>. [2008 Jan 30].
- Mental Health Professional Group. Frequently asked questions : the psychological component of infertility. Available from : http://www.asrm.org/Professionals/PG-SIG_Affiliated_Soc/MHPG/mhpgfaqs.html. [2008 Jan 30].
- National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES). Mental health. Available from : http://www.stakes.fi/mental_health. [2002 Jan 22].
- Noreen EM, Adela Y, Thomas JY. Psychometric evaluation of the Personal Lifestyle Questionnaire for adolescents. *Research in Nursing & Health* 2002 ; 25 : 68-75.
- Norman GR, Streiner DL. PDQ Statistic. Toronto : Decker Inc.; 1986.
- North Eastern Health Board. Mental health definition. Available from : [http://www.hehb.ie/youthhealthne/mental% 20 Health % 20 definition.html](http://www.hehb.ie/youthhealthne/mental%20Health%20definition.html). [2008 Jan 22].
- Nunnally JC, Bernstein IR. Psychometric theory. 3rd ed. New York : Mc Graw-Hill; 1994.

- Paul ES. Series : quantitative applications in the social sciences.
California : Sage Publications, Inc.; 1992.
- Portney LG, Watkins MP. Foundation of clinical research : applications to practice. Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange; 1993.
- Richard BF. A dictionary of mental health. London : Granada Publishing Limited; 1980.
- Rollant PD, Deppoliti DB. Mental health nursing. St Louis : Mosby-Year Book; 1996.
- Seligman M. Authentic happiness. Pennsylvania, New York : The Free Press ; 2002.
- Sell H, Nagpal R. Assessment of subjective well-being the Subjective Well-being Inventory. NewDelhi : WHO; 1992.
- Shives LR. Basic concepts of psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company; 1990.
- Stevenson C. MOS SF-36 questionnaire interim Australian norms. Canberra : Health Outcomes; 1995.
- Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales : a practical guide to their development and use. 2nd ed. Oxford : Oxford University Press; 1995.
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 3rd ed. New York : Harper Collins College Publishers; 1996.
- The WHO group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment instrument. In : Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment : international descriptive. New York : Springer – Verlag; 1994.
- Trubowitz J. Historical overview, personality theories and classification of mental illness. In : Varcarolis EM, ed. Foundation

- of psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company; 1994.
- United Nation Development Program. Thailand human development report 2003. Bangkok : UNDP ; 2003.
- Veit CT. and Ware JE. The structure psychological distress and well-being in general populations. Journal of Clinical and Consulting Psychology 1983 ; 51 : 730-45.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M and Gandek B. SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston : Medical Center; 1993.
- Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. J Clin Epidemiol 1998 ; 51 : 903-12.
- _____. Methods of the testing data quality, scaling assumptions, and reliability : The IQOLA project approach. J Clin Epidemiol 1998 ; 51 : 945-52.
- World Health Organization, SEARO. Report on the indicators for monitoring progress in mental health WHO regional advisory group meeting on mental health; 1981.
- _____. Mental health. Fact sheet 1996 ; No 130 (Aug) : 1.
- _____. World Health Report 2001. Mental health : new understand, new hope. Geneva : WHO; 2001.
- _____. A public health approach to mental health. Available from : <http://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/index.html>. [2008 Aug 5].
- _____. Health statistic and health information system. Available from : <http://www.who.int/healthinfo/boddy/en/>. [2008 Aug 5].

_____. Mental health : strengthening mental health promotion. Fact sheet 2007; No. 220 (Sep). Available from : <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs220/en>. [2008 Jul 24].

ภาคผนวก

1. ประวัติผู้วิจัย
2. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์
3. แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
ฉบับสมบูรณ์
4. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น
5. แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น
6. คำสั่งแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงาน
ภาคสนาม โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัด
สุขภาพจิตคนไทย

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นายอภิชัย มงคล
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Apichai Mongkol
 - 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย
 - 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 รองอธิบดี
กรมสุขภาพจิต
 - 1.3 สถานที่ทำงาน กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-8012,
08-1975-1913
โทรสาร 0-2951-1356
e-mail:apichaim@inet.co.th
 - 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) คณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2522
 - 1.4.2 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ในปี พ.ศ. 2526
 - 1.4.3 รัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช 2548

1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 4 เรื่อง ได้แก่

- (1) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน (2546)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติปีงบประมาณ 2542
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 50 ฉบับที่ 1-2 พ.ศ. 2548 หน้า 3-18
- (2) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 50 ฉบับที่ 3-4 พ.ศ. 2548 หน้า 71-92
- (3) การสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2548
- (4) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชนในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 ปี 2549

1.5.2 ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่องได้แก่

- (1) การดำเนินการจัดหาพัสดุโดยวิธีประมูลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Auction) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ : กรณีศึกษา (2546)
- (2) การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2551)

ประวัติผู้วิจัยหลัก

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นายยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Yongyuth Vongpiromsan

1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย

-

1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน

นายแพทย์ 10 วช.
ผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต
ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต
หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษา
กรมสุขภาพจิต
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและ
พัฒนาการเรียนรู้
กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-8303

1.3 สถานที่ทำงาน

1.4 ประวัติการศึกษา

- 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี
พ.ศ. 2525

1.4.2 วุฒิบัตรจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ในปี พ.ศ.
2529

1.4.3 Certificate of Training in Child Psychiatry and
Family Therapy, Hamburg University ในปี
พ.ศ. 2532

1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

หัวหน้าโครงการวิจัย 2 เรื่อง

(1) การศึกษาสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)

(2) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและ
คุณภาพจิตคนไทย (2551)

2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายทวี ตั้งเสรี
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Tavee Tangseree

2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -

2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422,
08-1975-0135
โทรสาร 0-4322-4722

2.4 ประวัติการศึกษา

2.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2523

2.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความสามารถเฉพาะทางใน
การประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ในปี พ.ศ. 2529

2.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

2.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 6 เรื่อง

- (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิต ชุมชน ในการประชุมวิชาการ นานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2548
 - ตีพิมพ์วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 49 ฉบับที่ 4 พ.ศ.2547 หน้า 227-290
- (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546) ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
- (3) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 3 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติดปี 2546

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 49 ฉบับที่ 3 พ.ศ.2547
หน้า 223-230
- (4) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกในเขต 6
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547
- (5) การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสฉลองวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547
 - ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านสุขภาพจิตกับภัยพิบัติในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 4 ปี 2548
- (6) การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2551)

2.5.2 ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง

- (1) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)
- (2) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี (2549)

3. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางวัชณี หัตถพนม
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Watchanee
Huttapanom

3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 38-20-0169

3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.
3.3 สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการพยาบาล
 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 ราชนครินทร์
 ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง
 จ.ขอนแก่น 40000
 โทรศัพท์ 0-4322-7422,
 08-1729-3113
 โทรสาร 0-4322-4722
 e-mail : huttapanom2000
 @hotmail.com

3.4 ประวัติการศึกษา

3.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์
 ชั้นสูง (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
 ในปี พ.ศ. 2526

3.4.2 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
 ศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี 2550

3.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

3.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 5 เรื่อง

- (1) พิธีโล่ฝีมือปอบในช่วงการประชุม APEC:
ผลการช่วยเหลือภาวะวิกฤตชุมชน
- ได้รับรางวัล ผลงานวิชาการดีเด่นในการ
ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขปี
พ.ศ. 2546
 - ตีพิมพ์วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
ไทยปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2549 หน้า
142-149

- (2) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (2547)
 - ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2550) หน้า 24-35
- (3) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2550 หน้า 390-401
- (4) ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)
 - ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 ปี 2551
- (5) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

3.5.2 ผู้ร่วมวิจัย จำนวน 15 เรื่อง

- (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่นในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2548
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 49 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2547 หน้า 227-290
- (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
- (3) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
- (4) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50 ฉบับที่ 1-2 พ.ศ. 2548 หน้า 3-18
- (5) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 50 ฉบับที่ 3-4 พ.ศ. 2548 หน้า 71-92
- (6) การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกในเขต 6
- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547
- (7) รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน
- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2549 หน้า 114-123
- (8) การศึกษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในโอกาสฉลองวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547
- ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 4 ปี 2548
- (9) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคม และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชน ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 5 ปี 2549
- (10) การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (2549)
- (11) การสำรวจความสุขคนไทยปี 2548
- (12) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)
- (13) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ และคุณภาพจิตคนไทย (2551)
- (14) การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาคอีสาน
 - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2551 หน้า 229-241
- (15) การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2551)

4. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย)	นายไพรวลัย	ร่วมชัย
(ภาษาอังกฤษ)	Mr.Praiwan	Romsai
4.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย	-	
4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7	
	ตึกขงโค กลุ่มการพยาบาล	
4.3 สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	
	ราชนครินทร์	
	ถ.ชาตะผดุง	
	อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000	

โทรศัพท์ 0-4322-7422,
08-4409-4156

โทรสาร 0-4322-4722

- 4.4 ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตรการพยาบาล
และผดุงครรภ์ระดับต้น
วิทยาลัยพยาบาลศรีสัญญา
จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2531
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
จ. เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2539

4.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

ผู้วิจัยหลัก จำนวน 5 เรื่อง

- (1) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมา
ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
(2547)
 - ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิตของสมาคมพยาบาลจิตเวช
แห่งประเทศไทย ปีที่ 21 ฉบับที่ 1
(มกราคม – มิถุนายน 2550) หน้า 24-
35
- (2) ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรง
พยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชชนครินทร์ (2551)
- (3) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่าย
ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชใน
การให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

(4) การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกใน
เขต 6

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านสุขภาพจิตในภาวะ
วิกฤตในการประชุมวิชาการนานาชาติ
ครั้งที่ 3 ปี 2547

(5) การสำรวจความสุขคนไทยปี 2548

5. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางวรวรรณ จุฑา
(ภาษาอังกฤษ) Mrs.Worawan Chutha
- 5.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 5.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุข 8
- 5.3 สถานที่ทำงาน กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี
โทรศัพท์ 0-2951-1382,
0-2590-8027
โทรสาร 0-2951-1381
- 5.4 ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลสงขลา
จังหวัดสงขลา
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
(จิตวิทยาการแนะแนว)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

5.5 สาขาวิชาที่มีความชำนาญ ระบาดวิทยาสุขภาพจิต

5.6 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

ผู้วิจัยหลัก 3 เรื่อง

- (1) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่ (2547)
- (2) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)
- (3) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2551)

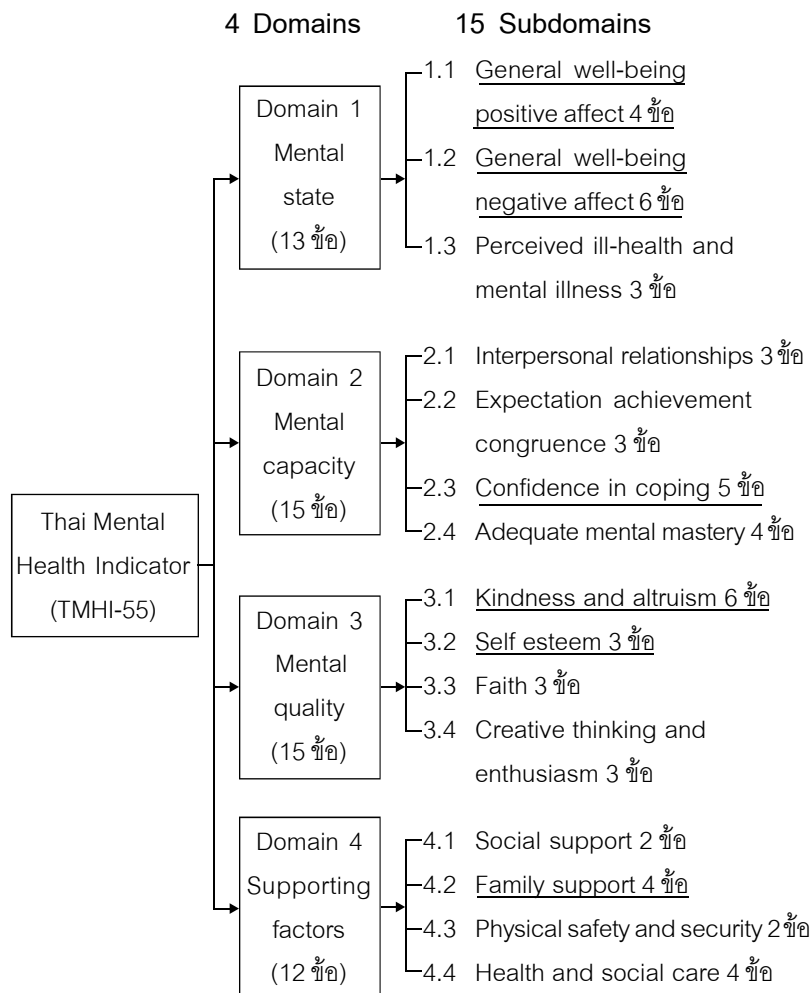
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์

Thai Mental Health Indicator - 55 (TMHI-55)

ความหมายของสุขภาพจิต Domain และ Subdomain

ความหมายของสุขภาพจิต

หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป



- หมายเหตุ**
1. ฉบับสมบูรณ์เดิมมี 54 ข้อ การศึกษาใน Version 2007 เพิ่มอีก 1 ข้อ เป็น 55 ข้อ โดยเพิ่มข้อใน Subdomain self esteem จาก 2 ข้อเป็น 3 ข้อ
 2. Subdomain ที่ขีดเส้นใต้ หมายถึง Subdomain ที่เหลือเมื่อเป็น เครื่องมือฉบับสั้นหรือ TMHI-15

Domain 1. **สภาพจิตใจ (Mental state)**

หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

1.1 **ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect)**

หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุขที่บุคคลรับรู้จากชีวิต เป็นอารมณ์ด้านบวกในลักษณะของภาพรวมทั้งหมด ไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว แต่เป็นการมองในภาพรวมว่าบุคคลมีความรู้สึกในทางที่ดีเพียงใด เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกพอดี (balance) สงบ มีความสุข มีความหวัง มีความบันเทิงใจ และสนุกสนานกับสิ่งดีๆ ในชีวิต มุมมองของแต่ละคน และความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคตจะมีความสำคัญมาก

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					1
2	ท่านรู้สึกสบายใจ					2
3	ท่านรู้สึกสดชื่นเบิกบานใจ					3
4	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุขสงบ (ความสงบสุขในจิตใจ)					4

- หมายเหตุ**
- ข้อที่ หมายถึง ข้อที่เท่าไรในแต่ละ Domain
 - คำถามข้อที่ หมายถึง คำถามเหล่านี้อยู่ในข้อที่เท่าไรในแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI ฉบับ 55 ข้อ)

1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคลนั้น เช่น ความสลดหดหู่ ความรู้สึกผิด เศร้า อายากร้องไห้ สิ้นหวัง ประหม่า วิตกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่า ความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้นบุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรืออาการวิตกกังวล

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
5	ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ต่อการทำการดำเนิน ชีวิตประจำวัน					5
6	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง					6
7	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของ ท่านมีแต่ความทุกข์					7
8	ท่านรู้สึกกังวลใจ					8
9	ท่านรู้สึกเศร้าโดย ไม่ทราบสาเหตุ					9
10	ท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่ายโดย ไม่ทราบสาเหตุ					10

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

(Perceived ill-health and mental illness)

หมายถึง ความเจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจ รวมถึงความพึงพอใจ ความกังวลที่มีต่อสุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกาย การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ หรือการรักษาอื่นๆ (เช่น การฝังเข็ม และการใช้สมุนไพร) เพื่อช่วยให้ร่างกายและจิตใจมีความเป็นอยู่ที่ดี การรักษาในบางครั้งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางลบ (เช่น อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาต้านมะเร็ง) ในขณะที่บางกรณีจะไปเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (เช่น การเข้ายาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง) นอกจากนี้ยังรวมไปถึงวิธีการรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา แต่จำเป็นต้องใช้อยู่ เช่น เครื่องให้จังหวะการทำงานของหัวใจ แขนขาเทียม

สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Mental illness) นั้นยังรวมถึงการเจ็บป่วยทางกาย ที่มีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคล โรคและการเจ็บป่วยในที่นี้เป็นการเจ็บป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหรือการตรวจรักษาโดยแพทย์ และแพทย์ลงความเห็นแล้วว่าเป็นโรคนั้นๆ

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
11	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้					11
12	ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ระบุว่ามีความรุนแรงของโรคเล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)					12
13	ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน					13

Domain 2. สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity)

หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships)

หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับมิตรภาพ ความรักที่บุคคลต้องการจะได้รับจากบุคคลอื่นรวมทั้งการเอาใจใส่ดูแล การรู้จักให้กับบุคคลอื่น การมีความสามารถและมีโอกาสที่จะรักหรือถูกรักและสามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่นทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์สามารถแบ่งปันความรู้สึกร่วมกันทั้งเรื่องความสุขและความทุกข์กับคนอื่น ๆ

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น					14
2	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					15
3	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (ทำงานร่วมกับคนอื่น)					16

2.2 ความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหวัง (Expectation achievement congruence)

หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ มั่นใจในความสามารถของตนเองที่ประสบความสำเร็จและมีชีวิตตามที่ตนได้คาดหวังไว้

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
4	ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้					17
5	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต					18
6	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน					19

2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping)

หมายถึง ความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดฝันได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อความเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด ทั้งนี้นอกจากปรับตัวได้กับสภาพการณ์นั้นๆ แล้วยังสามารถทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ และเหมาะสมอีกด้วยและหากเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องยากที่จะแก้ไขก็ยังสามารถทำใจยอมรับได้

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
7	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้					20
8	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					21
9	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					22
10	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					23
11	ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี					24

2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองมีประสิทธิภาพ (Adequate mental mastery)

หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเอง มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจ หรือมี ความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่าการรักษาสมดุลทางจิตใจ ทำให้มีความรู้สึกเป็นสุข (well-being)

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
12	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิดถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง					25
13	ท่านหงุดหงิดไม่ไหวถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์					26
14	ท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยที่เกิดขึ้นเสมอ					27
15	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน					28

Domain 3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality)

หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

3.1 เมตตา กรุณาและเสียสละ (Kindness and altruism)

หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้คนอื่นพันทุกข์ สามารถเป็นผู้ให้ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีความเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมหรือผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					29
2	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					30
3	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					31
4	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกา					32
5	ท่านเสียสละแรงกายหรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทน					33
6	หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัยท่านพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น					34

3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
7	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					35
8	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					36
9	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว					37

3.3 ความศรัทธา (Faith)

หมายถึง สิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ช่วยให้มีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเกิดภาวะวิกฤต หรือยุ่งยากใจแล้ว สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจนี้จะช่วยให้ตนเองเข้มแข็ง มีกำลังใจดีขึ้น และมีศรัทธาในการทำความดี ช่วยให้มีทิศทางในการดำเนินชีวิตที่ดี

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
9	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต					38
10	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ					39
11	ท่านเคยประสบกับความยุ่งยากและสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่านผ่านพ้นไปได้					40

3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลนั้นในการริเริ่มสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ในทางที่ดี เพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันมีคุณค่า ตลอดจนมีความมุ่งมั่น พยายาม ความใส่ใจในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในตนเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
12	ท่านต้องการทำบางสิ่ง ที่ใหม่ในทางที่ดีขึ้นกว่า ที่เป็นอยู่เดิม					41
13	ท่านมีความสุขกับการ ริเริ่มงานใหม่ๆ และ มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					42
14	ท่านมีความกระตือรือร้น ที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี					43

Domain 4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors)

หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่ามีเครือข่ายทางสังคมคอยช่วยเหลือจะเน้นถึงสภาพแวดล้อม และสังคม ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน โดยเพื่อนๆ หรือคนอื่นๆ ในสังคม มีส่วนร่วมรับผิดชอบ และร่วมกันทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงใด เมื่อบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือ ท่านในยามที่ท่าน ต้องการ					44
2	ท่านได้รับความช่วยเหลือ ตามที่ท่านต้องการจาก เพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม					45

4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุน
ช่วยเหลือจากครอบครัวและมีความผูกพัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
3	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ใน ครอบครัว					46
4	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัว จะดูแลท่านเป็นอย่างดี					47
5	ท่านปรึกษาหรือขอ ความช่วยเหลือจาก ครอบครัวเสมอเมื่อ ท่านมีปัญหา					48
6	สมาชิกในครอบครัว มีความรักและผูกพัน ต่อกัน					49

4.3 ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต

(Physical safety and security)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในชีวิต และความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ สิ่งที่คุณค่าความมั่นคงปลอดภัย เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากบุคคลอื่น จากการกดขี่ทางการเมืองการปกครองในชุมชน ความหมายในเรื่องนี้จึงรวมถึง ความรู้สึกเป็นอิสระของบุคคล บุคคลที่มีสิทธิ์ที่จะอาศัยอยู่ในชุมชนโดยปราศจากการบังคับกักขัง มั่นใจในการบริหารของผู้นำชุมชนและความรู้สึก ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินอีกด้วย

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
7	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน					50
8	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้					51

4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม : การให้บริการและคุณภาพของบริการ (Health and social care)

หมายถึง การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคมในระแวกใกล้เคียงตามมุมมอง ของบุคคล การให้บริการในเรื่องสุขภาพ และบริการทางสังคมในมุมมองของแต่ละคนเป็นอย่างไร ในแง่ของคุณภาพและความพร้อมของบริการที่เคยได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับ โดยรวมถึงอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชน (องค์กรที่เกี่ยวกับศาสนา วัด ชมรม มูลนิธิ ฯลฯ) ซึ่งอาจจะจัดเสริมให้มีเพิ่มเติมขึ้นหรืออาจจะเป็น ระบบการดูแลสุขภาพที่พอมีอยู่ในสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น รวมทั้งความยากง่ายเพียงใดกับการ ไปใช้บริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น ในเรื่องนี้จะไม่เกี่ยวกับวิธีการรักษา

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
9	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้					52
10	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านสามารถให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ					53
11	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยสามารถไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					54
12	เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีองค์กรในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน					55

แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์

(Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-55)

- คำชี้แจง** 1. แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อวัดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์นี้ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
- ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ
 - คำตอบของท่านจะไม่มีผลใดๆ ที่ก่อให้เกิดผลเสียหายนต่อตัวท่าน แต่จะเกิดประโยชน์ในด้านการวัดภาวะสุขภาพจิตของท่านเอง
 - ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ใช้สำหรับบุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-60 ปี เท่านั้น
 - ถ้าต้องการวัดภาวะสุขภาพจิตในบุคคลเดิมซ้ำควรมีช่วงเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย

✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ที่อยู่อาศัย (แบ่งตามเขตและรายได้)

☐ 1. เขตเมือง (เทศบาล)

☐ 2. เขตชนบท (อบต.ขนาดใหญ่)

☐ 3. เขตชนบท (อบต.ขนาดกลาง)

☐ 4. เขตชนบท (อบต.ขนาดเล็ก)

☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนของผู้วิจัย

ID ☐ 1

Pro ☐ 2

Sex ☐ 3

Age ☐ 4

Hou ☐ 5

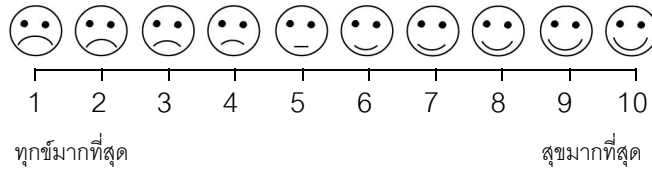
4. ภาคที่เก็บข้อมูล	ส่วนของผู้วิจัย
☐ 1. ภาคกลาง ☐ 2. ภาคเหนือ ☐ 3. ภาคตะวันออก ☐ 4. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ☐ 5. ภาคใต้	Div ☐ 6
5. ระดับการศึกษา	Edu ☐ 7
☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 5. อนุปริญญา ☐ 6.ปริญญาตรี ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ).....	
6. สถานภาพสมรส	Mar ☐ 8
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่อยู่ด้วยกัน ☐ 3. คู่แยกกันอยู่ ☐ 4. หย่าร้าง ☐ 5. หม้าย	
7. ศาสนา	Rel ☐ 9
☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม ☐ 3. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....	
8. อาชีพ	Occ ☐ 10
☐ 1. ว่างงาน ☐ 2. แม่บ้าน ☐ 3. รับจ้าง ☐ 4. เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ☐ 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	

	ส่วนของผู้วิจัย
☐ 6. ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) (ระบุ).....	
☐ 7. นักเรียน/นักศึกษา	
☐ 8. ประมง	
☐ 9. อื่นๆ (ระบุ).....	
9. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/ต่อเดือน (โดยประมาณ)	Inc ☐ 11
10. ความเพียงพอของรายได้	Eno ☐ 12
☐ 1. เพียงพอ ☐ 2. ไม่เพียงพอ	
11. ในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้อ ท่านมีปัญหาสุขภาพ หรือไม่ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่า เป็นโรค)	Dis ☐ 13
☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี	
12. ในกรณีตอบว่ามีให้ตอบว่ามีปัญหาในเรื่องใดบ้าง	D1 ☐ 14
ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (ถ้าตอบ ไม่มีให้ข้ามไปตอบข้อ 13)	D2 ☐ 15
☐ 1. โรคหัวใจ ☐ 2. ความดันโลหิตสูง	D3 ☐ 16
☐ 3. โรคกระดูกและข้อ ☐ 4. มะเร็ง	D4 ☐ 17
☐ 5. เบาหวาน	D5 ☐ 18
☐ 6. โรคปอดหรือหลอดลม	D6 ☐ 19
☐ 7. อัมพาต ☐ 8. โรคทางจิตเวช	D7 ☐ 20
☐ 9. อื่นๆ (ระบุ).....	D8 ☐ 21
	D9 ☐ 22
13. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก หรือไม่	Unh ☐ 23
☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี	
ถ้ามี เรื่อง.....	
.....	
.....	
.....	

ส่วนของผู้วิจัย

14. ท่านรู้สึกว่ายโดยรวมแล้วใน 1 เดือนที่ผ่านมาชีวิตของท่านมีความสุขในระดับใด

Smi □ 24



ถ้ารูปหน้าข้างบนนี้แทนความรู้สึกที่เป็นสุขหรือทุกข์ในระดับต่างๆ โดยรูปหมายเลข 0 แทนความรู้สึกเป็นทุกข์มากที่สุด รูปหมายเลข 10 แทน ความรู้สึกเป็นสุขมากที่สุด ท่านคิดว่าความรู้สึกโดยรวมของท่านตรงกับเลขใดให้กาเครื่องหมาย X ทับหมายเลขนั้น

ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์

คำชี้แจง กรุณาภาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์อาการ ความรู้สึก หรือ
ไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์อาการ ความรู้สึกในเรื่อง
นั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือ เห็นด้วยกับเรื่อง
นั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์อาการ ความรู้สึกในเรื่อง
นั้นๆ มาก หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์อาการ ความรู้สึกในเรื่อง
นั้นๆ มากที่สุด หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ
มากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่ เคย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					M 1 ☐
2	ท่านรู้สึกสบายใจ					M 2 ☐
3	ท่านรู้สึกสดชื่น เบิกบานใจ					M 3 ☐
4	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่าน มีความสุขสงบ (ความสงบสุขในจิตใจ)					M 4 ☐
5	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ กับการดำเนินชีวิตประจำวัน					M 5 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
6	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง					M 6 ☐
7	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์					M 7 ☐
8	ท่านรู้สึกกังวลใจ					M 8 ☐
9	ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ					M 9 ☐
10	ท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ					M 10 ☐
11	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้					M 11 ☐
12	ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ระบุว่ามีความรุนแรงของโรคเล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)					M 12 ☐
13	ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน					M 13 ☐
14	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น					M 14 ☐
15	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					M 15 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
16	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับ เพื่อนร่วมงาน (ทำงานร่วมกับคนอื่น)					M 16 ☐
17	ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่ และฐานะทางสังคมตาม ที่ท่านได้คาดหวังไว้					M 17 ☐
18	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จ และความก้าวหน้าในชีวิต					M 18 ☐
19	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะ ความเป็นอยู่ของท่าน					M 19 ☐
20	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่ เป็นสิ่งที่แก้ไขได้					M 20 ☐
21	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					M 21 ☐
22	ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุม อารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์ คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					M 22 ☐
23	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับ เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น ในชีวิต					M 23 ☐
24	ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี					M 24 ☐
25	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่ คาดหวัง					M 25 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
26	ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายถ้า ท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์					M 26 ☐
27	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ กับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ					M 27 ☐
28	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่อง ทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน					M 28 ☐
29	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จ ของคนอื่น					M 29 ☐
30	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อผู้อื่นมีทุกข์					M 30 ☐
31	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการ ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					M 31 ☐
32	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					M 32 ☐
33	ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สิน เพื่อประโยชน์ ส่วนรวมโดยไม่หวังผล ตอบแทน					M 33 ☐
34	หากมีสถานการณ์ที่คับขัน เสี่ยงภัย ท่านพร้อมที่จะให้ ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น					M 34 ☐
35	ท่านพึงพอใจกับความ สามารถของตนเอง					M 35 ☐
36	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M 36 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
37	ท่านรู้สึกว่าคุณค่า ต่อครอบครัว					M 37 ☐
38	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดใน จิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงใน การดำเนินชีวิต					M 38 ☐
39	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อ เผชิญกับความยุ่งยากท่าน มีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ					M 39 ☐
40	ท่านเคยประสบกับความ ยุ่งยาก และสิ่งยึดเหนี่ยว สูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่าน ผ่านพ้นไปได้					M 40 ☐
41	ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ ในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม					M 41 ☐
42	ท่านมีความสุขกับการริเริ่ม งานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะ ทำให้สำเร็จ					M 42 ☐
43	ท่านมีความกระตือรือร้นที่จะ เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี					M 43 ☐
44	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ใน สังคมคอยช่วยเหลือท่าน ในยามที่ท่านต้องการ					M 44 ☐
45	ท่านได้รับความช่วยเหลือตาม ที่ท่านต้องการจากเพื่อนหรือ คนอื่นๆ ในสังคม					M 45 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
46	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					M 46 ☐
47	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี					M 47 ☐
48	ท่านปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา					M 48 ☐
49	สมาชิกในครอบครัวมีความรัก และผูกพันต่อกัน					M 49 ☐
50	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน					M 50 ☐
51	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในทรัพย์สิน เมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้					M 51 ☐
52	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้					M 52 ☐
53	หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านสามารถให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ					M 53 ☐
54	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยจะไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					M 54 ☐

< 222 > รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาและทดสอบ ดัชชีวัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
55	เมื่อท่านเดือดร้อนจะมี หน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือ ดูแลท่าน					M 55 ☐

การให้คะแนนและการแปลผลค่าปกติ (norm)
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55)

การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	2	3	4	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
24	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

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

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

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

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

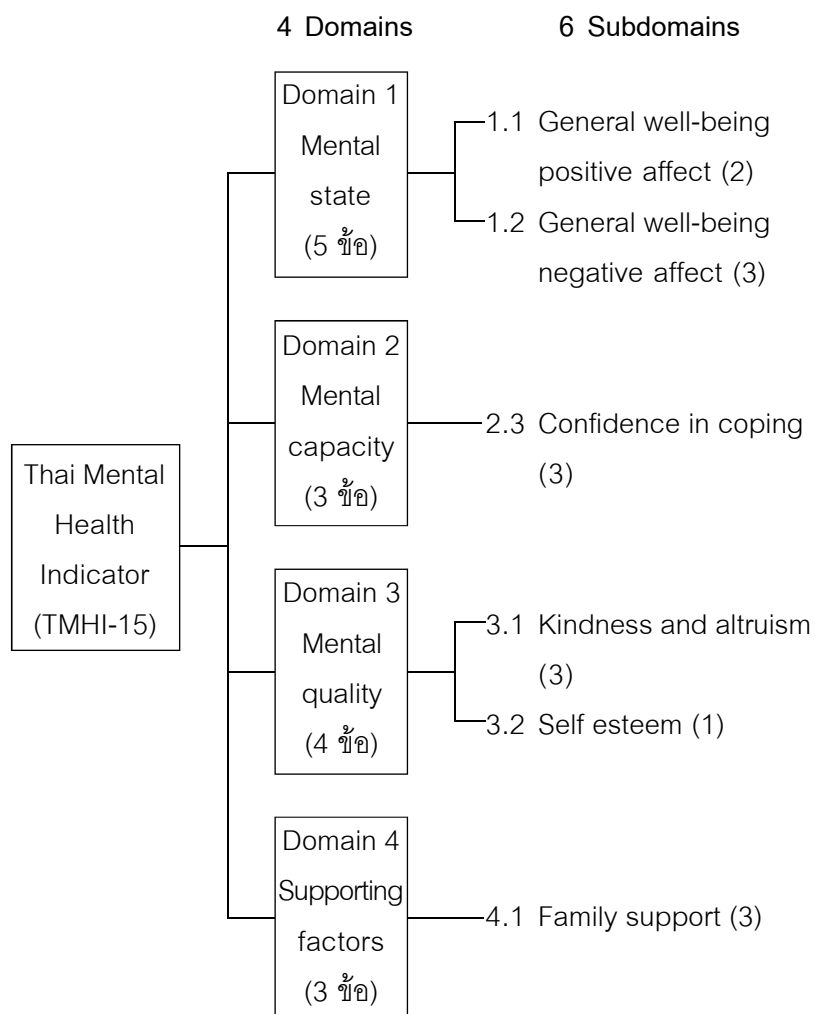
ไม่เลย = 4 คะแนน เล็กน้อย = 3 คะแนน
มาก = 2 คะแนน มากที่สุด = 1 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์
ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 220 คะแนน)
179 – 220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
158 – 178 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่า
คนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ท่าน
อาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น โดยขอรับบริการปรึกษาจากสถานบริการ
สาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

Thai Mental Health Indicator - 15 (TMHI - 15)



- หมายเหตุ**
1. หมายเลขใน Subdomain คือ หมายเลขที่ตรงกับ Subdomain ในฉบับสมบูรณ์
 2. ในการพิจารณา Subdomain ในฉบับสั้นของการศึกษานี้ จะพิจารณาจากค่า Eigenvalues มากกว่า 1 ขึ้นไป และมีค่า Percent of variance มากที่สุดจะคง Subdomain ใน Domain นั้นๆ ไว้
 3. ผลการศึกษา Agreement study ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์ (TMHI – 55) และฉบับสั้น (TMHI – 15) พบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่า Kappa statistic เท่ากับ 0.66

แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

Thai Mental Health Indicator – 15 (TMHI – 15)

คำชี้แจง กรุณาภาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์อาการ ความรู้สึก หรือ ไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์อาการ 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 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					M6 ☐
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถ ควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมี เหตุการณ์คับขันหรือ ร้ายแรงเกิดขึ้น					M7 ☐
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับ เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น ในชีวิต					M8 ☐
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อผู้อื่นมีทุกข์					M9 ☐
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการ ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					M10 ☐
11	ท่านให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					M11 ☐
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M12 ☐
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว					M13 ☐
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่า ครอบครัวจะดูแลท่านเป็น อย่างดี					M14 ☐
15	สมาชิกในครอบครัว มีความรักและผูกพัน ต่อกัน					M15 ☐

การให้คะแนนและการแปลผลค่าปกติ (norm)
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15)

การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	2	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 1 คะแนน

เล็กน้อย = 2 คะแนน

มาก = 3 คะแนน

มากที่สุด = 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

3	4	5
---	---	---

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 4 คะแนน

เล็กน้อย = 3 คะแนน

มาก = 2 คะแนน

มากที่สุด = 1 คะแนน

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์
ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่า
คนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ท่าน
อาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น โดยขอรับบริการปรึกษาจากสถานบริการ
สาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้



คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ ๕๕๒/๒๕๕๐

เรื่อง การแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานภาคสนาม
โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

เพื่อให้การดำเนินงาน โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
เป็นไปอย่างต่อเนื่องและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ กรมสุขภาพจิตเห็นควรมีการแต่งตั้ง
คณะที่ปรึกษาและคณะทำงานภาคสนามดังรายนามต่อไปนี้

คณะที่ปรึกษาภาคสนาม

๑. นายกลาโฆท	ภูวนันท์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
๒. นายเอนก	สุภีรนนท์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
๓. นายสุวัฒน์	มหัตนรินทร์กุล	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนปรุง
๔. นายบุญชัย	นวมงคลวัฒนา	ผู้อำนวยการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
๕. นายทวี	คังเสรี	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
๖. นายเกียรติภูมิ	วงศ์รจิต	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
๗. นายศิริศักดิ์	ธิดิฉิลกรัตน์	ผู้อำนวยการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
๘. นายศิริชัย	คาริกานนท์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ นครินทร์
๙. นายศักดิ์	กาญจนาวิโรจน์กุล	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์
๑๐. นายจุมภฏ	พรมสีดา	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

โดยมีหน้าที่ควมรับผิดชอบ ดังนี้

๑. เป็นที่ปรึกษาร่วมพิจารณาและให้ความเห็นแก่คณะทำงานภาคสนาม
๒. เื่ออำนาจให้เกิดการประสานงานโครงการ

คณะทำงานภาคสนาม

๑. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

๑) นางสาววิภาวี	เผ่าก้นทรากร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวสุรรยา	แสงเขียวงาม	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๓) นางพีรดา	เพิ่มความสุข	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๔) นางสาวศุภา	ไธชาติกุล	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๕) นางสาวสมฤดี	ชุมแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๖) นางสาวนารีรัตน์	ทองอินดี	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๗) นางมาลี	हनานเจียง	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๘) นางสาววัลลภา	กิตติมาสกุล	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๙) นางสาวนภา	เจริญรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๐) นางสาวสุกัญญา	ล้ำญพิศ	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๑) นางวีณา	วิทย์เกษขจร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๒) นางสาวภรณ์	มาตรพลกร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๓) นางวิจิตร	ทองเกษม	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๔) นางสาวอัญชลี	ศรีสุพรรณ	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๕) นางสาวสาวิตรี	แสงสว่าง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน
๑๖) นางสาวจริยา	บุญเชิญ	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน
๑๗) นางสาววัฒนาภรณ์	พิบูลย์อักษร	พยาบาลวิชาชีพ ๔	คณะทำงาน
๑๘) นางสาววนิช	บุรารินทร์	พยาบาลวิชาชีพ	คณะทำงาน
๑๙) นางสาววิวิไล	ไทรจักร์	พยาบาลวิชาชีพ ๓	คณะทำงาน
๒๐) นายทยาน	โคตะนันท์	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๒๑) นางสาวปณิฐา	วาทะสุนทรพงศ์	นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน
๒๒) นางสาวกชกร	พนัสนอก	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	คณะทำงาน
๒๓) นางสาวเกษรา	คำสงค์	เจ้าพนักงานธุรการ	คณะทำงาน
๒๔) นางสาวอุทุมพร	คงพงษ์	เจ้าพนักงานธุรการ	คณะทำงาน

๒. โรงพยาบาลศรีธัญญา

๑) นางสาวสุรีย์	บุญเฉย	นักสังคมสงเคราะห์ ๗ ว.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางทัศนีย์	คันทวิวงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ ๕ ชช.	คณะทำงาน
๓) นางเพลินพิศ	จันทร์ศักดิ์	นักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว.	คณะทำงาน
๔) นางสาวหทัยรัฐณ์	เอี่ยมมาตย์	นักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว.	คณะทำงาน
๕) นางภัตสร	มหจิตรเลิศนันท์	นักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว.	คณะทำงาน

๖) นายพงษ์อรุณ	สมบัติรักษ์	นักสังคมสงเคราะห์ ๓	คณะทำงาน
๗) นางสาวอุมาพร	สุระพงศ์ทวี	นักสังคมสงเคราะห์ ๓	คณะทำงาน
๘) นางสาวสาธิตี	สุกสุนทรศิริ	นักสังคมสงเคราะห์ ๓	คณะทำงาน
๙) นายธนยศ	เทียนศรี	นักสังคมสงเคราะห์ ๓	คณะทำงาน
๑๐) นางสาวลมฝน	จำปาทอง	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๑) นางสาวรณมณี	รวมจิตร	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๒) นางสาวอัมมรา	ศักกรากร	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๓) นางสาวปรารถนา	รัตนฉวีวรรณ	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๔) นางสาวพนมศรี	เสาร์สาร	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๕) นางสาวชยาภรณ์	ผ่องแผ้ว	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๖) นายธีรศักดิ์	ศรีหิรัญ	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน

๓. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

๑) นางสาวนันทดา	ถนอมพานิชย์	นายแพทย์ ๖ ว.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางดวงจันทร์	บัวคลี่	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๓) นางสุดี	ตั้งกู	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๔) นางสาวภาวิณี	บุตรแสน	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๕) นางเพ็ญพุด	คงพานิชย์ตระกูล	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๖) นางสาวพรรณภา	แสงส่อง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน
๗) นางสาวพรรณภา	แสนปัญญา	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๘) นางศุคสาคร	จามัน	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๙) นางสาวสุภาพ	เขว้แก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๐) นางสาวเพ็ญพรรณ	ชิตวร	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๑) นางศิริรัตน์	หิรัญวัฒนาวิน	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๑๒) นางสาวพัชรี	วัฒนาเมธี	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๑๓) นางกฤษณา	อำคา	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๔) นางสาวรพี	คล้ายมาลา	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน

๔. โรงพยาบาลสวนปรุง

๑) นางสาวประหยัด	ประภาพรหม	พยาบาลวิชาชีพ ๘ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาววรรณี	พรมานะจิรังกุล	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๓) นางฟองยูไร	ภูมิศิริรักษ์	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๔) นางกรองจิต	วงศ์สุวรรณ	นักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว.	คณะทำงาน
๕) นางสาวทิวพร	วังซ้าย	นักจิตวิทยา	คณะทำงาน

๖) นางสาวนิชา	น้อยผล	นักจิตวิทยา	คณะทำงาน
๗) นายภาณุวัฒน์	สมใจ	เภสัชกร	คณะทำงาน
๘) นางสาวกฤตยา	สวดยุม	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๙) นางชนิตา	บุญญาภาส	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน

๕. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

๑) นางสาวนาม	บิณชัย	พยาบาลวิชาชีพ ๘ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวอภิญญา	ปัญญาพร	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๓) นางราตรี	ภูบุญ	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๔) นางนฤมล	เลิศไธสง	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๕) นางสาวจนา	ศรียะ	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๖) นางสาวดาวเรือง	ครองพวง	พยาบาลเทคนิค ๖	คณะทำงาน

๖. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

๑) นางสาวปรีชา	ปรมัตพลกรัง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวนิตากร	แก้วพิลา	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๓) นางสาวอชยา	เชื่อนม้น	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๔) นางสาวนฤมล	สุริยะ	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๕) นางสาวปรมัต	ชุมพุทธา	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๖) นางสาวจิตร์	พีพิมาย	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๗) นางสาวกาญจนา	ขวนอก	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน
๘) นางเพ็ญศิริ	ตรีศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๙) นางสาวสวัสดิ์	เที่ยงธรรม	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๐) นางถลิตา	อันอามาศย์	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๑) นางสาวสายฝน	ราชโยธา	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๑๒) นายดำรงพล	จันทร์สด	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๓) นายวีระชัย	เดชะนริศศรีชัย	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๔) นายนิพนธ์	หงษ์สำโรง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๕) นางสาวกรเศศ	พรหมดี	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๑๖) นางสาวกิตติมาพร	พีชเพียน	นักสังคมสงเคราะห์ ๗ ว.	คณะทำงาน

๗. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

๑) นายวิชัย	ลิขสิทธิ์ดำรงกุล	เภสัชกร ๗ ว.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวลำไพร	เฮ้าไกร	นักจิตวิทยา ๖ ว.	คณะทำงาน
๓) นางสาวสุปรมณี	พิมพ์ตรา	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว.	คณะทำงาน

๔) นางสาวเกษสุดา	ภิญโญพันธ์	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว.	คณะทำงาน
๕) นางสาวมณีวรรณ	ศุภวรรณวิบูล	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๖) นายณฤพล	จันทร์เทียน	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน

๘. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

๑) นางละเอียด	ปัญญาใหญ่	พยาบาลวิชาชีพ ๘ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางธีรพร	มณีนาถ	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๓) นายวิรัช	สุดจันทร์ฮาม	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๔) นางไพลิน	ปรัชญกุลป์	นักสังคมสงเคราะห์ ๗	คณะทำงาน
๕) นางปรียาภรณ์	เสริมอ้วน	พยาบาลเทคนิค ๖	คณะทำงาน
๖) นางสาวนันทา	คำมพู	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๗) นางสาวโรชา	บางแสง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๘) นายสุนันท์	สีหาราช	พนักงานขับรถ	คณะทำงาน

๙. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

๑) นางดารา	การะเกษร	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวกัณตวรรณ	มากวิจิต	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๓) นางสาวภรณ์	เดชดี	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๔) นางสาวนาถ	สุวลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๕) นางสาวภาค	บุญคมรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ ๘ วช.	คณะทำงาน
๖) นางสุธีลา	วัชรารวม	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๗) นางสุมาลี	ผลพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๘) นางสาวสุภาพ	แสงดี	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๙) นายบรรณวิทย์	เพชรสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๑๐) นายฉัตรชัย	เพ็งเขียว	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน

๑๐. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

๑) นายสัมพันธ์	มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวนันทนา	ทองคั่ง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๓) นางวิลยา	ภิญญาคง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๔) นางจันทนา	เทศวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๕) นางสาวใจ	แก้วอนันตกุล	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๖) นางอัมยา	ญาณหาร	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๗) นายอำนาจ	ปานเพชร	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน
๘) นางสาวกร	จุลอักษร	พยาบาลวิชาชีพ ๖ วช.	คณะทำงาน

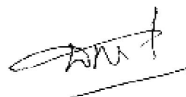
๙) นายชาญชัย	สุภากุล	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๐) นายชาญวิทย์	หอมกอ	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว.	คณะทำงาน
๑๑) นางกาญจนา	รุ่งแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ประสานการดำเนินงานในโครงการวิจัย
๒. เก็บและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลภาคสนาม
๓. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หรือจนกว่าการดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวจะเสร็จสิ้น

ตั้ง ณ วันที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐



(หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

