

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ.2550

75
1ก
2



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

และ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ.2550

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

และ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการวิจัย

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550

โดย

น.พ.อภิชัย	มงคล
น.พ.ยงยุทธ	วงศ์ภิรมย์ศานต์
น.พ.ทวี	ตั้งเสรี
นางวัชณี	หัตถพนม
รศ.ดร.สมพร	รุ่งเรืองกลกิจ
นางแก้วใจ	เทพสุธรรมรัตน์
น.ส.เอมหทัย	ศรีจันทร์หล้า
นายไพรวลัย	ร่มซ้าย

เจ้าของ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ
ISBN 978-974-296-649-2

พิมพ์ครั้งที่ 1

วันที่ 30 มกราคม 2552

จำนวน

250 เล่ม

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ 95 ถนนรื่นรมย์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

บทคัดย่อ

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550

อภิชัย มงคล¹, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ¹, ทวี ตั้งเสรี²,
วิชณี หัตถพนม², สมพร รุ่งเรืองกลกิจ³, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์³,
เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า², ไพรวลัย คุ้มชัย²

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตคนไทย 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสุขภาพจิตคนไทย 3) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ.2546 พ.ศ.2548 และ พ.ศ. 2550

วิธีการศึกษา

ศึกษาประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลนคร องค์การบริหารส่วนตำบล หรืออบต. ระดับ ใหญ่ กลาง เล็กของภาคกลางรวมกับภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งการปกครองแบบเขต แขวง และชุมชน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi – stage random sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 3,184 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของ อภิชัย มงคล และคณะ version 2007 ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ สถิติที่ใช้สำหรับข้อมูลทั่วไปและผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ใช้สถิติเชิงพรรณนา การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและปัจจัยทำนาย ใช้สถิติ Chi-square test, Odd ratio, Logistic regression analysis

ผลการศึกษา

ระดับสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ.2550 โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 51.5 รองลงมา มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 24.6 และ 23.9 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ความทุกข์ใจ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วย Odd ratio 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่มีความทุกข์ใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ไม่มีปัญหา 2.9 เท่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ไม่มีปัญหาสุขภาพ 2.2 เท่า และผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า ร้างมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าสถานภาพสมรสคู่ 1.6 เท่า สำหรับปัจจัยทำนายการ

เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ โดยร่วมกันอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 10.78 ($R^2 = .1078$, $n = 3,068$) และเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของประชาชนใน ปี พ.ศ.2546, 2548, 2550 พบว่า ในปี 2548 ประชาชนมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าปีอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 44 ปี สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง ผู้ที่ว่างงาน ผู้ที่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วย และผู้ที่มีความทุกข์ใจ ควรทำการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยทุก 1-2 ปี เพื่อทราบแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิต และนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงต่อไป

-
- 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จ. นนทบุรี 11000
 - 2 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ. ขอนแก่น 40000
 - 3 มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

Abstract

Thai Mental Health Study 2007

**Apichai Mongkol¹, Yongyuth Vongpiromsan¹, Tavee Tangseree²,
Watchanee Huttapanom², Somporn Rungreangkulkij³,
Kaewjai Thepsuthammarat³, Emhathai Srichanla², Praiwan Romsai²**

Objective :

1) To study mental health of Thai, 2) to examine associated factors and predictive factors of Thai mental health and 3) to present mental health of Thai in the year 2003, 2005, 2007.

Method :

The population was Thai who lived in 5 regions and divided according to urban and rural residence and economic status (level 1, 2, 3). Multi-stage random sampling of the Thai population was performed, with 3,184 people. The instrument were Thai Mental Health Indicator of Mongkol A, et al. (version 2007), with both full (55 items) and short (15 items) versions. Descriptive statistic, chi-square test, odd ratio, logistic regression analysis were used for statistical analysis.

Results :

According to the full Thai Mental Health Indicator (55 items) in the year 2007 it was found that about a half of the sample (51.5%) had mental health at average people. 24.6% had mental health lower than average people and 23.9% had mental health better than average people. The first three risk factors that associated with mental health (OR greater than 1.5) were suffering, health status, and marital status, People who were suffering had a higher risk of having mental problem than those who did not (OR = 2.9; 95% CI = 2.39 - 3.49). People who had health problems had a higher risk of having mental problem than those who did not (OR = 2.2; 95% CI = 1.63 - 2.85) People who were single or widow or divorce had a higher risk of having mental problem than those who were married (OR=1.6; 95% CI 1.33-2.00). The predictive factors of mental health

were age, marital status, occupation, income, health status, and suffering. All those factors together can explain 10.78 percents of the variance of mental health. Among the year 2003, 2005, and 2007, it showed that Thai had the lowest level of mental health in the year 2005.

Suggestions :

Interventions for promoting mental health and prevention mental problems in the risk groups are needed. From the current study, the risk groups are those who are younger than 44 years, single, widow, divorce, unemployed, having health problems, and suffering. It is necessary to study Thai mental health every one or two years. Because monitoring the trend of mental problems will yield to appropriate planning for the risk groups.

-
- 1 Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000
 - 2 Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital 40000
 - 3 Khon Kaen University 40002

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ.2550 ได้รับงบประมาณดำเนินการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และจากกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2550 ซึ่งช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากบุคลากรหลายฝ่าย ซึ่งมีส่วนสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือสนับสนุนให้คำปรึกษา แนะนำที่มีคุณค่าในการศึกษาวิจัย ดังนี้

น.พ.ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
อาจารย์สมพร อินทร์แก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข 8 กรมสุขภาพจิต
ศ.น.พ.พิเชฐ อุดมรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.ญ.กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

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

นอกจากนี้การเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามได้รับความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม.ของจังหวัดที่เก็บข้อมูลวิจัย ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยอย่างดียิ่ง และการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่สนับสนุนบุคลากรและยานพาหนะในการออกหน่วยเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม รวมทั้งหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามแต่ละแห่ง ที่ช่วยเหลือ ตรวจสอบ ติดตามกำกับ เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามให้แล้วเสร็จตามกำหนด

ทุกหน่วยงานและทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ล้วนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ตามจุดมุ่งหมายทุกประการ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาว อนุภาสณี นางสมคิด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
001430	
เลขทะเบียน.....	13 ม.ค. 2553
วันที่.....	เลขเรียกหนังสือ ๗. ๗๗ ๔๕
๑๒๕/๑๐ ๑๒๕๒ ๑.๕	

อภิชัย มงคล และคณะ
30 มกราคม 2552

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต	10
ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับความสุข	16
ตัวชี้วัดสุขภาพจิต	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความสุข	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
การสุ่มตัวอย่างและพื้นที่ในการเก็บข้อมูล	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การประมวลผลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
สุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550	53
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย	60
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	66
การเปรียบเทียบสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2546 ปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2550	71

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	73
สรุปผลการวิจัย	74
อภิปรายผล	77
ข้อเสนอแนะ	83
บรรณานุกรม	85
ภาคผนวก	91

สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย (n=3,184)	54
2. จำนวน ร้อยละ สุขภาพจิตคนไทยโดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (n=3,184)	58
3. จำนวน ร้อยละ ระดับสภาพจิตใจคนไทย (n=3,184)	58
4. จำนวน ร้อยละ ระดับสมรรถภาพของจิตใจคนไทย (n=3,184)	59
5. จำนวน ร้อยละ ระดับคุณภาพของจิตใจคนไทย (n=3,184)	59
6. จำนวน ร้อยละ ระดับปัจจัยสนับสนุน (n=3,184)	60
7. จำนวน ร้อยละ สุขภาพจิตคนไทย โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัด วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (n=3,184)	60
8. ความสัมพันธ์ระหว่างภาคที่อยู่อาศัยกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,184)	61
9. ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,184)	61
10. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,182)	62
11. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,184)	62
12. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,181)	63
13. ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,181)	63
14. ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,168)	64
15. ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,180)	64
16. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,162)	65
17. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,180)	66
18. ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับสุขภาพจิตคนไทย (n=3,183)	66
19. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	67
20. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	68
21. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เมื่อควบคุมตัวแปรเพศ	69
22. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเพศชาย	70
23. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเพศหญิง	71
24. การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ระดับสุขภาพจิตคนไทยที่ทำการศึกษา ในปี พ.ศ. 2546 ปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2550	72

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. แผนผังการสู่มตัวอย่าง	42
2. การเปรียบเทียบร้อยละ ระดับสุขภาพจิตของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2546 พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550	72

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในปัจจุบัน เป็นผลสืบเนื่องจากการพัฒนาอย่างรวดเร็วและไม่หยุดยั้ง เกิดผลกระทบต่อนุษย์ในทุกด้าน ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในด้านบวกทำให้เกิดการพัฒนาของเทคโนโลยีที่ทันสมัย และในขณะเดียวกัน มีผลกระทบตามมาทางด้านลบทำให้นุษย์ในสังคมเกิดการแข่งขันกันสูง ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ให้สามารถอยู่รอดได้ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงนั้น มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน เพื่อให้ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลก ทำให้มีค่านิยมบริโภคนิยมมากขึ้น และเนื่องด้วยการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงนี้เอง การพัฒนาคุณภาพและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของประชาชนชาวไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นกล่าวคือต้องคำนึงถึงคุณภาพที่ดีของทรัพยากรด้านบุคคล องค์ประกอบสำคัญที่ต้องคำนึงถึง เช่น ความรู้ สติปัญญา ทักษะความสามารถ ทศนคติ ค่านิยมการดำรงชีวิตในสังคม สุขภาวะทั้งร่างกายและจิตใจต้องมีการพัฒนาไปพร้อมกัน ซึ่งสุขภาวะทางจิตใจมีความสำคัญต่อการปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมให้อยู่รอดได้ตามปกติสุข โดยไม่มีผลกระทบต่อกันรอบข้างและผลกระทบต่อสังคม

นอกจากนี้สภาพแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ก่อให้เกิดความกดดันต่อสภาพจิตใจของคนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะพบว่าสภาพของสังคมไทย สิ่งแวดล้อม ระบบเศรษฐกิจในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง และมีหลายปัจจัยที่มีผลกระทบที่ก่อให้เกิดความกดดันกับประชาชนทุกเพศ ทุกวัย และทุกด้าน ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงานและวัยสูงอายุ เช่น ค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้น การแข่งขันกันเพื่อความอยู่รอดในสังคม ทศนคติและค่านิยมทางตะวันตกที่มีผลกระทบต่อศาสนา วัฒนธรรมไทย และสังคมไทยที่เสื่อมถอย ส่งผลตามมาทำให้ครอบครัว ชุมชนไม่สามารถเป็นเกราะป้องกันให้คนสามารถวิเคราะห์ แยกแยะสาเหตุเพื่อจัดการปัญหาต่างๆ ในชีวิต และปรับตัวได้อย่างปกติสุข ก่อให้เกิดปัญหาและความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต. 2551)

ปัญหาสุขภาพจิตมิใช่แต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ แต่ยังส่งผลต่อคนรอบข้าง กล่าวคือการเสียบุคคลคนนั้นไปโดยไม่สามารถก่อประโยชน์ต่อสังคมหรือประเทศ เป็นภาระต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแล การเสียเวลาและเสียโอกาสของญาติพี่น้อง พ่อแม่ในการทำมาหากิน เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และในหลายๆ กรณี ก่อความเสียหาย

แก่คนอื่น เช่น การก่ออาชญากรรมได้หลายรูปแบบ บางครั้งก่อให้เกิดการเสียชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้เกี่ยวข้องด้วย

จากสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและได้จัดทำรายงานประจำปี (World Health Report, 2001) ในหัวข้อสุขภาพจิต : ความเข้าใจใหม่ ความหวังใหม่ โดยเน้นให้สังคมโลกเห็นความสำคัญของสุขภาพจิตโดยประมาณการว่ามีประชากรโลก 450 ล้านคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต และโรคทางประสาท หรือปัญหาจิตสังคมอื่นๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้นำส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในปี ค.ศ.1990 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจะสร้างภาระ (Burden of disease) คิดเป็นร้อยละ 10 ของ DALYs (World Health Organization : WHO, 2001) การเกิดการเจ็บป่วยทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสและเกิดภาระในด้านการดูแลมากขึ้น ทำให้บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยอาการทางจิตนั้นไม่มีความสุข หรือมีความสุขลดน้อยลงภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมในทุกวันนี้ เมื่อถามว่าสิ่งมีค่าในชีวิตที่แท้จริงคืออะไร คำตอบที่ได้คือ สุขภาพและความสุข (Mark, et al., 2006) ท่ามกลางความเจริญก้าวหน้าด้านวัตถุ เทคโนโลยีที่ทันสมัยดูเหมือนจะทำให้ชีวิตมนุษย์สุขสบายมากขึ้น แต่หลายคนกลับพบว่า เรายังคงต้องทำงานหนัก ยังคงเหน็ดเหนื่อย ว้าวุ่น เครียด และเป็นทุกข์กับชีวิตมากขึ้น (สมชาย จักรพันธุ์, 2549) เป็นผลให้มนุษย์ถามหาความสุข (Happiness) มากขึ้นว่าคืออะไร ทำอย่างไรชีวิตจะมีความสุขเพราะความสุขนั้นมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยและแรงดลใจที่สำคัญที่สุดในการมีชีวิตอยู่พร้อมกับทำให้เรามีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาว และคำว่าความสุขนี้เองได้ถูกกล่าวถึงในหลายๆ แง่มุม และเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางมากขึ้น

ในต่างประเทศ Robert Cloninger (2008) กล่าวถึงการพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตให้มีอารมณ์ในทางบวก มีการพัฒนาของบุคลิก มีความพึงพอใจในชีวิต และจิตวิญญาณของตนเองโดยใช้ Psycho-education program ที่เรียกว่า The happy life : voyages to well-being นอกจากนี้ Dr.Edward Diener หรือ Dr.Happiness (Diener, 2000) ใช้เวลามากกว่า 20 ปี ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้คนมีความสุข หรือไม่มีความสุข เช่น เงินทอง หรือความร่ำรวย เป็นต้น ซึ่งในสังคมปัจจุบัน คนส่วนใหญ่คิดว่าเมื่อมีเงิน มีความร่ำรวยมากขึ้นแล้วจะมีความสุข แต่จากการศึกษากลับพบว่า เมื่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์สมบูรณ์แล้ว เช่น มีอาชีพ มีบ้าน มีรถ มีครอบครัว หรือมีความร่ำรวยที่เพิ่มขึ้นแต่ไม่ได้ทำให้คนมีความสุขมากขึ้น และเช่นเดียวกันในด้านเศรษฐศาสตร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับความสุข Richard Layard (2006) ได้กล่าวว่า ในสังคมประเทศทางตะวันตก ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา ประชากรของประเทศมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึงสองเท่าตัวแต่ไม่ได้มีความสุขเพิ่มมากขึ้น

จากการสำรวจของ World Values Survey โดยมหาวิทยาลัยมิชิแกน ในปี ค.ศ.2004 (อ้างถึงใน: วรชัย ทองไทย, 2550) ทำการศึกษาใน 82 ประเทศทั่วโลกเกี่ยวกับ Subjective well being โดยการสำรวจความสุข (Happiness) และความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction score)

ของประชาชน พบว่า คนฟิลิปปินส์มีความสุขมากที่สุดในเอเชีย มากกว่าคนในประเทศที่ร่ำรวย เช่น ญี่ปุ่น ไต้หวัน และมากกว่าประเทศในกลุ่มอาเซียน เช่น ไทย มาเลเซีย และสิงคโปร์ โดยพบข้อสังเกตที่สำคัญในคนฟิลิปปินส์คือ มีความยืดหยุ่นสูง และพึ่งพาตนเอง พึ่งพาครอบครัว มากกว่าคนภายนอก และจากผลการสำรวจของมูลนิธิเศรษฐศาสตร์แนวใหม่ (The New Economic Foundation : NEF) (Mark et al, 2006) ทำการสำรวจดัชนีความสุขของประชากร 178 ประเทศ โดยใช้ตัววัดคือ มาตรฐานความเป็นอยู่ ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ความพอใจในการมีชีวิต ความคาดหวังในชีวิต ปริมาณการใช้สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิต ปริมาณที่ดินที่เหมาะสมสำหรับจำนวนประชากร และการบริโภคพลังงาน ผลการสำรวจครั้งนี้พบว่า ประเทศวานูอาตู ซึ่งเป็นประเทศเกาะเล็กๆ แถบมหาสมุทรแปซิฟิกตอนใต้ เป็นประเทศที่มีดัชนีความสุขสูงเป็นอันดับ 1 และระบุว่าประเทศไทยมีดัชนีความสุขอยู่อันดับที่ 32

เป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษาค้นคว้าความสุขหลายๆ การศึกษานี้ใช้เครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่เครื่องมือที่ใช้วัดจะเกี่ยวข้องกับค่าดัชนีทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP) และผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Product : GNP) ดัชนีชี้วัดความยากจนของมนุษย์ (Human Poverty Index : HPI) ซึ่งให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยากจน และมีเครื่องมือวัดอื่นอีก เช่น World Value Survey ใช้ Subjective well being โดยดู Happiness และ Life satisfaction score สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program : UNDP) พัฒนาเครื่องมือดัชนีความก้าวหน้าของมนุษย์ (Human Achievement Index : HAI) และดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index : HDI) ประเทศภูฏานใช้ตัวชี้วัดความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness : GNH) (สมชาย จักรพันธุ์, 2549)

สำหรับประเทศไทยเองมีมุมมองของตัวชี้วัดความสุขที่หลากหลาย เช่น ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) ของกรมพัฒนาชุมชน ตัวชี้วัดความสุขของเครือข่ายปราชญ์ชาวบ้าน ภาคอีสาน และตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) เป็นต้น โดยตัวชี้วัดทั้งหมดนี้ ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม ความภูมิใจของครัวเรือน และชุมชนไทย เป็นตัวชี้วัดทางอ้อมของความสุข ในทางการแพทย์ ตัวชี้วัดที่ใช้ในการดูความเจริญก้าวหน้าของประชากรยังคงเป็นเรื่องของความทุกข์ อัตราป่วย อัตราตาย ตัวเลขความพิการ ด้านสุขภาพจิตมักจะมองผู้ป่วยทางจิตว่ามาจากความผิดพลาดบางอย่าง ในสมอง ความบกพร่องของพัฒนาการ และการเจริญเติบโตในครอบครัว จึงทำให้เกิดคำถามขึ้นมาว่าทำอะไรถึงจะทำให้สภาพจิตใจอารมณ์ของผู้คนให้อยู่ในทางบวกมากขึ้น ควรมีการส่งเสริมสภาพจิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์ และมีความสุขเหมือนทางร่างกายหรือไม่ ซึ่งควรศึกษาและใช้จิตวิทยาในทางบวก (Positive Psychology) ให้มากขึ้น ในด้านเครื่องมือที่ใช้วัดความสุขประชาชนไทย พบว่ามีเครื่องมือที่หลากหลาย เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Index : SDI)

ที่ครอบคลุมมิติการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดัชนีความอยู่ดีมีสุข (Well-Being Index : WBI) ที่ครอบคลุมมิติทางสุขภาพ ความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ ครอบครัวยุคสิ่งแวดล้อม และการบริหารราชการที่ดี (สมชาย จักรพันธุ์, 2549)

เมื่อพิจารณาแนวคิดเกี่ยวกับความสุขและดัชนีชี้วัดความสุข มีการกล่าวอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน เช่น ดัชนีชี้วัดความผาสุกของโลก (The Happy Planet Index : HPI) ของมูลนิธิเศรษฐกิจศาสตร์แนวใหม่ (New Economic Foundation) แห่งประเทศสหราชอาณาจักรได้พิจารณาปัจจัยความสุขว่ามีความเกี่ยวข้องกับ 3 ปัจจัย คือ ความพึงพอใจในชีวิต อายุขัยเฉลี่ย/จำนวนปีของชีวิตที่มีความสุข และประสิทธิภาพของระบบนิเวศน์ที่สัมพันธ์กับการใช้ทรัพยากรบนโลก (Mark, et al., 2006) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาเครื่องมือที่ชี้วัดความสุขที่สำคัญๆ คือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator : TMHI) ซึ่งพัฒนามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และฉบับใหม่ ปี พ.ศ. 2547 โดยพิจารณาตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ (Mental state) สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547)

ในด้านการศึกษาดังปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุข ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศในแถบตะวันตก พบว่าระดับความสุขโดยเฉลี่ยของประเทศที่มีรายได้สูงยังคงสูงกว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีผลต่อระดับความสุขของประชากรในประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อระดับความสุข เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานะทางการเงิน งานที่ทำ สุขภาพ เสรีภาพส่วนตัว และจิตวิญญาณ (Layard, 2004) ในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขเช่นเดียวกันพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขมีความคล้ายคลึงกับต่างประเทศ เช่น ความมั่นคงในชีวิต อาหารที่กิน สุขภาพ ครอบครัวอยู่พร้อมหน้า ชุมชนและเพื่อน สภาพแวดล้อมที่ดี เสรีภาพ (รวมทั้งปลอดภัย) ความภาคภูมิใจ (ความสำเร็จในงานและครอบครัว) การเข้าถึงหลักธรรม (กรมสุขภาพจิต, 2549)

ในด้านระดับสติปัญญาและการศึกษาพบว่า ไม่มีส่วนสัมพันธ์กับความสุข ในทางตรงข้าม พ่อ แม่ หรือผู้คนในยุคสมัยก่อนไม่ได้รับการศึกษามากนัก แต่พวกเขาก็มีความสุข อายุ และสภาพสมรส คนสูงอายุมักมีความสุขมากกว่าคนหนุ่มสาว คนที่กำลังจะแต่งงานมีความสุข รวมทั้งคนที่แต่งงานแล้วจะมีความสุขมากกว่าคนโสด การมีความเชื่อในศาสนาทำให้จิตใจมีความสุข อาจเป็นเพราะพระธรรม คำสั่งสอน หรือการเข้าไปอยู่ในกลุ่มคนที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างและคนในครอบครัวมีส่วนทำให้คนมีความสุข โดยเฉพาะการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและชุมชน การได้ทำสิ่งที่ชอบในชีวิต ทำให้คนมีความสุขได้ (สมชาย จักรพันธุ์, 2549)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสามารถแยกออกเป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน โดยปัจจัยภายนอกแยกย่อยออกเป็น 7 อย่างคือ ฐานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพ

ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว งาน เพื่อนและสังคมรอบด้าน อิสรภาพ และจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาด้านฐานะทางเศรษฐกิจ คนส่วนใหญ่มักเชื่อว่าเงินเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการมีความสุข และยังมีเงินมากเท่าใด คนยิ่งมีความสุขมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยมีความสุขกับธรรมชาติ วัฒนธรรมประเพณี รวมไปถึงความรักและสามัคคีของคนไทยด้วยกัน และในทางตรงกันข้ามนอกจากเรื่องเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระดับความสุขของประชากรในประเทศแล้วยังพบว่าปัญหาทางการเมืองส่งผลกระทบทำให้คนไทยมีความสุขน้อยลง (มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2550) สะท้อนให้เห็นว่าความสุขมีความเกี่ยวเนื่องกับหลายปัจจัย ดังนั้นดัชนีเพื่อวัดความสุขของประชาชนสามารถวัดได้จากหลายทาง และเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการตระหนักและให้ความสำคัญ เพราะความสุขเป็นปัจจัยและแรงดลใจที่สำคัญที่สุดในการมีชีวิตอยู่ ทำให้คนเรามีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาว เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

กรมสุขภาพจิตในฐานะเป็นกรมวิชาการที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพจิตของประชาชน มีนโยบายการดำเนินงานเน้นการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชน ในชุมชน มากกว่าการรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในโรงพยาบาล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ได้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนโดยรวม โดยได้จัดให้มีการศึกษาสุขภาพจิตของคนไทยตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการดำเนินการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยประจำปี 2550 และนำผลการศึกษาที่ได้เปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในปี 2546 และ 2548 เพื่อทราบถึงระดับ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสุขภาพจิตคนไทย รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต และปัจจัยที่เป็นตัวทำนาย การเกิดปัญหาสุขภาพจิตคนไทย และนำผลการศึกษาที่ได้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหา และสามารถนำข้อมูลมาใช่วางแผนด้านนโยบาย ในการพัฒนาสุขภาพจิตของคนไทยให้มีสุขภาพจิตดีต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์หลัก

2.1.1 เพื่อศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2550

2.1.2 เพื่อเปรียบเทียบความสุขคนไทยปี พ.ศ.2546 ปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2550

2.2 วัตถุประสงค์รอง

2.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย

2.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

2.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

3. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาถึงสุขภาพจิตคนไทยปี 2550 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง องค์การบริหารส่วนตำบลหรือ อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ของภาคกลางรวม ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งการปกครองแบบเขต แขวง และชุมชน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 3,184 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2550 - 30 พฤศจิกายน 2550

4. นิยามศัพท์

4.1 **สุขภาพจิต** ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตตามงานวิจัยการ พัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของอภิชัย มงคลและคณะ (2551) ซึ่งได้ให้ความหมายคือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

4.2 **ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย** (อภิชัย มงคลและคณะ, 2551) เป็นแบบประเมินที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยให้คะแนนเป็นรายข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน เครื่องมือนี้แบ่งออกเป็น 2 ฉบับ คือฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน และฉบับสั้น 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน การแปลผลของเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4.3 **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต** ได้แก่ ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์) และความทุกข์ใจ

4.4 **สุขภาพจิตคนไทย** หมายถึง สุขภาพจิตของประชาชนไทยที่ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2550

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 5.1 เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
- 5.2 เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต
- 5.3 ทราบถึงแนวโน้มความสุขคนไทยจากปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน
- 5.4 เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ.2550 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอ ดังนี้

1. ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต
2. ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับความสุข
3. ตัวชี้วัดสุขภาพจิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความสุข

1. ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

จากการทบทวนเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้อย่างต่าง ๆ กันทั้งในบริบทของประเทศไทย และในบริบทของต่างประเทศ ดังนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2522) ให้ความหมาย สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมากมาย ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539) ให้ความหมายสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ จิต หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้ คิด และนึก ดังนั้นสุขภาพจิตจึงหมายถึง จิตใจที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

กันยา สุวรรณแสง (2540) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ในด้านจิตใจ จิตใจปกติ เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง สามารถปรับกายและใจให้ดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อมและสังคม ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

อัมพร โอตระกูล (2540) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัว หรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วม และกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

อภิสิทธิ์ อำนวยวรานุวัตร (2543) ได้กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ความสุขประกอบด้วย ภาวะจิตใจและร่างกายมีความสุข (กายและใจแยกจากกันไม่ได้) และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยก็เป็นปัจจัยสำคัญ

อภิชาติ มงคล และคณะ (2547) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึง ความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

จิรา เตมจิตรอารีย์ (2550) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต เป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคล ซึ่งโดยธรรมชาติภาวะทางจิตใจมีการปรับเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้นั้น ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ซึ่งมีการพัฒนาการไปอย่างไม่หยุดยั้ง สุขภาพจิตของคนเราจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนแปลงตาม

นิภา นิธยาย (2550) ได้กล่าวถึง ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างดีทั้งในสถานการณ์ปกติ และไม่ปกติ และตามอารมณ์ตนเองได้

อัศวินี นามะกันคำ (2550) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ ความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจ ปราศจากโรคจิต โรคประสาท หรือลักษณะผิดปกติทางจิต สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในใจ ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

American Psychiatric Association (1980) สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ให้ความหมายสุขภาพจิตในทางจิตเวช หมายถึง การประสบความสำเร็จในการทำงาน ความรัก และมีศักยภาพในการสร้างสรรค์ เพื่อความสมบูรณ์และความยืดหยุ่นต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างความต้องการภายในกับมโนธรรม สามารถยกย่องผู้อื่นและมีชีวิตอยู่ในโลกของความเป็นจริง

Richard (1980) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม และปราศจากโรคและความเจ็บป่วย

Kriegh, Perko (1983) กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ความต้องการของบุคคลทั้งจากภายนอกและภายใน ได้รับการผสมผสานให้สัมพันธ์กับความเป็นจริงและสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ ทำให้บุคคลปรับตัวได้ สามารถทำหน้าที่ของชีวิตได้โดยอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ไม่บิดเบือนความจริง ผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ซึ่งสามารถจะปรับปรุงตนเองให้มีสภาพที่ปราศจากความคับข้องใจปราศจากพยาธิสภาพหรืออาการต่างๆ ยืนหยัดและดำเนินตามปรัชญาชีวิตที่เหมาะสมของตน มีความพอใจในตนเอง ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในทางที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น

Burgess (1990) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึงความสมดุลระหว่างปัจจัยด้านชีวะ จิต สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการศึกษาในสังคมนั้น นั่นคือ ความสามารถรักษาสมดุลระหว่างชีวะ จิต สังคม

โดยในความหมายของ Kriegh & Perko (1983) หรือ Burgess (1990) นั้น อธิบายถึงความหมายของสุขภาพจิตที่สอดคล้องกันว่า เป็นความสมดุลระหว่างความต้องการของ บุคคลภายในและภายนอก ได้รับการตอบสนองที่เป็นจริงจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจและสังคม ทำให้ปรับตัวได้ ใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ และรักษาสมดุลระหว่างอารมณ์กับการกระทำให้บรรลุ เป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้นคือ ผู้ซึ่งจะสามารถปรับปรุง ตนเองให้มีสภาพที่ปราศจากความคับข้องใจ ปราศจากพยาธิสภาพหรืออาการต่างๆ ใช้ศักยภาพ ที่มีอยู่อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่นๆในสังคม

Shives (1990) ได้สรุปความหมายสุขภาพจิตประกอบด้วย 1) มีความสามารถในการแก้ปัญหา 2) มีศักยภาพในการทำงานและในด้านความรักได้เต็มที่ 3) จัดการกับภาวะ วิกฤตได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน 4) ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี โดยสามารถ มีชีวิตที่มีความสุข มีเป้าหมาย และประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง สามารถช่วยเหลือ ตนเอง หรือพึ่งพาผู้อื่นได้โดยไม่ทำให้ผู้อื่นยุ่งยากใจ

Bohlander & et. al. (1993) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถ ของบุคคลในการที่จะจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ความรับผิดชอบในสังคม และประสบการณ์ของความพึงพอใจ และความสุขสบายที่ได้รับ ซึ่งเป็นความรู้สึกในทางบวก เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

World Health Organization (2001) องค์การอนามัยโลก ให้ความหมาย สุขภาพจิตคือ ภาวะปกติสุขที่บุคคลมีความเข้าใจในศักยภาพต่างๆ ของตนเอง สามารถจัดการ กับปัญหาความเครียดโดยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม ประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ตนเองและสังคม

Fountain House (2003) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า คือการทำหน้าที่ของ สุขภาพจิตที่ประสบความสำเร็จในด้านการกระทำ ผลสำเร็จที่เป็นผลลัพธ์ของกิจกรรมต่างๆ ความ สัมพันธ์กับผู้อื่น และความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหาตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่ง สิ้นอายุขัย สุขภาพจิตคือการยืดหยุ่นทางความคิดและทักษะในการเรียนรู้ การสื่อสาร ความเจริญ อกงามทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และความรู้สึกภูมิใจในตนเอง

สรุป กล่าวโดยสรุปความหมายของสุขภาพจิต หมายถึงภาวะปกติสุขของบุคคลที่ทำให้ เกิดความสมดุล ความสามารถในการปรับตัวของบุคคล สามารถทำหน้าที่ได้ตามพัฒนาการ ของแต่ละช่วงวัย สามารถการควบคุม มีความยืดหยุ่นทางความคิด มีทักษะการเรียนรู้ การสื่อสาร การควบคุมอารมณ์ ให้เกิดเป็นความเข้มแข็งทางจิตใจ และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติไม่เกิดการ เจ็บป่วยทางจิต

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดของสุขภาพจิตได้มีนักวิชาการทางสุขภาพจิตได้สรุปกรอบแนวคิดของสุขภาพจิตไว้เป็นรูปแบบต่างๆ ดังเช่น George (2002 อ้างถึงใน อลิสา วัชรสินธุ, 2549) ได้สรุปกรอบแนวคิดของภาวะสุขภาพจิตออกเป็น 3 รูปแบบใหญ่ ๆ ดังนี้

MODEL A สุขภาพจิตที่ดี = สุขภาพดีไม่ป่วยทางจิต	MODEL B สุขภาพจิตที่ดี = จิตวิทยาเชิงบวก	MODEL C สุขภาพจิตที่ดี = พัฒนาการที่สมวัย
ความรัก มีความเห็นใจผู้อื่น ได้สามารถประสานความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคล อื่นๆ ได้ตามสมควร	ความรัก เป็นความสัมพันธ์ ลึกซึ้งที่ตอบสนองกันอย่าง เหมาะสม มีความเมตตากรุณา ซึ่งกันและกัน มีความฉลาดเชิง อารมณ์ (Emotional quotient : EQ)	ความรัก มีความสามารถที่จะ รักบุคคลอื่นๆ ได้ในรูปแบบ และระดับที่ต่างกัน มีความรัก เป็นกำลังใจในการสร้างสรรค์ งานต่างๆ
การแก้ปัญหาชีวิต มีการรับรู้ โลกตามความเป็นจริง สามารถ อดทนต่อ ความเครียด บริหาร ตนเองและสิ่งแวดล้อมได้	การจัดการอารมณ์ รู้จักให้อภัย มีเมตตา ควบคุมอารมณ์ และ ปรับอารมณ์ตนเองได้	รูปแบบการแก้ปัญหา ยืดหยุ่น มิใช่ทำตามแต่ความเคยชิน ยอมรับและจัดการกับอารมณ์ ได้โดยไม่เดือดร้อนตนเองและ คนอื่น ๆ
การดำเนินชีวิต รู้จักใช้ชีวิต มีทิศทางในอนาคต มีความ ตระหนักรู้ในตนเอง (self- actualization)	ความรู้และปัญญา มีความรัก ที่จะใฝ่รู้ เปิดใจรับสิ่งใหม่ๆ โดย ไม่ด่วนตัดสินมีมุมมองแง่คิดที่ เป็นจริง สร้างสรรค์	การดำเนินชีวิต ยอมรับ และ ปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลง และการสูญเสียในขณะใดขณะ หนึ่งของชีวิต
เป็นตัวของตัวเอง เข้าใจความ ต้องการของตนเอง อยู่กับ อัตลักษณ์และความรู้สึกของ ตนเองได้	มีความกล้า กล้าที่จะเป็น ตัวเอง คิด รู้สึกและแสดงออก อย่างจริงใจ	มีจุดหมายที่ชัดเจนในชีวิต มีจุดหมายของตนเองตามระดับ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับความ เป็นจริง ไม่ตกอยู่ในอิทธิพลใคร
	มีความเป็นผู้นำ ทำงานเป็น หมู่คณะได้ มีความยุติธรรม เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม รักดี ต่อองค์กร	มีความหวัง หวังและคำนึงจะ ให้เกิดความดีงามแก่สังคม ประเทศชาติ
	พัฒนาตนเอง มีอารมณ์ขัน มีความหวังในแง่ดี มีความ เชื่อมั่นศรัทธาต่อสิ่งดีงาม	อัตลักษณ์ที่เป็นผู้ใหญ่ โดยเป็น ผู้ใหญ่แต่มองโลกสนุกสนาน แบบเด็กได้ ในเวลาที่เหมาะสม

1.2.1 MODEL A สุขภาพจิตที่ดี = สุขภาพดีไม่ป่วยทางจิต

สุขภาพจิตในความหมายนี้จะเน้นมุมมองทางการแพทย์ หมายถึง สุขภาพจิตที่ดี หมายถึงการปราศจากความเจ็บป่วยทางจิต และยังหมายความว่ามีความสุข โดยพิจารณาได้จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV TR ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะมีการประเมินแบบ Multiaxial Diagnosis ซึ่งใน axis ที่ 5 นั้น จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข และความสามารถในการใช้ชีวิต (Continuum of Mental Health and Illness) เรียกว่า global assessment of functioning (GAF 100-0) โดย George มีความเห็นว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ควรจะมี GAF เกินกว่า 90

1.2.2 MODEL B สุขภาพจิตที่ดี = จิตวิทยาเชิงบวก

จิตวิทยาเชิงบวก positive psychology รวมถึงกลุ่มทฤษฎีทางจิตวิทยาในช่วง 40 กว่าปีที่ผ่านมา โดยนักจิตวิทยาที่เป็นที่รู้จักว่าเป็นผู้นำในเรื่องนี้ได้แก่ Abraham Maslow ด้วยทฤษฎีที่กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่มีระดับต่างกันตั้งแต่ความต้องการความปลอดภัยในการดำรงชีพ และปัจจัย 4 ในเชิงรูปธรรม พัฒนาเป็นความรัก การยอมรับจากบุคคล จนถึงขั้นที่เรียกว่า Self Actualization และแตกต่างจากนักจิตวิทยากลุ่มก่อนๆ ที่เน้นเรื่องการถูกกำหนดจากจิตไร้สำนึก (Psychic Determinism) จนมีอากาทางจิต โดยเน้นสนใจเนื้อหาของจิตที่มีสำนึกรับรู้และรับผิดชอบได้มากกว่า ซึ่งทำให้มนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกการกระทำของตนเอง และเชื่อในการพัฒนาตนเองของมนุษย์สู่สิ่งที่ดีกว่า เช่น การเรียนรู้ สามารถเพิ่มความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligent quotient : IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional quotient : EQ) ได้ ซึ่งแนวความคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์นี้ได้รับการกล่าวถึงโดย Howard Gardner ในปี ค.ศ. 1983 และ Daniel Goleman ในปี ค.ศ. 1995 หลังจากที่พบว่าความฉลาดทางสติปัญญาเพียงประการเดียวมิได้ช่วยทำให้มนุษย์มีสุขภาพจิตที่ดี และประสบความสำเร็จในชีวิตได้ การประเมิน EQ นี้มีองค์ประกอบหลัก 5 ข้อ คือ

1) รู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเอง (Self awareness, knowing one's emotion) หมายถึง การรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองเช่นรู้ว่าขณะนั้นตนเองกำลังโกรธสูญเสีย การควบคุมตนเอง สามารถประเมินตนเองได้รู้จุดเด่น จุดด้อย มีความมั่นใจในตัวเอง และมีความภาคภูมิใจในตัวเอง (self esteem)

2) สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ (Managing emotion or self regulation) เมื่อรู้อารมณ์ของตนเองแล้วสามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง (self control) หรือแสดงออกอย่างเหมาะสม

3) มีความเข้าใจผู้อื่น (Recognizing emotions in others) และเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy)

4) สามารถสร้างแรงจูงใจ (Motivation one's self) ให้ตนเองพัฒนาจนประสบความสำเร็จได้

5) ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ (Handling relationship) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

1.2.3 MODEL C สุขภาพจิตที่ดี = พัฒนาการที่สมวัย

สมองอาจแตกต่างกับอวัยวะอื่นที่เมื่อเวลาผ่านไปกลับมีการพัฒนามากขึ้นตามอายุขัยและโอกาสเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากเด็กที่เอาแต่ใจและไม่มีเหตุผลจะควบคุมอารมณ์มาเป็นผู้ใหญ่ที่อารมณ์มั่นคงขึ้น มีทฤษฎีและการวิจัยทางจิตวิทยาต่างๆ ที่สนับสนุนมากมาย เช่น ทฤษฎีของ Psychosocial Development ของ Erikson ที่แต่ละช่วงอายุมีเป้าหมายในพัฒนาการต่างๆ กันเป็นลำดับขั้น จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์

เมื่อพิจารณาแนวคิดของสุขภาพจิต จากกรอบแนวคิดของภาวะสุขภาพจิตรูปแบบต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น เปรียบเทียบกับลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี ได้มีนักวิชาการกล่าวถึงลักษณะผู้มีสุขภาพจิตที่ดีดังนี้

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวถึงลักษณะผู้มีสุขภาพจิตที่ดี ดังนี้

1. มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยคิดว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
2. มีความรู้สึกมั่นคงทั้งทางร่างกาย แลจิตใจ โดยเชื่อมั่นว่า เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ครอบครัวจะช่วยเหลือและแก้ไขให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้
3. เป็นคนมองโลกในแง่ดี มีความรักให้กับเพื่อนร่วมโลกและบุคคลอื่น
4. เป็นคนไม่ตึงเครียดและหัวเราะง่าย สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันและตึงเครียดได้
5. มีความยืดหยุ่นในตัวเองเมื่อเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่รุนแรง สามารถปรับตัวให้อยู่ได้อย่างเหมาะสม
6. มองโลกตามความเป็นจริง โลกนี้มีทั้งดี และไม่ดีปะปนกัน
7. ไม่ใฝ่ฝันเกินจริง โดยอาจตั้งความหวังที่สามารถทำให้สำเร็จได้

อภิชัย มงคล (2544) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วย 4 ประการ คือ

1. สุขภาพจิตดี หมายถึง จิตใจดี มีคุณธรรม จิตใจเยือกเย็น สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาสดชื่น จิตใจร่าเริง สนุกสนาน จิตใจสบาย ไม่โกรธ ไม่ดุด่า และปล่อยวาง
2. สุขภาพกายแข็งแรง หมายถึง ไม่มีโรค ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เจ็บไข้ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์ และนอนหลับได้
3. ความผาสุก หมายถึง อยู่ดี กินดี มีเงินพอใช้ มีเงินทอง มีความสุข อยู่เป็นสุข ไม่มีปัญหาครอบครัว ลูกอยู่ในโอวาท พอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่อยากได้อะไรเกินความพอดี เพื่อนบ้านดี ไม่มีศัตรู มีเพื่อนฝูงและสิ่งแวดล้อมที่ดี

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก หมายถึง เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลานรักใคร่เคารพ
นับถือกัน พุดจาดี พุดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นดุด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้
สารเสพติด

และได้อธิบายถึงองค์ประกอบของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วย (อภิชัย มงคล,
2544)

1. สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้
สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และความเจ็บป่วย
ทางจิต

2. สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจ
ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิต
อย่างปกติสุข

3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึงคุณลักษณะที่ดึงดูดใจของจิตใจ
ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคล
มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา
ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคง
ปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน

นิภา นิธยาย (2550) ได้อธิบายถึงเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มี
ดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกต่อตัวเอง
 - 1.1 ไม่เกิดอารมณ์ต่างๆ รบกวนตนเองมากนัก เช่น โกรธ กลัว กังวล ฯลฯ
 - 1.2 สามารถควบคุมความผิดหวังได้
 - 1.3 เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง เช่น ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง
 - 1.4 นับถือตนเอง ไม่ยอมให้ผู้อื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง
 - 1.5 สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้โดยรู้สาเหตุแห่งปัญหา
2. ความรู้สึกต่อผู้อื่น
 - 2.1 ให้ความรักแก่คนอื่น และยอมรับพิจารณาความสนใจของคนอื่น
 - 2.2 ได้คบหาสมาคมกับคนอื่น ๆ
 - 2.3 ไว้วางใจคนอื่น ๆ ไม่หวาดระแวง
 - 2.4 ยอมรับนับถือความแตกต่างหลายๆ อย่างที่คนอื่นมี
 - 2.5 ไม่ผลักดันให้ผู้อื่นตามใจตนเอง และไม่ตามใจผู้อื่นตามใจชอบ
 - 2.6 รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความรับผิดชอบต่อนุชน

ทั่วไป

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก หมายถึง เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลานรักใคร่ เคารพ
นับถือกัน พุดจาดี พุดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นดุด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้
สารเสพติด

และได้อธิบายถึงองค์ประกอบของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วย (อภิชัย มงคล,
2544)

1. สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้
สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และความเจ็บป่วย
ทางจิต

2. สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจ
ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิต
อย่างปกติสุข

3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดึงดูดใจของจิตใจ
ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคล
มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา
ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคง
ปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน

นิภา นิธยาย (2550) ได้อธิบายถึงเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มี
ดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกต่อตัวเอง

- 1.1 ไม่เกิดอารมณ์ต่างๆ ครอบงำตนเองมากนัก เช่น โกรธ กลัว กังวล ฯลฯ
- 1.2 สามารถควบคุมความผิดหวังได้
- 1.3 เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง เช่น ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง
- 1.4 นับถือตนเอง ไม่ยอมให้ผู้อื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง
- 1.5 สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้โดยรู้สาเหตุแห่งปัญหา

2. ความรู้สึกต่อผู้อื่น

- 2.1 ให้ความรักแก่คนอื่น และยอมรับพิจารณาความสนใจของคนอื่น
- 2.2 ได้คบหาสมาคมกับคนอื่น ๆ
- 2.3 ไว้วางใจคนอื่น ๆ ไม่หวาดระแวง
- 2.4 ยอมรับนับถือความแตกต่างหลายๆ อย่างที่คนอื่นมี
- 2.5 ไม่ผลักดันให้ผู้อื่นตามใจตนเอง และไม่ตามใจผู้อื่นตามใจชอบ
- 2.6 รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความรับผิดชอบต่อนุชน

ทั่วไป

3. ความสามารถในการดำเนินชีวิต

3.1 สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตได้เป็นอย่างดี

3.2 มีสิทธิและรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของตนเอง

3.3 รู้จักทำสภาพแวดล้อมให้ดีที่สุดในการนี้จำเป็นก็สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี

3.4 รู้จักวางแผนดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต

3.5 ยอมรับประสบการณ์ และความคิดใหม่ๆ

3.6 ใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ ถ้าทำอะไรก็ทำอย่างเต็มความสามารถ และพึงพอใจต่อการกระทำนั้น

3.7 วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตของตนเองได้

ไพศาล วิสาโล (2551) ได้ให้ความหมายของสุขภาพในความหมายที่คลุมไปถึงสุขภาวะนั้น ไม่ใช่เรื่องของสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติอื่นๆของชีวิตอีกด้วยด้วยรวม 4 มิติ ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย หมายถึงการมีสุขภาพทางกายที่ดี มีปัจจัย 4 พอเพียงแก่การดำเนินชีวิต ไม่เป็นโรคขาดอาหาร ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคภัยใดๆ มีสวัสดิภาพในชีวิต ตลอดจนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี คือปราศจากมลภาวะ เป็นต้น

2. สุขภาวะทางสังคม หมายถึงการมีสวัสดิภาพที่ราบรื่น กลมกลืนทั้งในระดับครอบครัว ในระดับชุมชนไปจนถึงสังคม ได้รับการเคารพ ได้รับการเอื้อเฟื้อเกื้อกูล มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เรียกว่าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น ครอบครัวเข้มแข็งซึ่งเชื่อมโยงกับสุขภาวะทางจิต

3. สุขภาวะทางจิต หมายถึง การมีจิตปลอดพ้นจากความทุกข์ ไม่เครียด มีอารมณ์ในเชิงบวก เช่น เมตตา ความผาสุก ปลอดพ้นจากโรคจิต หรือว่าโรคประสาท หรือความบีบคั้นทางจิตใจ

4. สุขภาวะทางปัญญา หมายถึง การที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต สามารถวางจิต วางใจได้อย่างถูกต้อง คิดดี คิดเป็นและเห็นตรง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาชีวิต หรือแก้ปัญหาการทำงานได้ด้วยตัวเอง

ทั้งสี่ประการนี้ นอกจากจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ผู้คนได้มีความสุข ความสบาย มีความสงบร่มเย็นแล้ว ก็ยังเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญให้สังคมมีความอยู่เย็นเป็นสุข

Maslow (1954) ได้อธิบายลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี ดังนี้

1. สามารถยอมรับตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติในทางบวกได้

2. สามารถสร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับผู้อื่น แสดงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่อดทน และรักผู้อื่นได้

3. รับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง แก้ปัญหาในสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เพราะบุคคลเหล่านี้สามารถตัดสินใจตามข้อเท็จจริงมากกว่าการเพ้อฝัน

4. สามารถชื่นชม ยินดี และมีความสุข กับการมีชีวิตอยู่
5. รู้สึกเป็นอิสระในการคิด และการกระทำ แสดงพฤติกรรมที่เป็นมาตรฐานและเป็นค่านิยมส่วนบุคคลได้

6. มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ โดยวิธีการต่างๆที่จะสร้างสรรค์หรือแก้ไขปัญหา
 7. มีพฤติกรรมที่คงเส้นคงวาต่อการชื่นชม และเคารพสิทธิของผู้อื่น โดยแสดงความตั้งใจที่จะเรียนรู้จากผู้อื่น เคารพในสิ่งที่ เป็นเอกลักษณ์และข้อแตกต่างจากตนเองของผู้อื่นได้
- Jahoda (1958) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีจะต้องประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. ไม่เจ็บป่วยทางจิตใจ
2. มีพฤติกรรมที่เหมาะสม
3. ปรับตัวได้กับสภาพแวดล้อมต่างๆ
4. มีลักษณะของบุคลิกภาพที่มั่นคง
5. มีเจตคติที่ถูกต้องต่อสภาพเป็นจริง

Egbert (1980) กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี คือ

1. รู้จักตนเอง สามารถพัฒนาสมณฐานบุคลิกภาพได้เหมาะสมกับความเป็นจริง
2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางที่จริงได้
3. เป็นผู้เข้าใจชีวิต และจุดมุ่งหมายในชีวิต
4. เป็นผู้ที่มีพลังในการดำเนินชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต
5. มีความสามารถในการรักษาความคิด พฤติกรรม ตามสถานการณ์ของชีวิต

แต่ละช่วงได้

6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

Burgess (1990) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการรักษาสมดุลระหว่างชีวิต จิต สังคม ซึ่งสภาพจิตสมดุลมีลักษณะดังนี้

1. มีความสามารถในการแก้ปัญหา
2. มีพฤติกรรมตามสภาพที่เป็นจริง
3. สามารถแสดงความรู้สึกได้
4. สามารถสร้างและรักษาสัมพันธภาพและสร้างสรรค์
5. สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์

Trubowitz (1994) ได้เสนอลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี 5 ประการคือ

1. มีความสุขใจ (Happiness)
2. สามารถควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกตามความต้องการของตนเองได้

เหมาะสม (Control Over Behavior)

3. มีประสิทธิภาพในการประกอบกิจวัตร (Efficacy)

4. รับรู้และยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างเข้าใจ (Appraisal of Reality)
5. มีทัศนคติต่อตนเองในแง่ดีและสร้างสรรค์ (Healthy Self-concept)

สรุป เมื่อพิจารณาเกณฑ์ หรือลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดีทั้งหมดที่กล่าวมาจะพบว่า มีลักษณะที่สอดคล้องกับแนวคิดของผู้มีสุขภาพจิตดีทั้ง 3 รูปแบบ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดีหมายถึงผู้ที่มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี ไม่มีภาวะการเจ็บป่วย สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับความสุข

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความสุขในทางพระพุทธศาสนา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องด้านพระพุทธศาสนา พบว่า เมื่อกล่าวถึงแนวคิดที่เกี่ยวกับความสุข ในทางพระพุทธศาสนา และนักวิชาการ ได้กล่าวว่าสุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องเดียวกัน โดยในทางพระพุทธศาสนาอธิบายความหมายของความสุขไว้ต่างๆ กัน ดังนี้

ท่านพุทธทาสภิกขุ (2542) กล่าวถึง ความสุข เป็นสุดยอดปรารถนาของมนุษย์ที่สามารถแสวงหาได้ แต่ไม่ใช่ทุกคนที่ไปถึงได้ โดยท่านกล่าวไว้ว่า ความเอ๋ย ความสุข ใครทุกคนชอบเจ้า เฝ้าวิงวาท แก่ก็สุข จันก็สุข ทุกเวลา แต่ดูหน้า ตาแห้ง ยังแคลงใจ ถ้าเราเฝ้า ตัวตึงหนา ก็น่าจะสุข ถ้ามันเฝ้าเราก็อสุข หรือเกรียมได้ เขาว่าสุข สุขเน้อ อย่าเห่อไป มันสุขเย็นหรือสุขไหม ให้แน่เอ่ย

พระธรรมโกศาจารย์ (ม.ป.ป.) ได้อธิบายถึงความสุขว่า หมายถึง สุขภาพจิตที่เป็นปกติดีนั้นแหละ เรียกว่าเป็นความสุข สุขก็เพราะว่าจิตปกติ ไม่ขึ้น ไม่ลง ไม่เอียงขวา เอียงซ้าย ไม่มีอะไรมาผูกมัดจิตใจ เป็นอิสระเป็นไทยแก่ตัวอย่างนี้เรียกว่า "ปกติ" จิตที่ปกติคือ ไม่มีอะไรรู้ว่าอะไรเกิดขึ้น อะไรตั้งอยู่ อะไรดับไป แล้วควรจะแก้ไขสิ่งนั้นอย่างไร อย่างนี้จิตก็สบาย ไม่ค่อยมีปัญหา รวมความว่าชีวิตของเราต้องการความสุขทั้งกาย ทั้งใจ ทางอารมณ์เราก็ต้องมีสติ มีปัญญา พยายามที่จะรักษาใจไว้ให้ปกติอยู่ตลอดเวลา รู้จักประมาณในการกิน การอยู่ การนุ่งห่ม ใช้สอย การปฏิบัติหน้าที่และการพักผ่อน สภาพร่างกาย จิตใจ ก็จะมีความสุขสมบูรณ์สมปรารถนา

พระธรรมปิฎก (พระธรรมปิฎก, ม.ป.ป.; พระธรรมปิฎก, 2536; พระธรรมปิฎก, 2538) ได้กล่าวถึงความสุขว่ามี 2 แบบ คือ เป็นความสุขจากภายใน หมายถึงมีความสุขสงบในใจตนเอง หรือมีความสุขจากการรู้เท่าทัน เข้าใจความจริงของสิ่งทั้งหลาย เป็นความสุขทางปัญญา เนื่องจากเห็นแจ้งความจริง เป็นความโปร่งโล่ง ไม่มีความติดขัดบิบบั่นใจ เป็นความสุขที่ได้จากภายนอก นอกจากนี้ท่านพระธรรมปิฎก ยังได้แบ่งประโยชน์สุขออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ประโยชน์สุขระดับที่ 1 ด้านรูปธรรมที่ตามองเห็นหรือเห็นได้กับตา คือ การมีสุขภาพดี การมีทรัพย์สินเงินทอง การมีอาชีพการงานเป็นหลักเป็นฐาน การมียศ ฐานะ ตำแหน่ง การเป็นที่ยอมรับในสังคม การมีมิตรสหาย บริวารและการมีชีวิตครอบครัวที่ดี

ประโยชน์สุขระดับที่ 2 ด้านนามธรรมที่ลึกล้ำเลยจากตามองเห็น คือ เรื่องของคุณธรรมความดีงาม การมีความสุขที่เกิดจากความมั่นใจในคุณค่าของชีวิต การได้บำเพ็ญประโยชน์ช่วยเหลือเกื้อกูลแก่เพื่อนมนุษย์ ความมีศรัทธาในสิ่งที่ดีงามที่เป็นหลักของจิตใจ และการมีปัญญาที่ทำให้รู้จักการปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายได้ถูกต้องและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ชีวิตเป็นอยู่ด้วยดี

ประโยชน์สุขระดับที่ 3 ด้านนามธรรมชั้นโลกุตตระที่อยู่เหนือกระแสความไหลเวียนของโลกธรรม คือความเป็นผู้มีจิตใจเป็นอิสระด้วยความรู้เท่าทันต่อสิ่งทั้งหลาย รู้โลก และชีวิตตามความเป็นจริง จนกระทั่งว่าโลกธรรมเกิดขึ้นมากระทบกระทั่งก็ไม่หวั่นไหว วางใจและปฏิบัติได้ถูกต้องตามเหตุปัจจัย ปลดปล่อยให้กฎธรรมชาติทั้งหลายก็เป็นกฎธรรมชาติอยู่ตามธรรมชาติ ความทุกข์ที่มีอยู่ในธรรมชาติดีก็คงเป็นทุกข์ของธรรมชาติไป ไม่เข้ามากระทบกระทั่งบีบคั้นจิตใจของเราได้ เป็นผู้มีสุขอยู่กับตนเองตลอดเวลา ชีวิตก็สมบูรณ์แล้ว

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสุขและสุขภาพจิตในทางวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าความสุขและสุขภาพจิตในสังคมไทย เป็นเรื่องเดียวกันในมุมมองของพระพุทธศาสนา สำหรับในมุมมองของนักวิชาการความสุขและสุขภาพจิตก็เป็นเรื่องเดียวกัน ดังนี้

จันทร์ กมโล (2540) ให้ความหมายของความสุข หมายถึง ใจที่สงบ คือ จิตใจที่ผ่องใส แ่มชื่น เบิกบาน ภาวะที่ไม่คิดถึงความทุกข์ (ทุกข์) จิตใจที่ไม่สงบ คือ จิตใจที่เศร้าหมอง ชุมนมัว เกิดจากการที่จิตไม่สงบ คิดเรื่องนั้นเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา

อภิสิทธิ์ อารงวรานุ (2542) กล่าวถึงความสุขของคนเรา มี 8 เรื่องใหญ่ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิตประกอบด้วย

1. ความสุขจากการมีหลักประกันชีวิต ซึ่งหมายถึง เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีผู้ดูแล ไม่เป็นไปตามบุญตามกรรม และการมีทรัพย์สินที่ดินทำกิน
2. ความสุขจากการมีสุขภาพทางกายและทางใจที่ดี
3. ความสุขจากการที่มีครอบครัวอบอุ่น
4. ความสุขจากการมีชุมชนที่เข้มแข็ง
5. ความสุขจากการมีความภาคภูมิใจ การที่ลูกหลานได้พึ่งตนเอง การมีภูมิปัญญาที่จะถ่ายทอดสู่ลูกหลาน และผู้สนใจ
6. ความมีอิสรภาพ การมีอิสรภาพในการคิด การพูดและทำโดยไม่สร้างความเดือดร้อนต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการไม่มีหนี้

7. ความสุขจากการบรรลุธรรม ซึ่งหมายถึง การมีปัญญาที่จะรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม

8. มีสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ ป่า ต้นไม้ใหญ่

นอกจากนี้ยังพบว่า คำว่า สุขภาพจิต มีความหมายใกล้เคียงคำว่า ความสุข ไม่ได้แยกจิตใจจากร่างกาย หรือวิถีชีวิตของบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อม โดยมีกรอบความคิดของความสุขมาจาก 8 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. หมวดหลักประกันในชีวิต ได้แก่ การมีบ้านและที่ดินทำกินเป็นของตนเอง รายได้มั่นคง มีสวัสดิการต่างๆ

2. หมวดร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง ได้แก่ การมีสุขภาพดี อายุยืนนาน ไม่มีโรคประจำตัว

3. หมวดครอบครัวอบอุ่น ได้แก่ ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

4. หมวดชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ ชุมชนมีการเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสามัคคี

5. หมวดสิ่งแวดล้อมดี ได้แก่ การมีสิ่งแวดล้อมดีเป็นธรรมชาติ มีสาธารณูปโภค

6. หมวดอิสรภาพ ได้แก่ ทำได้ทุกอย่างตามหวัง และสบายใจ ไม่เดือดร้อนใจ ประกอบอาชีพอิสระ

7. หมวดความภาคภูมิใจ ได้แก่ งานที่ทำเจริญรุ่งเรือง เป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่น ได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาต่อคนอื่น

8. หมวดธรรมะว่าด้วยการอยู่ร่วมกัน ได้แก่ การได้ทำบุญทำทาน ฟังเทศน์ ฟังธรรม และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546) พบว่าประชาชนทั่วไปใช้ความสุขแทนความหมายคำว่าสุขภาพจิต คนที่มีความสุขคือ คนที่มีภาวะจิตที่สงบไม่คิดมาก แสดงให้เห็นด้วยการมีสีหน้ายิ้ม สดชื่น แจ่มใส สามารถกินข้าวได้ นอนหลับ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง

ประสาน ต่างใจ (2550) อธิบายความหมาย ความสุข หมายถึง ความปราศจากทุกข์ ในวิถีพุทธ บอกว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมามีทุกข์ เพราะไม่หลุดพ้น ทุกวันนี้นั้นมนุษย์จึงมีทั้งความสุขและความทุกข์

เมื่อพิจารณาในเรื่องของสุขภาพจิต และความสุข เป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นเรื่องเดียวกัน และเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ ดังเช่น นักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงการวัดความสุข หรือสุขภาพจิตของคนไทย ไว้ต่างๆ กัน ดังต่อไปนี้

อภิชาติ มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาความสุข และสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบองค์ประกอบของสุขภาพจิต ที่ได้จากการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยที่ได้จัดทำขึ้นว่าความสุขและสุขภาพจิตเป็นเรื่องเดียวกันในบริบทสังคมไทย ซึ่งดัชนีชี้วัดความสุขหรือสุขภาพจิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. สภาพจิตใจ หมายถึง สภาพการรับรู้สภาวะของตนเองว่าเป็นสุขหรือเป็นทุกข์อยู่
2. สมรรถภาพของจิตใจ หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ
3. คุณภาพของจิตใจ หมายถึง คุณสมบัติประการต่างๆ ที่ดั่งภายในจิตใจให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ต่อสังคม

4. ปัจจัยสนับสนุน หมายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆที่ส่งผลให้สุขภาพจิตดี นอกจากนี้ดัชนีชี้วัดดังได้กล่าวมา ยังมีดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่นิยมใช้เป็นตัวชี้วัดสุขภาพจิต โดยเป็นดัชนีที่วัดในเรื่องของคุณภาพชีวิต ตัวอย่างอันเป็นที่นิยมใช้ เช่น

WHO (1981) กล่าวถึงดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ซึ่งได้กล่าวรวมทั้งดัชนีชี้วัดทั้งในระดับบุคคลและชุมชนว่า ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ คือ

1. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต
2. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง
 - 2.1 ความผาสุกของคนคนนั้น
 - 2.2 ชีวิตในชุมชน สังคม
 - 2.3 คุณภาพชีวิต
 - 2.4 การพัฒนาทางด้านสังคม จิตใจ

Mental Health Ireland (2008) กล่าวว่า เมื่อพูดถึงสุขภาพจิต มักจะทำให้คิดถึง ความเจ็บป่วยทางจิตใจ แต่อันที่จริงแล้วสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตคนเราหลายด้าน โดยประเมินง่าย ๆ ได้จากการตั้งคำถามให้ตนเองว่า 1) เรามีความรู้สึกอย่างไรกับตนเอง 2) เรามีความรู้สึกอย่างไรกับคนอื่น และ 3) เราสามารถใช้ชีวิตทุกวันนี้ได้อย่างที่เราปรารถนาเพียงใด ซึ่งคำตอบในแง่บวกก็จะสะท้อนสุขภาพจิตในแง่บวกของบุคคลนั้นๆ จึงเป็นคำถามที่เข้าใจและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับบุคคลทั่วไป

นอกจากนี้ยังมีดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่มีความสอดคล้อง หรือใกล้เคียงกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย ตัวอย่างเช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) โดยพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ.2537 ซึ่งประกอบด้วยคำถามในเชิงอัตวิสัย (subjective self

report) และภาวะวิสัย (objective perceived) รวม 100 ข้อ มีการประเมินการรับรู้ของประชาชนใน 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical aspect) ด้านจิตใจ (Psychological aspect) ด้านความมีอิสระของบุคคล (Level of independence) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental aspect) และด้านจิตวิญญาณ และความศรัทธาของบุคคล (Spiritual religious /Personal belief) ซึ่งต่อมาในปี 2540 สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล (2540) ได้พัฒนาและดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยแล้วโดยมีทั้งฉบับเต็ม 100 ข้อและฉบับย่อ 26 ข้อ นอกจากนี้ยังมีแบบวัด SF -36 ซึ่งเป็นแบบสำรวจในระดับนานาชาติ มีเนื้อหาประเมินภาวะสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของประชากร ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวม 36 ข้อ ในส่วนของสุขภาพจิต มี 4 หัวข้อย่อย คือ Vitality ประเมินเรื่องความรู้สึกมีชีวิตชีวา Social Functioning ประเมินเรื่องกิจกรรมทางสังคม Role Emotion ประเมินภาวะอารมณ์ และ Mental Health ประเมินอาการทางจิต (Ware & Gandek, 1998)

สำหรับแบบวัดหรือเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความสุขในต่างประเทศนั้นมีหลายๆ เครื่องมือที่ใช้วัดความสุข เช่น สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) พัฒนาเครื่องมือดัชนีความก้าวหน้าของมนุษย์ (Human Achievement Index-HAI) และดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index-HDI) ประเทศญี่ปุ่นใช้ตัวชี้วัดความสุขที่เรียกว่า ความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross national happiness : GNP) ซึ่งต่างจากประเทศในโลกอื่นๆ ที่ใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross domestic product : GDP) ประเทศอังกฤษมีการใช้แบบสอบถามโดยมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับความสุข เช่น British household panel survey : BHPS ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้ General social survey : GSS โดยทั้งสองแบบสอบถามนี้มีคำถามที่เกี่ยวกับความสุข (Happiness) ความพึงพอใจของชีวิต (Life satisfaction) ความกังวลใจ (Psychological distress จาก General health questionnaire - 12) และความพึงพอใจในหลายๆ ด้านของชีวิต เช่น การทำงาน (Job satisfaction) การแต่งงาน (Marital satisfaction) และการเงิน (Financial satisfaction) (สมชาย จักรพันธุ์, 2549)

เมื่อพิจารณาแนวคิดเรื่องดัชนีชี้วัดความสุขและการอยู่ดีมีสุข ซึ่งองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ ให้ความสนใจพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคมที่ไม่ได้เน้นเพียงมิติทางเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว เช่น ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) โดยเน้นการพัฒนาคนใน 3 มิติ ทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษา และเศรษฐกิจ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549)

สรุป ความหมายของสุขภาพจิตในบริบทของประเทศไทยทั้งในมุมมองของนักวิชาการ และมุมมองทางพระพุทธศาสนา พบว่าสุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกัน ไม่สามารถ

แยกออกจากกันได้ โดยสุขภาพจิตและความสุขมีความหมายเดียวกันในบริบทสังคมไทย จึงสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง การมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ในมุมมองบริบทของประเทศไทย นั้นอาจแบ่งออกเป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง และความอยู่ดีกินดี และเมื่อพิจารณาความหมายของสุขภาพจิต ความสุข และการพัฒนาแบบวัดเพื่อวัดสุขภาพจิต หรือความสุขจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยของต่างประเทศ จะเห็นได้ว่ามีความหมาย หรือแนวคิดที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าความสุขและสุขภาพจิตเป็นเรื่องเดียวกันเช่นกัน

3. ตัวชี้วัดสุขภาพจิต

เมื่อกล่าวถึงเรื่องสุขภาพจิต นอกจากแนวคิด ความหมายของสุขภาพจิต องค์ประกอบของผู้มีสุขภาพจิตดี ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีองค์ประกอบที่ใช้อธิบายและชี้วัดภาวะสุขภาพจิต ในระดับบุคคลและระดับชุมชน ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตดังนี้

บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ (2547) ได้แบ่งประเภทดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของไทยตามเนื้อหาในข้อสรุปของการประชุมจากองค์การอนามัยโลก เรื่องการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. ดัชนีชี้วัดระดับบุคคลด้านบวก ซึ่งเป็นดัชนีที่วัดสุขภาพจิตโดยตรง ดังเช่นการศึกษาตัวชี้วัดความสุขประชาชนชาวไทยของ อภิสสิทธิ์ อารังวรังกูร (2543) โดยกรอบความคิดของความสุขมาจาก 8 ด้านใหญ่ๆ คือ หมวดหลักประกันในชีวิต หมวดร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง หมวดครอบครัว หมวดชุมชน หมวดสิ่งแวดล้อมดี หมวดอิสรภาพ หมวดความภาคภูมิใจ และหมวดธรรมชาติด้วยการอยู่ร่วมกัน

2. ดัชนีชี้วัดระดับบุคคล ด้านลบ สามารถจำแนกได้เป็น

2.1 ดัชนีชี้วัดในหัวข้อความเครียด

- 2.1.1 Social Readjustment Rating Scale (SRRS) Holmes and Rahe ในปี พ.ศ.2510 ได้ศึกษาระหว่างเหตุการณ์ชีวิตกับความเครียด และพัฒนาเครื่องมือประเมินความเครียด โดยเปรียบเทียบว่าเหตุการณ์แต่ละชนิด เช่น การตายของคู่สมรส การหย่าร้าง การตกงาน ฯลฯ (จะมีค่าความเปลี่ยนแปลงของชีวิต : Life Change Unit) เท่าไร ถ้ามากก็อาจอนุมานได้ว่ากำลังอยู่ในสภาวะที่มีความเครียดสูงมาก แต่เครื่องมือนี้อาจมีข้อจำกัดในแง่บริบทแต่ละสังคมที่รู้สึกต่อเหตุการณ์ต่างๆ อาจรู้สึกไม่เท่ากัน

2.1.2 แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) เป็นแบบประเมินความเครียดจำนวน 20 ข้อจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนก่อนทำแบบทดสอบ เพื่อบอกให้ผู้ทดสอบรู้ว่ามี ความเครียดในระดับใด ตั้งแต่ ต่ำ ปานกลาง สูง และขั้นรุนแรง แต่มิได้ระบุสาเหตุของความเครียด

2.2 ดัชนีที่ประเมินหัวข้อสุขภาพจิตจากปัญหา เช่น

2.2.1 General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2539) ซึ่งดัดแปลงจาก General Health Questionnaire ของ Goldberg (1972) มีทั้งชนิดฉบับเต็ม 60 ข้อ และฉบับย่อ 28 ข้อ วัดอุปสรรคของแบบสอบถามนี้สร้างเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน ที่สามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาก็ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลต่างๆ แบบสอบถามนี้จะให้ประชาชนสามารถตอบด้วยตนเอง ข้อคำถามจะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่าตนมีโรคภัยไข้เจ็บอยู่หรือไม่อย่างไร (Hypocondriasis)

2.2.2 แบบสำรวจสุขภาพจิตสำหรับคนไทย (The Thai Mental Health Questionnaire : TMH) พัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุตวรรณ์และคณะ ในปี พ.ศ.2542 เป็นแบบสอบถามจำนวน 70 ข้อ เพื่อใช้วิเคราะห์ความผิดปกติทางจิตภายในช่วง 1 เดือนของผู้ที่จะศึกษาใน 5 กลุ่มอาการ คือความผิดปกติทางกายเนื่องจากความผิดปกติทางจิต กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการโรคจิต กลุ่มอาการจากการปรับตัวทางสังคม ซึ่งอาการแต่ละข้อย่อยของแบบสอบถามได้มาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในกลุ่มนั้นๆ ของ DSM-IV อันเป็นเกณฑ์ระดับสากลในการวินิจฉัยโรคทางจิตของจิตแพทย์ และแบบสำรวจนี้ผ่านการทดสอบกลุ่มประชากรจำนวน 700 ราย พบว่าสามารถแยกประชากรปกติออกจากประชากรที่มีความเจ็บป่วยทางจิตต่างๆ ดังกล่าว ได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.3 การประเมินจากความเจ็บป่วยทางจิตของบุคคล เช่น การที่บุคคลหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย หรือหันไปเสพสารเสพติด

3. ดัชนีชี้วัดระดับสังคม ด้านบวก เช่น

3.1 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตระดับชุมชนของกรมสุขภาพจิต (อภิชัย มงคล และคณะ, 2546) เป็นการสำรวจความคิดเห็นต่อชุมชนที่อาศัย ด้วยแบบสอบถาม 22 ข้อ นำไปสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและสุ่มตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อรวมคะแนนแล้วนำมาเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ว่าสุขภาพจิตของชุมชนดีกว่า เทียบเท่า หรือต่ำกว่าชุมชนทั่วไปอย่างไร

3.2 ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) นิยามโดย องค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization of Economic Cooperation and Development : OECD)

3.3 Total Quality of Life Index (TQLI) โดย Society for International Development (SID) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระระหว่างประเทศ

3.4 ดัชนีโลกแห่งความสุข (Happy Planet Index : HPI) พัฒนาโดย New Economic Foundation (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) เป็นวิธีการวัดแบบใหม่ โดยพิจารณาจากผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม และประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรกับความอยู่ดีมีสุขของมนุษย์ ทั้งนี้ประเทศที่ได้ค่า HPI สูงไม่ได้หมายความว่า จะเป็นประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก แต่จะหมายถึงความสามารถในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพต่อความอยู่ดีมีสุขของมนุษย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความยืนยาวของชีวิต ความพอใจในชีวิต และความต้องการบริโภคทรัพยากรธรรมชาติ

4. ดัชนีชี้วัดระดับสังคมด้านลบ เช่น

4.1 ดัชนีชี้วัดความยากจนโดยรวม (Human Poverty Index : HPI) โดยสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประเทศไทย (United Nations Development Program : UNDP, Thailand) เป็นการประเมินโดยรวมที่อยู่ในรูปของสัดส่วนคนจนระดับครัวเรือน ซึ่งประกอบด้วยสามดัชนีย่อย คือ ดัชนีสุขภาพ ดัชนีการศึกษา ดัชนีลักษณะของครัวเรือน ซึ่งสามารถสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพและสุขภาพจิต

4.2 การสังเกตข้อมูลทางสังคมที่ได้จากอัตราการเกิดอาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว อัตราการฆ่าตัวตายในสังคม การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตระดับชุมชนก็เป็นประเด็นสำคัญ ที่นักวิชาการส่วนใหญ่ต้องการจะสร้างเครื่องมือวัดขึ้น องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมพิจารณาเรื่องเครื่องมือวัดสุขภาพจิตชุมชนเมื่อปี พ.ศ. 2524 ได้ข้อสรุปว่า เครื่องมือวัดควรประกอบด้วย 2 คุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

4.2.1 สามารถตอบคำถามว่า ประชากรในชุมชนนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิตมากน้อยเพียงใด ซึ่งตัวชี้วัด (Indicators related to Mental Illness) ในเรื่องนี้ ได้แก่ อุบัติการณ์และความชุกของโรคทางจิตเวชในชุมชน หรือตัวชี้วัดที่ให้ข้อมูลในทางอ้อม เช่น การใช้บริการทางสุขภาพจิตภายในชุมชน การใช้สารเสพติด หรือยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

4.2.2 สามารถตอบคำถามว่าประชากรในชุมชนนั้นใช้ชีวิตอย่างปกติสุขมากน้อยเพียงใด (Indicators related to Mental Health) ซึ่งค่อนข้างเป็นการวัดเรื่องที่เป็นอัตวิสัยและเป็นเชิงทัศนคติมาก องค์การอนามัยโลกเองได้แนะนำการประเมินเป็นหัวข้อต่างๆ คือ

- 1) ความรู้สึกเป็นสุข (Subjective Well-being)
- 2) คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
- 3) พัฒนาการทางจิตใจของสังคมและเด็ก (Psychosocial Development)
- 4) การมีชีวิตร่วมกับชุมชน (Community Life)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความสุข

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยแบ่งเป็นการศึกษาด้านระบาดวิทยา การศึกษาด้านสาเหตุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ดังนี้

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจความสุข หรือสุขภาพจิตของประชาชน

กรมสุขภาพจิต (2542) ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้สำรวจทางระบาดวิทยาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนไทย เมื่อปี พ.ศ.2542 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางบางช่วงเวลา โดยศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต จากการสุ่มประชากรทั่วประเทศ 7,157 ราย พบว่า จำนวน 419 ราย (5.86 %) น่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต เมื่อได้สำรวจเชิงคุณภาพเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มนี้มีประวัติพฤติกรรมผิดปกติในวัยเด็ก เช่น ปัสสาวะรดที่นอน นอนละเมอฝันร้ายบ่อยๆ คิดนักร้อยละ 75.8 ส่วนใหญ่ยังมีทักษะการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพจิตเช่น การออกกำลังกาย ทำสมาธิ พุดคุยปรึกษาภายในครอบครัว พักผ่อนหย่อนใจ หรือร่วมกลุ่มในชุมชนไม่มากนัก

ราชันี กาญจนพุดผิพงศ์ และ วิลาวัลย์ ถาวรวงษ์กลาง (2545) ได้ทำการสำรวจสุขภาพจิตชุมชนของประชากร 13 หมู่บ้าน ในตำบลท่าบ่อ อำเภอบ้านค่าย จังหวัดหนองคาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความสุขของคนไทยในการดำเนินชีวิตจากประสบการณ์ที่ผ่านมา 1 เดือน และความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อให้ผู้ถูกสำรวจได้รู้จักตนเองทั้งส่วนดีที่ควรส่งเสริม และส่วนขาดเพื่อจะได้พัฒนาตนเองต่อไป กลุ่มตัวอย่างที่ถูกสำรวจในครั้งนี้มีอายุระหว่าง 15-60 ปี จำนวน 1,170 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกเดินสำรวจตามหลังคาเรือนกลุ่มเป้าหมาย แล้วให้ผู้ถูกสำรวจตอบแบบสอบถามด้วยตนเองให้ตรงความเป็นจริงมากที่สุด ทำการตรวจสอบซ้ำเมื่อสำรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย

ผลการสำรวจด้านความสุขของคนไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 43.08 รองลงมามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 38.38 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 18.55 ตามลำดับ ผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ทั้งหมด 9 ด้าน มีเพียง 2 ด้านเท่านั้น ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยปกติของเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ด้านควบคุมตนเองและด้านภูมิใจในตนเอง ส่วนที่เหลืออีก 7 ด้านนั้นมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ปกติคือ ด้านเห็นใจผู้อื่น ด้านรับผิดชอบ ด้านมีแรงจูงใจ ด้านตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ด้านพอใจในชีวิต และด้านสุขสงบทางใจ จากผลการสำรวจทั้ง 2 ด้าน ทำให้ชุมชนได้ทราบบัญชีสุขภาพจิตของตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จึงได้มีการประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและแนวทางที่ได้คือ การทำกิจกรรมโครงการสร้างสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้จักตัวเองมากขึ้น รู้แนวทางที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อให้การดำเนินชีวิตมีความสุขมากขึ้น

กิงดาว ศรีวรรณท์ และคณะ (2548) ได้ทำการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาสำคัญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน โดยทำการสำรวจตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2546 – 15 สิงหาคม 2546 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด ประชากรตัวอย่าง อายุระหว่าง 15 -59 ปี จำนวน 900 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธี Stratified two-stage cluster sampling เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 49.2 และ 50.8 ตามลำดับ และหาความสัมพันธ์ด้วย Logistic regression analysis ผลการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับกลางๆ ร้อยละ 61.7 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 37.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ สถานภาพทางการเงิน และการมีบ้านเป็นของตนเอง

ส่วนในเรื่องของคุณภาพชีวิต พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อการติดสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในด้านความเครียด ผลปรากฏว่าประชากรส่วนใหญ่ มีภาวะเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 46.9 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดได้แก่ อายุและศาสนา สถานภาพทางการเงิน และระดับคุณภาพชีวิต สำหรับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าประชากรส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 92.1 ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.7 เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วในชีวิต ปัจจัยที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพทางการเงิน การมีบ้านเป็นของตนเอง และคุณภาพชีวิต

สำหรับการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ได้ทำการคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิต โดยแบบคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต ร่วมกับแบบสอบถามประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยทางจิต พบว่าประชากรที่ผ่านการคัดกรองการป่วยทางจิตได้ผลบวกมี 40 คน เป็นเพศชาย 16 คน และเพศหญิง 24 คน และเมื่อสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (M.I.N.I.) แล้วพบว่า ได้รับการวินิจฉัยโรครวมทั้งสิ้น 25 คน เป็นชาย 10 คน หญิง 15 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือปัญหาว่าเป็น General anxiety disorder : current มากที่สุด ร้อยละ 30.6 รองลงมาคือ Major depressive episode : current ร้อยละ 22.2

ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11 (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยระดับจังหวัด เขต 11 ปี 2542 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและขนาดของปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของคน ครอบครัว และชุมชนในแต่ละจังหวัดของเขต 11 และเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในระดับจังหวัดของเขต 11 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และชนบทในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ได้แก่ จังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และภูเก็ต ทำการสุ่มตัวอย่างประชากรทั้งสิ้น จำนวน 3,565 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และนำมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยใช้ค่า Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพจิต มีปัญหาทุกขใจ ไม่สบายใจ ร้อยละ 59.2 ส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับเศรษฐกิจ การเงิน ร้อยละ 47.4 รองลงมาเป็นเรื่องการทำงาน การประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.0 มีอาการของโรคประสาท ร้อยละ 15.7 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.2 ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ร้อยละ 23.9 ดื่มเป็นประจำร้อยละ 9.3 ใช้สารเสพติดร้อยละ 3.7

ศูนย์สุขภาพจิตเขต 12 (2544) ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัดของศูนย์สุขภาพจิตเขต 12 ปี พ.ศ.2542 มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณลักษณะและขนาดของปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในแต่ละจังหวัด เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) ครึ่งแผน และเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในระดับจังหวัดใน 3 ระดับ คือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ตัดขวางช่วงเวลา ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณสุข

เขต 12 สุ่มตัวอย่างโดยวิธี Two Stage Cluster Sampling (สุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 3,500 คน จากประชากร 7 จังหวัด คือสงขลา ภูเก็ต สตูล พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.3 และร้อยละ 48.7 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.3) มีอายุอยู่ในช่วง 35 - 44 ปี (ร้อยละ 26.4) และสถานภาพการสมรสคู่ (ร้อยละ 71.9)

ผลการสำรวจ เสนอเป็น 3 ระดับ คือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนี้ ระดับบุคคล ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต พบว่าร้อยละ 16.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคประสาท ร้อยละ 2.9 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.6 มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.1 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.0 มีการติดยาและสารเสพติด ร้อยละ 12.9 มีการดื่มสุราและติดสุรา ปัญหาทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ 3 อันดับแรกคือ ปัญหาเศรษฐกิจ การเงิน ร้อยละ 78.3 ปัญหาการทำงาน ร้อยละ 44.5 ปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 15.3 การประเมินภาวะสุขภาพจิต ดีถ้วนหน้าของประชาชน พบว่าร้อยละ 93.5 เห็นว่าจังหวัดที่อยู่อาศัยน่าอยู่ ตนเองมีความสุขพอใจที่จะอยู่ในชุมชนต่อไป นอนหลับอย่างเพียงพอ มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว และชุมชนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 26.1 คิดว่าชุมชนที่อยู่มีปัญหา ร้อยละ 35.0 อารมณ์มักหงุดหงิด โมโห ฉุนเฉียวง่าย

ระดับครอบครัว พบว่า ร้อยละ 1.0 มีอาการของโรคจิตฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.8 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.2 มีการติดยาและสารเสพติด ร้อยละ 22.6 มีการดื่มสุราและติดสุรา โดยปัญหาทุกข์ใจ ไม่สบายใจ 2 อันดับแรก คือ ปัญหาเศรษฐกิจ การเงิน ร้อยละ 82.1 ปัญหาการทำงาน ร้อยละ 45.3

ระดับชุมชน พบว่า ร้อยละ 7.2 มีการหย่าร้าง ร้อยละ 12.5 มีการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว ร้อยละ 5.1 มีการปฏิบัติต่อเด็กไม่ดี ปัญหาทุกข์ใจไม่สบายใจใน 3 อันดับแรก คือ ปัญหาเศรษฐกิจ การเงิน ร้อยละ 67.0 ปัญหาสังคม ร้อยละ 32.7 ปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย ร้อยละ 17.9 โดยส่วนใหญ่ยังไม่เริ่มแก้ปัญหา ร้อยละ 36.0

กรมสุขภาพจิต (2550) ดำเนินการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ โดยสำรวจทางโทรศัพท์ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่มีพื้นที่เสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤต ผลการศึกษา พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง หรือร้อยละ 56.1 (125 ราย) ตอบว่าเครียด โดยในจำนวนนี้มีผู้ตอบว่ามีความเครียดระดับ 5 (ปานกลาง) (ของ scale ความเครียด 0-10) มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 31.2 (39 ราย) ผู้มีความเครียดระดับ 2-4 ร้อยละ 30.4 (38 ราย) ระดับ 6-8 ร้อยละ 35.2 (44 ราย) ผู้ที่มีความเครียดระดับ 9-10 ร้อยละ 1.6 (2 ราย)

กรมสุขภาพจิต (2550) ดำเนินการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ โดยสำรวจทางโทรศัพท์ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่มีพื้นที่เสี่ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤต ผลการศึกษา พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง หรือร้อยละ 56.1 (125 ราย) ตอบว่าเครียด โดยในจำนวนนี้มีผู้ตอบว่ามีความเครียดระดับ 5 (ปานกลาง) (ของ scale ความเครียด 0-10) มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 31.2 (39 ราย) ผู้ที่มีความเครียดระดับ 2 - 4 ร้อยละ 30.4 (38 ราย) ระดับ 6 - 8 ร้อยละ 35.2 (44 ราย) ผู้ที่มีความเครียดระดับ 9-10 ร้อยละ 1.6 (2 ราย)

ศูนย์วิจัยเอแบคชนบทกรมทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2550) ได้ทำการสำรวจความสุขของคนไทย โดยศึกษาในประชาชนไทยและชาวต่างชาติใน 20 จังหวัดของประเทศไทย จำนวน 4,229 คน ซึ่งเป็นการสำรวจความสุขมวลรวม (Gross Domestic Happiness Index : GDHI) ปี 2550 ผลการศึกษาพบว่า ความสุขคนไทยลดลงเล็กน้อยจาก 5.68 เป็น 5.66 ร้อยละ 81.8 ระบุปัญหาที่ทำให้ความสุขลดลงคือความขัดแย้งและความไม่ชัดเจนทางการเมือง รองลงมา ร้อยละ 74.6 ระบุปัญหาสภาพแวดล้อม ดินฟ้าอากาศและภัยแล้ง ร้อยละ 68.1 ระบุปัญหาเศรษฐกิจ ในด้านชาวต่างชาติที่อาศัยในเมืองไทยความสุขลดลงเช่นกัน จาก 6.91 เป็น 6.5 เช่นกัน ในด้านปัจจัยที่ทำให้คนไทยมีความสุข 3 อันดับแรกคือ วัฒนธรรม ประเพณี ความเป็นเอกลักษณ์ของคนไทย เช่น ความจงรักภักดี ความมีไมตรีจิต เกื้อกูล มีน้ำใจต่อกัน ในด้านชาวต่างชาตินั้นพบว่า สาเหตุที่ทำให้ความสุขมวลรวมลดลงเนื่องมาจากสาเหตุเดียวกับคนไทย คือ ความไม่ชัดเจนทางการเมือง ความขัดแย้งภายในประเทศ ความไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

จำลองลักษณ์ จามรโชติและคณะ (2550) ได้ทำการศึกษาความสุขของประชาชนในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 14 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนโดยผสมการแบ่งชั้นภูมิการแบ่งกลุ่ม และการสุ่มอย่างง่าย จากประชากรที่มีอายุ 15-59 ปี ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธรและศรีสะเกษ จำนวน 1,012 คน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2549 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 39.3 ปี จบชั้นประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ ครอบครัวเดี่ยว

เมื่อประเมินระดับความสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 26.9 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีร้อยละ 25.1 ตามลำดับ โดยประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีมีคะแนนเฉลี่ยของความสุขสูงสุด คือ 31.68 รองลงมาคือ อำนาจเจริญ ยโสธร และศรีสะเกษ โดยมีคะแนนเฉลี่ย

31.10, 30.30 และ 30.05 ตามลำดับ ประเด็นที่ประชาชนส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับมากที่สุด 4 ประเด็น คือ มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว การได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย รักความผูกพันในครอบครัว และรู้สึกภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด และประชาชนผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาจะมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนประชาชนที่มีความแตกต่างกันในปัจจัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และที่ตั้งของที่อยู่อาศัย พบว่า มีระดับความสุขไม่แตกต่างกัน

อภิชาติ มงคล และคณะ (2551) ได้ทำการสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ.2548 มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความสุขของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำรวจความสุขของประชาชน และเปรียบเทียบความสุขของประชาชนจากการสำรวจในปี พ.ศ.2546 และ ปี พ.ศ.2548 กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 4,500 คน จำแนกเป็นบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,500 คน และประชาชนในพื้นที่ที่มีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขตั้งอยู่ จำนวน 3,000 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ของอภิชาติ มงคล และคณะ (2547) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าระดับความสุขของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 52.76 รองลงมามีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 26.54 มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปร้อยละ 20.70 ระดับความสุขของประชาชนพบว่าส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 43.71 รองลงมามีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปร้อยละ 31.86 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 24.43 เมื่อทำการเปรียบเทียบจากการสำรวจความสุขคนไทยเฉพาะประชาชนทั่วไป ในปี พ.ศ.2546 และ ปี พ.ศ.2548 พบว่าระดับความสุขของประชาชนในปี พ.ศ.2548 ลดลง

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตหรือความสุขของประชาชน

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มตัวอย่างในเขตหนองจอก ศึกษาในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 826 คน ใช้การเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลกระทบ และประเมินด้วยแบบวัดสุขภาพจิต GHQ-60 (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทย พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตสูงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์โดย multiple logistic score คือ ระดับรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อเดือน ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวห่างเหินหรือขัดแย้งกันมาก การมีบุคคล

ในครอบครัวเจ็บป่วยร้ายแรง ปัญหาสุขภาพ ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานและการเรียน ระดับการศึกษาที่ต่ำ ศาสนา (พุทธมีปัญหามากกว่าคริสต์และอิสลาม) ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มประชากรที่มีปัญหาหลายด้านพร้อมกันคือ มีเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบหรือปัญหาจิตสังคมตั้งแต่ 3 เรื่องขึ้นไปโอกาสจะมีปัญหาสุขภาพจิตจะสูงถึง 3 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีปัญหา

จุมพล สมประสงค์ (2540) ได้ทำการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2540 โดยการสุ่มตัวอย่างของประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป แบบมีระบบ (systematic random sampling) ได้จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 250 คน จากทั้งหมด 1,487 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8 โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทย พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิต 55 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สุขภาพร่างกายของตนเอง การเจ็บป่วยร้ายแรงของคนในครอบครัว การตกงาน ปัญหากับคู่สมรส ปัญหากับสมาชิกในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และความพอใจกับงานที่ทำ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต เช่น ปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิต

นันทิกา ทริชาชาติ และคณะ (2542) ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมต่อปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุทัยธานี กับเขตเมืองพระโขนง กรุงเทพมหานคร โดยสุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 711 คน ใช้เครื่องมือคือ Self Depressive Rating Scale ของ Zung (1965) และแบบสอบถามปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเขตเมือง ร้อยละ 80.3 และเขตชนบทร้อยละ 84.4 ปัจจัยทางจิตสังคมที่พบเหมือนกันทั้ง 2 พื้นที่คือ ความไม่พอใจในสุขภาพ ทั้งการเปลี่ยนแปลงตามอายุขัย และการเจ็บป่วยเป็นโรค เช่น ปัญหาการนอนไม่หลับ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและการเงิน ส่วนปัญหาที่พบต่างกันคือในเขตเมืองหลวงนั้น พบว่า การต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตในช่วงอายุหลัง 60 ปี เพศหญิงการขาดความยอมรับนับถือในสังคม การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าตามลำดับ และในจังหวัดอุทัยธานี ผู้สูงอายุจะพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ การใช้สารเสพติด (นับรวมการกินหมาก) ภาวะที่ไม่สามารถควบคุมจิตใจต่อความเครียดจากเหตุการณ์ประจำวัน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาน้อย

เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากปัญหาสุขภาพจิต ผลการศึกษา พบว่า สามารถแบ่งปัจจัยในทางปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชนหรือสังคม ดังนี้

1. ระดับบุคคล เช่น

1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย วัยหรือช่วงอายุ ทุกช่วงวัยมีรูปแบบของปัญหาที่จำเพาะของวัยนั้นๆ หรืออาจจะปัญหาเดียวกัน อายุที่มากขึ้นมีแนวโน้มจะพบปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น ในด้านเพศ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตพบได้มากในเพศหญิง ในเพศชายพบปัญหาที่ถูกมองในแง่ลบมากกว่า เช่น ความก้าวร้าวรุนแรง การติดยาเสพติดโดยเฉพาะสุรา และปัญหาในกลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexual)

1.2 ปัจจัยจากรูปแบบการใช้ชีวิต เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นทรัพยากรที่ดีสำหรับบุคคลเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันก็เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น หากมีภาวะปัญญาอ่อน เรียนรู้ช้าก็ไม่สามารถศึกษาสูงได้ หากมีความเครียดสูง ก็ปฏิบัติงานไม่ได้ รวมถึงการเลือกนับถือศาสนา ซึ่งจะสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่ต่างกัน เช่น พบการฆ่าตัวตายในชุมชนมุสลิมน้อยกว่าศาสนาอื่น

1.3 ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า ลักษณะอาชีพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิต ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานขาดมนุษยธรรม ขาดการดูแลเอาใจใส่พนักงาน อาชีพที่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุสูง อาชีพที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด แต่การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาชีพนี้ยังไม่สามารถแยกประเด็นได้จากปัจจัยบุคลิกภาพส่วนบุคคลได้ไม่ชัดเจนนัก

1.4 โรคทางจิตเวช สาเหตุการเจ็บป่วยของโรคทางจิตเวชนี้ในปัจจุบันมีการศึกษาว่าปัจจัยทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดมาจากบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับหลายๆ ภาวะ เช่น โรคจิต โรคทางอารมณ์ หรือการติดยาเสพติด และโรคทางจิตเวชจะสัมพันธ์กับปัจจัยทางสุขภาพจิต โรคทางจิตเวชจึงเป็นทั้งตัวชี้วัดปัญหาสุขภาพจิตและเป็นทั้งปัจจัยสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น การฆ่าตัวตาย ปัญหาครอบครัว ความรุนแรงในสังคม

1.5 โรคทางกาย การศึกษาทางสุขภาพจิตเกือบทุกรายงานพบว่า ปัจจัยทางสุขภาพกายมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับสุขภาพจิต เช่น ปัญหาทางจิตบางอย่างเป็นแค่อาการหนึ่งของโรคซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย ปัญหาทางจิตเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากความป่วยจากโรคทางกายเป็นต้น

2. ระดับครอบครัว เช่น โครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ การอยู่หรือหย่าร้างของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัจจัยจากคู่สมรส

โรคทางจิตเวชของผู้ปกครองและญาติ อาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางกรรมพันธุ์ที่ถ่ายทอดโรคทางจิตเวชมาสู่บุคคล ยิ่งองค์ความรู้ทางพันธุกรรมมากขึ้น การศึกษาความเกี่ยวโยงที่พบก็ยิ่งชัดเจนขึ้น เช่น โรคทางอารมณ์ การติดยาเสพติด และการที่มีญาติป่วยก็มีผลในแง่เป็นภาระในการดูแลรับผิดชอบ และเป็นต้นเหตุของความเครียด

โรคทางกายของผู้ปกครองและญาติ เพิ่มความเครียดและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ถ้าความเจ็บป่วยรุนแรงอาจให้ความรู้สึกสูญเสีย และเป็นภาระในการดูแลรักษาเช่นกัน

ปัญหาความสัมพันธ์และการจัดการภายในครอบครัว พบว่าการสื่อสารและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในทุกปัญหาและทุกช่วงอายุไม่ว่าปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ

3. ระดับชุมชน พบว่า ความสุขของคนไทยยังคงอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีต่อปัจจัยสำคัญ เช่น ความสุขต่อวัฒนธรรม ชนบธรรมเนียมประเพณีไทย และความจงรักภักดี สายสัมพันธ์ของคนในครอบครัว สุขภาพกาย ความพึงพอใจในการทำงาน ธรรมชาติและการจัดสรรทรัพยากร สุขภาพใจ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ระบบการศึกษาของประเทศ หลักเศรษฐกิจพอเพียง และเรื่องของความยุติธรรมทางสังคมผ่านกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น

สมชาย จักรพันธุ์ (2544) ได้ทำการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสุขภาพจิตคนไทย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ทำการสำรวจในประชาชนไทยที่มีอายุ 15-60 ปี จาก 4 ภาคของประเทศไทย ยกเว้นเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10,408 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต 66 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต สถิติที่ใช้ประกอบด้วย One-way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตแต่ละภาค และ Chi-square ในการหาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.4 มีสุขภาพจิตที่ดี โดยองค์ประกอบหลักที่อยู่ในระดับที่ดีมากที่สุดคือ ด้านปัจจัยสนับสนุน ร้อยละ 30.4 รองลงมาคือคุณภาพจิตใจ ร้อยละ 27.7 และด้านสมรรถภาพทางจิตใจ ร้อยละ 27.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.9 มีสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าองค์ประกอบด้านสภาพจิตใจ จะอยู่ในระดับที่เป็นปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านสมรรถภาพของจิตใจ ด้านปัจจัยสนับสนุนสุขภาพจิต และด้านคุณภาพของจิตใจ ตามลำดับจากการเปรียบเทียบในแต่ละภาค พบว่าภาคอีสานมีสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 24.5 รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 22.8 ภาคเหนือ ร้อยละ 21.9 ส่วนภาคใต้อยู่ในระดับที่เป็นปัญหา อาจเนื่องจากช่วงที่ทำการศึกษาคือช่วงที่มีน้ำท่วมครั้งใหญ่ที่สุดในภาคใต้

สุพิทยา สังฆะพิลา (2546) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและการแก้ปัญหาของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและการแก้ปัญหาของประชาชนอำเภอศรีสมเด็จและธวัชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือประชากรอำเภอศรีสมเด็จและธวัชบุรี จำนวน 450 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบคัดกรองสุขภาพจิต GHQ-12 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 อายุเฉลี่ย 41.36 ปี เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.0 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 67.6 ส่วนใหญ่

มีรายได้พอใช้กับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 60.7 ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดย การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ ประวัติการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือน การไป รับบริการหมอ การไปรับบริการนัดเพื่อคลายเครียด มีความคิดฆ่าตัวตาย สุขภาพร่างกาย คนในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิตและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ในครอบครัว เหตุการณ์ชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และจำนวนปัญหาด้านจิตสังคมในช่วง 2-3 เดือน ที่ผ่านมา เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่างๆ กับปัญหาสุขภาพจิต โดยวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณจึงได้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีความคิด ฆ่าตัวตาย มีปัญหาสุขภาพร่างกาย บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต มีปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรส มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน/การเรียน และมีประวัติเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

จันทร์พัฒน์ และคณะ (2547 อ้างถึงใน อลิสา วัชรสินธุ, 2549) ได้ศึกษาผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วไปจากภาคใต้จำนวน 120 ราย ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าและ หาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง การรับรู้ความรุนแรง ของอาการเจ็บป่วย การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล มีผล ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปปัจจัยที่พบว่าเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ในการศึกษานี้คือ โรคทางกายที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยทางครอบครัว

ศรียรรณา พูลสรรพสิทธิ์ และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของ คนไทยที่เกี่ยวข้องกับความสุข พบว่าการแก้ปัญหาสุขภาพจิตสามารถทำให้ประชาชนมีความสุข เพิ่มขึ้น และความเครียดลดลงอย่างชัดเจน

กรมสุขภาพจิต (2549) ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ได้ทำการศึกษาดัชนีความสุขมวลรวม (Gross Domestic Happiness Index) ของคนไทย ประจำเดือนสิงหาคม : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชน 25 จังหวัดของประเทศ จำนวน 4,864 คน ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 25 สิงหาคม - 12 กันยายน 2549 ผลการศึกษา พบว่า ความสุขของ คนไทยยังคงอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีต่อปัจจัยสำคัญ 10 อันดับแรก ได้แก่ ความสุขต่อวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีไทย และความจงรักภักดี ได้คะแนนความสุขเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 จาก คะแนนเต็ม 10 คะแนน อันดับสองได้แก่ สายสัมพันธ์ของคนในครอบครัวได้ 8.02 คะแนน อันดับสามได้แก่ สุขภาพกาย ได้ 7.71 คะแนน อันดับสี่ ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงาน ได้ 7.16 คะแนน อันดับห้า ได้แก่ ธรรมชาติและการจัดสรรทรัพยากร ได้ 6.88 คะแนน อันดับหก ได้แก่ สุขภาพใจ ได้ 6.72 คะแนน อันดับเจ็ดได้แก่ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ได้ 6.58 คะแนน อันดับแปด ได้แก่ ระบบการศึกษาของประเทศ ได้ 6.54 คะแนน อันดับเก้า ได้แก่ หลักเศรษฐกิจพอเพียง ได้ 6.33 คะแนน และเรื่องของความยุติธรรมทางสังคมผ่านกระบวนการ ยุติธรรม ได้ 6.33 เท่ากัน

จากการวิเคราะห์หาค่าความสุขมวลรวม (Gross Domestic Happiness : GDH) ของคนไทยประจำเดือนสิงหาคม พบว่า ความสุขมวลรวมของคนไทยในเดือนสิงหาคม ลดลงจากเดือนกรกฎาคมจาก 7.29 มาอยู่ที่ 6.34 กล่าวคือลดลงจากระดับ "ดี" มาอยู่ที่ "ค่อนข้างดี" เนื่องมาจากปัจจัยสำคัญเรื่องความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน ที่พักอาศัยลดลง เช่น เรื่องการช่วยเหลือกันและกันของคนในชุมชนลดลงจากร้อยละ 68.9 ในเดือนพฤษภาคม มาอยู่ที่ร้อยละ 49.9 ในเดือนสิงหาคม เรื่องของการช่วยกันรักษาทรัพย์สินส่วนรวมในชุมชน ลดลงจากร้อยละ 61.3 ในเดือนพฤษภาคม มาอยู่ที่ร้อยละ 50.3 ในเดือนสิงหาคม เช่น ไฟฟ้าส่องทางเดิน แม่น้ำลำคลอง ตู้โทรศัพท์สาธารณะ ป้ายหยุดรถประจำทางและศาลาที่พัก เป็นต้น ซึ่งทรัพย์สินสาธารณะเหล่านี้ไม่ค่อยได้รับการช่วยกันรักษา เรื่องการช่วยกันสอดส่องดูแลชุมชนลดลงจากร้อยละ 66.1 ในเดือนพฤษภาคม มาอยู่ที่ร้อยละ 49.5 ในเดือนสิงหาคม และที่น่าพิจารณาคือ เรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนลดลงจากร้อยละ 67.8 ในเดือนพฤษภาคม มาอยู่ที่ร้อยละ 53.7 ในเดือนสิงหาคม

เมื่อจำแนกความสุขมวลรวมของคนไทยตามภูมิภาคต่างๆ เมื่อคะแนนเต็ม 10 พบว่า คนกรุงเทพมหานครมีความสุขมวลรวมน้อยที่สุดคือได้ 5.54 คะแนน และรองอันดับท้ายคือ กลุ่มประชาชนในภาคกลางได้ 6.08 คะแนน ที่น่าสนใจคือประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มักจะถูกมองว่าอยู่ท่ามกลางความยากจนด้านข้าวของเงินทอง แต่กลับมีคะแนนความสุขมวลรวมสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศคือได้ 6.69 ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีคะแนนความสุขมวลรวมสูงกว่าทุกภาคในการสำรวจวิจัยทุกครั้งที่ผ่านมา ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขมวลรวมของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมประเพณีไทย รองลงมาคือ สายสัมพันธ์ของคนภายในครอบครัว สุขภาพกาย และความพึงพอใจในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชีวิตมากกว่ากลุ่มประชาชนในภูมิภาคอื่นๆ อีกด้วย

เมื่อวิเคราะห์ค่าความสุขมวลรวมของประชาชนคนไทยจำแนกตามระดับความเคร่งครัดของการใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงในชีวิต พบว่า กลุ่มประชาชนที่นำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชีวิตแบบเคร่งครัด มีความสุขมวลรวมสูงเกือบสองเท่าตัวของกลุ่มประชาชนที่ไม่เคร่งครัดกับการใช้ชีวิตแบบพอเพียง คือร้อยละ 44.6 ต่อร้อยละ 27.5 เมื่อพิจารณาภาพรวมของการวิจัยความสุขมวลรวมของประชาชนภายในประเทศประจำเดือนสิงหาคมครั้งนี้ พบว่า แนวทางที่น่าจะเป็นไปได้สำหรับการรักษาระดับความสุขมวลรวมของประชาชนให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีคือ 1) พรรคการเมืองทุกพรรคควรมีนโยบายชัดเจนในการสร้างเสริมความสุขมวลรวมของประชาชนภายในประเทศ หรือ Gross Domestic Happiness หรือ GDH มากกว่าการเน้นพัฒนาประเทศตามระบบทุนนิยมเพียงอย่างเดียว 2) กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด ควรมียุทธศาสตร์ในการรักษาปัจจัยที่สนับสนุนความสุขมวลรวมของประชาชน เช่น วัฒนธรรมประเพณีไทย สายสัมพันธ์ของคนในครอบครัว และบรรยากาศที่ดีใน

ชุมชนเข้มแข็ง เป็นต้น ในส่วนของภาคเอกชนเขตเมืองใหญ่ควรใช้ห้างสรรพสินค้าเป็นสถานที่ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกันของคนในชุมชน เช่น นิทรรศการอุทยานการเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย การละเล่นและแสดงดนตรี ศิลปวัฒนธรรมไทย และการรวมตัวกันสนทนาแลกเปลี่ยนแนวทางแก้ไขปัญหาลำคัญในชุมชน เป็นต้น ในขณะที่ชุมชนนอกเขตเมืองอาจใช้ลานอเนกประสงค์หรือวัด โรงเรียนเป็นสถานที่พบกันเพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ เป็นต้น 3) ทุกภาคส่วนของสังคมควรรณรงค์อย่างต่อเนื่อง จนถึงระดับปัจเจกบุคคลในการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้น โดยเฉพาะ การสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักถึงการมีส่วนร่วม และการนำไปปฏิบัติจริง เช่น การวางแผนการใช้จ่ายและหารายได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนการทำงานหาข้าวปลาอาหารพออยู่พอกินมากกว่าเงินทอง และเลิกการใช้จ่ายเงินซื้อสลากกินแบ่งรัฐบาล หรือการพนันทุกชนิดเพราะเป็นหมวดค่าใช้จ่ายที่มีความเสี่ยงสูงในการสูญเสียเงินไปโดยง่าย เป็นต้น

อรุณี อุณหะวารกร (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความสุขจากการเสียสละ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขที่ถูกกำหนดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และตัวแปรความสุข 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสียสละของบุคคลในประเทศไทย โดยใช้ฐานข้อมูลการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ของอภิชัย มงคลและคณะ (2547) มาวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขมากกว่าผู้หญิง ช่วงอายุ 41-60 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขมากกว่าช่วงอายุ 15-40 ปี เขตชนบทมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขมากกว่ากลุ่มอื่นๆ สถานภาพสมรสคู่มีความสุขมากกว่ากลุ่มอื่นๆ สำหรับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขและการเสียสละ พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อกันในทิศทางบวก

ปั๋งปอนด์ รักอำนวยกิจ และพิริยะ ผลพิรุฬห์ (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสุขกายสบายใจของคนเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะของความสุขทางใจและสุขทางกาย เปรียบเทียบระหว่างคนในภาคต่างๆ และตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ศึกษาจากข้อมูลของอภิชัย มงคลและคณะ (2547) ในการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ผลการศึกษา พบว่า ประชากรเขตชนบทตอบว่ามีความสุข (สุขมากที่สุด สุขมาก) มากกว่าประชากรเขตเมือง และประชากรที่ตอบว่ามีความสุขเมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่า ภาคเหนือมีความสุขมากที่สุด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยของต่างประเทศ ได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio-Economic Factors) ต่างๆ โดยพบว่าระดับความสุขจะลดลงเมื่อบุคคลนั้นเกิดการว่างงาน หรือได้รับรายได้ที่ลดลง รวมไปถึงการอยู่อาศัยในเมือง เช่น ในการศึกษาของ Gerdtham and Johannesson (1997) Easterlin (2001) และระดับของความสุขจะเพิ่มในกรณีบุคคลที่แต่งงานแล้ว เช่น ในการศึกษาของ Frey and Stutzer (2003) Frey and Stutzer (2004) ได้อธิบายถึงสาเหตุว่า การแต่งงานทำให้

เกิดความรู้สึกที่มั่นคง และการเห็นคุณค่าตัวเองที่มีต่อคนในครอบครัว นอกจากนี้พบว่า การมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และการมีสุขภาพกายที่ดีทำให้มีระดับความสุขที่เพิ่มขึ้น เช่น ในการศึกษาของ Elster (1998) และในการศึกษาของ Gerdtham and Johannesson (1997) เป็นต้น ส่วนปัจจัยทางด้านอายุ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและระดับของความสุขนั้นมีความสัมพันธ์ในลักษณะของตัว U (U-Shape) โดยช่วงอายุที่คนมีระดับของความสุขต่ำที่สุด (หรือความทุกข์มากที่สุด) คือช่วงของวัยกลางคน โดยผลของการศึกษาพบว่าคนในช่วงวัยนี้จะมีระดับความสุขที่ต่ำกว่าในช่วงอายุของวัยเด็กและวัยชรา เช่น การศึกษาของ Clark and Oswald (1994) ที่พบว่าประชากรชาวอเมริกันจะมีระดับความสุขต่ำที่สุดในช่วงอายุประมาณ 35 ปีขึ้นไป จนถึง 45 ปี ในขณะที่การศึกษาของ Gerdtham and Johannesson (1997) ศึกษาจากตัวอย่างประชากรชาวสวีเดนพบว่า ช่วงอายุที่มีความสุขต่ำที่สุดได้แก่ช่วงอายุ 45-64 ปี

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศ และต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขหรือสุขภาพจิตอาจแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การว่างงานหรือรายได้ที่ลดลง ระดับการศึกษา การนับถือศาสนาพุทธ หรือคริสต์ การอาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือเขตชนบท ภาคที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน
2. ภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือน การมีความคิดฆ่าตัวตาย
3. ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว คนในครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ความพึงพอใจในการทำงาน วัฒนธรรมประเพณีไทย การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำรงชีวิต ความชัดเจนของการเมือง บรรยากาศที่ดีในชุมชน เป็นต้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี 2550 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยทำการศึกษาในประชากรไทย มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลนคร องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็กของภาคกลาง รวมกับภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร (เฉพาะ กรุงเทพมหานครแบ่งการปกครองแบบเขต แขวง และชุมชน)

1.2 ขนาดตัวอย่างในการศึกษา

1.2.1 การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตร (Bennett, et al., 1991; Levy & Lemeshow, 1999)

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

เมื่อ $Z \frac{\alpha}{2}$ = ความเชื่อมั่น 95 % หรือเท่ากับ 1.96

P = prevalence คือ ความชุกของสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คือ 28.4 % (สวนดุสิตโพลส์, 2544) หรือเท่ากับ 0.284

d = acceptable of error คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้กำหนดให้เท่ากับ 8 % ของค่าความชุกสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หรือเท่ากับ 0.023

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.284 (1-0.284)}{0.023^2}$$

$$\text{ดังนั้น } n = 1,476$$

เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi - stage random sampling) ขนาดของตัวอย่างต้องคูณด้วย design effect หากกำหนด design effect เท่ากับ 2 ถือว่าค่อนข้างสูง และมีผู้ใช้กันทั่วไป (Amon et al., 2000) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย $1,476 \times 2$ หรือเท่ากับ 2,952 คน เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 3,184 คน

1.2.2 การคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละภาค
 คำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละภาค โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{ขนาดตัวอย่างในแต่ละภาค} = \frac{\text{กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาทั้งหมด} \times \text{ประชากรภาคนั้นๆ}}{\text{ประชากรทั้งประเทศ}}$$

ดังนั้นในแต่ละภาคมีขนาดตัวอย่างดังนี้

1) กรุงเทพมหานคร	=	$\frac{3,000 \times 5,695,956}{62,828,706}$	=	272	คน
2) ภาคกลางรวมภาคตะวันออก (20 จังหวัด)	=	$\frac{3,000 \times 15,264,732}{62,828,706}$	=	729	คน
3) ภาคเหนือ (17 จังหวัด)	=	$\frac{3,000 \times 11,890,752}{62,828,706}$	=	568	คน
4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (19 จังหวัด)	=	$\frac{3,000 \times 21,376,830}{62,828,706}$	=	1,021	คน
5) ภาคใต้ (14 จังหวัด)	=	$\frac{3,000 \times 8,600,436}{62,828,706}$	=	411	คน

(ที่มาของประชากรระดับภาคและประเทศ ปี พ.ศ. 2549 จากสำนักนโยบายและแผนการ
 ขนส่งและจราจร กระทรวงมหาดไทย, 2550 online available from <http://www.otp.go.th/statdata.asp>)

1.2.3 ขนาดตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลเมื่อแบ่งตามเขตเมืองและเขตชนบท
 โดยมีความหมายของเขตเมือง และเขตชนบท ดังนี้

เขตเมือง หมายถึง การปกครองแบบเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาล
 ตำบล การปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,
 2550)

เขตชนบท หมายถึง การปกครองอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ ซึ่งได้แก่ การปกครอง
 แบบองค์การบริหารส่วนตำบล

ดังนั้น จึงคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนตามเขตเมือง และเขตชนบทตาม
 รายภาค ดังนี้ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครจะเป็นเขตที่มีการปกครองแบบแบ่งเขต จึงสุ่มตัวอย่าง
 โดยแบ่งเป็น เขตเมืองชั้นใน มี 22 เขต เขตต่อเมือง มี 22 เขตเขตชานเมือง มี 6 เขต
 โดยแต่ละเขตสุ่มอย่างน้อย 2 แขวง ยกเว้นเขตปทุมธานีมีเพียงแขวงเดียว)

ขนาดตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทในแต่ละภาค คำนวณจากสูตร

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

1) ภาคเหนือ

$$\begin{array}{lclcl} \text{เขตเมือง} & = & \frac{568 \times 2,321,745}{11,890,752} & = & 111 \text{ คน} \end{array}$$

$$\begin{array}{lclcl} \text{เขตชนบท} & = & 568 - 111 & = & 457 \text{ คน} \end{array}$$

2) ภาคกลาง

$$\begin{array}{lclcl} \text{เขตเมือง} & = & \frac{729 \times 4,996,723}{15,264,732} & = & 239 \text{ คน} \end{array}$$

$$\begin{array}{lclcl} \text{เขตชนบท} & = & 729 - 239 & = & 490 \text{ คน} \end{array}$$

3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

$$\begin{array}{lclcl} \text{เขตเมือง} & = & \frac{1,021 \times 3,333,666}{21,376,830} & = & 159 \text{ คน} \end{array}$$

$$\begin{array}{lclcl} \text{เขตชนบท} & = & 1,021 - 159 & = & 862 \text{ คน} \end{array}$$

4) ภาคใต้

$$\begin{array}{lclcl} \text{เขตเมือง} & = & \frac{411 \times 2,027,547}{8,600,436} & = & 97 \text{ คน} \end{array}$$

$$\begin{array}{lclcl} \text{เขตชนบท} & = & 411 - 97 & = & 313 \text{ คน} \end{array}$$

สำหรับกรุงเทพมหานคร การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรเดียวกัน คือ

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

แต่เนื่องจากการคำนวณขนาดตัวอย่างของจังหวัดกรุงเทพฯ เมื่อคำนึงถึงสัดส่วน
 ของประชากร พบว่า ต้องเก็บตัวอย่าง 272 คน ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ
 ดังนั้นจึงเก็บตัวอย่างในขั้นต่ำเท่ากับ จำนวนตัวอย่างของภาคใต้ที่คำนวณได้ คือ 411 คน

หมายเหตุ ตัวเลขขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้กับเลขในตารางในการเก็บข้อมูลอาจไม่ตรงกัน เนื่องจากเมื่อนำมาหารด้วย 3 มีการปัดตัวเลขขึ้นเพื่อสะดวกในการเก็บข้อมูล เพื่อกระจายตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเขตเมือง และเขตชนบทในแต่ละภาค

1.2.4 หน่วยศึกษา

หน่วยศึกษา หมายถึง ตัวอย่าง 1 คน จาก 1 หลังคาเรือน โดยมีวิธีการดังนี้

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

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

เมื่อ

$$I = \text{ช่วงห่างของการสุ่ม}$$

$$N = \text{จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด}$$

$$n = \text{จำนวนหลังคาเรือนที่ต้องการศึกษา}$$

แทนค่าจากสูตรดังนี้

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

$$= 4.28$$

ฉะนั้นช่วงห่างของการสุ่มเท่ากับ 4 หลังจากนั้นให้ทำฉลากหมายเลข 1 - 4 และสุ่มเลขที่เริ่มต้น สมมติว่าสุ่มได้เลข 3 ฉะนั้นหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 3, 7, 11, 15, 19, 23... 280

2) สุ่มตัวอย่างคนในหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ โดยการดูจาก family folder ว่าในแต่ละหลังคาเรือนที่สุ่มได้มีกี่คนที่มีคุณสมบัติเป็นตัวอย่างที่ศึกษา (inclusion criteria) สมมติว่าในหลังคาเรือน ก มี 3 คน ให้เขียนชื่อทั้ง 3 คน และสุ่มคนที่จะทำการสอบถามเก็บข้อมูลในหลังคาเรือน ก เพียง 1 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบหยิบฉลาก (simple random sampling technique) จนครบ 70 หลังคาเรือน (อาจใช้วิธีกำหนดตัวเลขของสมาชิกในครอบครัวแทนการเขียนชื่อ ใน family folder ก็ได้) เนื่องจากต้องการสุ่มตัวอย่างให้มีเพศใกล้เคียงกับประชากรของประเทศจึงกำหนดสุ่มตัวอย่างบ้านหลังแรกเป็นเพศหญิง แล้วต่อไปเป็นเพศชายสลับกันไปเช่นนี้จนครบตารางหลังคาเรือนที่สุ่มได้

ในกรณีที่ถ้าบ้านหลังนั้นไม่ให้ความร่วมมือ หรือไม่มีใครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ให้ไปเก็บข้อมูลหลังคาเรือนถัดไป

3) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการเชิญกลุ่มตัวอย่างมาพบที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย ศาลากลางบ้าน หรือวัด ตามความเหมาะสมในแต่ละหมู่บ้าน หรืออาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามบ้านในแต่ละหลัง ขึ้นอยู่กับความพร้อมของพื้นที่นั้น ๆ

4) คุณสมบัติของประชากรที่ทำการศึกษา จะทำการศึกษาโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติประกอบไปด้วยข้อบ่งชี้ (inclusion criteria)

4.1) อายุ 15 ปีขึ้นไปจนถึง 60 ปี

4.2) อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน หรือชุมชนนั้นๆ ขณะทำการศึกษายอย่างน้อย 1 ปี

4.3) สามารถสื่อสารได้ ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก

4.4) ให้ความร่วมมือในการวิจัยตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

4.5) มีอาการป่วยหนักมากหรือไม่รู้สึกตัว

4.6) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ทุกข้อ หรือออกจากการวิจัยเมื่อเก็บข้อมูลได้ระยะหนึ่ง โดยไม่ยินยอมตอบคำถามอีกต่อไป

2. การสุ่มตัวอย่างและพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

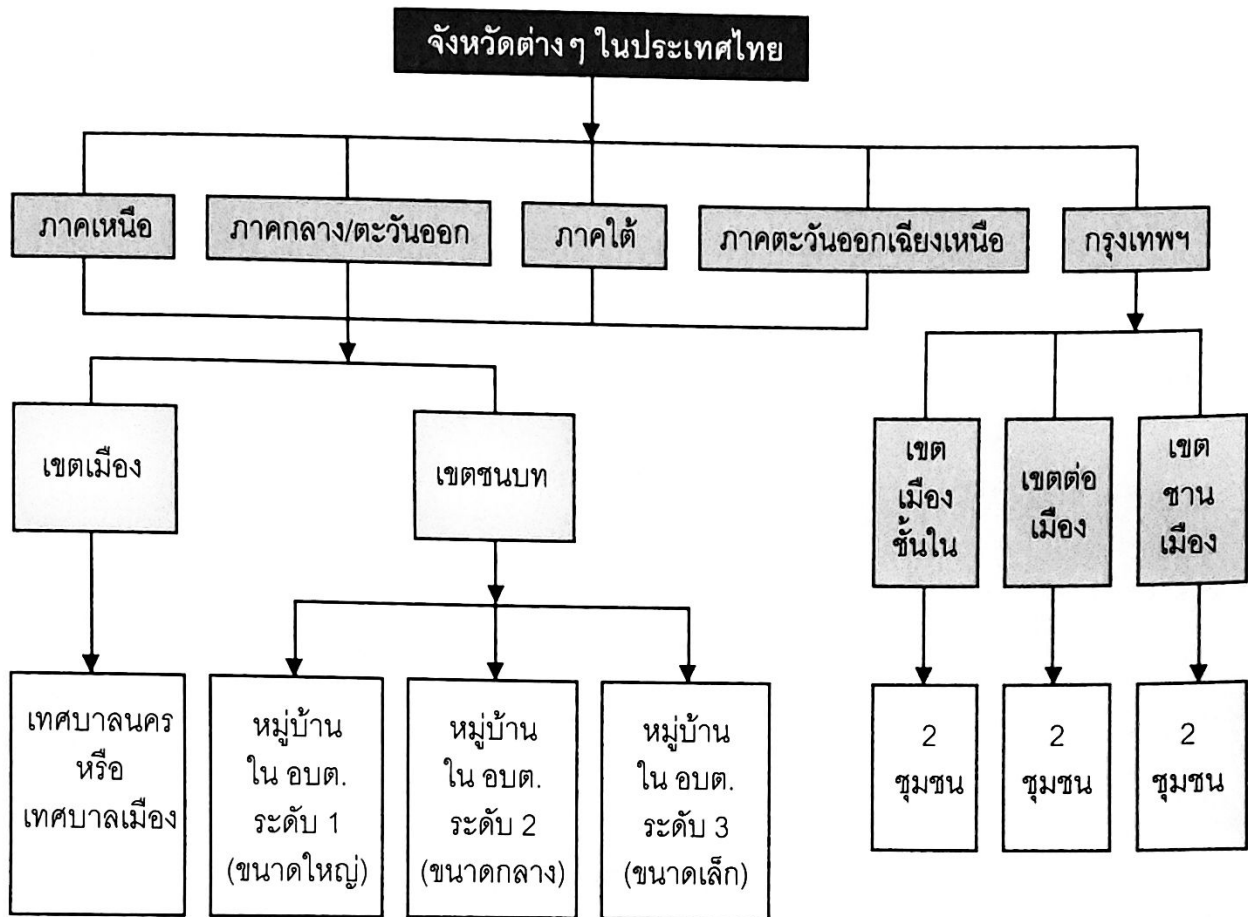
2.1 จัดกลุ่มจังหวัดที่มีการบริหารแบบ อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก จากนั้นสุ่มจังหวัดในแต่ละภาคของประเทศ ภาคละ 3 จังหวัด โดยมีตัวแทนของ อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ในแต่ละภาคซึ่งมีทั้งหมด 4 ภาค และ 1 จังหวัด คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางรวมภาคตะวันออก ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพเป็นเขตการปกครองพิเศษ

2.2 ในแต่ละจังหวัดที่สุ่มได้ในแต่ละภาค จะสุ่มเพียง 1 ชุมชน ในการปกครองแบบเทศบาลนคร หรือเทศบาลเมือง และสุ่มเพียง 1 หมู่บ้าน ในการปกครองแบบ อบต. โดยทำการเก็บข้อมูลดังนี้

2.2.1 เก็บข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลเมือง หรือเทศบาลนคร ในกรณีอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ เขตเมือง หมายถึง เขตวัฒนา เท่านั้น

2.2.2 เขตชนบท หมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยในการปกครองแบบ อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก และในกรณีอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ หมายถึง เขตต่อเมือง และเขตชานเมือง

2.3 แผนผังการสุ่มตัวอย่าง



2.4 พื้นที่การเก็บข้อมูล

ภาค	เขต/จังหวัด ที่เก็บข้อมูล	เขตเทศบาล/แขวง	ชุมชน/อบต. (ใหญ่ กลาง เล็ก)	อยู่ในความ รับผิดชอบของ ร.พ.
กรุงเทพฯ 411 คน	วัดมณเฑียร 106 คน (เขตเมือง)	แขวงคลองเตยเหนือ 53 คน	1 ชุมชน	สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
		แขวงพระโขนงเหนือ 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)	โรงพยาบาล ศรีรัษฎา
	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)	โรงพยาบาล ศรีรัษฎา
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	เทศบาลเมือง อุทัยธานี 37 คน	อบต.หนองไผ่ อ.หนองขาหย่าง 153 คน (อบต.ขนาดเล็ก)	โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ ราชนครินทร์

2.4 พื้นที่การเก็บข้อมูล (ต่อ)

ภาค	เขต/จังหวัด ที่เก็บข้อมูล	เขตเทศบาล/แขวง	ชุมชน/อบต. (ใหญ่ กลาง เล็ก)	อยู่ในความ รับผิดชอบของ ร.พ.
ตะวันออกเฉียงเหนือ 1,023 คน	นครราชสีมา 341 คน	เทศบาลนครราชสีมา 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 ขอนแก่น ราชนครินทร์
	กาฬสินธุ์ 341 คน	เทศบาลเมือง กาฬสินธุ์	อบต.สามัคคี อ.ร่องคำ 288 คน (อบต. ขนาดเล็ก)	โรงพยาบาลจิตเวช นครพนม ราชนครินทร์
ใต้ 411 คน	สงขลา 137 คน	เทศบาลนครสงขลา 33 คน	หมู่ 3 อบต. เขารูปช้าง อ.เมือง 104 คน (อบต. ขนาดใหญ่)	โรงพยาบาลจิตเวช สงขลา ราชนครินทร์
	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)	

2.5 การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (2547) การเก็บข้อมูลยังมีจุดอ่อนในเรื่องเพศ เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลจากเพศหญิงถึงร้อยละ 68.9 เพศชาย ร้อยละ 31.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสัดส่วนของประชากรประเทศ ซึ่งมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพียงเล็กน้อย ฉะนั้นในการสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ของทุกชุมชนหรือหมู่บ้านที่สุ่มตัวอย่างได้ กำหนดให้สุ่มตัวอย่างเริ่มต้นหลังคาเรือนแรกเป็นเพศหญิง หลังคาเรือนที่สองเป็นเพศชาย สลับเพศกันไปเช่นนี้จนกระทั่งครบตามตัวอย่างที่กำหนด เพื่อให้ผลการศึกษาใกล้เคียงกับประชากรของประเทศ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ “ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ของอภิชัย มงคล และคณะ (2552) เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 14 ข้อ และ ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มีจำนวน 55 ข้อ (สำหรับการศึกษานี้ใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยทั้ง 2 ฉบับ คือฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย (ภาค เขต) เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ปัญหาสุขภาพที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ เรื่องทุกข์ใจ และความสุขโดยรวม

ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

3.1 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (จำนวน 55 ข้อ)

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

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 ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ (negative item) ถ้าตอบคำถามว่า

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

3.2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (จำนวน 15 ข้อ) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

เป็นเครื่องมือที่ลดข้อคำถามจากฉบับสมบูรณ์เหลือเพียง 15 ข้อ มีข้อคำถามที่เป็นเชิงบวกในข้อที่ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

มีคำถามที่เป็นเชิงลบในข้อที่ 3,4,5

3.3 การแปลความหมายของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มีวิธีการแปลความหมายของเครื่องมือ ดังนี้

3.3.1 คิดคะแนนรายข้อตามวิธีการให้คะแนนในแต่ละข้อ

3.3.2 นำคะแนนของแต่ละข้อมาบวกกันเพื่อหาคะแนนรวม

3.3.3 หลังจากนั้นพิจารณาว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด โดยเปรียบเทียบกับค่าปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนนภาวะสุขภาพจิตคนไทยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 และ 25 เป็นตัวแบ่ง เหตุผลที่ใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เนื่องจากการตรวจสอบการกระจายของคะแนนภาวะสุขภาพจิตคนไทยที่ได้ ปรากฏว่าการกระจายไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) จึงกำหนด

1) คะแนนภาวะสุขภาพจิตมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

2) คะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25-75 เท่ากับสุขภาพจิตอยู่ในระดับคนทั่วไป

3) คะแนนภาวะสุขภาพจิตน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การแปลความหมายของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จากผลการศึกษาที่ได้รับมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน

179-220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

158-178 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

เครื่องมือฉบับสั้น 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน

51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

เมื่อศึกษาการแปลความหมายของเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ โดยจำแนกตามองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบสามารถแปลผลได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental state)

48-52 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป

40-47 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป

39 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity)

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

องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality)

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

องค์ประกอบที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors)

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

3.4 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

3.4.1 ค่าความเชื่อมั่นของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ

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

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

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 อธิปไตยกรมสุขภาพจิตแจ้งในที่ประชุมกรมสุขภาพจิต เพื่อขอความร่วมมือกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในการจัดสรรผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละพื้นที่ และจัดทีมงานในแต่ละองค์กร 6-10 คนขึ้นไป ร่วมเป็นผู้เก็บข้อมูลวิจัย

4.2 ติดต่อประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่เก็บข้อมูลวิจัย เพื่อประสานความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

4.3 ประชุมหัวหน้าทีมเก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นบุคลากรในสถาบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในวันที่ 30 มิถุนายน 2550 ณ ห้องประชุมกรมสุขภาพจิต เพื่อชี้แจงการดำเนินงาน อภิปรายปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ตลอดจนความต้องการการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต รวมทั้งวางแผนการประชุมชี้แจงทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละภาค และการนิเทศงานการเก็บข้อมูล

4.4 ประชุมหัวหน้าทีมและผู้วิจัยภาคสนามในแต่ละภาคในเดือน กรกฎาคม 2550 โดยอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลตามคู่มือที่จัดทำขึ้น และแจกคู่มือให้แก่ผู้วิจัยภาคสนามคนละ 1 เล่ม จากนั้นให้ผู้วิจัยภาคสนามจับคู่กัน ฝึกทักษะในการเก็บข้อมูลวิจัยตามแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่พัฒนาขึ้น เปิดโอกาสให้ทุกคนอภิปราย ชักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการเก็บข้อมูลอีกครั้ง ผู้วิจัยภาคสนามทุกคนจะมีคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยประจำตัวคนละ 1 เล่ม ไว้ศึกษาเมื่อมีปัญหาลักษณะเก็บข้อมูล

4.5 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ของ 5 ภาคคือ ภาคเหนือ ภาคกลางรวมกับภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ สำหรับจังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลในเขตเมืองชั้นใน เขตต่อเมืองเขตชานเมือง จำนวน 2,952 คน แต่เก็บข้อมูลจริงได้ 3,184 คน (สถานที่เก็บข้อมูลรายละเอียดอยู่ใน การสุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ในการเก็บข้อมูล) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2550 – พฤศจิกายน 2550)

4.6 ทำการเก็บข้อมูลจากครัวเรือนที่สุ่มตัวอย่างได้ ตามคุณสมบัติที่กำหนด ถ้าหากครัวเรือนใดมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 คน จะใช้วิธีการจับฉลากเพียง 1 คนเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากเชื่อว่า 1 คนในครัวเรือนสามารถเป็นตัวแทนที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพจิตของคนในครัวเรือนนั้นๆ

4.7 ในการเก็บข้อมูลวิจัย จะมีหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละภาคเป็นผู้นิเทศงาน ตรวจสอบ และเป็นพี่ปรึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย หากมีปัญหาไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ สามารถประสานงานทางโทรศัพท์กับคณะทำงานได้ตลอดเวลา โดยถ้าเป็นปัญหาทางด้านวิชาการ คณะทำงานจะปรึกษาที่ปรึกษาหรือผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อช่วยตัดสินใจในการแก้ปัญหาในเรื่องนั้นๆ และจะประสานงานกลับไปให้หัวหน้าทีมวิจัยในแต่ละภาคทราบ เพื่อให้สามารถดำเนินงานเก็บข้อมูลวิจัยให้สอดคล้องตรงกัน

4.8 การนิเทศงานการเก็บข้อมูลวิจัยโดยคณะผู้วิจัย ได้ดำเนินการนิเทศงานการเก็บข้อมูลโดยรวมวางแผนกับหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนาม และกำหนดวันในการนิเทศงานดังนี้

- | | | |
|-----|--------------|--|
| 1 | กันยายน 2550 | นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร |
| 4-5 | กันยายน 2550 | นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดพังงา |
| 8 | กันยายน 2550 | นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดนครราชสีมา |

9-10 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดกาฬสินธุ์
11 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดหนองคาย
12 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดอุทัยธานี
13-14 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดสงขลา
17-18 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดสมุทรสงคราม
24-25 กันยายน 2550	นิเทศงานการเก็บข้อมูลที่จังหวัดเชียงราย

ผลการนิเทศงานพบว่า บางแห่งเป็นตัวอย่างที่ดี คือ มีการประสานงานกับพื้นที่ที่เก็บข้อมูล และทีมวิจัยลงพื้นที่ก่อนเก็บข้อมูลเพื่อสุ่มตัวอย่างตามกำหนด และจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ หรือแกนนำชุมชนนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง มารวมกันที่วัด ศาลากลางบ้าน โรงเรียน สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น เมื่อทีมวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่นัดหมายมาตามสถานที่ที่กำหนด หากพบว่าบางคนไม่สามารถมาตามที่กำหนดได้ จะใช้วิธีการไปเก็บข้อมูล ณ บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีสุ่มตัวอย่างแล้ว กลุ่มตัวอย่างนั้นๆ ไม่อยู่ หรือไปทำงานต่างจังหวัด จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างบ้านหลังถัดไปทดแทน

ในบางพื้นที่มีปัญหาในด้านการวางแผนการเก็บข้อมูล จะใช้วิธีการลงพื้นที่ไปประสานงานและเก็บข้อมูลเลย ทำให้เสียเวลามากในการเก็บข้อมูล จึงได้ให้ข้อเสนอแนะการวางแผนงานที่ดีและสาธิตวิธีการสุ่มตัวอย่าง และจัดทำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ โดยมีชื่อสำรองเพื่อทดแทนกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่อีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการใช้คำถามเพื่อให้ได้คำตอบที่สอดคล้องกับเรื่องที่จะถาม เช่น ในกรณีถามเรื่องครอบครัว แต่พบว่าผู้ตอบไม่ได้ตอบร่วมกับครอบครัว แต่อาศัยอยู่รวมกันกับเพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เนื่องจากย้ายมาทำงานต่างจังหวัดนานแล้ว ฉะนั้นครอบครัวในข้อ 46-49 จึงอาจหมายถึงเพื่อนร่วมงาน เพื่อนสนิทได้

สำหรับปัญหาด้านอื่นๆ เป็นปัญหาด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ เก็บข้อมูลไม่ทันตามกำหนด ขอเลื่อนกำหนดการส่งข้อมูล เป็นต้น

4.9 การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีคุณภาพ ได้เน้นให้ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

4.9.1 แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ ผลกระทบที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ การรักษาความลับ สอบถามความพร้อมและความยินยอมของผู้ถูกสัมภาษณ์ ในการเข้าร่วมการวิจัย และให้เขตนัดยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน และถึงแม้ว่าจะสัมภาษณ์ไปได้ระยะหนึ่งแล้ว ผู้ถูกสัมภาษณ์ขอยุติการให้ข้อมูล ทั้งๆ ที่ยังไม่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ก็สามารถทำได้ นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการวิจัยครั้งนี้ก็มีการแจ้งรายชื่อคณะผู้วิจัยที่สามารถติดต่อสอบถามได้

4.9.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ถูกสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามทุกข้อ ต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือกคือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์อาการความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ
เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย
หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุดหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

4.9.3 ภายหลังการสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ให้อธิบายให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบด้วยว่า หากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้มีข้อคำถามใดก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยกับญาติที่ใกล้ชิด เพื่อนที่ไว้วางใจ หรือสามารถขอรับบริการปรึกษาจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐที่ใกล้บ้านได้

4.9.4 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ กรณีข้อใดว่างหรือไม่ได้ตามคำถามนั้น ให้ถามซ้ำจนกระทั่งสมบูรณ์ถูกต้อง

4.9.5 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ขอให้ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของคนไทยต่อไปในอนาคต ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อไป

4.10 นำแบบประเมินที่ได้รับทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลวิจัยในวันต่อวัน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลวิจัยที่อาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้จากเครื่องมือฉบับนี้ ตามรหัสคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การประมวลผลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

นำข้อมูลที่ได้ป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรม SPSS for Window โดยบันทึก 2 ครั้ง ใช้พนักงานบันทึกข้อมูล 2 คน แล้วตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย ใช้สถิติ Chi-square test

5.3 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ใช้สถิติ Odd ratio และ 95 % Confidence interval of odd ratio

5.4 การศึกษาปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพจิตคนไทย ใช้สถิติ Logistic regression analysis

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. สุขภาพจิตคนไทย ปี 2550
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไป
 - 1.2 ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี 2550
 - 1.3 ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี 2550 เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain)
 - 1.4 ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยโดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย
3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
4. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ.2546 ปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2550

1. สุขภาพจิตคนไทย ปี 2550

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง 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) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทร้อยละ 73.8 และมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.1 รองลงมาภาคกลาง และภาคตะวันออก ร้อยละ 23.1

ด้านการศึกษา มากกว่าครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.9 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.3 มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.2 รองลงมาสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 17.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.2 รองลงมาศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ร้อยละ 28.5 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.3 สำหรับรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ในช่วง 1,501 - 3,000 บาท ร้อยละ 24.6 รองลงมาได้ 4,501 - 6,000 บาท ร้อยละ 20.1 (รายได้สูงสุด 350,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,340.28 บาท SD. 13,236.44) ด้านความเพียงพอของรายได้ ครึ่งหนึ่งตอบว่ามีความเพียงพอ ร้อยละ 50.0

ด้านภาวะสุขภาพพบว่าโดยทั่วไปสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 82.7 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 72.5 ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค พบว่าเป็นโรคอื่นๆมากที่สุด (มะเร็ง โรคปอดหรือหลอดลม โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคไต โรคเลือด

โรคทางจิตเวช อัมพาต) ร้อยละ 31.6 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจ ร้อยละ 63.6 ในกรณีมีเรื่องทุกข์ใจพบว่าส่วนใหญ่ทุกข์ใจเกี่ยวกับ เศรษฐกิจ การเงิน ร้อยละ 45.6 รองลงมาทุกข์ใจเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ร้อยละ 19.8 ระดับความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีความสุขปานกลาง ร้อยละ 51.8 รองลงมามีความสุขในระดับคะแนน 7, 8 และ 10 (แบ่งระดับคะแนน 1 - 10 คะแนน) ร้อยละ 11.8, 11.6 และร้อยละ 9.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n = 3,182)		
ชาย	1,523	47.9
หญิง	1659	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
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	69	2.2
ประถมศึกษา	1,812	56.9

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

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)		
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
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

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

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
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 บาท (SD. 13,236.44)		
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

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

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่		
ไม่มี	2,026	63.6
มี	1,158	36.4
ในกรณีที่ตอบว่ามีเรื่องทุกข์ใจประกอบด้วยเรื่อง 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
ท่านรู้สึกว่โดยรวมแล้วหนึ่งเดือนที่ผ่านมาชีวิตของท่านมีความสุขระดับใด		
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 ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550

ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 51.5 รองลงมา มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 24.6 และ 23.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ สุขภาพจิตคนไทย โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (n=3,184)

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	760	23.9
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	1,640	51.5
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	784	24.6
รวม	3,184	100.0

1.3 ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี 2550 เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain)

1.3.1 Domain 1 Mental state (สภาพจิตใจ)

ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย เมื่อจำแนกตาม Domain สภาพจิตใจ พบว่าส่วนมากมีสภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 61.0 รองลงมา มีสภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป และมีสภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 22.3 และ 16.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ระดับสภาพจิตใจคนไทย (n=3,184)

ระดับสภาพจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
สภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป	533	16.7
สภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป	1,942	61.0
สภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป	709	22.3
รวม	3,184	100.0

1.3.2 Domain 2 Mental capacity (สมรรถภาพของจิตใจ)

ผลการศึกษาระดับสมรรถภาพของจิตใจคนไทย พบว่าส่วนมากมีสมรรถภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 55.9 รองลงมา มีสมรรถภาพของจิตใจดีกว่าคนทั่วไป และมีสมรรถภาพของจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 23.0 และ 21.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ระดับสมรรถภาพของจิตใจคนไทย (n=3,184)

ระดับสมรรถภาพจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
สมรรถภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป	731	23.0
สมรรถภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป	1,780	55.9
สมรรถภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป	673	21.1
รวม	3,184	100.0

1.3.3 Domain 3 Mental quality (คุณภาพของจิตใจ)

ผลการศึกษาระดับคุณภาพของจิตใจคนไทย พบว่าส่วนมากมีคุณภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 57.6 รองลงมา มีคุณภาพของจิตใจดีกว่าคนทั่วไป และมีคุณภาพของจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 22.8 และ 19.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ระดับคุณภาพของจิตใจคนไทย (n=3,184)

ระดับคุณภาพจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป	684	22.8
คุณภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป	1,705	57.6
คุณภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป	795	19.6
รวม	3,184	100.0

1.3.4 Domain 4 Supporting factors (ปัจจัยสนับสนุน)

ผลการศึกษาระดับปัจจัยสนับสนุนคนไทย พบว่าส่วนมากมีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 54.8 รองลงมา มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าคนทั่วไป และมีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าคนทั่วไปมีจำนวนเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 22.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ระดับปัจจัยสนับสนุน (n=3,184)

ระดับปัจจัยสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยสนับสนุนดีกว่าคนทั่วไป	776	22.6
ปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป	1,670	54.8
ปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าคนทั่วไป	738	22.6
รวม	3,184	100.0

1.4 ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยโดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

ผลการศึกษาในระดับสุขภาพจิตคนไทย โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) พบว่าส่วนมากมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 54.7 รองลงมา มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 23.0 และ 22.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละสุขภาพจิตคนไทย โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (n=3,184)

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	731	23.0
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	1,742	54.7
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	711	22.3
รวม	3,184	100.0

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย

2.1 ปัจจัยด้านภาคที่อยู่อาศัย

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาคที่อยู่อาศัย กับสุขภาพจิตคนไทยพบว่า ภาคมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า กรุงเทพมหานครมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าทุกภาค ร้อยละ 22.0 รองลงมาภาคเหนือ ร้อยละ 9.8 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างภาคที่อยู่อาศัยกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184)

ภาคที่อยู่อาศัย	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
กรุงเทพฯ	117(28.3)	205(49.7)	91(22.0)	413(100.0)
กลางและตะวันออก	331(45.0)	337(45.9)	67(9.1)	735(100.0)
เหนือ	293(50.3)	232(39.9)	57(9.8)	582(100.0)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	464(45.4)	477(46.6)	82(8.0)	1,023(100.0)
ใต้	212(49.2)	180(41.8)	39(9.0)	431(100.0)

$$X^2 = 98.703 \text{ } p < .001$$

2.2 ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย (เขตเมือง เขตชนบท)

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า เขตเมืองมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าเขตชนบท คิดเป็นร้อยละร้อยละ 13.1 และร้อยละ 9.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184)

เขตที่อยู่อาศัย	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
เมือง	329(39.5)	395(47.4)	109(13.1)	833(100.0)
ชนบท	1,088(46.3)	1,036(44.1)	227(9.7)	2,351(100.0)

$$X^2 = 14.752 \text{ } p < .001$$

2.3 ปัจจัยด้านเพศ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า เพศหญิงและเพศชายมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีความใกล้เคียงกัน ร้อยละ 11.1 และ 10.0 ตามลำดับ แต่เพศชายมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป มากกว่าเพศหญิง ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,182)

เพศ	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
ชาย	715(46.9)	656(43.1)	152(10.0)	1,523(100.0)
หญิง	701(42.3)	774(46.6)	184(11.1)	1,659(100.0)

$$X^2 = 7.123 \quad p < .05$$

2.4 ปัจจัยด้านอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ช่วงอายุระหว่างต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ ร้อยละ 16.3 รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี 51-60 ปี และ 31-40 ปี มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีความใกล้เคียงกัน ร้อยละ 11.8, 10.9 และ 10.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,184)

อายุ	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	74(43.0)	70(40.7)	28(16.3)	172(100.0)
21-30	167(39.6)	205(48.6)	50(11.8)	422(100.0)
31-40	322(41.3)	376(48.3)	81(10.4)	779(100.0)
41-50	458(48.0)	412(43.2)	84(8.8)	954(100.0)
51-60	396(46.2)	368(42.9)	93(10.9)	857(100.0)

$$X^2 = 21.472 \quad p < .01$$

2.5 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา และระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีความใกล้เคียงกัน ร้อยละ 11.3 และ 10.7 ตามลำดับ รองลงมา ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 7.2 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,181)

ระดับการศึกษา	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ประถมศึกษา	832(44.2)	837(44.5)	212(11.3)	1,881(100.0)
มัธยมศึกษา	368(42.4)	407(46.9)	93(10.7)	868(100.0)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	215(49.8)	186(43.0)	31(7.2)	432(100.0)

$$X^2 = 10.349 \quad p < .05$$

2.6 ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า สถานภาพสมรสโสด และสถานภาพสมรสหย่า หย่าร้าง มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีความใกล้เคียงกัน ร้อยละ 14.8 และ 13.4 ตามลำดับ รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 9.2 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,181)

สถานภาพสมรส	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
โสด	228(41.7)	238(43.5)	81(14.8)	547(100.0)
คู่	1,082(46.1)	1,051(44.7)	216(9.2)	2,349(100.0)
หย่าร้าง	105(36.8)	142(49.8)	38(13.4)	285(100.0)

$$X^2 = 23.407 \quad p < .001$$

2.7 ปัจจัยด้านอาชีพ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า อาชีพว่างงานมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ ร้อยละ 49.6 และ ร้อยละ 22.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,168)

อาชีพ	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
ว่างงาน	18(12.6)	54(37.8)	71(49.6)	143(100.0)
มีงานทำ	762(25.2)	1,577(52.1)	686(22.7)	3,025(100.0)

$$X^2 = 55.858 \quad p < .001$$

2.8 ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า รายได้ไม่เพียงพอมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 13.5 และร้อยละ 7.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,180)

ความเพียงพอ ของรายได้	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
เพียงพอ	788(49.5)	685(43.0)	120(7.5)	1,593(100.0)
ไม่เพียงพอ	628(39.6)	744(46.9)	215(13.5)	1,587(100.0)

$$X^2 = 47.444 \quad p < .001$$

2.9 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพกับสุขภาพจิตคนไทยพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดย ผู้ที่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วยมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ที่แข็งแรง ร้อยละ 18.9 และ ร้อยละ 8.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,162)

ภาวะสุขภาพ	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
แข็งแรง	1,258(47.8)	1,142(43.4)	233(8.8)	2,633(100.0)
เจ็บป่วย	151(28.5)	278(52.6)	100(18.9)	529(100.0)

$$\chi^2 = 87.119 \quad p < .001$$

2.10 ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่า เป็นโรค) กับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 15.5 และร้อยละ 8.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,180)

ปัญหาสุขภาพ	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
มี	304(34.9)	433(49.6)	135(15.5)	872(100.0)
ไม่มี	1,112(48.2)	995(43.1)	201(8.7)	2,308(100.0)

$$\chi^2 = 58.722 \quad p < .001$$

2.11 ปัจจัยด้านความทุกข์ใจ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า ความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ที่มีความทุกข์ใจอย่างมากมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ที่ไม่มี ความทุกข์ใจ ร้อยละ 17.5 และร้อยละ 6.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทุกข์ใจกับสุขภาพจิตคนไทย (n = 3,183)

ปัญหาทุกข์ใจ	ระดับสุขภาพจิต			รวม
	ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มี	1,044(51.5)	848(41.9)	133(6.6)	2,025(100.0)
มี	373(32.2)	582(50.3)	203(17.5)	1,158(100.0)

$$X^2 = 157.320 \quad p < .001$$

3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตคนไทยปี 2550

3.1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ผู้ที่อายุน้อยกว่า 44 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อายุ 44 ปีขึ้นไป ประมาณ 1.4 เท่า (Odd ratio = 1.398) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าสถานภาพสมรสคู่ ประมาณ 1.6 เท่า (Odd ratio = 1.631) ผู้ที่ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้มีงานทำประมาณ 1.4 เท่า (Odd ratio = 1.376) ผู้ที่ตอบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าคนที่ไม่มีรายได้เพียงพอประมาณ 1.5 เท่า (Odd ratio = 1.495) ผู้ที่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่แข็งแรงประมาณ 2.2 เท่า (Odd ratio = 2.154) และผู้ที่มีปัญหาทุกข์ใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีเรื่องทุกข์ใจประมาณ 2.9 เท่า (Odd ratio = 2.891) โดยค่า Odd ratio น้อยกว่า 1 แสดงว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตมีน้อย และค่า Odd ratio มากกว่า 2.5-3 จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตมาก จากผลการศึกษาแสดงว่าผู้ที่มีเรื่องทุกข์ใจมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

ตัวแปร	Odd ratio	p-value	95 % CI of Odd ratio
เขตที่อยู่อาศัย	1.212	0.063	0.99 - 1.49
เพศ	1.067	0.457	0.90 - 1.27
อายุ	1.398	0.001*	1.15 - 1.70
การศึกษา	1.119	0.288	0.91 - 1.38
รายได้	1.174	0.295	0.87 - 1.59
สถานภาพสมรส	1.631	0.001*	1.33 - 2.00
อาชีพ	1.376	0.013*	1.07 - 1.77
ความเพียงพอของรายได้	1.495	0.001*	1.23 - 1.82
ภาวะสุขภาพ	2.154	0.001*	1.63 - 2.85
ปัญหาสุขภาพ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)	1.258	0.073	0.98 - 1.62
ความทุกข์ใจ	2.891	0.001*	2.39 - 3.49

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติ Logistic regression analysis โดยนำตัวแปรอิสระ 11 ตัวแปร ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และความทุกข์ใจ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และ ความทุกข์ใจ โดยร่วมกันอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 10.78 ($R^2 = .1078$ $n = 3,068$)

เมื่อตรวจสอบความเหมาะสมทางสถิติของสมการจำแนก โดยกำหนดจุดตัดทางสถิติ (Cut off point) เท่ากับ 0.50 ด้วยการตรวจสอบภาวะแนบสนิทของข้อมูล (Goodness of fit test) ด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow Test พบว่าสมการสุดท้ายที่มีความเหมาะสมกับข้อมูล ($\text{Chi-square} = 358.79$, $df = 9$ $p\text{-value} = .8628$) โดยสมการที่ได้สามารถทำนายความถูกต้องได้ร้อยละ 78.0 ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

ตัวแปรทำนาย	β	S.E.	Z	p-value	95 % CI of β
เขตที่อยู่อาศัย	.179	.103	1.74	.083	-0.023 - 0.381
อายุ	.307	.098	3.14	.002*	0.116 - 0.500
รายได้	.202	.148	1.37	.171	-0.088 - 0.493
สถานภาพสมรส	.467	.102	4.56	.001*	0.266 - 0.667
อาชีพ	.338	.126	2.68	.007*	0.091 - 0.586
ความเพียงพอของรายได้	.422	.099	4.26	.001*	0.228 - 0.616
ภาวะสุขภาพ	.784	.142	5.52	.001*	0.506 - 1.063
ปัญหาสุขภาพ	.233	.128	1.82	.068	-0.018 - 0.484
ความทุกข์ใจ	1.054	.095	11.00	.001*	0.867 - 1.242
ค่าคงที่	-2.698	.167	-16.10	.001*	

3.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเมื่อควบคุมตัวแปรเพศ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยควบคุมตัวแปรเพศให้คงที่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95 % CI of Odd ratio ไม่ครอบคลุมค่าเท่ากับ 1, p-value < .05) ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ

โดยพบว่า ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตชนบท ประมาณ 1.4 เท่า (Odd ratio = 1.393) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า หย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าสถานภาพสมรสคู่ประมาณ 1.8 เท่า (Odd ratio = 1.823) ผู้ที่ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้มีงานทำประมาณ 2.2 เท่า (Odd ratio = 2.181) ผู้ที่ตอบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มียาได้เพียงพอประมาณ 1.6 เท่า (Odd ratio = 1.608) ผู้ที่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่แข็งแรงประมาณ 2 เท่า (Odd ratio = 2.016) และผู้ที่มีปัญหาทุกข์ใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจประมาณ 2.6 เท่า (Odd ratio = 2.615) โดยเมื่อพิจารณาค่า Odd ratio ที่มากกว่า 2.5-3 จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงจริงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นแสดงว่าเมื่อควบคุมตัวแปรเพศให้คงที่ ผู้ที่มีเรื่องทุกข์ใจมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเมื่อควบคุมตัวแปรเพศ

ตัวแปร	Odd ratio	p-value	95 % CI of Odd ratio
เขตที่อยู่อาศัย	1.393	0.027*	1.037 - 1.872
อายุ	1.240	0.158	1.000 - 1.674
การศึกษา	1.076	0.614	0.807 - 1.436
สถานภาพสมรส	1.823	0.001*	1.332 - 2.496
อาชีพ	2.181	0.001*	1.389 - 3.426
ความเพียงพอของรายได้	1.608	0.001*	1.210 - 2.140
ภาวะสุขภาพ	2.016	0.002*	1.287 - 3.159
ปัญหาสุขภาพ	1.278	0.209	0.872 - 1.875
ความทุกข์ใจ	2.615	0.001*	1.977 - 3.461

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเพศชาย ด้วยสถิติ Logistic regression analysis โดยนำตัวแปรอิสระ ได้แก่ เขตพื้นที่ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ เข้าสมการ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ โดยอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 10.24 ($R^2 = .1024$, $n = 1,470$)

เมื่อทำการตรวจสอบความเหมาะสมทางสถิติของสมการจำแนก โดยกำหนดจุดตัดทางสถิติ (Cut off point) เท่ากับ 0.50 ด้วยการตรวจสอบภาวะแนบสนิทของข้อมูล (Goodness of fit test) ด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow Test พบว่าสมการสุดท้ายที่มีความเหมาะสมกับข้อมูล ($\chi^2 = 153.71$, $df = 7$, $p\text{-value} = .7113$) โดยสมการสามารถทำนายความถูกต้องได้ร้อยละ 80.34 ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเพศชาย

ตัวแปรทำนาย	β	S.E.	Z	p-value	95 % CI of β
เขตที่อยู่อาศัย	.334	.152	2.19	.028*	0.036 - 0.632
รายได้	.043	.202	.21	.833	-0.353 - 0.438
สถานภาพสมรส	.664	.154	4.31	.001*	0.362 - 0.966
อาชีพ	.7.8	.248	2.86	.004*	0.222 - 1.195
ความเพียงพอของรายได้	.494	.147	3.35	.001*	0.205 - 0.782
ภาวะสุขภาพ	.861	.188	4.58	.001*	0.493 - 1.230
ความทุกข์ใจ	.977	.144	6.77	.001*	0.694 - 1.259
ค่าคงที่	-2.493	.213	-11.68	.001*	

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเพศหญิง ด้วยสถิติ Logistic regression analysis โดยนำตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และความทุกข์ใจเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ โดยอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 11.21 ($R^2 = .1121$, $n = 1,596$)

เมื่อทำการตรวจสอบความเหมาะสมทางสถิติของสมการจำแนก โดยกำหนดจุดตัดทางสถิติ (Cut off point) เท่ากับ 0.50 ด้วยการตรวจสอบภาวะแนบสนิทของข้อมูล (Goodness of fit test) ด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow Test พบว่าสมการสุดท้ายที่มีความเหมาะสมกับข้อมูล ($\chi^2 = 203.32$, $df = 8$, $p\text{-value} = .6531$) โดยสมการที่ได้ สามารถทำนายความถูกต้องได้ร้อยละ 75.81 ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเพศหญิง

ตัวแปรทำนาย	β	S.E.	Z	p-value	95 % CI of β
อายุ	.349	.134	2.61	.009*	0.086 - 0.611
รายได้	.371	.221	1.68	.093	-0.062 - 0.803
สถานภาพสมรส	.361	.139	2.59	.010*	0.088 - 0.634
อาชีพ	.211	.150	1.40	.160	-0.834 - 0.504
ความเพียงพอของรายได้	.343	.136	2.53	.011*	0.077 - 0.609
ภาวะสุขภาพ	.820	.182	4.51	.001*	-0.464 - 1.177
ปัญหาสุขภาพ	.219	.169	1.30	.195	-0.112 - 0.550
ความทุกข์ใจ	1.133	.129	8.78	.001*	0.880 - 1.385
ค่าคงที่	-2.749	.247	-11.12	.001*	

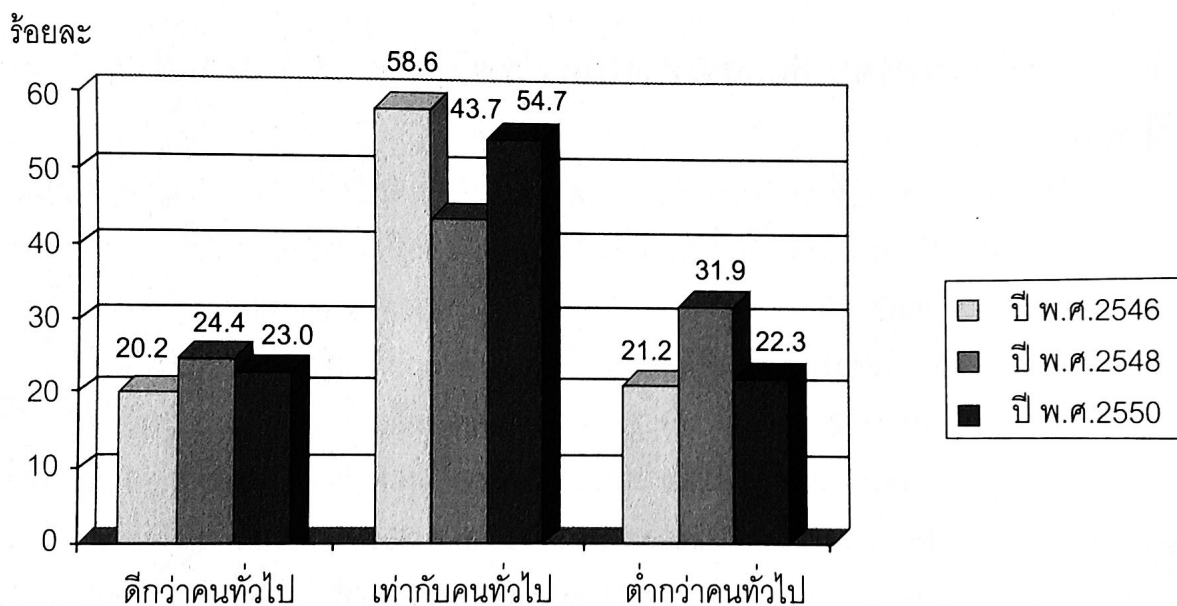
4. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2546 ปี พ.ศ. 2548 และ ปี พ.ศ. 2550

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของประชาชนในปี พ.ศ. 2546 ปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2550 โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) ผลการศึกษา พบว่า ระดับสุขภาพจิตของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลง โดยประชาชนที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้นจากเดิมในปี 2546 ร้อยละ 21.2 เป็นร้อยละ 31.9 ในปี พ.ศ. 2548 แล้วลดลงเหลือ ร้อยละ 22.3 ในปี พ.ศ. 2550 ประชาชนที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 58.6 เป็นร้อยละ 43.7 ในปี พ.ศ. 2548 แล้วเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.7 ในปี พ.ศ. 2550 แต่ประชาชนที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจากเดิมในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 20.2 ปี พ.ศ. 2548 ร้อยละ 24.4 และปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 23.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 24 และภาพที่ 2

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละระดับสุขภาพจิตคนไทยที่ทำการศึกษาในปี พ.ศ.2546
ปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2550

ระดับสุขภาพจิต	ปี พ.ศ. 2546	ปี พ.ศ. 2548	ปี พ.ศ. 2550
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	477(20.2)	816(24.4)	731(23.0)
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	1,384(58.6)	1,460(43.7)	1,742(54.7)
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	501(21.2)	1,064(31.9)	711 (22.3)
รวม	2,362(100.0)	3,340(100.0)	3,184(100.0)

ภาพที่ 2 การเปรียบเทียบ ร้อยละระดับสุขภาพจิตของประชาชนไทย ปี พ.ศ.2546 พ.ศ.2548
และ พ.ศ.2550



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ.2550 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ.2550 และเปรียบเทียบความสุขภาพคนไทยปี พ.ศ.2546 พ.ศ.2548 และ พ.ศ.2550 และวัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาสุขภาพจิตคนไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย โดยทำการศึกษาสุขภาพจิตของประชาชนทั่วทุกภาคของประเทศไทย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการศึกษาอย่างน้อย 2,952 คน เพื่อเป็นการป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,184 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage random sampling โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น กลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ได้แก่ เขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเขตชนบท คือผู้ที่อยู่อาศัยในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ระดับ อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก และได้ทำการศึกษาจังหวัดกรุงเทพมหานครด้วย เพราะเป็นเขตการปกครองพิเศษ โดยแบ่งเป็นเขตเมือง หมายถึงเขตเมืองชั้นใน เขตชนบท หมายถึงเขตต่อเมืองและเขตชนเมือง จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างหลังคาเรือนที่ทำการการศึกษาโดยใช้วิธีการ Systematic random sampling โดยใน 1 หลังคาเรือนจะทำการการศึกษาเพียง 1 คนเท่านั้น จากการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage random sampling ได้จังหวัดที่ทำการศึกษาดังนี้

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

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย Version 2007 ของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2551) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2547) นำมาพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้มีความสมบูรณ์และครอบคลุมในการประเมินสุขภาพจิตมากขึ้น ในศึกษานี้ใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ (ใช้ TMHI-15 ในการเปรียบเทียบความสุขภาพคนไทยปี พ.ศ.2546 พ.ศ.2548 และ พ.ศ.2550)

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประชุมชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลแก่ผู้วิจัยภาคสนามก่อนเก็บข้อมูลวิจัยทั้ง 5 ภาคของประเทศ มีคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามให้ทุกคนๆ ละ 1 เล่ม โดยอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัยตามคู่มือ จากนั้นให้ผู้วิจัยภาคสนามจับคู่กันฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย เปิดโอกาสให้ทุกคนอภิปรายซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการเก็บข้อมูล ผู้ที่อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลเป็นคนเดิมทั้ง 5 ภาค ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2550 - พฤศจิกายน 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับสุขภาพจิตของประชาชนใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย ใช้สถิติ Chi-square test 3) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ใช้สถิติ Odd ratio และ 95% Confidence interval of odd ratio 4) การศึกษาปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพจิตคนไทย ใช้สถิติ Logistic regression analysis

สรุปผลการวิจัย

1. สุขภาพจิตของประชาชน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 52.1 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 26.9 อาศัยอยู่ในเขตชนบทร้อยละ 73.8 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.1 อยู่ในภาคกลางและภาคตะวันออกร้อยละ 23.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 56.9 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.2 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ร้อยละ 28.5 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.3 มีรายได้ในช่วง 1,501 - 3,000 บาท ร้อยละ 24.6 รองลงมาคือรายได้ 4,501 - 6,000 บาท ร้อยละ 20.1 (รายได้สูงสุด 350,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,340.28 บาท SD. 13,236.44) ครึ่งหนึ่งมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 50.0

1.2 ด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีสุขภาพแข็งแรงร้อยละ 82.7 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 72.5 ในกรณีมีปัญหาสุขภาพ ส่วนมากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอื่นๆ เช่น มะเร็ง โรคปอดหรือหลอดลม โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ไต โรคเลือด โรคทางจิตเวช อัมพาต เป็นต้น ร้อยละ 31.6 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7 สำหรับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ร้อยละ 63.6 และมีความสุขในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.8

1.3 สุขภาพจิตของประชาชน จากการศึกษาโดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 51.5 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 24.6 และ 23.9 ตามลำดับ

เมื่อทำการวิเคราะห์แยกตาม 4 องค์ประกอบ (domains) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับคะแนนประเมินเท่ากับคนทั่วไปในทุกองค์ประกอบที่ประเมิน ประกอบด้วย Domain 1 สภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 61.0 Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 55.9 Domain 3 คุณภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 57.6 และ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 54.8

การศึกษาสุขภาพจิตของประชาชน โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) หรือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 54.7 มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 23.0 และ 22.3 ตามลำดับ

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ทุกปัจจัยที่ทำการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านภาคที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย (เขตเมือง เขตชนบท) เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และความทุกข์ใจ

3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Odd ratio พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 44 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 44 ปี ประมาณ 1.4 เท่า (odd ratio = 1.398) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ประมาณ 1.6 เท่า (odd ratio = 1.631) ผู้ที่ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีอาชีพประมาณ 1.4 เท่า (odd ratio = 1.376) ผู้ที่ตอบว่ารายได้ไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้มีรายได้เพียงพอประมาณ 1.5 เท่า (odd ratio = 1.495) ผู้ที่ภาวะสุขภาพเจ็บป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงประมาณ 2.2 เท่า (odd ratio = 2.154) ผู้ที่มีปัญหาทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ไม่มีเรื่องทุกข์ใจ 2.9 เท่า (odd ratio=2.891)

4. การศึกษาปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis โดยการนำตัวแปรอิสระ 11 ตัวแปรเข้าสมการ ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และปัญหาทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายโดยมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ โดยร่วมกันอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 10.78 ($R^2 = 0.1078$, $n = 3,068$)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เมื่อทำการควบคุมตัวแปรด้านเพศ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ประมาณ 1.4 เท่า ($odd\ ratio = 1.393$) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ประมาณ 1.8 เท่า ($odd\ ratio = 1.823$) ผู้ที่ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีอาชีพประมาณ 2.2 เท่า ($odd\ ratio = 2.181$) ผู้ที่ตอบว่ารายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้มีรายได้เพียงพอประมาณ 1.6 เท่า ($odd\ ratio = 1.608$) ผู้ที่ภาวะสุขภาพเจ็บป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงประมาณ 2 เท่า ($odd\ ratio = 2.016$) ผู้ที่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือน มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ไม่มีเรื่องทุกข์ใจประมาณ 2.6 เท่า ($odd\ ratio = 2.615$)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเพศชาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เขตที่อยู่ อาศัย สถานภาพสมรสอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ โดยอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 10.24 ($R^2 = .1024$, $n = 1,470$)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเพศหญิง พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ โดยอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 11.21 ($R^2 = .1121$, $n = 1,596$)

5. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตคนไทยระหว่างปี พ.ศ.2546 ปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2550

การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตคนไทยระหว่างปี พ.ศ.2546 ปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2550 พบว่าในภาพรวมทั้ง 3 ปี ส่วนมากมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 58.6, 43.7 และ 54.7 ตามลำดับ และแนวโน้มระดับสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี เมื่อพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป พบว่า มีการเพิ่มขึ้นจากเดิมในปี 2546 จากร้อยละ 21.2 เป็นร้อยละ 31.9 ในปี พ.ศ.2548 แล้วลดลงเหลือ ร้อยละ 22.3 ในปี พ.ศ.2550 ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป มีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ.2546 ร้อยละ 58.6 เป็นร้อยละ 43.7 ในปี พ.ศ.2548 แล้วเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.7 ในปี พ.ศ.2550 แต่ประชาชนที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 20.2 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 24.4 ในปี พ.ศ. 2548 แล้วลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 23.0 ในปี พ.ศ. 2550

อภิปรายผล

1. ความสุขของประชาชน

ผลการศึกษาระดับสุขภาพจิตคนไทยปี 2550 โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) ในภาพรวมพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป รองลงมาสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ตามลำดับ การศึกษาค้นครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ จำลองลักษณ์ จามรโชติ (2550) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสุขของประชาชนในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 14 ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธร และศรีสะเกษ ในปี 2549 พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของประชาชนมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 48.0 รองลงมามีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 26.9 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 25.1 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิ่งดาว ศรีวรรณท์ และคณะ (2548) ได้ทำการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2546 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับกลางๆ ร้อยละ 61.7 แต่ที่แตกต่างจากการศึกษาค้นครั้งนี้ คือพบว่าอันดับรองลงมาของการสำรวจคุณภาพชีวิตประชาชนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 37.2 แต่ในการศึกษาค้นครั้งนี้พบผู้มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปมีความใกล้เคียงกัน การศึกษาค้นครั้งนี้อาจมีความแตกต่างจากการศึกษาของ รัชณี กาญจนพุดธิพงศ์ และ วิลาวัลย์ ถาวงษ์กลาง (2545) ที่ได้ทำการสำรวจสุขภาพจิตชุมชนของประชากร 13 หมู่บ้าน ในตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผลการสำรวจด้านความสุขของคนไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 43.08 รองลงมามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 38.38 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 18.55 ตามลำดับ

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้ง 3 การศึกษาที่ได้กล่าวอ้างถึง เป็นเพียงการศึกษาเฉพาะพื้นที่ คือ เป็นการศึกษาในบางจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันทางด้านโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรมประเพณี หรือวิถีการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ ทำให้ผลการสำรวจสุขภาพจิตมีความแตกต่างกัน ต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งดำเนินการศึกษาในภาพรวมของประชาชนทั่วทุกภาคของประเทศไทย ประกอบกับปี พ.ศ. ที่ทำการศึกษาค้นเป็นคณละปี ถึงแม้ว่าบางการศึกษามีระยะเวลาใกล้เคียง แต่เนื่องด้วยระดับสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเช่นเดียวกัน จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตจะได้กล่าวถึงต่อไป

เมื่อพิจารณาระดับสุขภาพจิตของคนไทย จำแนกตาม 4 domains ประกอบด้วย สภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน พบว่าระดับคะแนนประเมินในทุก domain ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนประเมินเท่ากับคนทั่วไป เมื่อพิจารณาเฉพาะผลการศึกษามือถือประกอบหลักอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป (รายละเอียดศึกษาได้จากตาราง

ที่ 3-6) จะพบว่าการศึกษานี้มีความแตกต่างกันเล็กน้อยกับการศึกษาของสมชาย จักรพันธุ์ (2544) ซึ่งได้ทำการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย เมื่อพิจารณาแยกแต่ละองค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบที่อยู่ในระดับดีมากที่สุดคือด้านปัจจัยสนับสนุน ต่างจากการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่าองค์ประกอบที่ดีกว่าคนทั่วไปอยู่ในสมรรถภาพของจิตใจ รองลงมาคือคุณภาพจิตใจ แต่ปัจจัยสนับสนุนลดลง และที่มีความเหมือนกันคือ องค์ประกอบทางด้านสภาพจิตใจมีระดับคะแนนการประเมินน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าจากสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงจาก พ.ศ. 2544 จนถึง 2550 ประชาชนต้องดิ้นรนต่อสู้กับภาวะเศรษฐกิจ และค่าครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้ต่างคนต้องพึ่งตนเองมากขึ้นเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ การช่วยเหลือเกื้อกูลทางสังคมลดลง สังเกตได้จากค่าใช้จ่ายในการยังชีพของครัวเรือน เฉลี่ยต่อเดือนในปี พ.ศ. 2543 เป็นเงิน 9,848 บาท เพิ่มขึ้นเป็น 14,500 บาท ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ผลการศึกษาระดับสุขภาพจิตคนไทย โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ในภาพรวมพบว่า ส่วนมากมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปเช่นเดียวกัน รองลงมาสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีความใกล้เคียงกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาด้วยเครื่องมือฉบับสั้น 15 ข้อ มีความสอดคล้องกับการศึกษาด้วยเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) เนื่องจากเครื่องมือที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาความพ้อง (agreement study) ของเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น พบว่า มีความพ้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) โดยมีค่า Kappa เท่ากับ 0.66 (อภิชัย มงคล และคณะ, 2551) และต้องใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ทำการศึกษาซ้ำกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ เนื่องจากต้องการนำผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยจากเครื่องมือฉบับสั้นไปเปรียบเทียบกับผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยในปี พ.ศ. 2546 และ ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นเช่นกัน

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตของคนไทยในภาพรวม โดยใช้สถิติ Odd ratio พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 44 ปี ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง ผู้ที่ว่างงาน ผู้ที่รายได้ไม่เพียงพอ ผู้ที่ภาวะสุขภาพเจ็บป่วย และผู้ที่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือน และเมื่อทำการวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปรด้านเพศ พบว่าเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับระดับของสุขภาพจิต แต่ด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งการศึกษารุ่นนี้มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา สามารถพิจารณาแยกแต่ละปัจจัย ได้ดังนี้

ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย เมื่อมีการควบคุมตัวแปรด้านเพศ โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าเขตชนบท ซึ่งสามารถอธิบายสาเหตุที่ทำให้มีความแตกต่าง เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และการมีจิตใจเอื้ออาทรต่อกัน ของแต่ละท้องถิ่น

ยกตัวอย่างการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) ที่ทำการศึกษาความสุขมวลรวมของคนไทย 25 จังหวัด ประจำเดือนสิงหาคม 2549 พบว่าระดับความสุขมวลรวมของคนไทยลดลง โดยกรุงเทพมหานคร มีความสุขมวลรวมน้อยที่สุด รองลงมาเป็นภาคกลาง ในทางตรงกันข้ามคือประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มักจะถูกมองว่าอยู่ท่ามกลางความยากจนด้านข้าวของเงินทอง แต่มีระดับความสุขมวลรวมสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ และพบว่าปัจจัยทางด้านลบที่ทำให้ความสุขมวลรวมของประชาชนลดลง คือ ความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชนที่พัวอาศัยลดลง การช่วยเหลือกันของคนในชุมชนลดลง และการช่วยกันรักษาทรัพย์สินส่วนรวมในชุมชนลดลง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยทางด้านลบต่างๆ เหล่านี้ พบได้มากในเขตชุมชนเมือง ซึ่งเป็นสังคมที่มีการแข่งขันกันสูง เป็นสังคมที่มีการต่อสู้ดิ้นรน เป็นสาเหตุทำให้ความสุขโดยรวมของคนในชุมชนเมืองต่ำกว่าในชนบท ในทางตรงกันข้ามพบว่า ปัจจัยทางด้านบวกที่มีผลต่อความสุขมวลรวมของคนไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมประเพณีไทย สายสัมพันธ์ของคนภายในครอบครัว สุขภาพกาย และความพึงพอใจในการทำงาน นอกจากนี้กลุ่มประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชีวิตมากกว่ากลุ่มประชาชนในภูมิภาคอื่น ทำให้มีการปรับตัวได้ดีถึงแม้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมอย่างมาก นอกจากนี้จากการศึกษาของปิงปอนด์ รักอำนวยกิจ และพิริยะ ผลพิรุฬห์ (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสุขทางใจและความสุขทางกายของคนเมือง ก็พบว่าประชากรเขตชนบทมีความสุขมากกว่าประชากรเขตเมืองเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ช่วงอายุระหว่างต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากค่า Odd ratio พบว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 44 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 44 ปี ซึ่งการศึกษานี้ก็อาจมีความแตกต่างจากการศึกษาของ นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมต่อปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าคือความไม่พอใจด้านสุขภาพ ทั้งการเปลี่ยนแปลงตามอายุและการเจ็บป่วย และได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตทางด้านอายุไว้ดังนี้ คือ วัยหรือช่วงอายุมีผลต่อระดับสุขภาพจิตของบุคคล กล่าวคือ ทุกช่วงวัยมีรูปแบบของปัญหาที่จำเพาะของวัยนั้นๆ หรืออาจจะเป็นปัญหาเดียวกันก็ได้

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า สถานภาพสมรสโสด และสถานภาพสมรสหย่า หย่าร้าง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ในทางตรงกันข้ามเมื่อนำเอาผู้ที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปมารวมกันกับผู้มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป พบว่าสถานภาพสมรสคู่มีสุขภาพจิตดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.8 ส่วนสถานภาพสมรสหย่า หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 86.6 สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 85.2 (จากตารางที่ 13) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า

สถานภาพสมรสคู่เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดีที่สุด เมื่อพิจารณาจากค่า odd ratio จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสถานภาพสมรสโสด หมายถึง หย่าร้างมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้มีสถานภาพสมรสคู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2539) จุมพล สมประสงค์ (2540) อภิสิทธิ์ อำนวยวางกูร (2543) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขทั้งที่เป็นปัจจัยทางด้านบวกที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยทางด้านลบที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยทางด้านลบ เช่น โครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ การอยู่หรือหย่าร้างของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัจจัยจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ในครอบครัวห่างเหินหรือขัดแย้งกันมาก ปัจจัยทางด้านบวก ดังเช่นการศึกษาของจำลองลักษณ์ จามรโชติ (2550) ที่พบว่าประเด็นที่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับมากที่สุด 4 ประเด็น คือ มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในครอบครัว การได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ความรักความผูกพันในครอบครัว และความรู้สึกสมหวังในตนเอง

ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า อาชีพว่างงาน มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 (2543) ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 (2544) ที่ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ประจำปี 2542 พบว่าภาวะสุขภาพจิต การมีปัญหาทุกขใจ ไม่สบายใจ ส่วนมากมีสาเหตุมาจากเรื่องเกี่ยวกับเศรษฐกิจ การเงิน รองลงมาเป็นเรื่องของการทำงาน การประกอบอาชีพ ซึ่ง Easterlin (2001) กล่าวว่าระดับความสุขของบุคคลจะลดลง เมื่อบุคคลนั้นเกิดว่างงาน หรือได้รับรายได้ลดลง การมีรายได้สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของประชาชน

ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2550) ดำเนินการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเครียด (ร้อยละ 56.1) โดยส่วนใหญ่มีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางไปหามาก ซึ่ง Layard (2006) ได้ชี้ให้เห็นว่าภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อระดับความสุขของประชาชนในประเทศ โดยพบว่าประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรสูง จะมีความสุขมากกว่าประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรต่ำ แต่ทั้งนี้ในประเทศซึ่งมีรายได้ต่อหัวประชากรสูงอยู่แล้ว การมีรายได้ต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว กลับพบว่าไม่ทำให้ระดับความสุขประชาชนเพิ่มขึ้นตาม ทั้งนี้อาจมีความเป็นไปได้ว่าบุคคลมีความต้องการมีทรัพย์สินเงินทอง การมีอาชีพการงานเป็นหลักเป็นฐาน เพื่อการใช้จ่ายในการสนองตอบความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายของตนเองในเบื้องต้น แต่เมื่อความต้องการด้านร่างกายได้รับการตอบสนองเพียงพอ บุคคลจะแสวงหาความสุขในระดับสูงขึ้นไป ซึ่งเป็นความสุขทางด้านจิตใจ เป็นเรื่องของคุณธรรมความดีงาม การมีความสุขที่เกิดจากความมั่นใจในคุณค่าของชีวิต (พระธรรมโกศาจารย์, ม.ป.ป.; พระธรรมปิฎก, ม.ป.ป.; พระธรรมปิฎก, 2538)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้มีสุขภาพแข็งแรง เช่นเดียวกับการศึกษาของ จันทรพัฒน์ และคณะ (2547) นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2543) ที่พบว่าปัจจัยทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงตามอายุขัย หรือการเจ็บป่วยเป็นโรค มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับภาวะสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคทางกายที่เป็นเรื้อรัง และทำให้มีความจำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน จะมีความเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาทางจิตบางอย่างเป็นแค่อาการหนึ่งของโรคทางกาย ปัญหาทางจิตอาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย หรือปัญหาทางจิตเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากความเจ็บป่วยจากโรคทางกาย เป็นต้น

ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ พบว่า ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ไม่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งปัจจัยทางด้านปัญหาสุขภาพนี้ เป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพดังกล่าวมาข้างต้น โดยที่ภาวะสุขภาพอาจหมายถึงความรวมถึงทั้งภาวะสุขภาพดี และความเจ็บป่วย แต่ปัญหาทางสุขภาพมีความหมายทางด้านลบ คือความเจ็บป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่าปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตของประชาชน แต่มีความสัมพันธ์กันในด้านลบ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กับสุขภาพจิตคนไทย พบว่า ความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ที่มีความทุกข์ใจอย่างมากมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่าความทุกข์ใจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายระดับสุขภาพจิตของคนไทยร่วมด้วย สนับสนุนแนวคิดที่ว่า สุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องเดียวกัน ซึ่งเป็นที่ยอมรับทั้งในวงการนักวิชาการ และวงการพระพุทธศาสนา(จันทร กมล,2540; อภิชัย มงคลและคณะ, 2544; ประสาน ต่างใจ,2549) และในทางตรงกันข้ามของความทุกข์คือความทุกข์ใจ เมื่อบุคคลมีความทุกข์ใจ ย่อมทำให้ระดับสุขภาพจิตลดลงเช่นเดียวกัน

3. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตคนไทยระหว่างปี พ.ศ.2546 ปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2550

ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย เมื่อทำการเปรียบเทียบกันระหว่างปี พ.ศ.2546, พ.ศ.2548 และ พ.ศ.2550 พบว่า แนวโน้มระดับสุขภาพจิตคนไทยจากปี พ.ศ.2546 ถึงปี พ.ศ.2548 ในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง ซึ่งอภิชัย มงคล และคณะ (2551) ได้อธิบายเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า ถึงแม้การศึกษาทั้ง 2 ครั้ง จะใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 15 ข้อของอภิชัย มงคล และคณะ (2547) เช่นเดียวกัน แต่การศึกษาทั้ง 2 ครั้ง ยังมีความแตกต่างกันในการสุ่มตัวอย่าง และผู้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย (ปี พ.ศ.2546 เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปี พ.ศ.2548 เก็บข้อมูลโดยคณะทำงานของสวนดุสิตโพลส์) ทำให้ทั้ง 2 การศึกษามีความแตกต่างกันเป็นอย่างมากในเรื่องข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ระดับสุขภาพจิตคนไทย ลดลง ประกอบกับในช่วงระยะเวลาของการเก็บข้อมูลปี พ.ศ.2548 เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลง ด้านสังคม และเศรษฐกิจค่อนข้างมาก น้ำมันในตลาดโลกพุ่งสูงขึ้น มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตสูงขึ้น แต่รายได้ยังคงเดิม ส่งผลกระทบต่อประชาชนทำให้ความสุขลดลง

ในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ รับการอบรมเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือยังคงใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2551) ผลการศึกษาระดับสุขภาพจิตของคนไทย เปรียบเทียบระหว่าง ปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2550 พบว่าในภาพรวมคนไทยมีระดับสุขภาพจิตดีขึ้น โดยผู้ที่มีการระดับ สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีจำนวนลดลง ผู้ที่มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปมีจำนวนเพิ่มขึ้น และผู้ที่มีระดับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่เมื่อนำเอาผู้มีสุขภาพจิต เท่ากับคนทั่วไป มารวมกันกับผู้ที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีสุขภาพจิตอยู่ใน เกณฑ์ปกติ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2550 พบว่าแนวโน้มผู้มีสุขภาพจิตดี มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 68.1 เป็นร้อยละ 77.7

ซึ่งอธิบายได้ว่าถึงแม้ประเทศไทยจะประสบกับภาวะวิกฤติหลายด้านในช่วงระหว่าง ที่ทำการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความขัดแย้งภายในประเทศ ความไม่ชัดเจนทางการเมือง ความไม่เสถียรภาพทางการเมือง การเกิดภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจและการเงิน ปัญหาสภาพ แวดล้อม ดินฟ้าอากาศ และภัยแล้ง (กรมสุขภาพจิต, 2550; มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2550) หรือแม้แต่ปัญหาความไม่สงบของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตของ คนไทยทางด้านลบ ทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะมีปัญหสุขภาพจิต แต่ทั้งนี้ระดับความสุขของ คนไทยยังคงเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากระยะที่ทำการศึกษา เป็นช่วงระยะเวลาที่ ประเทศไทยมีการเฉลิมฉลองเนื่องในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงครองราชย์ครบ 60 พรรษา เป็นผลทำให้ประชาชนคนไทยทั่วทั้งประเทศมีความปลื้มปิติเป็น อย่างมาก สังเกตได้จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) และการศึกษาของมหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ (2550) ที่ทำการศึกษานี้ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน พบปัจจัยที่ทำให้คนไทยมีความสุข เป็นอันดับแรกๆ คือ ความสุขต่อวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ความเป็นเอกลักษณ์ ของคนไทย ความจงรักภักดี ความมีไมตรีจิต และมีจิตใจเกื้อกูลต่อกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ประชาชนใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการประเมินระดับสุขภาพจิตของตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีวิธีการช่วยเหลือตนเอง เบื้องต้น หรือการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ในกรณีที่คะแนนรวมอยู่ในกลุ่ม สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.2 ควรจัดกิจกรรมการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หรือการเฝ้าระวังปัญหา สุขภาพจิต ในประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น

1.2.1 ผู้มีอายุต่ำกว่า 44 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ควรจัดกิจกรรมในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น การส่งเสริมสุขภาพจิตตามวัย

1.2.2 ให้การเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้มีสถานภาพสมรส หย่าร้าง แยกกันอยู่ อาจให้การปรึกษาครอบครัว

1.2.3 ผู้ว่างงาน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอ ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิต เน้นหลักการดำรงชีวิตบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อาจมีการวางแผนด้าน นโยบายเพื่อให้บริการเชิงรุก เนื่องจากปัญหาการเลิกจ้างงาน และผู้ว่างงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน อนาคต จึงควรมีการวางแผนดำเนินการในเรื่องนี้เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมา

1.2.4 ผู้ที่มีปัญหาความเจ็บป่วย หรือผู้มีปัญหาสุขภาพ เป็นผู้มี ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ควรมีการผสมผสานงานสุขภาพจิตและจิตเวช รวมเข้ากับระบบ การดูแลผู้ป่วยฝ่ายกาย เน้นให้การดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1.2.5 ผู้ที่มีความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือน ถือว่าเป็นผู้มีปัญหา สุขภาพจิต และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามมา จึงควร มีการคัดกรองและส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันที่

1.3 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี คือผู้ที่อาศัยอยู่ใน เขตชนบทซึ่งยังคงมีวัฒนธรรมประเพณี การช่วยเหลือเกื้อกูลและความเอื้ออาทรต่อกัน จึงควร ส่งเสริมให้มีสิ่งเหล่านี้ดำรงคงอยู่ หรือฟื้นฟูให้เกิดขึ้นในชุมชนเมือง ซึ่งต้องอาศัยหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องหลายองค์การร่วมกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยในประชาชนทั่วไปทุกๆ ปี เพื่อศึกษาแนวโน้ม ระดับสุขภาพจิตว่าเป็นไปในทิศทางใด และสามารถนำไปวางแผนเชิงนโยบายในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนเป็นการประเมินผลการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา ในด้านผลลัพธ์ที่มีต่อประชาชนด้วย

2.2 การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยในครั้งต่อไป ควรมีระเบียบวิธีวิจัยเดียวกัน ตลอดจนเจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยควรเป็นกลุ่มเดียวกัน หรือคล้ายคลึงกัน เพื่อสามารถนำผลการวิจัยมาเปรียบเทียบกันช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือมากกว่า

2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตแยกเป็นภาค ทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพจิต และปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากแต่ละภาค อาจมีความแตกต่างกันในลักษณะด้านโครงสร้างทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี เชื้อชาติ หรือศาสนา เพื่อสามารถนำมาส่งเสริม หรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีความเจาะจงในแต่ละพื้นที่

บรรณานุกรม

- กิงดาว ศรีวรรณธ์และคณะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 โรงแรมปรีณพาลาเลซ กรุงเทพฯ. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2548.
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา; 2540.
- กรมสุขภาพจิต. การสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
- _____. การสำรวจระบาดวิทยาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนไทย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต ; 2542.
- _____. ดัชนีความสุขทางรอดของสังคมไทย. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด ; 2549.
- _____. สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2547-2548. กรุงเทพฯ : ชุมชนสมสกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
- _____. สถิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตไทย ปี 2550. กรุงเทพฯ : ละม่อม; 2551.
- _____. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549. กรุงเทพฯ : ไอเดียสแควร์; 2549.
- จิรา เต็มจิตอารีย์. มุมสุขภาพจิต: สุขภาพจิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. Available from: http://www.skph.go.th/Article/health_article/b.html. Accessed August 8, 2007.
- จันทร์ กมโล. กมโลผู้งามดังดอกบัว (พระครูศาสนูปกรณ์). กรุงเทพฯ : หอรัตนชัยการพิมพ์; 2540.
- จุมพล สมประสงค์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540: 42; 184-96.
- จำลองลักษณ์ จามรโชติ, อรอินทร์ ชำคม, ชนิษฐา ศรีเรือนทอง. ความสุขของประชาชนในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 14. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. 2549.
- นันทิกา ทวีชาติ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต ; 2540.
- นันทิกา ทวีชาติ และคณะ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิต-สังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2542, 35 (4):195-203.

นิภา นิธยา. สุขภาพจิต. Available from: <http://www.novabizz.com/NovaAce/Mental.htm>.

Accessed August 17, 2007.

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

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

บัณฑิต ศรีไพศาล. บุรณาการสุขภาพจิต : ทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12 (2) : 121-27.

บังปอนด์ รักอำนวยกิจ, พิริยะ ผลพิรุฬห์. ความสุขกายสบายใจของคนเมือง. ใน: วรชัย ทองไทย, สุรีย์พร พันพื้ง, บรรณาธิการ. ประชากรและสังคม 2550 นคราภิวัฒน์และวิถีชีวิตเมือง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550: 64-79.

ประสาน ต่างใจ. สุขแท้... สุขเทียม คุณจะเลือกแบบไหน. Available from <http://oldforum.serithai.net/index.php?topic=10153.0%3Bwap2>. Accessed August 17, 2007.

ผาสุก พงษ์ไพจิตร. เศรษฐศาสตร์กับความอยู่ดีมีสุข. มติชนรายวัน. ฉบับวันที่ 21 ธันวาคม 2548 : 28.

ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ชวนการพิมพ์; 2522.

พุทธทาสภิกขุ. ความสุขสามระดับ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ; 2542.

ไพศาล วิสาโล. ธรรมเพื่อสู่ภาวะบวรวิถีความพอเพียง. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

พระธรรมโกศาจารย์ (ปัญญานันทภิกขุ). ชีวิตที่เป็นสุข ความสุขยิ่งกว่าความสงบในใจไม่มี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมสภา; ม.ป.ป.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). ข้อคิดชีวิตทวนกระแส. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ทนส่งเสริมพุทธธรรม; 2536.

_____. ชีวิตที่สมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก จำกัด; 2538.

_____. ชีวิตการงาน หลักธรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ธรรมสภา; ม.ป.ป.

มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. ประเมินความสุขคนไทยในรอบ 1 ปี รัฐบาล พล. อ. สุรยุทธ์ จุลานนท์: กรณีศึกษาประชาชนคนไทย 20 จังหวัดของประเทศ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ; 2550.

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

รัชณี กาญจนพฤตพิงศ์, วิลาวัลย์ ถาวงษ์กลาง. สุขภาพจิตชุมชน. หนองคาย: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ; 2545.

- วรชัย ทองไทย. สถิตินำรู้ ดัชนีสุขโลก. จดหมายข่าวประชากรและการพัฒนา 2550; 28 (2):7.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 กรมสุขภาพจิต. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ของ
ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11 ปี 2542. สุราษฎร์ธานี: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11; 2543.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทย
ในระดับจังหวัดของศูนย์สุขภาพจิตเขต 12 ปี 2542. สุราษฎร์ธานี: ศูนย์สุขภาพจิต
เขต 12; 2544.
- ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, สมควร หาญพัฒนชัยกูร, วิภากร สร้อยสุวรรณ, อุไรวรรณ ยิ้มละม้าย.
การลดปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย กรณีศึกษา การประเมินผลโครงการสุขภาพใจ
ภาคประชาชน ปี 2547. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13(1) : 1-9.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรและสังคม 2550 นคราภิวัฒน์
และวิถีชีวิตเมือง. กรุงเทพฯ : เอดิสัน เพรสโปรดักส์ ; 2550.
- สมจิตต์ ลูประสงค์, หยกฟ้า บุญชิต. ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต
จังหวัดนครพนมและจังหวัดมุกดาหาร. นครพนม : โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม
ราชนครินทร์; 2545.
- สมชาย จักรพันธุ์. การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย. ใน: การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 7
ปี 2544 "ความสุขที่พอเพียง". นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2544: 104-5.
- _____. ความสุขคนไทย...ความสุขที่พอเพียง. มติชนออนไลน์ วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2549.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, มธุรดา ชัยมี, ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ. สุขภาพจิตตามการรับรู้
ของคนอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546; 48(4) : 238-49.
- สุพิทยา สังขพิลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและการแก้ปัญหาของประชาชน
จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2541: กรณีศึกษาอำเภอศรีสมเด็จและธวัชบุรี. ร้อยเอ็ด: สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2546.
- สุนัย เกียวกิ่งแก้ว. รายงานวิจัยเรื่องเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่; 2530.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. การเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. เครื่องชี้วัดภาวะสังคมไทยที่สำคัญ พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: ดอกเบี๋ย;
2551.
- _____. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ:
ธนาเพรช; 2551.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรอบแนวคิดการพัฒนาดัชนีชี้วัด
ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สามดี พรินติ้ง; 2549.

สำนักนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงมหาดไทย. ประชากรระดับภาคและประเทศ ปี พ.ศ.2549. Available from <http://www.otp.go.th/statdata.asp>. Accessed August 8, 2008.

อภิชัย มงคล, จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, วัชนี หัตถพนม, จุรัญ อึ้งสำราญ. สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2544.

อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรวรรณ จุฑา และคณะ. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่น; 2547.

อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, วรวรรณ จุฑา. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.

อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ณัฐกร จำปาทอง, สุขุม เฉลยทรัพย์ และ ไพรวลัย รมชัย. การสำรวจความสุขคนไทยปี พ.ศ. 2548. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2551.

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

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

อภิสิทธิ์ อารมวรารุณ, ทานทิพย์ อารมวรารุณ และยงยุทธ ขจรธรรม. กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย; 2543.

อรุณี อุณหะวารกร. ความสุขจากการเสียสละ: ภาคนิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2549.

อลิสรา วัชรสินธุ, ปรีชวัน จันทศิริ, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, ชเนตต์ มลิณทางกูร. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต แนวทางการเสริมสร้างพัฒนาป้องกัน และแก้ไขสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

อัมพร โอตระกุล, ชนินท์ เจริญกุล, ชูชัย สมितिไกร และคณะ. การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

อัศวิน นามะกันคำ. สุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช. Available from: http://72.14.235.104/search?q=cache:_jmYGWfjDU4J:www.nurse.cmu.ac.th/web. Accessed October 1, 2007.

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.

- Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Statistics Quarterly* 1991 ; 44 : 98-106.
- Bohlander R. et al. eds. Emotional and mental health. In : *Macmillan health encyclopedia* 5. New York : Macmillan; 1993.
- Burgess AW. *Psychiatric nursing in the hospital and the community*. 5th ed. California : Appleton & Lange; 1990.
- Clark AE & Oswald AJ. Unhappiness and unemployment. *Economic Journal* 1994; 104: 648-59.
- Diener E. Subjective well-being : the science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist* 2000 ; 55: 34-43.
- Easterlin RA. Income and happiness: toward a unified theory. *Economic Journal* 2001; 111: 465-84.
- Egbert E. Concept of wellness. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service* 1980 ; 18 : 9-12.
- Elster J. Emotions and economic theory. *Journal of Economic Literature* 1998; 26: 47-74.
- Fountain House. Mental health glossary. Available from: http://www.Fountainhouse.org/moxie/resources/resources_glossary/index.html. Accessed January 1, 2003.
- Frey BS & Stutzer A. Does marriage make people happy, or do happy people get married? Working Paper No.143. Zurich: Institute for Empirical Research in Economics; 2003.
- _____. Happiness research; state and prospects. Working Paper No. 190. Zurich : Institute for Empirical Research in Economics; 2004.
- Gerdtham U & Johannesson M. The relationship between happiness, health and socio-economic factor: results based on Swedish micro data. Working Paper Series in Economics and Finance No. 207. Stockholm: Stockholm School of Economics; 1997.
- 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.

Layard R. Happiness: lessons from a new science. London : Penguin Book; 2004.

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

Mark AN, Simm TS & Abdallah S. The happy planet index: an index of human well-being and environmental impact. The New Economic Foundation; 2006.

Maslow AA. Motivation and personality. New York : Harper & Row; 1954.

Mental Health Ireland. Supporting positive mental health. Available from : <http://www.mentalhealthireland.ie>. Accessed January 30, 2008.

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

Robert CC. Feeling good : the science of well-being. Available from : http://www.amazon.com/Feeling-Good-Well-Being-Robert-Cloninger/dp/0195051378/ref=sr_1_1?ie=UTF8&s=books&qid=1226542780&sr=1-1. Accessed July 5, 2008.

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

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995 ; 41 : 1403-9.

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.

Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. J Clin Epidemiol 1998 ; 51 : 903-12.

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

_____. World Health Report 2001. Mental health : new understand, new hope. Jeneva: World Health Organization; 2001.

ภาคผนวก

1. ประวัติผู้วิจัย
2. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับสมบูรณ์)
3. แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
ฉบับสมบูรณ์
4. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น
5. แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น
6. คำสั่งแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานภาคสนาม
โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายอภิชัยมงคล
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Apichai Mongkol
 - 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
 - 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
 - 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) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ.2522
 - 1.4.2 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปี พ.ศ.2526
 - 1.4.3 รัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.2548
 - 1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
 - 1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 4 เรื่อง ได้แก่
 - (1) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน (2546)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัย
แห่งชาติปีงบประมาณ 2542
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 50 ฉบับ
ที่ 1-2 พ.ศ. 2548 หน้า 3-18
 - (2) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
ในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด
ปี 2546
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 50 ฉบับ
ที่ 3-4 พ.ศ.2548 หน้า 71-92

(3) การสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ.2548 ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2548

(4) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชนในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต นานาชาติ 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
หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้
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 | วุฒิปดฺรจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น 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
 - 1.5.1 การศึกษาสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)
 - 1.5.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2551)

2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายทวี ตั้งเสรี
 (ภาษาอังกฤษ) Mr.Tavee Tangseree
 - 2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
 - 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 - 2.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 ถ.ชาตมณเฑาะว์ 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 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ในปี พ.ศ. 2529

- 2.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
 - 2.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 6 เรื่อง
 - (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตชุมชน ในการประชุมวิชาการ นานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2548
 - ตีพิมพ์วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 49 ฉบับที่ 4 พ.ศ.2547 หน้า 227-90
 - (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546) ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

(3) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบ อุทกภัยในเขต 6 (2546)

- ได้รับรางวัลที่ 3 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงาน สุขภาพจิตชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติดปี 2546 ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทยปีที่ 49 ฉบับที่ 3 พ.ศ.2547 หน้า 223-230

(4) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ไข้หวัดนกในเขต 6

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในการประชุม วิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547

(5) การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษ เนื่องในโอกาสฉลองวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

- ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านสุขภาพจิตกับภัยพิบัติในการประชุมวิชาการ นานาชาติครั้งที่ 4 ปี 2548

(6) การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2551)

2.5.2 ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง

(1) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)

(2) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี (2549)

3. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย)	นางวัชนี หัตถพนม
(ภาษาอังกฤษ)	Mrs. Watchanee Huttapanom
3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย	38-20-0169
3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 8 รพ.
3.3 สถานที่ปฏิบัติงาน	กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถ.ชาตะมดุง 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 และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม)
วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526

3.4.2 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2550

3.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

3.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 5 เรื่อง

(1) พิธีโล่มีปอบในช่วงการประชุม APEC: ผลการช่วยเหลือภาวะวิกฤต
ชุมชน

- ได้รับรางวัล ผลงานวิชาการดีเด่นในการประชุมวิชาการกระทรวง
สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2546
- ตีพิมพ์วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 2
พ.ศ. 2549 หน้า 142-149

(2) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (2547)

- ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของสมาคม
พยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 (มกราคม -
มิถุนายน 2550) หน้า 24-35

(3) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถ
ของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและ
พฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52
ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2550 หน้า 390-401

(4) ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ
ครั้งที่ 7 ปี 2551

(5) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต
ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการ
ให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

3.5.2 ผู้ร่วมวิจัย จำนวน 15 เรื่อง

- (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่นในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2548
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 49 ฉบับที่ 4 พ.ศ.2547 หน้า 227-90
- (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
- (3) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
- (4) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50 ฉบับที่ 1-2 พ.ศ. 2548 หน้า 3-18
- (5) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 50 ฉบับที่ 3-4 พ.ศ. 2548 หน้า 71-92
- (6) การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 3 ปี 2547
- (7) รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2549 หน้า 114-123
- (8) การศึกษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาสฉลองวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

- ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ ในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 4 ปี 2548
- (9) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคม และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชน ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 5 ปี 2549
- (10) การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (2549)
- (11) การสำรวจความสุขคนไทย ปี 2548
- (12) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)
- (13) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ และคุณภาพจิตคนไทย (2551)
- (14) การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาคอีสานตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2551 หน้า 229-241
- (15) การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2551)

4. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) ร.ศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
(ภาษาอังกฤษ) Somporn Rungreangkulkij
- 4.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ ระดับ 9
- 4.3 สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น 40002
โทรศัพท์ 043-202407 ต่อ 138
โทรสาร 043-348301
Mobile : 081-8719615
e-mail:somrun@kku.ac.th
- 4.4 ประวัติการศึกษา
- 4.4.1 วทบ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเทศไทย

- 4.4.2 ศศม. (สาขาจิตวิทยาการปรึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย พ.ศ.2532
- 4.2.3 MSN (Mental Health and Psychiatric Nursing) มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ.2539
- 4.3.4 Ph.D. (Nursing) มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ.2543
- 4.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
- หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้วิจัยหลัก รวม 6 เรื่อง
- 4.5.1 ผลกระทบและการปรับตัวของครอบครัวเด็กสมองพิการที่บ้าน
- ได้รับแหล่งทุนอุดหนุนทั่วไป มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2545
 - เผยแพร่ใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก และ นิลุบล รุจิรประเสริฐ. (2546). ผลกระทบต่อครอบครัวที่มีเด็กสมองพิการที่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 26(1): 35-43.
 - เผยแพร่ใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ นิลุบล รุจิรประเสริฐ และ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. (2546). การปรับตัวของครอบครัวต่อการมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความพิการทางสมอง. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 15(1): 36-47.
- 4.5.2 ลักษณะของครอบครัวอีสานกับการส่งเสริมสุขภาพจิต
- ได้รับแหล่งทุนโครงการพัฒนานักวิจัยสุขภาพจิตและจิตเวช 2546
 - เผยแพร่ใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ มธุลดา ชัยมี ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ. (2546). สุขภาพจิตตามการรับรู้ของคนอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 48(4): 239-249.
 - เผยแพร่ใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ มธุลดา ชัยมี ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ. (2547). สุขภาพจิตครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 22(1): 54-64.
- 4.5.3 ประสบการณ์ชีวิตของครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังที่บ้านและสถานการณืของชุมชน
- ได้รับแหล่งทุนอุดหนุนทั่วไป มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2546
 - เผยแพร่ในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ ดารุณี จงอุดมการณ์ กฤตยา แสงเจริญ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และ สมจิต แดนสีแก้ว. (2547). การมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 22(2): 32-41.

- เผยแพร่ใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ดารุณี จงอุดมการณ์ กฤตยา แสงเจริญ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสมจิต แดนสีแก้ว (2548). ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : ชีวิตที่ด้อยโอกาสทับซ้อน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 19 (2): 65-80.

4.5.4 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังในชุมชน

- ได้รับแหล่งทุนอุดหนุนทั่วไป มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2547
- เผยแพร่ในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ กฤตยา แสงเจริญ สมจิต แดนสีแก้ว ปราณิพร บุญเรือง และ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล (2548). ผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอิสระกรณีศึกษาในวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 23(1): 35-44.

4.5.5 หัวหน้าชุดโครงการวิจัย เรื่องการนำคำสอนทางพุทธศาสนามาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์

- ได้รับแหล่งทุนอุดหนุนทั่วไป มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2549
- เผยแพร่ใน สุชาดา สุวรรณคำ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ ชลิดา ธนัฐธิกุล. (2551). การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตของสตรีอีสาน โดยนำพุทธศาสนามาเป็นฐาน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 31 (1):1- 8.
- เผยแพร่ใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปัญญากรณ์ ชุตังกร และ วิวรรธ วงศ์คำชี. (2549). การพัฒนารูปแบบการปรึกษาตามแนวพุทธศาสนาในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20 (2): 10-27.
- Rungreangkulkij, S. & Wongtakee, W. (2008). The psychological impact of Buddhist counseling for patients suffering from symptoms of anxiety. Achieves of Psychiatric Nursing, 22 (3): 127-34.

4.5.6 การพัฒนาระบบการดูแลทางจิตสังคมในโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงาน

- ได้รับแหล่งทุนจากกรมสุขภาพจิต
- เผยแพร่ในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ คมสันต์ บุสผา. (2550). บทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงานในโรงพยาบาลทั่วไป. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 25 (1): 69 - 75.

5. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์
(ภาษาอังกฤษ) Kaewjai Thepsuthammarat
- 5.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 5.2 ตำแหน่งปัจจุบัน ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษา
- 5.3 สถานที่ทำงาน หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
e-mail : kaewjai_th@yahoo.com

5.4 ประวัติการศึกษา

5.4.1 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สถิติ) คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5.4.2 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ชีวสถิติ) คณะสาธารณสุขศาสตร์

5.4.3 มหาวิทยาลัยขอนแก่น กำลังศึกษาต่อ ดุษฎีบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

5.5.1 Khamanarong K, Kosuwon W, Sirichativapee W, Saejung S, Thepsuthammarat K. Thicknesses of the iliac crest appropriate for anterior cervical interbody fusion grafts. J Med Assoc Thai. 2005 Dec; 12(88):1,892-5.

5.5.2 Pongchaiyakul C, Kosulwat V, Rojroongwasinkul N, Charoenkiatkul S, Thepsuthammarat K, Laopaiboon M, et al. Prediction of percentage body fat in rural Thai population using simple anthropometric measurements. Obesity Research. 2005;13(4):729-38.

5.5.3 สมทรง ณ นคร, ไพบูลย์ มงคลถาวรชัย, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์, กุสุมา ชูศิลป์. แบบแผนลายนิ้วมือและจำนวนเส้นลายนิ้วมือเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย วารสารวิทยาศาสตร์ ปีที่ 60 ฉบับที่ 6 (พ.ย.-ธ.ค. 2549) หน้า 468-474

5.5.4 ประนอม บุญศิริ, นภา หลิมรัตน์, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์, พวงพยอม แก้วพิลา, พิศาล ไม้เรียง การบริหารเวลาของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศรีนครินทร์เวชสาร 2551; 23(2): 161-4.

5.5.5 สุขชาติ เกิดผล, วันชัย ไอรรัตน์, วิจิตร เกิดผล, สมทรง ณ นคร, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ การเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบปัสสาวะในเด็กหลังจากรับประทาน ว่านหางจระเข้ จดหมายเหตุทางแพทย์ 89,8 (ส.ค. 2549): 1,199-205

6. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางสาวเอมหทัย ศรีจันทรหล้า
(ภาษาอังกฤษ) Miss.Emhathai Srichanla
- 6.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 6.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ตึกฝ่ายคำ
กลุ่มการพยาบาล
- 6.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะมดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422
โทรสาร 0-4322-4722
- 6.4 ประวัติการศึกษา
- 6.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาลศาสตรวิทยาลัยพยาบาลบรรมราชชนนีกรงเทพ
- 6.4.2 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 6.4.3 ประกาศนียบัตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
- 6.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
ผู้วิจัยหลัก จำนวน 3 เรื่อง
- 6.5.1 ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)
 - ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ
ครั้งที่ 7 ปี 2551
- 6.5.2 การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน(2551)
- 6.5.3 การศึกษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องใน
วโรกาสมหามงคล 12 สิงหาคม 2547
 - ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านสุขภาพจิตชุมชนในภาวะวิกฤตในการประชุม
วิชาการนานาชาติครั้งที่ 3 ปี 2548
7. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายไพรวัลย์ ร่มซ้าย
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Praiwan Romsai
- 7.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 7.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 ตึกขงโค กลุ่มการพยาบาล
- 7.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะมดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4322-7422, 08-4409-4156

โทรสาร 0-4322-4722

7.4 ประวัติการศึกษา

- ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์
ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จ.นนทบุรี
ในปี พ.ศ.2531
- พยาบาลศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
จ.เชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2539

7.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

ผู้วิจัยหลัก จำนวน 5 เรื่อง

7.5.1 การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (2547)

- ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของสมาคมจิตเวชแห่ง
ประเทศไทย ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2550) หน้า 24-35

7.5.2 ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ
ครั้งที่ 7 ปี 2551

7.5.3 การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การ ปรึกษาและประสานงาน (2551)

7.5.4 การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ไหว้หวัดนก ใน เขต 6

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในการประชุมวิชาการ
นานาชาติครั้งที่ 3 ปี 2547

7.5.5 การสำรวจความสุขคนไทย ปี 2548

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับสมบูรณ์)

Thai Mental Health Indicator (TMHI-55)

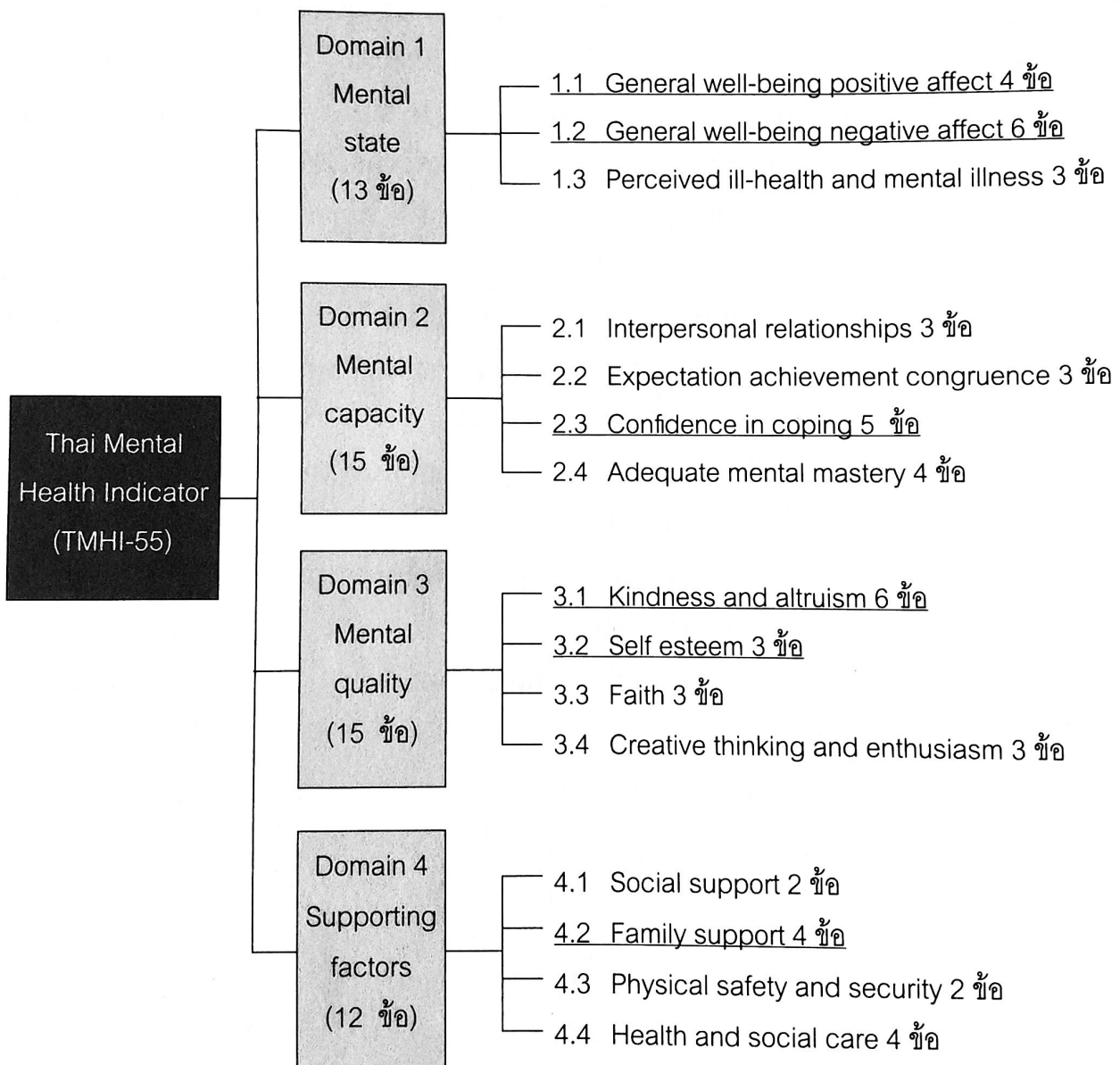
ความหมายของสุขภาพจิต Domain และ Subdomain

ความหมายของสุขภาพจิต

หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

4 Domains

15 Subdomains



- หมายเหตุ 1. ฉบับสมบูรณ์เดิมมี 54 ข้อ การศึกษาครั้งนี้ เพิ่มอีก 1 ข้อ เป็น 55 ข้อ โดยเพิ่มข้อใน Subdomain Self esteem จาก 2 ข้อเป็น 3 ข้อ
2. Subdomain ที่ขีดเส้นใต้ หมายถึง Subdomain ที่เหลือในเครื่องมือฉบับสั้น หรือ TMHI-15

Domain 1. สภาพจิตใจ (Mental state)

หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect)

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

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					1
2	ท่านรู้สึกสบายใจ					2
3	ท่านรู้สึกสดชื่น เบิกบานใจ					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 อายากร่องไห ลึ้นหวัง ประหม่า วิตกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่าความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีความทุกข์ทางจิตใจเช่นอาการซึมเศร้า คลั่ง หรืออาการวิตกกังวล

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
5	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน					5
6	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง					6
7	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์					7
8	ท่านรู้สึกกังวลใจ					8
9	ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ					9
10	ท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ					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 การใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง) นอกจากนี้ยังรวมไปถึงวิธีการรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา แต่ยังคงจำเป็นต้องใช้อยู่ เช่น เครื่องให้จังหวะการทำงานของหัวใจ แขนขาเทียม

สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Mental illness) นั้นยังรวมถึงการเจ็บป่วยทางกายที่มีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคล โรคและการเจ็บป่วยในที่นี้เป็นการเจ็บป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหรือการตรวจรักษาโดยแพทย์ และแพทย์ลงความเห็นแล้วว่าเป็นโรคนั้นๆ

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
11	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้					11
12	ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ระบุว่ามี ความรุนแรงของโรคเล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)					12
13	ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน					13

Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity)

หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships)

หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับมิตรภาพ ความรักที่บุคคลต้องการจะได้รับจากบุคคลอื่น รวมทั้งการเอาใจใส่ดูแล การรู้จักให้กับบุคคลอื่น การมีความสามารถและมีโอกาสที่จะรักหรือถูกรัก และสามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่นทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์ สามารถแบ่งปันความรู้สึกร่วมกันทั้งเรื่องความสุขและความทุกข์กับคนอื่น

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น					14
2	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					15
3	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (ทำงานร่วมกับคนอื่น)					16

2.2 ความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหวัง (Expectation achievement congruence)

หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ มั่นใจในความสามารถของตนเองที่ประสบความสำเร็จ และมีชีวิตตามที่ตนได้คาดหวังไว้

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
4	ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทาง สังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้					17
5	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้า ในชีวิต					18
6	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน					19

2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping)

หมายถึง ความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดฝันได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อความเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด ทั้งนี้นอกจากปรับตัวได้กับสภาพการณ์นั้นๆ แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมอีกด้วย และหากเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องยากที่จะแก้ไขก็ยังสามารถทำใจยอมรับได้

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
7	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้					20
8	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					21
9	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					22
10	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					23
11	ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี					24

2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองมีประสิทธิภาพ (Adequate mental mastery)

หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจ หรือมีความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่าการรักษาสมดุลทางจิตใจ ทำให้มีความรู้สึกเป็นสุข (well-being)

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
12	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิดถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง					25
13	ท่านหงุดหงิดไม่ไหวถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์					26
14	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยที่เกิดขึ้นเสมอ					27
15	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน					28

Domain 3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality)

หมายถึง คุณลักษณะที่ดึงดูดใจของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

3.1 เมตตา กรุณาและเสียสละ (Kindness and altruism)

หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้คนอื่นพ้นทุกข์ สามารถเป็นผู้ให้ ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีความเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม หรือผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					29
2	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					30
3	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					31
4	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					32
5	ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สินเพื่อ ประโยชน์ส่วนรวม โดยไม่หวังผลตอบแทน					33
6	หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย ท่านพร้อม ที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น					34

3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก ไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
7	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					29
8	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					30
9	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว					31

3.3 ความศรัทธา (Faith)

หมายถึง สิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ช่วยให้มีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเกิดภาวะวิกฤตหรือยุ่งยากใจแล้ว สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจนี้จะช่วยให้ตนเองเข้มแข็ง มีกำลังใจดีขึ้น และมีศรัทธาในการทำความคิด ช่วยให้มีทิศทางในการดำเนินชีวิตที่ดี

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

3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลนั้นในการริเริ่มสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ในทางที่ดี เพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันมีคุณค่า ตลอดจนมีความมุ่งมั่น พยายาม มีความใส่ใจในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจแก่ตนเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
12	ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม					41
13	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					42
14	ท่านมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี					43

Domain 4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors)

หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่ามีเครือข่ายทางสังคมคอยช่วยเหลือจะเน้นถึงสภาพแวดล้อม และสังคม ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน โดยเพื่อนๆ หรือคนอื่นๆ ในสังคมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และร่วมกันทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงใด เมื่อบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆในสังคมคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ					44
2	ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการจากเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม					45

4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและมีความผูกพัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	คำถาม ข้อที่
3	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					46
4	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี					47
5	ท่านปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา					48
6	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน					49

4.3 ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต (Physical safety and security)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในชีวิต และความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ สิ่งที่คุณค่าความมั่นคงปลอดภัย เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากบุคคลอื่นจากการกดขี่ทางการเมืองการปกครองในชุมชน ความหมายในเรื่องนี้จึงรวมถึง ความรู้สึกเป็นอิสระของบุคคล บุคคลที่มีสิทธิที่จะอาศัยอยู่ในชุมชนโดยปราศจากการบังคับ กักขัง มั่นใจในการบริหารของผู้นำชุมชน และความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินอีกด้วย

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
7	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน					50
8	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้					51

4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม : การให้บริการและคุณภาพของการบริการ (Health and social care)

หมายถึง การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคมในละแวกใกล้เคียงตามมุมมองของบุคคลการให้บริการในเรื่องสุขภาพ และบริการทางสังคมในมุมมองของแต่ละคนเป็นอย่างไรในแง่ของคุณภาพและความพร้อมของบริการที่เคยได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับ โดยรวมถึงอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชน (องค์กรที่เกี่ยวกับศาสนา วัด ชมรม มูลนิธิฯลฯ) ซึ่งอาจจะจัดเสริมให้มีเพิ่มเติมขึ้นหรืออาจจะเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่พอมืออยู่ในสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น รวมทั้งความยากง่ายเพียงใดกับการไปใช้บริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่นในเรื่องนี้จะไม่เกี่ยวกับวิธีการรักษาสุขภาพ

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
9	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้					52
10	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านสามารถให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ					53
11	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยสามารถไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					54
12	เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีองค์กรในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน					55

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

- คำชี้แจง**
1. แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อวัดภาวะสุขภาพจิตของคนไทยโดยแบ่งแบบสัมภาษณ์นี้ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
 2. ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ
 3. คำตอบของท่านจะไม่มีผลใดๆ ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่ตัวท่านแต่จะเกิดประโยชน์ในด้านการวัดภาวะสุขภาพจิตของท่านเอง
 4. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ใช้สำหรับบุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-60 ปี เท่านั้น
 5. 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).....

4. ภาคที่เก็บข้อมูล

- ☐ 1. ภาคกลาง ☐ 2. ภาคเหนือ
☐ 3. ภาคตะวันออก ☐ 4. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
☐ 5. ภาคใต้

ส่วนของผู้วิจัย

ID ☐ 1

Pro ☐ 2

Sex ☐ 3

Age ☐ 4

Hou ☐ 5

Div ☐ 6

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

5. ระดับการศึกษา

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่ได้เรียน | ☐ 2. ประถมศึกษา |
| ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น | ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย |
| ☐ 5. อนุปริญญา | ☐ 6.ปริญญาตรี |
| ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี | ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)..... |

6. สถานภาพสมรส

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. โสด | ☐ 2. คู่ อยู่ด้วยกัน |
| ☐ 3. คู่ แยกกันอยู่ | ☐ 4. หย่า / ร้าง |
| ☐ 5. หม้าย | |

7. ศาสนา

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ 1. พุทธ | ☐ 2. อิสลาม |
| ☐ 3. คริสต์ | ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ)..... |

8. อาชีพ

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

9. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/เดือน (โดยประมาณ)

10. ความเพียงพอของรายได้

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ 1. เพียงพอ | ☐ 2. ไม่เพียงพอ |
|-------------------------------------|--|

11. ในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้นี้ ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 1. มี | ☐ 2. ไม่มี |
|--------------------------------|-----------------------------------|

12. ในกรณีตอบว่ามีให้ตอบว่ามีปัญหาในเรื่องใดบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (ถ้าตอบ ไม่มีให้ข้ามไปตอบข้อ 13)

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. โรคหัวใจ | ☐ 2. ความดันโลหิตสูง |
| ☐ 3. โรคกระดูกและข้อ | ☐ 4. มะเร็ง |
| ☐ 5. เบาหวาน | ☐ 6. โรคปอดหรือหลอดลม |
| ☐ 7. อัมพาต | ☐ 8. โรคทางจิตเวช |
| ☐ 9. อื่นๆ (ระบุ)..... | |

ส่วนของผู้วิจัย

Edu ☐ 7

Mar ☐ 8

Rel ☐ 9

Occ ☐ 10

Inc ☐ 11

Eno ☐ 12

Dis ☐ 13

D1 ☐ 14

D2 ☐ 15

D3 ☐ 16

D4 ☐ 17

D5 ☐ 18

D6 ☐ 19

D7 ☐ 20

D8 ☐ 21

D9 ☐ 22

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

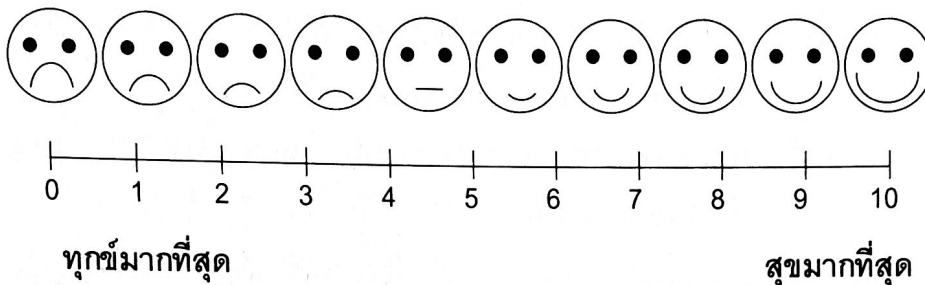
13. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

ถ้ามี เรื่อง.....
.....
.....
.....

14. ท่านรู้สึกว่ายโดยรวมแล้วใน 1 เดือนที่ผ่านมา ชีวิตของท่านมีความสุขในระดับใด



ถ้ารูปหน้าข้างบนนี้แทนความรู้สึกที่เป็นสุขหรือทุกข์ในระดับต่างๆ โดยรูปหมายเลข 10 แทนความรู้สึกเป็นสุขมากที่สุด รูปหมายเลข 0 แทนความรู้สึกเป็นทุกข์มากที่สุด ท่านคิดว่าความรู้สึกโดยรวมของท่านตรงกับเลขใดให้กาเครื่องหมาย X ใต้หมายเลขนั้น

ส่วนของผู้วิจัย

Unh ☐ 23

Hap ☐ 24

ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์

คำชี้แจง กรุณาภาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือกคือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					M1 ☐
2	ท่านรู้สึกสบายใจ					M2 ☐
3	ท่านรู้สึกสดชื่น เบิกบานใจ					M3 ☐
4	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุขสงบ (ความสงบสุขในจิตใจ)					M4 ☐
5	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินการดำเนินชีวิตประจำวัน					M5 ☐
6	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง					M6 ☐
7	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์					M7 ☐
8	ท่านรู้สึกกังวลใจ					M8 ☐
9	ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ					M9 ☐
10	ท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ					M10 ☐
11	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้					M11 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
12	ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ระบุ ว่ามีความรุนแรงของโรคเล็กน้อยหรือมาก ตามอาการที่มี)					M12 ☐
13	ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน					M13 ☐
14	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น					M14 ☐
15	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					M15 ☐
16	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (ทำงานร่วมกับคนอื่น)					M16 ☐
17	ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้					M17 ☐
18	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต					M18 ☐
19	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน					M19 ☐
20	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้					M20 ☐
21	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					M21 ☐
22	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					M22 ☐
23	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					M23 ☐
24	ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี					M24 ☐
25	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง					M25 ☐
26	ท่านหงุดหงิดไม่ไหวถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์					M26 ☐
27	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ					M27 ☐
28	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน					M28 ☐
29	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					M29 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
30	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					M30 ☐
31	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					M31 ☐
32	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					M32 ☐
33	ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สินเพื่อ ประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทน					M33 ☐
34	หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย ท่านพร้อม ที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น					M34 ☐
35	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					M35 ☐
36	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M36 ☐
37	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว					M37 ☐
38	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้ จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต					M38 ☐
39	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความ ยุ่งยากท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ					M39 ☐
40	ท่านเคยประสบกับความยุ่งยาก และสิ่งยึด เหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่านผ่านพ้นไปได้					M40 ☐
41	ท่านต้องการทำบางสิ่งทีใหม่ในทางที่ดีขึ้น กว่าที่เป็นอยู่เดิม					M41 ☐
42	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และ มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					M42 ☐
43	ท่านมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี					M43 ☐
44	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอย ช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ					M44 ☐
45	ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการ จากเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม					M45 ☐
46	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					M46 ☐
47	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะ ดูแลท่านเป็นอย่างดี					M47 ☐
48	ท่านปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจาก ครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา					M48 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
49	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพัน ต่อกัน					M49 ☐
50	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความ ปลอดภัยต่อท่าน					M50 ☐
51	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่อ อาศัยอยู่ในชุมชนนี้					M51 ☐
52	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่าน สามารถไปใช้บริการได้					M52 ☐
53	หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านสามารถ ให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ					M53 ☐
54	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยจะไปใช้บริการจาก หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					M54 ☐
55	เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน					M55 ☐

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

มาก = 3 คะแนน

เล็กน้อย = 2 คะแนน

มากที่สุด = 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

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

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 4 คะแนน

มาก = 2 คะแนน

เล็กน้อย = 3 คะแนน

มากที่สุด = 1 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้
(คะแนนเต็ม 220 คะแนน)

179-220 คะแนน

158-178 คะแนน

157 คะแนนหรือน้อยกว่า

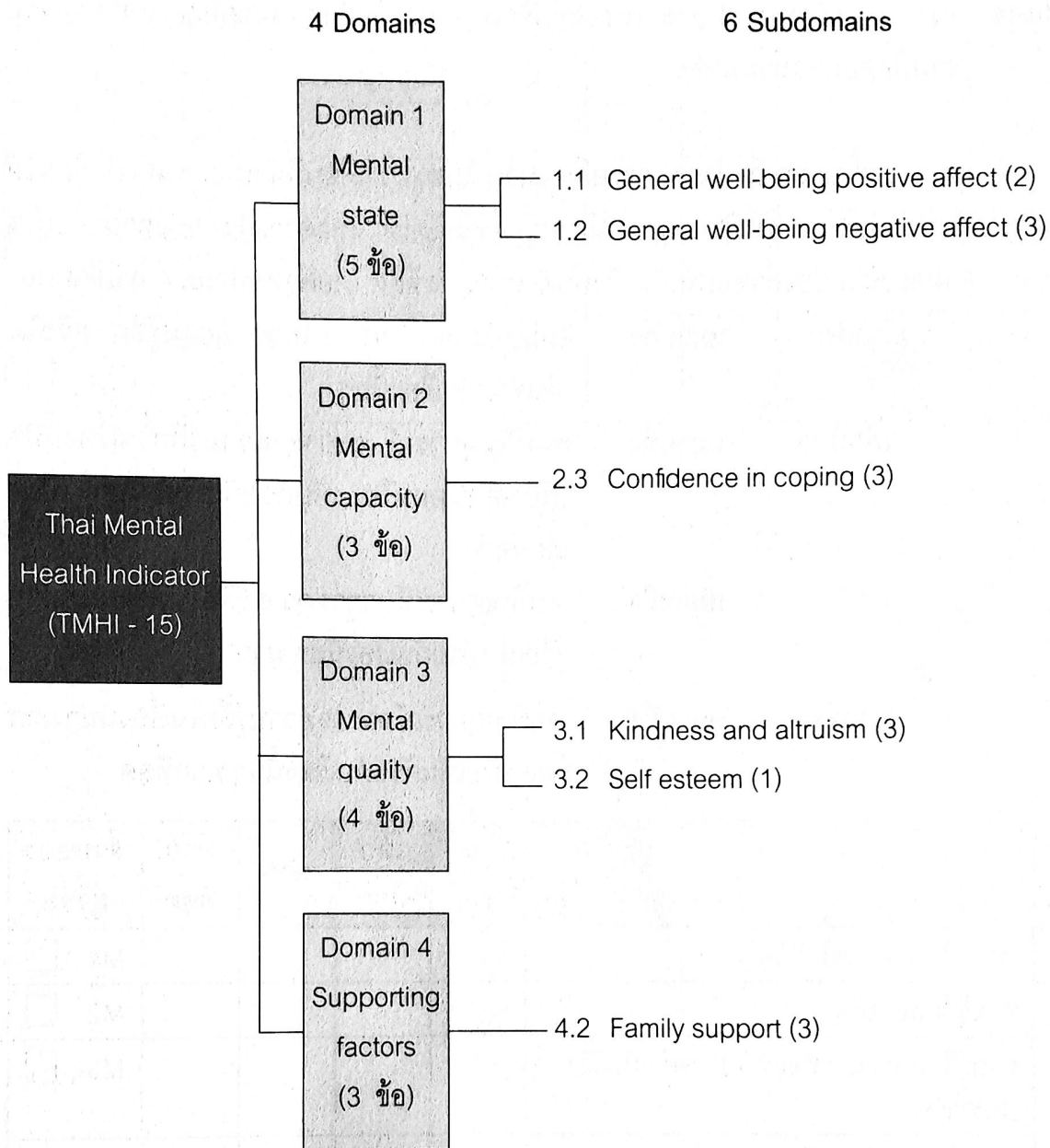
หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ท่านอาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น โดยขอรับบริการการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (หรือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย)



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

แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

(Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI -15)

คำชี้แจง กรุณาภาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบันให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์อาการความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือกคือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อยหรือ 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 ☐
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					M6 ☐
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					M7 ☐
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					M8 ☐
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					M9 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					M10 ☐
11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					M11 ☐
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M12 ☐
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					M13 ☐
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะ ดูแลท่านเป็นอย่างดี					M14 ☐
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพัน 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

มาก = 3 คะแนน

เล็กน้อย = 2 คะแนน

มากที่สุด = 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

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

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 4 คะแนน

มาก = 2 คะแนน

เล็กน้อย = 3 คะแนน

มากที่สุด = 1 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้
(คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ท่านอาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น โดยขอรับบริการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้



คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ ๕๙๒/๒๕๕๐

เรื่อง การแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานภาคสนาม
โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ กรมสุขภาพจิตเห็นควรมีการแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานภาคสนามดังรายนามต่อไปนี้

คณะที่ปรึกษาภาคสนาม

- | | |
|-------------------------------|---|
| ๑. นายกอบโชค จวงษ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| ๒. นายเอนก สุภีรนนท์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ |
| ๓. นายสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง |
| ๔. นายบุญชัย นวมงคลวัฒนา | ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา |
| ๕. นายทวี ตั้งเสรี | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| ๖. นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา |
| ๗. นายศิริศักดิ์ ธิติดิลภรณ์ | ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ |
| ๘. นายศิริชัย ดาริกานนท์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์
ราชนครินทร์ |
| ๙. นายพันธ์ศักดิ์ วรวัศวปติ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา
ราชนครินทร์ |
| ๑๐. นายจุมภฏ พรหมสีดา | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ |

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. เป็นที่ปรึกษาร่วมพิจารณาและให้ความเห็นแก่คณะทำงานภาคสนาม
๒. เชื้ออำนาจให้เกิดการประสานงานโครงการ

คณะทำงานภาคสนาม

๑. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

๑) นางสาววิภาวี	เผ่ากันทรากร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวจรรยา	แสงเขียวงาม	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๓) นางพรีดา	เพิ่มความสุข	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๔) นางสาวสุธา	ไลชาติกุล	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๕) นางสาวสมฤดี	ชุมแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๖) นางสาวนารีรัตน์	ทองยืนดี	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	สำราญพิศ	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๑) นางวิณา	วิทย์เจียกขจร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๒) นางสาวภาภรณ์	มาตรพลากร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๓) นางวิจิตรา	ทองเกษม	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๔) นางสาวอัญชลี	ศรีสุพรรณ	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๕) นางสาวสาวิตรี	แสงสว่าง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน
๑๖) นางสาวจริยา	บุญเชิฏ	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน
๑๗) นางสาววัฒนาภรณ์	พิบูลอาลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพ ๔	คณะทำงาน
๑๘) นางสาวเวนิช	บุราชรินทร์	พยาบาลวิชาชีพ ๔	คณะทำงาน
๑๙) นางสาวธวิไล	ไตรจักร์	พยาบาลวิชาชีพ ๓	คณะทำงาน
๒๐) นายทยาน	โคตะนนท์	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๒๑) นางสาวปาณิสรา	วาทะสุทรพงศ์	นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน
๒๒) นางสาวกชกร	พนัสนอก	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	คณะทำงาน
๒๓) นางสาวเกษรา	คำสงค์	เจ้าพนักงานธุรการ	คณะทำงาน
๒๔) นางสาวอุทุมพร	คงพงษ์	เจ้าพนักงานธุรการ	คณะทำงาน

๒. โรงพยาบาลศรีธัญญา

๑) นางสาวสุรีย์	บุญเฉย	นักสังคมสงเคราะห์ ๗	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางทัศนีย์	ตันทวิวงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ ๙ ชช.	คณะทำงาน
๓) นางเพลินพิศ	จันทร์ศักดิ์	นักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว.	คณะทำงาน
๔) นางสาวหทัยรัฐณ์	เอื้อสมาลย์	นักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว.	คณะทำงาน
๕) นางภัสสร	มหจิตรเลิศนันท์	นักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว.	คณะทำงาน

๖) นายพงษ์อรุณ สมบัติรักษ์	นักสังคมสงเคราะห์ ๓	คณะทำงาน
๗) นางสาวอุมามพร สุระพงศ์ทวี	นักสังคมสงเคราะห์ ๓	คณะทำงาน
๘) นางสาวสาลิณี ศุภสุนทรศิริ	นักสังคมสงเคราะห์ ๓	คณะทำงาน
๙) นายธนยศ เทียนศรี	นักสังคมสงเคราะห์ ๓	คณะทำงาน
๑๐) นางสาวลมฝน จำปาทอง	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๑) นางสาวรณมณี รวณจิต	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๒) นางสาวอัจฉรา คักรางกูร	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๓) นางสาวปรารธนา รัตนนิรวรรณ	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๔) นางสาวพนมศรี เสาร์สาร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๕) นางสาวชยาภรณ์ ผ่องแผ้ว	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๖) นายอัมรงค์ศักดิ์ ศรีหิรัญ	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน

๓. สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

๑) นางสาวนันทดา ถมคำพานิชย์	นายแพทย์ ๖ ว.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางดวงจันทร์ บัวคลี	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๓) นางสุลี ตังกู	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๔) นางสาวภาวินี บุตรแสน	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๕) นางเพ็ญพุดม คงพานิชย์ตระกูล	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๖) นางสาวพรรณภา แสงส่อง	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน
๗) นางสาวพรรณนิภา แสนปัญญา	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๘) นางสุดสาคร จำมัน	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๙) นางสาวสุภาพ เชาวแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๐) นางสาวเพ็ญพรรณ ชิตวร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๑) นางศิริรัตน์ หิรัญวัฒนาวิน	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๑๒) นางสาวพัชรี วัฒนเมธี	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๑๓) นางกฤษณา อ่ำคา	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๔) นางสาวรกี คล้ายมาลา	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน

๔. โรงพยาบาลสวนปรุง

๑) นางสาวประหยัด ประภาพรหม	พยาบาลวิชาชีพ ๘ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวราณี พรมานะจิรังกุล	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๓) นางฟองอุไร ภูมิศิริรักษ์	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๔) นางกรองจิต วงศ์สุวรรณ	นักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว.	คณะทำงาน

๕) นางสาวศิวพร	วังซ้าย	นักจิตวิทยา	คณะทำงาน
๖) นางสาววนิษา	น้อยผล	นักจิตวิทยา	คณะทำงาน
๗) นายภาณุวัฒน์	สมใจ	เภสัชกร	คณะทำงาน
๘) นางสาวกฤตยา	สวอยชุม	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๙) นางสาวสุภาพ	เชาว์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน

๕. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

๑) นางสาวนาม	บินชัย	พยาบาลวิชาชีพ ๘ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวอภิญญา	ปัญญาพร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๓) นางราตรี	ภูบุญ	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๔) นางนฤมล	เลิศไธสง	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๕) นางสาวรจนา	ศรียะ	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๖) นางสาวดาวเรือง	ตรองพวง	พยาบาลเทคนิค ๖	คณะทำงาน

๖. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

๑) นางสาวปรียา	ประณีตพลกรัง	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวนิศากร	แก้วพิลา	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๓) นางสาวอิชยา	เขื่อนม้น	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๔) นางสาวนฤมล	สุริยะ	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๕) นางสาวปราณีต	ชุมพุทรา	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๖) นางสมจิตร	พิพิมาย	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๗) นางสาวกาญจนา	ขาวนอก	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว	คณะทำงาน
๘) นางเพ็ญศิริ	ตรีศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๙) นางสาวสวัสดิ์	เที่ยงธรรม	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๐) นางลลิตา	อันอามาตย์	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๑) นางสาวสายฝน	ราชโยธา	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๑๒) นายดำรงพล	จันทร์สด	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๓) นายนิพนธ์	หงส์สำโรง	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๔) นางสาวกรเกศ	พรหมดี	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๑๕) นางสาวกิตติมาพร	พีชเพ็ญ	นักสังคมสงเคราะห์ ๗ ว	คณะทำงาน

๗. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

๑) นายวิชัย	ลิขสิทธิ์ดำรงกุล	เภสัชกร ๗ ว.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวลำไพร	เข้าไกร	นักจิตวิทยา ๖ ว.	คณะทำงาน
๓) นางสาวสุปราณี	พิมพ์ตรา	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว.	คณะทำงาน
๔) นางสาวเกษสุดา	ภิญโญพันธ์	พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว.	คณะทำงาน
๕) นางสาวมณีวรรณ	สุวรรณวิบูล	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๖) นายนฤพล	จันทร์เทียน	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน

๘. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

๑) นางละเอียด	ปัญญาใหญ่	พยาบาลวิชาชีพ ๘ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางธีราพร	มณีนาถ	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๓) นายวิรัช	สุดจันทร์ฮาม	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๔) นางไพลิน	ปรีชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ ๗	คณะทำงาน
๕) นางปรียาภรณ์	เสริมอ้วน	พยาบาลเทคนิค ๖	คณะทำงาน
๖) นางสุนันทา	คำชมพู่	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๗) นางสโรชา	บางแสง	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๘) นายสุนันท์	สีหาราช	พนักงานขับรถ	คณะทำงาน

๙. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

๑) นางสาว	การะเกษร	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวกันตวรรณ	มากวิจิต	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๓) นางสาวภรณ์	เดชดี	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๔) นางสาวนาถ	สุวลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๕) นางสาวภาค	บุญคมรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ ๘ วช.	คณะทำงาน
๖) นางสาวธิลา	วัชรารม	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๗) นางสาวลี	ผลพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๘) นางสาวสุภาพ	แสงดี	พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช.	คณะทำงาน
๙) นายบรรณวิทย์	เพชรสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน
๑๐) นายฉัตรชัย	เพ็งเขียว	พยาบาลวิชาชีพ ๕	คณะทำงาน

๑๐. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์



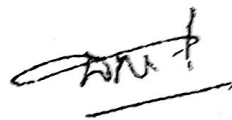
๑) นายสัมพันธ์ มณีรัตน์	พช. ๑๖๖	หัวหน้าคณะทำงาน
๒) นางสาวนันทนา ทองด้วง	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๓) นางวัลยา ภิญญาคง	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๔) นางจันทนา เทศวัฒนา	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๕) นางสาวใจ ก้าวอนันตกุล	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๖) นางอรรยา ญาณหาร	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๗) นายอำนวย ปานเพร	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๘) นางสาวสมควร จุลอักษร	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๙) นายชาญชัย สุภากุล	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๑๐) นายชาญวิทย์ หอมกอ	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน
๑๑) นางกาญจนา รุ่งแก้ว	พช. ๑๖๖	คณะทำงาน

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ประสานการดำเนินงานในโครงการวิจัย
๒. เก็บและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลภาคสนาม
๓. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หรือจนกว่าการดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวจะเสร็จสิ้น

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐



(หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต