



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาและทดสอบ

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่

เลขทะเบียน.....	20040405
วันที่.....	10.0.2547
เลขเรียกหนังสือ.....	ร.พ. พท 105
.....	02420 0547 4.4

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ดำเนินการวิจัยในนามของ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
ในการประชุมวิชาการครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่

โดย น.พ. อภิชัย มงคล
 น.พ. ทวี ตั้งเสรี
 ศ.น.พ.พิเชฐ อุดมรัตน์
 นางวัชณี หัตถพนม
 นางสาวกัศรา เชษฐโชติศักดิ์
 นางวรวรรณ จุฑา
 นางสาวระพีพร แก้วคอนไทย

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ISBN 974 - 92301 - 3 - 2

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 30 เมษายน 2547

จำนวน 200 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ 95 ถนนรื่นรมย์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่

อภิชัย มงคล¹, ทวี ตั้งเสรี², พิเชฐ อุดมรัตน์³, วัชณี หัตถพนม², ภัสรา เขมฐิโษติศักดิ์²
วรวรรณ จูท่า¹, ระพีพร แก้วคอนไทย²

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อตรวจสอบเครื่องมือเดิมที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตในประเทศไทยและพัฒนาเครื่องมือฉบับใหม่ให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมในการนำไปใช้ทั่วประเทศ 2) เพื่อทดสอบเครื่องมือฉบับใหม่ในทุกภาคของประเทศโดยการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้างและค่าปกติของเครื่องมือ และ 3) เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และทดสอบเครื่องมือทั้งสองฉบับ โดยการศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะๆ ที่ 1 การศึกษาความตรงตามเนื้อหาโดยการพัฒนาเครื่องมือฉบับร่าง 80 ข้อ และนำไปทดสอบใน 5 ภาคของประเทศ โดยการทำ Focus group 40 กลุ่ม และทดลองใช้เครื่องมือ 120 ชุด ระยะที่ 2 ศึกษาความตรงตามโครงสร้างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage sampling จากประชากรไทยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,024 คน โดยแบ่งตามภาคเขตเมืองและเขตชนบท และสถานภาพทางเศรษฐกิจ (จังหวัดที่มีรายได้ราย ปานกลาง ยากจน) ระยะที่ 3 การศึกษาค่าปกติ ของประชากรไทยโดยใช้เครื่องมือฉบับนี้และสุ่มตัวอย่างใหม่จำนวน 2,404 คน วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับระยะที่ 2 ค่าปกติของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจำแนกตามมิติ เพศ เขตเมือง เขตชนบท และภาคต่าง ๆ ของประเทศ สถิติที่ใช้ได้แก่ Factor analysis, kappa statistic และ Cronbach's alpha coefficient.

ผลการศึกษา ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่มี 2 ฉบับคือ ฉบับสมบูรณ์ (54 ข้อ) และฉบับสั้น (15 ข้อ) ประกอบด้วย 4 มิติ (สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน) และ 15 มิติย่อย คะแนนของฉบับสมบูรณ์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิต ดีกว่าคนทั่วไป (118 - 162) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (99 - 117) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (98 คะแนน หรือน้อยกว่า) ฉบับสั้นมี 15 ข้อ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม เช่นกันคือ สุขภาพจิต ดีกว่าคนทั่วไป (35 - 45) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (28 - 34) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (27 คะแนน หรือน้อยกว่า) นอกจากนี้คะแนนของ TMHI ยังแบ่งตาม มิติ เพศ แต่ละภาคของประเทศ เขตเมือง และเขตชนบท การศึกษาความพ้องในการประเมินสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นพบว่า อยู่ในระดับเกือบดี (kappa statistics 0.63, $p < 0.001$)

¹ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี 11000

² โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น 40000

³ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

สรุป

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการประเมินสุขภาพจิตของประชากรไทย ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นเป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการนำไปใช้ ควรส่งเสริมให้ทำการวิจัยต่อไป เพื่อพิจารณาว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยทางคลินิกได้ด้วย

Abstract

The Development and Testing of a New Thai Mental Health Indicator (TMHI)

Apichai Mongkol¹, Tavee Tangseree², Pichet Udomratn³,

Watchanee Huttapanom², Pasara Chetchotisakd², Worawan Chutha¹, Rapeeporn

Kaewkonthai²

Objectives : 1) To examine the older mental-health evaluation instruments that were in use in Thailand, and develop a new comprehensive and modern version that would be suitable for use throughout the country construct validity ; 2) to test this new instrument in a variety of settings in Thailand to determine normal ranges and content validity, construct validity ; and 3) to deal with special situations, develop a condensed, or shorter, version of the instrument, and through appropriate testing ensure that the shorter and longer versions were compatible in their results (the agreement study).

Methods : The project was divided into 3 phases. In phase 1, content validity of the underdevelopment instrument was evaluated by testing an 80-item draft version in 5 regions throughout the country through 40 focus groups and 120 sets of questionnaires. In phase 2, the construct validity study, multi-stage sampling of the Thai population was performed, with 2,024 people selected and divided according to region, urban and rural residence, and economic status (rich, middle, poor). In phase 3, the norms for mental health in the Thai population as determined by this instrument were evaluated, using a new random sampling of 2,404 subjects. TMHI scores according to domain, sex, urban-rural, and region were also studied. Factor analysis, kappa statistic and Cronbach's alpha coefficient were used for statistical analysis.

Results : The new Thai Mental Health Indicator (TMHI) was successfully completed, with both full (54 items) and short (15items) versions, with 4 domains (mental state, mental capacity, mental quality, supporting factors) and 15 sub-domains. The scores for the complete version were divided into 3 groups: good (118-162), fair (99-117), and poor mental health (<98). The comparable short version scores were also divided into 3 groups: good (35 - 45), fair (28 - 34) and poor (<27). The agreement study was also found between the long and short version TMHI was substantial agreement. (kappa statistics 0.63, $p < 0.001$).

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

¹ Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000

² Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. 40000

³ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ได้รับงบประมาณดำเนินการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากบุคลากรหลายฝ่าย ดังนี้

น.พ.สุจิต	สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
รศ.น.พ.รัชชัย	กฤษณะประกรกิจ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.จิราพร	เขียวอยู่	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.สมพร	รุ่งเรืองกลกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาอีกหลายท่านที่มีได้กล่าวนาม (รายละเอียดในภาคผนวก) ซึ่งมีส่วนสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือสนับสนุนให้คำปรึกษาแนะนำที่มีคุณค่าในการศึกษาวิจัย

ในด้านการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามได้รับความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม.ของจังหวัดที่เก็บข้อมูลวิจัย ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การเก็บข้อมูลวิจัยทุกครั้งอย่างดียิ่ง และการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงมิได้หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่สนับสนุนบุคลากรและยานพาหนะในการออกหน่วยเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม รวมทั้งหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามแต่ละแห่งที่ช่วยเหลือ ตรวจสอบ ติดตามกำกับ เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามให้แล้วเสร็จตามกำหนด ซึ่งได้แก่

นางสาวพนมศรี	เสาร์สาร	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวประหยัด	ประภาพรหม	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลสวนปรุง
นางธีราพร	มณีนาด	พยาบาลวิชาชีพ 7	
			โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นางจันทร์เพ็ญ	อัครสถิตานนท์	พยาบาลวิชาชีพ 7	
			โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
นายอรรถพงษ์	ถนิมพาสน์	นักจิตวิทยา 9	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ทุกหน่วยงานและทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ล้วนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี ตามจุดมุ่งหมายทุกประการ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

อภิชัย มงคล

30 เมษายน 2547

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์	6
ขอบเขตการวิจัย	6
ข้อตกลงเบื้องต้น	6
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	9
แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต	30
กรอบแนวคิดในการวิจัย	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	75
การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	77

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	79
การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งที่ 1	79
การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือและ การหาค่าปกติของคนไทย	97
การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ และ 15 ข้อ	122
การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่าง ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับเดิมกับฉบับใหม่	123
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	125
สรุปผลการวิจัย	127
อภิปรายผล	133
ข้อเสนอแนะ	144
บรรณานุกรม	147
ภาคผนวก	153

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1	81
2. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n=2,024)	86
3. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n=2,024)	88
4. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n=1,688)	90
5. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n=2,024)	92
6. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n=2,024)	93
7. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n=2,024)	94
8. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n=2,024)	95
9. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n=2,024)	97
10. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2	99

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=2,400)	105
12. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=2,400)	106
13. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=2,401)	107
14. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=2,401)	108
15. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=2,401)	110
16. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=2,401)	111
17. ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=2,397)	112
18. สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n=2,397)	113
19. ค่า factor loading ของรายการคำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ หรือ TMHI-15 (n=2,401)	115
20. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI) ฉบับ 54 ข้อ 15 ข้อ (n=2,390)	116
21. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) โดยจำแนกตามมิติ (Domain) ของสุขภาพจิต (n=2,390)	118
22. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ เมื่อจำแนกตามเพศ (n=2,388)	119
23. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) เมื่อจำแนกตามรายภาค (n=2,390)	121

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
24. การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) เมื่อจำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท (n=2,387)	122
25. การศึกษาความพ้อง (agreement) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ และ 15 ข้อ (n=2,390)	122
26. การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับเดิมกับฉบับใหม่	123
27. การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่าง TMHI-15 ฉบับเดิมและ TMHI-15 ฉบับใหม่	124
28. การเปรียบเทียบค่าปกติระหว่าง TMHI-66 และ TMHI-54	144

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย	46
2. วิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3	48
3. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคกลางในการศึกษาระยะที่ 2	51
4. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคเหนือในการศึกษาระยะที่ 2	51
5. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในการศึกษาระยะที่ 2	52
6. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออกในการศึกษาระยะที่ 2	52
7. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคใต้ในการศึกษาระยะที่ 2	53
8. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคกลางในการศึกษาระยะที่ 3	53
9. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคเหนือในการศึกษาระยะที่ 3	54
10. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในการศึกษาระยะที่ 3	54
11. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออกในการศึกษาระยะที่ 3	55
12. สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคใต้ในการศึกษาระยะที่ 3	55
13. การศึกษาความหมายของ Sex issue และ Transcendence โดยการทำ Focus group ในกลุ่มตัวอย่างจากภาคใต้จำนวน 8 กลุ่ม	57
14. การศึกษาความหมายของเพศและครอบครัว โดยการทำ Focus group ในกลุ่มตัวอย่างจากภาคเหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และตะวันออก	58

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งในสังคมที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เพราะสังคมมนุษย์เป็นระบบเปิด ด้วยเหตุที่ว่าสิ่งที่อยู่รอบตัวมนุษย์รวมทั้งวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตย่อมก่อให้เกิดปัญหาสังคมได้หลายประการ ปัญหาดังกล่าวย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของมนุษย์ที่อยู่ในสังคมนั้น ๆ แตกต่างกันไปด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้คนมีความทุกข์ ความเดือดร้อนทางจิตใจเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ผู้ที่มีปัญหาทางจิตจะหาทางออกเอง ซึ่งอาจจะได้ผลหรือใช้ทางออกไปในทางที่ไม่ถูกต้อง ผลที่ตามมาก็คือ เกิดความล้มเหลวในการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของชาติอย่างมาก (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งมีการพัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง สังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่มีการคืบคลาน แข่งขันกันสูง การดำเนินชีวิตภายใต้การเปลี่ยนแปลงนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลไปด้วย สุขภาพจิตเป็นสภาวะจิตใจของบุคคล ซึ่งโดยธรรมชาติภาวะจิตใจมีการปรับเปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้นั้น ดังนั้น สุขภาพจิตของคนเราจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนตาม นับเป็นความยากลำบากพอควรของมนุษย์ที่จะต้องปรับตัวปรับใจไปกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชากรได้

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในประชากรทั่ว ๆ ไป นอกจากทำให้สูญเสียชีวิตแล้ว บางโรคก่อให้เกิดความพิการ หรือความเสื่อมของบุคลิกภาพ ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (สหรัฐอเมริกา) ได้พัฒนาดัชนีที่เรียกว่า การสูญเสียปีสุขภาวะหรือการมีสุขภาพดี (DALYs = Disability Adjusted Life Years) เพื่อใช้ประเมินภาวะโรคอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความจำกัดในการดำเนินชีวิต ข้อดีของดัชนีตัวนี้คือ การนำความสูญเสียอันเนื่องจากการตายมาคิดรวมกับปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย โดยที่ 1 DALY หมายถึง การสูญเสียการมีสุขภาพดีไป 1 ปี คำนวณจากดัชนีหลัก 2 ตัว คือ YLL (Year of Life Lost) คือ จำนวนปีที่สูญเสียชีวิตไปอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันสมควร และ YLD (Year Lived with Disability) คือ จำนวนปีที่ต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการหรือทุพพลภาพจากโรค (Murray and Lopez, 1996)

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานประจำปี World Health Report 2001 ในหัวข้อ สุขภาพจิต : ความเข้าใจใหม่ ความหวังใหม่ โดยเน้นสาระสำคัญให้สังคมโลกเห็นความสำคัญของสุขภาพจิต โดยประมาณการว่ามีประชากรโลก 450 คน ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและโรคทางประสาท หรือปัญหาจิตสังคมต่างๆ ได้แก่ ปัญหาการเสพติดและยาเสพติด ร้อยละ 25 ของประชากรโลก ประชากรทั่วโลก

เคยประสบกับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิตไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในสังคมใด เพศ อายุ เศรษฐฐานะใด หรืออยู่ในเมืองหรือชนบท ณ ขณะเวลาใดก็ตาม จะมีผู้เจ็บป่วยด้วยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมร้อยละ 10 ของประชากรโลก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไปรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขมูลฐานมีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมร้อยละ 20 หนึ่งในสี่ของครอบครัวทั่วโลกจะมีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ นอกจากจะต้องดูแลช่วยเหลือทางกายและอารมณ์แล้ว ยังต้องแบกรับผลกระทบของการรังเกียจ กีดกัน แบ่งแยกจากสังคมที่มีต่อผู้ป่วยทางจิตและพฤติกรรมด้วย องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในปี ค.ศ. 1990 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมสร้างภาระคิดเป็นร้อยละ 10 ของ DALYs รวมจากทุกโรคและอุบัติเหตุทุกชนิด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12 ใน ค.ศ. 2000 โรคที่ทำให้เกิดความพิการมาก ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคติดยาเสพติด โรคจิตเภท โรคลมชัก โรคสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ โรคปัญญาอ่อนและความผิดปกติในเด็กและวัยรุ่น (World Health Organization, 2001)

ในปี ค.ศ. 2000 เมื่อคิดค่าจำนวนการสูญเสียปีสุขภาวะ เนื่องจากการเจ็บป่วยของประชากรโลก โดยเปรียบเทียบโรคทุกกลุ่มโรค พบว่า ร้อยละ 46.0 เกิดจากโรคไม่ติดต่อ เฉพาะในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบค่า DALYs ที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 44.0 และร้อยละ 25.0 ของโรคที่ไม่ติดต่อเป็นโรคทางจิตเวชและทางระบบประสาท ในประเทศที่เศรษฐกิจดีจะพบโรคทางจิตเวชและทางระบบประสาท 1 โรคในทุก ๆ 4 โรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) และในประเทศที่ยากจนและเศรษฐกิจปานกลาง โรคจิตเวชและทางระบบประสาทจะพบ 1 โรคในทุก ๆ 10 โรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ ดังนั้นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสในพื้นที่แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เกิดจากโรคที่ไม่ติดต่อ โรคทางจิตเวชและทางระบบประสาทเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะสมองเสื่อม (dementia) โรคซึมเศร้า (depression) และโรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ การคาดการณ์สัดส่วนของประชากรสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในแถบภูมิภาคนี้จะมีจำนวนสูงขึ้นจากร้อยละ 6.2 ในปี 1980 เป็นร้อยละ 12.3 ในปี 2050 (จุมภฏ พรหมเสิดา และปรีชา สุวัจนตร, 2546)

สำหรับในประเทศไทย จากการวิเคราะห์ภาระโรคด้วยดัชนีดังกล่าว พบว่าจำนวนปีที่สูญเสียไปอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันสมควร (YLL) ในปี พ.ศ. 2541 พบว่าจำนวนปีที่สูญเสียโดยรวมคือ 10,350,749 ปี และพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายในอันดับที่ 8 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ซึ่งนับได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นและเป็นสาเหตุการตายรวมในอันดับต้น ๆ อีกด้วย และเมื่อพิจารณาสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะหรือการมีสุขภาพดี (DALYs) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง มีค่า DALYs เป็นลำดับที่ 9 การใช้ยาเสพติดอยู่ในลำดับที่ 10 การติดยา พืชสารเรื้อรังอยู่ในลำดับที่ 11 และเมื่อจำแนกตามเพศหญิง โรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 4 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตในประเทศไทย นับตั้งแต่การเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ประชาชนได้รับผลกระทบโดยตรง ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญเพิ่มมากขึ้น จากการรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2540 - 2544 พบอัตราผู้ป่วยโรคจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อจำแนกตามการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข พบว่าสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ในปีงบประมาณ 2540 พบอัตราผู้ป่วยโรคจิต 144.0 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 293.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2544 โรคจิตกักขัง จากการรายงานจำนวนและอัตราของผู้ป่วยโรคจิตกักขัง ไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใดโดยพบว่ามีเพิ่มขึ้น และลดลงสลับกันไป โดยในปี พ.ศ. 2540 - 2544 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตกักขังต่อ 100,000 ประชากรเท่ากับ 636.15, 713.80, 647.06, 701.46 และ 666.34 ตามลำดับ สำหรับโรคซึมเศร้า พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2540 - 2544 ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีดังนี้ 19.09, 43.21, 68.22, 99.54, 57.62 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2540 - 2544 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นกัน โดย พ.ศ. 2540 มีอัตรา 36.4 ต่อ 100,000 ประชากรในปี พ.ศ. 2544 มีอัตรา 41.6 ต่อ 100,000 ประชากร เมื่อพิจารณาปัญหาการฆ่าตัวตายก็พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2540 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 6.9 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 8.1, 8.6, 8.4 และ 7.2 ตามลำดับในปี พ.ศ. 2541 - 2544 (กรมสุขภาพจิต, 2546)

จากข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตดังกล่าว พบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีผลกระทบต่อการสาธารณสุขในแง่ของการเกิดการสูญเสียและการตาย ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเท่าที่ควรทำให้สัดส่วนของประชากรที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลรักษา และประสบกับการสูญเสียความสามารถที่ควรจะมีในภาวะปกติ จึงมีประชากรจำนวนมากที่ได้รับความทุกข์ทรมาน จากการเป็นโรคจิตและโรคทางระบบประสาท (จุมภฏ พรหมเสิดา และปรีชา สุวันบุตร, 2546)

เมื่อพิจารณาบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค คัดกรอง หรือประเมินสภาพจิตใจ เพื่อทราบถึงปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะแรก พบว่ากรมสุขภาพจิต (2546) ได้สรุปรายงานทรัพยากรด้านสุขภาพจิตดังนี้ จิตแพทย์ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีจำนวนจิตแพทย์ทั้งหมดจำนวน 351 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1 : 175,674 และในปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนจิตแพทย์ 376 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.12 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 164,571 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนจิตแพทย์ 387 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.93 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 161,005 จากสัดส่วนดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นการขาดแคลนจิตแพทย์ในชั้นวิกฤต เมื่อพิจารณาจำนวนพยาบาลจิตเวชในปี พ.ศ. 2542 มีจำนวนพยาบาลจิตเวชทั้งหมดจำนวน 1,041 คน คิดเป็นสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรเท่ากับ 1 : 59,233 และปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนพยาบาลจิตเวชจำนวน 1,717 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 64.94 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1 : 36,039 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2544

มีจำนวนพยาบาลจิตเวช 1,735 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.05 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 35,913 จากจำนวนพยาบาลจิตเวชที่เพิ่มขึ้นทุกปี แต่ก็ยังดูเป็นภาระที่หนักมาก เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของประชาชนที่พยาบาลจิตเวชต้องรับผิดชอบดูแล หากพิจารณาในทีมสุขภาพจิตที่สามารถช่วยเหลือในการประเมินสภาพจิตใจแก่ประชาชนทั่วไป ว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เพื่อให้การบำบัด ช่วยเหลือ และส่งต่อการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก็พบว่าอัตราส่วนของนักจิตวิทยาเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรก็ยังมีจำนวนน้อยเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิกทั้งหมดจำนวน 97 คน คิดเป็นสัดส่วนนักจิตวิทยาคลินิกต่อประชากรเท่ากับ 1 : 653,688 และ ปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 150 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 54.64 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1 : 412,525 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2544 มีนักจิตวิทยาคลินิก 196 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.67 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 317,902 ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2544 พบว่าจำนวนนักจิตวิทยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาทั้ง 3 วิชาชีพที่ต้องทำหน้าที่ในการประเมินสภาพจิตใจ และส่งพบแพทย์เพื่อรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ จึงเป็นเรื่องยากลำบากมากในการดูแลรับผิดชอบประชาชนเหล่านี้ได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ทั้ง 3 วิชาชีพ ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร จึงยังก่อให้เกิดปัญหาว่าสัดส่วนของ 3 วิชาชีพนี้ต่อการดูแลรับผิดชอบประชากรในภาคต่างๆ ยังต้องรับผิดชอบประชากรจำนวนมากเกินกว่าสัดส่วนที่เป็นจริง

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านการแพทย์นี้ ทำให้ไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทั้งหมด ประกอบกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนไม่น้อยยังประสพกับที่จะอยู่ในความดูแลของแพทย์ทั่วไปมากกว่า จึงจำเป็นที่แพทย์ทั่วไปควรสามารถตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญๆ ได้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า แพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถตรวจหาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากไม่ได้รับการรักษาและการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง เช่น Joukamaa และคณะ (อ้างในตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และคณะ, 2543) ศึกษาโดยใช้ Symptom checklist 25 (SCL - 25) เป็นตัวคัดกรอง พบว่าแพทย์สามารถตรวจพบปัญหาสุขภาพจิตได้เพียง 2 ใน 5 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด ในประเทศไทยแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป มีความเห็นว่าปัญหาทางจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อย แต่มีปัญหาในด้านการวินิจฉัยและการให้การรักษาค่อนข้างมาก อุปสรรคที่พบบ่อยคือเวลาที่มีไม่มากนักในการสัมภาษณ์ ความจำกัดในเรื่องความรู้ทางจิตเวช ทักษะในการสัมภาษณ์ การขาดความรู้และประสบการณ์ เป็นต้น สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และคณะ (2543) ที่ได้ทำการสำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ในผู้ป่วยที่มาที่คลินิกเวชศาสตร์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและความสามารถของแพทย์ทั่วไป ในการตรวจหาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต GHQ - 28 (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทย มาคัดกรองผู้ป่วยที่คลินิก จำนวน 750 คน และผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันนี้ ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ใช้ทุน 15 คน เพื่อทำการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวชหรือไม่ ผลการศึกษา

พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 57.0 โดยใช้แบบคัดกรอง GHQ - 28 และ ร้อยละ 18.0 จากการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ แพทย์สามารถตรวจพบปัญหาสุขภาพจิตได้เพียงราว 1 ใน 4 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดที่ถูกคัดกรองโดย GHQ และกลุ่มโรคจิตกึ่งหวลได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด ส่วนปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่พบในเวชปฏิบัติทั่วไป มีหลายรูปแบบที่พบบ่อยคือ ปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกาย กลุ่มโรคที่มาด้วยปัญหาทางจิตเวช แต่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้

จากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งจะเป็นการช่วยคัดกรองเบื้องต้นในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เครื่องมือที่พัฒนานี้คือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยพัฒนาขึ้นในช่วงปี 2543 - 2544 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หาค่าปกติของภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้จัดทำเสร็จสิ้น และเผยแพร่ในปี 2544 วัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลทั่วไป เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจากสถานการณ์ ด้านสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติตามมา การวินิจฉัยหรือทำการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างเดียวไม่เพียงพอ และครอบคลุม หากมีเครื่องมือที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถใช้คัดกรองได้โดยทั่วไป ทั้งในคลินิกและชุมชน ซึ่งเป็นการดำเนินการเชิงรุกในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ไปประเมินภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หรือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต หากเกินขีดความสามารถก็ส่งต่อไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ ซึ่งถือว่าเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และเป็นการขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตไปสู่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือสนใจ สามารถนำเครื่องมือนี้ไปประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของสังคมไทย

การศึกษาเพื่อพัฒนดัชนชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ จึงเป็นการพัฒนาเพิ่มเติมจากเครื่องมือเดิมและทำการศึกษาจากประชากรทุกภาคของประเทศ เพื่อหาค่าปกติของคนไทยและเป็นเครื่องมือที่เมื่อพัฒนาสำเร็จแล้วสามารถนำไปใช้กับประชากรไทยทั่วประเทศ

2. คำถามการวิจัย

2.1 ความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และค่าปกติของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่เป็นอย่างไร

2.2 ค่าความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้นเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อตรวจสอบเครื่องมือเดิมที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตในประเทศไทยและพัฒนาเครื่องมือฉบับใหม่ให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมในการนำไปใช้ทั่วประเทศ

3.2 เพื่อทดสอบเครื่องมือฉบับใหม่ในทุกภาคของประเทศ โดยการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และหาค่าปกติของเครื่องมือ

3.3 เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และทดสอบเครื่องมือทั้งสองฉบับโดยการศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต

4. ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนดัชนีสีวัดสุขภาพจิตคนไทย โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความตรงตามเนื้อหา ระยะที่ 2 ศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ระดับ 1 - 5 ใน 15 จังหวัดของ 5 ภาคของประเทศไทย คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ รวมจำนวน 2,024 คน ระยะที่ 3 ศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ศึกษาค่าปกติของคนไทย และค่าความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ระดับ 1 - 5 ใน 15 จังหวัดของ 5 ภาคในประเทศไทย ขนาดตัวอย่าง 2,404 คน การสุ่มตัวอย่างทั้งการศึกษาระยะที่ 2 - 3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (multi - stage sampling) ระยะเวลาในการศึกษาทั้ง 3 ระยะ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 - มิถุนายน 2546

5. ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งผลการประเมินที่ได้จะเป็นค่าปกติ (Norm) ของกลุ่มคนที่ทำการศึกษาเป็นเกณฑ์มาตรฐานว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เท่ากับคนทั่วไป หรือต่ำกว่าคนทั่วไป ฉะนั้น เกณฑ์ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิตในการศึกษานี้ไม่ได้ใช้การตัดสินโดยเกณฑ์การวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือไม่ได้ใช้เกณฑ์ของแบบทดสอบใดๆ มาร่วมเป็นเกณฑ์การตรวจมาตรฐาน (gold standard)

6. นิยามศัพท์

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicators หรือ TMHI) หมายถึง แบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคล โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของความหมายสุขภาพจิต มิติของสุขภาพจิต (Domain) และมีติย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain)

ค่าปกติของคนไทย หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor) กำหนดโดยพิจารณาจากการกระจายของคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่ได้จากการใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ และคนไทยในการศึกษานี้หมายถึงประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 มีเครื่องมือในการวัดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย ซึ่งผ่านการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และค่าปกติของภาวะสุขภาพจิต มีทั้งฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น นอกจากนี้ยังจำแนกตามมิติ เพศ แต่ละภาค และเขตเมือง เขตชนบท ซึ่งผู้วิจัยอื่นๆ หรือผู้สนใจสามารถเลือกใช้แบบวัดสุขภาพจิต ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแต่ละประเภท และเครื่องมือเหล่านี้ผ่านการทดสอบความง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชนจริงๆ เรียบร้อยแล้ว

7.2 ใช้เป็นแบบวัดภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในหน่วยงาน ชุมชน และประชาชน เพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มคนในความรับผิดชอบ และเป็นแนวทางในการพัฒนาดูแลช่วยเหลือในกลุ่มที่ผลการประเมิน พบว่า มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

7.3 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต
 - 1.1 ความหมายของสุขภาพจิต
 - 1.2 มิติของสุขภาพจิต
2. แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของการวัด
 - 2.2 การสร้างสเกลหรือแบบวัด
 - 2.3 การรวบรวมรายการคำถามเพื่อสร้างสเกล
 - 2.4 การตัดรายการคำถามที่ไม่เหมาะสมออก
 - 2.5 สรุปขั้นตอนการสร้างสเกล
 - 2.6 ความตรงของเครื่องมือ
 - 2.7 ปัจจัยที่มีผลต่อความตรงและวิธีการปรับปรุงแก้ไข
 - 2.8 เกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพจิต
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต
 - 3.1 แบบวัดสุขภาพจิต
 - 3.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต
 - 3.3 แบบวัดความพึงพอใจ
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

1.1 ความหมายของสุขภาพจิต จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจิต ไว้ดังนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2522) จิตแพทย์ที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมากๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530) ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นความสมบูรณ์ทางจิตใจ ของมนุษย์ ซึ่งช่วยให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวต่อสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางจิตใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง และสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2530) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ภาวะของจิตใจที่สงบและมีความสุข ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ความสุข การปรับตัวให้เข้ากับสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีชีวิตและใช้ชีวิตอย่างสร้างสรรค์ สุขภาพจิตแบ่งระดับตั้งแต่ สุขภาพจิตดีจนถึงด้อยที่สุด และระดับสุขภาพจิตนี้เปลี่ยนแปลงได้ตามสภาวะการณ์

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาวะทางบวก ซึ่งบุคคลต้องการให้เกิดขึ้น โดยตนเองเป็นผู้กระทำหรือชี้นำ (Self - directive) และตระหนักในคุณค่า ของสุขภาพจิตของตนเอง

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

กันยา สุวรรณแสง (2540) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง ความสมบูรณ์ในด้านจิตใจ จิตใจปกติ เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง สามารถปรับกายและใจให้คล้อยไปกับสิ่งแวดล้อม และสังคมดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1976 อ้างใน อัมพร โอตระกูล, 2540) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจและมีได้หมายความร่วมมือเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

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

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่องสุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาความหมายสุขภาพจิตในทัศนะของประชาชนชาวอีสาน และเพื่อศึกษากิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการศึกษาความหมายของสุขภาพจิตจากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 18 คน ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปจำนวน 169 คน จากจังหวัดขอนแก่น หนองคาย และสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า คำที่มีความหมายตรงกับสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง และความผาสุก (อยู่ดีกินดี) และความหมายของสุขภาพจิตดี คือ การที่บุคคลมีสุขภาพกายและจิตดี มีความผาสุก (อยู่ดีกินดี) ในการดำรงชีวิต ปราศจากโรคจิต โรคประสาท และละเว้นจากอบายมุข

WHO (1946 cited by WHO, 1996) ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพว่า คือ ภาวะของความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม ซึ่งไม่ใช่การปราศจากโรคหรือการเจ็บป่วยเท่านั้น

แนวคิดของสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายโดย WHO Expert Committee on Mental Health ในปี ค.ศ. 1951

คณะกรรมการมีความเห็นว่า ปัจจัยทั้งทางชีวภาพและสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต ระดับของสุขภาพจิตมิใช่ภาวะที่คงที่ แต่สามารถแปรเปลี่ยนขึ้นๆ ลงๆ ได้

สุขภาพจิต โดยนัย หมายถึง

1. สมรรถภาพของบุคคลที่จะสร้างความสัมพันธ์อย่างราบรื่นกับผู้อื่น
2. ความสามารถในการดำรงชีพอยู่ได้ หรือดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ได้ในสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

3. นอกจากนี้ยังหมายถึง ความสามารถที่จะบรรลุความพอใจที่สมมูล และกลมกลืนที่มีต่อความขัดแย้งอันเกิดจากแรงผลักดันที่มีอยู่ในใจ กลมกลืนถึงระดับเกิดการผสมผสานอย่างสมบูรณ์มากกว่าการปฏิเสธความพอใจที่สนองตอบความต้องการภายในที่มีอยู่ อันเป็นวิถีทางที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความขัดแย้งความต้องการอย่างอื่น และยังหมายรวมถึงความสามารถของบุคคลที่บุคลิกภาพได้พัฒนาไปในทิศทางที่สามารถให้ความขัดแย้งจากความต้องการภายในได้มีทางระบายออกอย่างเหมาะสม ตามศักยภาพของตนเอง

Jahoda (1958) ได้ชี้ประเด็นในการมองสุขภาพจิตไว้ 3 ทาง คือ

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

2. a momentary function of personality and situation เป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวชั่วครู่ในลักษณะของบุคลิกภาพ และตามสภาพการณ์ ซึ่งสุขภาพจิตอาจแปรเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ภายนอกและปัจจัยภายในจิตใจ สุขภาพจิตในลักษณะนี้จะไม่ค่อยคงที่และคาดเดาไม่ได้ในระยะยาว ซึ่งก็คือความรู้สึกและการแสดงออกในปัจจุบัน

3. as a group or cultural characteristics เป็นสุขภาพจิตตามลักษณะของกลุ่มหรือวัฒนธรรม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association, 1980) ให้ความหมายของสุขภาพจิตในอภิปรัชญาทางจิตเวชว่า สุขภาพจิต คือ การประสบความสำเร็จในการทำงาน ความรัก และมีศักยภาพในการสร้างสรรค์ เพื่อความสมบูรณ์ และยืดหยุ่นต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างความต้องการภายในกับมโนธรรม สามารถยกย่องบุคคลอื่นและมีชีวิตอยู่ในโลกของความเป็นจริง

Richard B.F. (1980) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ ภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม และปราศจากโรคและความเจ็บป่วย

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

Burgess (1990) ได้อธิบายถึงสุขภาพจิตในแง่ของพยาบาลว่า สุขภาพจิต คือ ความสมดุลระหว่างปัจจัยด้านชีว และจิต สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการศึกษาในสังคมนั้น นั่นคือ ความสามารถรักษาสมดุลระหว่างชีว จิต สังคม ซึ่งสภาพจิตสมดุลมีลักษณะดังนี้ คือ

1. มีพฤติกรรมตามสภาพที่เป็นจริง และรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม
2. สามารถแสดงความรู้สึกได้
3. สามารถสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพให้สืบต่อไปได้
4. สามารถปฏิบัติการกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์

นอกจากนี้ จะต้องสามารถปรับสมดุลระหว่างอารมณ์และการกระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างยืดหยุ่น ไม่มีอารมณ์แปรปรวน หรือมีพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่แปลกไปจากสังคมส่วนใหญ่

Shives (1990) ได้สรุปความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิตนั้นคือ

1. มีความสามารถในการแก้ปัญหา
2. มีศักยภาพในการทำงานและในด้านความรักได้เต็มที่
3. จัดการกับภาวะวิกฤตได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน
4. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี โดยสามารถมีชีวิตที่มีความสุข มีเป้าหมาย และประเมินตนเองได้

ตามความเป็นจริง สามารถช่วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่นได้โดยไม่ทำให้ผู้อื่นยุ่งยากใจ

Bohlander และคณะ (1993) เชื่อว่า สุขภาพจิตเป็นเรื่องของความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลโดยให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ความรับผิดชอบในสังคม และประสบการณ์ของความพึงพอใจและความสุขสบายที่ได้รับ ซึ่งเป็นความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกพอใจ และความเป็นสุข ซึ่งสุขภาพจิตไม่ใช่ความรู้สึกที่คงที่ แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงของบุคคลกับปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกๆ วัน และเป็นความสามารถที่จะไปสู่ความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมาย ตลอดจนความสามารถในการที่จะเข้าใจตนเอง

องค์การอนามัยโลก (2001) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาวะที่ผาสุกของบุคคล และตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง มีความสามารถในการจัดการความเครียดในชีวิต สามารถสร้างสรรค์ผลงานที่ดี และสามารถเสียสละเพื่อสังคมของตนเอง

สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะความสำเร็จในการทำหน้าที่ของจิตใจ และมีผลผลิตจากการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดี และสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหากับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ดีที่เกิดขึ้น สุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อความผาสุกของมนุษย์ ครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและ มีผลโดยตรงต่อสังคม (Comanche County Health Department, 2003)

North Eastern Health Board (2003) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นความสมดุลทุกด้านของชีวิตระหว่างสังคม ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและขจัดปัญหาในการดำรงชีวิต ตลอดจนเป็นส่วนที่ทำให้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสมบูรณ์

สุขภาพจิตในความหมายของ Mental Health Ireland (2004) มีความหมายมิใช่แต่การปราศจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเท่านั้น แต่มีอีกหลายมุมมองในชีวิตของเรา ซึ่งรวมถึง 1) เราารู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับตนเอง 2) เราารู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับผู้อื่น 3) เราสามารถได้รับความต้องการของชีวิตเราได้ได้อย่างไร

จากการทบทวนความหมายของสุขภาพจิต ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่า จะกล่าวถึงสภาพจิตใจที่สมบูรณ์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีศักยภาพในตนเอง สร้างสรรค์ผลงานที่ดี เสียสละเพื่อสังคม ภายใต้อาสาสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพบว่าการให้ความหมายดังกล่าวก็ยังคงให้ความหมายที่คล้ายคลึงกับความหมายของสุขภาพจิต ซึ่ง อภิชัย มงคล (2544) ได้เคยทำการศึกษาไว้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่เปลี่ยนแปลงคำจำกัดความเดิมที่เคยศึกษา ซึ่งให้ความหมายของ “สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุม ถึงความดีงามในจิตใจ ภายใต้อาสาสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป”

1.2 มิติของสุขภาพจิต ได้มีนักวิชาการได้กล่าวถึง มิติ องค์ประกอบหรือลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคณะ (2518 อ้างถึงในสุริภรณ์ สมกะเนย์, 2542) ได้แบ่งเกณฑ์ในการประเมินผู้มีสุขภาพจิตไว้ 3 ประการ คือ

1) ความรู้สึกต่อตนเอง

- 1.1 ไม่เกิดอารมณ์ต่างๆ มากนัก เช่น โกรธ กลัว อิจฉา ริษยา วิตกกังวล
- 1.2 สามารถควบคุมความผิดหวังได้
- 1.3 เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง เช่น ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง ไม่เข้าข้างตนเอง หรือแก้ตัวให้กับตนเองตลอดเวลา

1.4 นับถือตนเองไม่ยอมให้บุคคลอื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง

- 1.5 แก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น รู้สาเหตุแห่งปัญหา ยอมรับสถานการณ์ที่แก้ไขไม่ได้

1.6 รู้สึกพึงพอใจในสิ่งต่างๆ

2) ความรู้สึกต่อผู้อื่น

- 2.1 ให้ความรักแก่ผู้อื่น และยอมรับความสนใจของคนอื่น
- 2.2 คบหาสมาคมกับคนอื่นได้
- 2.3 ไว้วางใจคนอื่น ๆ ไม่หวาดระแวง
- 2.4 ยอมรับนับถือความแตกต่างหลายๆ อย่างที่คนอื่นมี
- 2.5 ไม่ผลักดันให้คนอื่นตามใจตนเอง และไม่ยอมให้ตนเองตามใจคนอื่น ตาม

ชอบใจ

2.6 รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความรับผิดชอบต่อนุชย์
โดยทั่วไป

3) ความสามารถในการดำเนินชีวิต

- 3.1 สามารถแก้ไขปัญหาวีชีวิตได้เป็นอย่างดี
- 3.2 มีสิทธิและรับผิดชอบต่อน้ำที่ของตนเอง
- 3.3 รู้จักทำสภาพสิ่งแวดล้อมให้ดีที่สุด ในกรณีจำเป็นก็ปรับตัวเข้ากับสภาพ

แวดล้อมได้ดี

- 3.4 รู้จักวางแผนการดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต
- 3.5 ยอมรับประสบการณ์และความคิดใหม่ๆ
- 3.6 ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ถ้าทำอะไรอย่างเต็มความสามารถ และมีความ

พึงพอใจการกระทำนั้น

- 3.7 วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตของตนเองได้

คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537) ได้แยกลักษณะองค์รวม
ของสุขภาพจิตออกมาเป็น 3 มิติ คือ

1. มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่

1.1 ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่างๆ
พอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อดทน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์
พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว

1.2 มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจ ความ
ต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก

1.3 วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก หมายถึง ความสามารถ
ในการมองโลกตามความเป็นจริงภายนอก สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวัง
ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีการดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่

2.1 ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึง ความ
สามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบ
แห่งความคิด สามารถจัดการกับปัญหาสิ่งแวดล้อมรอบตัว และโลกภายนอกได้โดยไม่ก่อความเดือดร้อน
แก่ตนเอง บุคคลอื่นและสังคมกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคม ด้วยความสุข สงบและมีความพอใจ

2.3 ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพัน สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการ เหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

3. มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิต เป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

วีระ ไชยศรีสุข (2539) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความสามารถและความเต็มใจที่จะรับผิดชอบอย่างเหมาะสมกับระดับอายุ
2. เป็นผู้ที่มีความพอใจในความสำเร็จจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่ม โดยไม่คำนึงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมนั้น จะมีการถกเถียงกันมาก่อน
3. เป็นผู้เต็มใจที่จะทำงานและรับผิดชอบอย่างเหมาะสมกับบทบาทหรือตำแหน่งในชีวิตของเขา แม้ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตำแหน่งก็ตาม
4. เมื่อเผชิญกับปัญหาที่จะต้องแก้ไข ก็ไม่หาทางหลบเลี่ยง
5. จะรู้สึกสนุกต่อการขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางต่อความสุขหรือพัฒนาการ
6. เป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจด้วยความกังวลน้อยที่สุด
7. เป็นผู้ที่สามารถ อดได้ รอได้ จนกว่าจะพบสิ่งใหม่
8. เป็นผู้ที่ประสบผลสำเร็จด้วยความสามารถที่แท้จริง
9. เป็นผู้ที่คิดก่อนที่จะทำ
10. เป็นผู้ที่เรียนรู้จากความล้มเหลวของตนเอง
11. เมื่อประสบผลสำเร็จก็ไม่ชอบคุยโอ้อวดจนเกินความเป็นจริง
12. เป็นผู้ปฏิบัติตนได้สมบทบาท
13. เป็นผู้ที่สามารถปฏิเสธต่อการเข้าร่วมกิจกรรมที่สวนทางกับเขาสนใจ
14. เป็นผู้ที่สามารถตอบรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับเขา
15. เป็นผู้ที่จะแสดงความโกรธออกมาโดยตรง เมื่อเขาได้รับความเสียหาย และแสดงออกเพื่อป้องกันความถูกต้องด้วยเหตุผล
16. เป็นผู้ที่สามารถแสดงความพอใจออกมาโดยตรง และเหมาะสม
17. เป็นผู้ที่สามารถอดทน อดกลั้นต่อความผิดหวัง และภาวะคับข้องใจทางอารมณ์ได้ดี
18. เป็นผู้ที่มีลักษณะนิสัยและเจตคติที่ก่อรูปขึ้นอย่างเป็นระเบียบเมื่อเผชิญกับสิ่งยุ่งยากต่างๆ ก็จะสามารถประนีประนอมนิสัยและเจตคติเข้ากับสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้
19. เป็นผู้ที่สามารถระดมพลังงานที่มีอยู่ในตัวออกมาใช้ได้อย่างทันที
20. เป็นผู้ที่ไม่พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความจริง มีความเข้มแข็งและใช้วิจารณ์ญาณที่ดีที่สุด

กันยา สุวรรณแสง (2540) กล่าวถึง ลักษณะของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิตของมนุษย์โดยทั่วไปมีลักษณะไม่คงที่ มักจะเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา สุขบ้างทุกข์บ้างได้เสมอจากแรงผลักดันทั้งภายในตัวเราเองและจากผู้คนในสังคมรอบตัวเรา ผู้มีสุขภาพจิตดี นอกจากเป็นผู้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งร่างกายและจิตใจแล้วยังต้อง

1. มีความสามารถที่จะผูกพันกับบุคคลอื่นได้อย่างราบรื่น และวางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม

2. สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือทำตนให้มีคุณค่าได้ในสภาพของสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

3. เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการ ก็สามารถผ่อนปรนหาทางออกที่ราบรื่นถูกต้องกับทำนองคลองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่จะได้รับนั้นๆ ด้วย

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวว่า

ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ควรมีลักษณะดังนี้

1. มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง โดยคิดว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นๆ แต่ถ้าเมื่อใดเขารู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่าต่อใครเลย นั่นคือภาวะที่ผิดปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคประสาทซึมเศร้า หรือโรคจิตซึมเศร้าได้

2. มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยเชื่อมั่นในครอบครัวว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ครอบครัวจะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและฝ่าวิกฤตต่าง ๆ ได้

3. เป็นคนมองโลกในแง่ดี มีความรักให้กับเพื่อนร่วมโลกและผู้อื่น

4. เป็นคนไม่ตึงเครียดและหวั่นไหวง่าย สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันตึงเครียดได้

5. มีความยืดหยุ่นในตัวเอง เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่รุนแรง จะสามารถปรับตัวให้อยู่ได้อย่างเหมาะสม

6. มองโลกตามความเป็นจริงว่า โลกนี้มีทั้งดีและไม่ดีปะปนกัน คนเราก็มีทั้งดีและไม่ดีในตัวเอง

7. ไม่ฝฝืนเกินจริง โดยอาจตั้งความหวังที่สามารถทำให้สำเร็จได้ ถ้าทุกท่านสามารถเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีแล้ว ท่านก็จะอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีความสุข

อภิสิทธิ์ ช่างวรารุง (2542) กล่าวว่าความสุขของคนเรามี 8 เรื่องใหญ่ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต

1. ความสุขจากการมีหลักประกันในชีวิต ซึ่งหมายถึง เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีผู้ดูแล ไม่เป็นไปตามบุญตามกรรม และการมีทรัพย์สินที่ดินทำกิน

2. ความสุขจากการมีสุขภาพกายและทางใจดี

3. ความสุขจากการที่มีครอบครัวอบอุ่น

4. ความสุขจากการมีชุมชนที่เข้มแข็ง

5. ความสุขจากการมีความภาคภูมิใจ การที่ลูกหลานได้ดีพึ่งตนเองได้ การมีภูมิปัญญาที่จะถ่ายทอดสู่ลูกหลาน และผู้สนใจ

6. ความมีอิสรภาพ การมีอิสระในการคิด การพูดและทำโดยไม่สร้างความเดือดร้อนต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการไม่มีหนี้

7. ความสุขจากการบรรลุธรรม ซึ่งหมายถึง การมีปัญญาที่จะรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม

8. มีสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ ป่า ต้นไม้ใหญ่

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

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

2. สุขภาพกายแข็งแรง (ไม่มีโรค ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เจ็บไข้ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์ และนอนหลับได้)

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

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก (เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลานรักใคร่ดูแล เคารพนับถือกัน พุดจาดี พุดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นดุด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้สารเสพติด)

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คำนีชีวะสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว ได้กำหนดองค์ประกอบของผู้ที่มีสุขภาพจิตประกอบด้วย

1. สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

2. สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน

Maslow (1954) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ คือ

1. จะต้องสามารถยอมรับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติในด้านบวกได้

2. จะต้องสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างใกล้ชิดกับผู้อื่น แสดงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ อดทน และรักผู้อื่นได้

3. รับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง แก้ปัญหาในสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เพราะบุคคลเหล่านี้สามารถตัดสินใจตามข้อเท็จจริงมากกว่าการเพ้อฝัน

4. สามารถชื่นชมยินดีและมีความสุขกับการมีชีวิตอยู่
5. รู้สึกเป็นอิสระในการคิดและการกระทำ แสดงพฤติกรรมที่เป็นมาตรฐานและเป็นค่านิยมส่วนบุคคลได้
6. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยวิธีการต่างๆ ที่จะสร้างงานหรือแก้ปัญหา
7. มีพฤติกรรมที่คงเส้นคงวาต่อการชื่นชม และเคารพสิทธิของผู้อื่น โดยแสดงความตั้งใจที่จะเรียนรู้จากผู้อื่น เคารพในสิ่งที่ตนเป็นเอกลักษณ์และข้อแตกต่างจากตนเองของผู้อื่นได้

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

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

2. มีความต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ (Growth and development or self - actualization) เขาจะต้องมีแรงคลใจในด้านที่จะพัฒนาให้ตนเองเจริญก้าวหน้าขึ้น (Growth motivation) ในด้านทำความเจริญให้แก่สังคมที่เขาอยู่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ มักเป็นผู้ที่ขาดแรงคลใจ (Deficiency of motivation) จึงดูคล้ายคนขาดชีวิตชีวาและอยู่ไปอย่างไร้ประโยชน์ บุคคลที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ดีจะใช้ชีวิตของตนอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม

3. มีบุคลิกภาพที่ประสมประสานดี (Integration) คำว่าประสมประสาน คือ ความสมดุลของพลังจิตใจและพลังควบคุม (Balance of psychic forces) ในคนปรกติโดยทั่วไปเรามีความอยากความต้องการ (Need) ด้วยกันทั้งสิ้น และขณะเดียวกันเราก็มีแรงควบคุม (Controlling force) ซึ่งแรงทั้งสองนี้จะต้องสมดุลกัน เราจึงจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายได้ หากแรงทั้งสองนี้ขัดแย้งกันเอง ก็จะมีแรงใดแรงหนึ่งมากเกินไป ก็จะทำให้เราหมดความสุข เพราะไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ส่วนตัวหรือตอบสนองความต้องการส่วนตัวมากเกินไปทำให้ขัดแย้งกับสังคมส่วนใหญ่

4. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy or independence from social influence) มีความสามารถควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน โดยไม่ต้องอาศัยแรงควบคุมภายนอก และยังประพฤติปฏิบัติตนโดยยึดถือความเชื่อมั่นของตนเองเป็นหลัก ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

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

6. สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ (Environment mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ จะต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสมแก่ภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะต้องมีความทะเยอทะยานในมนุษย์สัมพันธ์อย่างพอเพียงที่จะทำให้ชีวิตดำเนินได้อย่างราบรื่น จะต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ

Egbert (1980) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ

1. รู้จักตนเอง สามารถพัฒนาสมรรถานบุคลิกภาพได้เหมาะสมกับความเป็นจริง
2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางจริงได้
3. เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องชีวิต และมุ่งมั่นหมายในชีวิต
4. เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต
5. มีความสามารถในการรักษาความคิด พฤติกรรม ตามสถานการณ์ของชีวิตแต่ละช่วงได้
6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้

การประชุมของ WHO (1981) ได้กล่าวถึงดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ซึ่งได้กล่าวรวมทั้งดัชนีชี้วัดทั้งในระดับบุคคลและชุมชนว่าควรประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ คือ

1. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต
2. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง
 - 2.1 ความผาสุกของคน ๆ นั้น
 - 2.2 ชีวิตในชุมชน สังคม
 - 2.3 คุณภาพชีวิต
 - 2.4 การพัฒนาทางด้านสังคมจิตใจ
3. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับความแตกแยกของสังคม

Trubowitz (1994) ได้จำแนกพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตดีของบุคคลเป็น 5 ลักษณะคือ

1. ความสุข (Happiness) รู้จักหาความสุขสนุกสนานให้แก่ชีวิตตนเอง สามารถมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นตามที่ต้องการ
2. การควบคุมพฤติกรรม (Control Over Behavior) สามารถยอมรับและเข้าใจการแสดงออกอย่างมีขอบเขต สามารถตอบสนองตามกฎระเบียบ ประเพณีของกลุ่มได้
3. การประเมินความเป็นจริง (Appraisal of Reality) รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างถูกต้อง มีความรู้สึกที่ดีต่อผลที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาในแง่ดีหรือไม่ดี และจะติดตามการกระทำนั้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าสิ่งใดเป็นจริงหรือไม่จริง
4. ประสิทธิภาพในการทำงาน มีความพยายามทำงานอย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่เมื่อประสบกับความล้มเหลว ยังคงยืนหยัดสามารถทำงานต่อไปได้
5. มีแนวคิดของตนเองในด้านสุขภาพ (A Health Self-concept) มีความเป็นตัวตนและเข้าถึงอุดมคติตามความเหมาะสม มีเหตุผลและมีความเชื่อมั่น สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือเมื่อมีความเครียด

Rollant and Deppoliti (1996) ได้จำแนกผู้ที่มีสุขภาพจิตดีตามปัจจัยและลักษณะของบุคคลดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลเป็นผู้ที่มีการยอมรับและรักตนเอง มีเป้าหมาย มีความคิดและการกระทำอย่างอิสระ ตระหนักและรู้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตน สามารถทำงานและมีผลงาน
2. ปัจจัยทางการปรับตัวต่อความเครียดเป็นผู้ที่สามารถควบคุมตัวเองในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้ มีกลไกการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ปัจจัยทางการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นผู้ที่สามารถยอมรับบุคคล รู้จักรักและดูแลคนอื่น
4. ปัจจัยทางการรับรู้สิ่งแวดล้อมและความจริง เป็นผู้ที่มีการรับรู้ในแง่บวก มุ่งเรื่องที่เป็นจริง สามารถหาความหมายของชีวิตได้

National Research and Development Centre for Welfare and Health (2002) ได้กล่าวถึงแนวคิดของสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ส่วน ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตมี 4 Domain และ 36 ตัวชี้วัด คือ

1. สุขภาพจิตเชิงบวก (Positive mental health) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะแสดงออกทางอารมณ์และบุคลิกภาพที่ดี ประกอบด้วย self esteem สูง ความสามารถในการควบคุมตนเอง (sense of mastery) ความสามารถในการประคับประคองชีวิต (sense of coherence) ความมีประสิทธิภาพ (self - efficacy)

สามารถสรุปได้ว่า เป็นความสามารถที่จะเผชิญกับความทุกข์ยากลำบาก และหลีกเลี่ยงการ breakdown หรือการเกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา เมื่อต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่เลวร้าย

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

สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่แยกไม่ได้จากสุขภาพกายทั่วไป สะท้อนถึงความสมดุลระหว่างตัวเรา กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะได้รับอิทธิพลจาก 1) สภาพจิตใจของเราและปัจจัยทางชีวภาพ 2) ปฏิกริยาทางสังคม 3) ลักษณะของสังคม 4) ค่านิยมวัฒนธรรม

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตมี 4 Domain และ 36 ตัวชี้วัด คือ

1. ปัจจัยของภาพรวมของพื้นที่ในด้านสภาพทั่วไปและสังคมเศรษฐกิจ (Demographic and socio-economic factors) ของประเทศนั้น แต่ยังไม่ใช่ 36 ตัวชี้วัด
2. สภาวะสุขภาพ (Health status) ของประชาชนมี 11 ตัวชี้วัด คือ
 1. การฆ่าตัวตาย (Suicide)
 2. เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต หรือการตายที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน (Mortality due to harmful events, intention unclear)

3. การตายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (Drug related deaths)
4. ความเสี่ยงในการสูญเสียชีวิตในแต่ละปีจากการฆ่าตัวตาย (Potential years of life last fraction of suicide)
5. โรควิตกกังวล (Anxiety)
6. โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)
7. ดิสุรา (Alcohol dependency)
8. การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts)
9. ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจ (Psychological distress)
10. ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being)
11. ความพิการ (Disability)
3. ตัวกำหนดของภาวะสุขภาพ (Determinants of health) ในกลุ่มนี้จะพูดถึงปัจจัยต่างๆ ที่จะวัดภาวะสุขภาพของบุคคล โดยกล่าวถึงลักษณะบางอย่างของแต่ละบุคคลที่มีส่วนทำให้เกิดโรค ในหัวข้อนี้มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่
 12. ความเชี่ยวชาญในตนเอง (Sense of mastery)
 13. การมองโลกในแง่ดี (Optimism)
 14. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)
 15. การแยกตัวเองออกจากสังคม (Social isolation)
 16. เครือข่ายทางสังคม (Social network)
 17. เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Life events)
4. ระบบสุขภาพ (Health system) กลุ่มนี้เป็นตัวชี้วัดที่รวมถึงระบบบริการสุขภาพ เสมือนกับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพในบางพื้นที่ การจำแนกตัวชี้วัดเป็นเชิงปริมาณเป็นเรื่องยาก ในกลุ่มนี้มีตัวชี้วัด
 18. โครงการป้องกันปัญหาสุขภาพ (Prevention project)
 19. โครงการส่งเสริมสุขภาพ (Promotion project)
 20. จำนวนเตียงจิตเวช (Psychiatric bed)
 21. จิตแพทย์ (Psychiatrists)
 22. จิตแพทย์เด็ก (Child psychiatrists)
 23. วิชาชีพอื่นๆ ที่ให้การดูแลสุขภาพจิต (Other professional than physicians in mental health care)
 24. จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางสุขภาพจิต (Number of discharges due to mental health conditions)
 25. จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (Number of discharges due to mental health conditions for minors)
 26. จำนวนผู้ป่วยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Number of long stay patients)

27. การใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (Use of outpatients services)
28. การรายงานด้วยตนเองถึงการใช้บริการทางสุขภาพจิต (Self-report use of mental health services)
29. การขายยาโรจิต (Sale of psychotropic drugs)
30. จำนวนเงินที่สงเคราะห์ให้แก่ผู้ที่ไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต (Number of disability pensions due to mental disorders)
31. จำนวนเงินที่ใช้จ่ายกับผู้ไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต (Money spent on disability due to mental disorders)
32. เวลาที่ชดเชยจากการเจ็บป่วยทางจิต (Sickness compensation periods due to mental disorders)
33. รายจ่ายทั้งหมดของประเทศในการให้บริการทางจิตเวช (Total national expenditure on psychiatric services)
34. สัดส่วนของรายจ่ายของชาติต่อบริการทางจิตเวช (Proportionate national expenditure on psychiatric services)
35. สัดส่วนรายจ่ายของชาติต่อบริการทางจิตเวช เพื่อเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี (Proportionate national expenditure on psychiatric services for minors)
36. ความเพียงพอของการประกันคุณภาพแห่งชาติ (Availability of national quality accreditation)

Mental Health Professional Group (2003) ได้กล่าวถึงบุคคลที่มีอาการต่อไปนี้เป็นเวลานาน จำเป็นต้องพบบุคลากรทางสุขภาพจิต ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบด้านลบของภาวะสุขภาพจิต ได้แก่

1. สูญเสียความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ
2. ภาวะซึมเศร้าไม่ดีขึ้น
3. ความกดดันในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (กับคู่ครอง ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน)
4. มีความยุ่งยากในทางความคิดเรื่องหนึ่งเรื่องใดซึ่งไม่เหมือนเดิม
5. วิตกกังวลสูง
6. ความสามารถในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จลดลง
7. สมาธิลดลง
8. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง (หลับยาก ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ หลับมากกว่าปกติ)
9. มีการเปลี่ยนของการรับประทานอาหารหรือน้ำหนัก (กินน้อยลง หรือมากขึ้น)
10. ใช้สารเสพติด หรือแอลกอฮอล์ มากขึ้น
11. คิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย
12. มีความรู้สึกมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด หรือรู้สึกไร้ค่า
13. มีความรู้สึกขมขื่นใจหรือโกรธ

2. แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2.1 ความหมายของการวัด

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540) ได้ให้ความหมายของการวัด หมายถึง กระบวนการแปรสภาพข้อความคิดหรือแนวคิด (Concepts) ซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมให้เป็นข้อมูลทางสถิติเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ (Quantitative or qualitative data) กระบวนการดังกล่าวนี้รวมถึงวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการระบุคุณสมบัติของแนวคิดหรือการนิยามการปฏิบัติการที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่จะนำข้อมูลนั้นมาใช้

จิราพร เขียวอยู่ (2543) ได้ให้ความหมายของการวัด (Definition of measurement) หมายถึง กระบวนการในการกำหนดค่าให้แก่บุคคล หรือสัตว์ หรือวัตถุสิ่งของใด ๆ (Objects) เพื่อแสดงถึงปริมาณหรือคุณภาพของลักษณะที่สนใจของบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของนั้นๆ โดยกระบวนการนี้กระทำภายใต้กฎเกณฑ์หรือวิธีการที่ชัดเจนแน่นอน ในการกำหนดค่านั้นนิยมกำหนดเป็นตัวเลข ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ผลที่ได้ของการวัด ตัวอย่างของลักษณะที่สนใจในการวัด เช่น ภาวะสุขภาพกาย จิต ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

หลักการวัดและสิ่งบ่งชี้คุณภาพของการวัด หลักการวัดกล่าวโดยสรุป คือ ต้องวัดในสิ่งที่ต้องการวัด และเมื่อวัดแล้วค่าที่ได้จะต้องตรงกับสภาพที่แท้จริงของบุคคลหรือสิ่งของนั้นๆ โดยอาจเป็นสถิติเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นไม่ว่าจะให้ผู้ใดเป็นคนทำการวัด จะต้องได้ค่าออกมาเหมือนกัน

2.2 การสร้างสเกลหรือแบบวัด

การสร้างสเกลหรือแบบวัด ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้สรุปวิธีการสร้างสเกลดังนี้ (ยุวดี ฤาชา และคณะ, 2531 ; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2537; จิราพร เขียวอยู่, 2543 ; Streiner, Norman, 1995)

1. แบบลิเคิร์ต (Likert - Type หรือ Summated Rating Scale) เป็นแบบวัดทัศนคติที่สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชื่อลิเคิร์ต ลักษณะการวัดจะมีข้อความหลายๆ ข้อความที่ครอบคลุมหัวข้อที่จะศึกษา ซึ่งข้อความนี้จะมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เรียงกันอยู่อย่างไม่ตั้งใจ และมีปริมาณที่เท่าๆ กัน การตอบแบบสอบถามนี้มีข้อให้เลือกตอบได้ตั้งแต่ 2 ตัวเลือกขึ้นไป ส่วนใหญ่นิยม 4 หรือ 5 ตัวเลือก เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบจะใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น สำหรับการให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ คะแนนทัศนคติของผู้ถูกวัดแต่ละคนจะได้จากผลรวมของคะแนนในแต่ละข้อ หรือเป็นค่าเฉลี่ยของผลรวมของทุกข้อ

2. แบบเธอร์สโตน (Thurstone-Type) เป็นแบบวัดทัศนคติโดยนักจิตวิทยาชื่อ เธอร์สโตน ในปี ค.ศ. 1920 การสร้างสเกลแบบนี้เป็นการพยายามทำให้แต่ละข้อคำถามมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่า ๆ กัน เพราะฉะนั้นสเกลที่ได้จะมีช่วงห่างเท่ากัน หรือดูเหมือนว่าเท่ากัน (equal appearing interval) ลักษณะของแบบวัดนี้จะมีข้อคำถามให้เลือกตอบได้ 2 ทางเลือกคือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และแต่ละข้อคำถามจะมีค่าคะแนนอยู่ในคู่มือ เพื่อเป็นดัชนีทิศทางและความเข้มของทัศนคติ ค่าคะแนนนี้ จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 11 ถ้าทัศนคติดีค่าจะเข้าใกล้ 11 แต่ถ้าไม่ดีค่าจะเข้าใกล้ 0 อย่างไรก็ตามแบบของเธอร์สโตน มีข้อด้อยคือสร้างเครื่องมือยาก เพราะซับซ้อนและใช้เวลามาก จึงมีผู้นิยมใช้น้อยกว่าแบบลิเคิต

3. แบบกัทท์แมน (Guttman-Type or Cumulative Scale) สเกลแบบนี้จะมีความเป็นมิติเดียว วัดไปในแนวเดียวกัน คะแนนรวมที่ได้จะเป็นคะแนนสะสมของแต่ละคำตอบ นั่นคือทุกคะแนนของสเกลที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของทัศนคติในเรื่องนั้น ดังนั้นจะเห็นแบบแผนของคำตอบเป็นสามเหลี่ยมแบบขั้นบันได เพราะฉะนั้นจากคะแนนทัศนคติที่ได้สามารถทราบถึงแบบแผนของคำตอบได้ คนที่ได้คะแนนเท่ากัน จะมีแบบแผนของคำตอบเหมือนกัน ลักษณะของแบบวัดแบบนี้ คะแนนรวมของแต่ละคนจะได้จากผลรวมของแต่ละข้อโดยมีทิศทางเดียวกัน เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน ข้อดีของแบบกัทท์แมนคือ มีความเป็นมิติเดียว ให้ภาพความต่อเนื่องของทัศนคติตามคะแนนที่เพิ่มขึ้น

4. แบบออสกู๊ด (Osgood Scale or Semantic Differential Scale) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยออสกู๊ด และคณะในปี ค.ศ. 1957 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดรวบยอดหรือโนทัศน์ของสิ่งต่างๆ ลักษณะของแบบวัดนี้จะมีประโยคหรือวลีเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะเป็นสถานที่ บุคคล เหตุการณ์ หรือสิ่งของที่ต้องการให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกในมิติต่างๆ 3 มิติ คือ ด้านการประเมินผลเช่น ดี - เลว น่าเกลียด - สวยงาม ด้านศักยภาพ เช่น แข็งแรง - อ่อนแอ บอบบาง - ทนทาน และด้านกิจกรรมหรือปฏิกิริยา เช่น รวดเร็ว - เชื่องช้า มีด - สว่าง เป็นต้น ผู้วิจัยต้องหาคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกันเป็นคู่ๆ และมีลักษณะทั้ง 3 มิติปะปนกัน ระหว่างคู่คำจะมีสเกลให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว

2.3 การรวบรวมรายการคำถามเพื่อสร้างสเกล (items aggregation)

ในการสร้างสเกล ผู้วิจัยสามารถรวบรวมรายการคำถามได้โดย

1. ปรับปรุงจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้
2. เขียนขึ้นใหม่โดยอาศัยทฤษฎีหรือแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. สัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญ และบางครั้งมีการระดมสมอง
4. อาศัยความเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (focus group) จากบุคคล

ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะสร้างสเกล

5. จากข้อคำถามที่ได้นำมาจัดเกลา แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (content validity)

2.4 การตัดรายการคำถามที่ไม่เหมาะสมออก (items deletion)

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

การตัดรายการคำถามออก จะอาศัยผลของการวิเคราะห์คำถามแต่ละข้อ (item analysis) ซึ่งสามารถกระทำได้ 4 วิธี ดังนี้

1. ทำการแจกแจงความถี่ของแต่ละคำถาม (distribution of response) คำตอบของแต่ละข้อคำถามควรมีการกระจายเท่าๆ กัน เพื่อบ่งบอกถึงความสามารถในการจำแนกของรายการคำถามนั้น รายการคำถามที่ได้คำตอบไม่กระจายคือ คำตอบตกอยู่ภายใต้ตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเป็นจำนวนมาก ควรตัดออก

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละข้อคำถาม (inter-items correlation) ข้อคำถามแต่ละข้อภายในสเกลย่อยเดียวกัน ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างกันในทิศทางบวกไม่น้อยกว่า 0.2 ข้อคำถามใด มีความสัมพันธ์ในระดับสูงแต่ทิศทางลบ ควรคงรายการคำถามนั้นไว้แต่เปลี่ยนรหัสข้อมูลใหม่

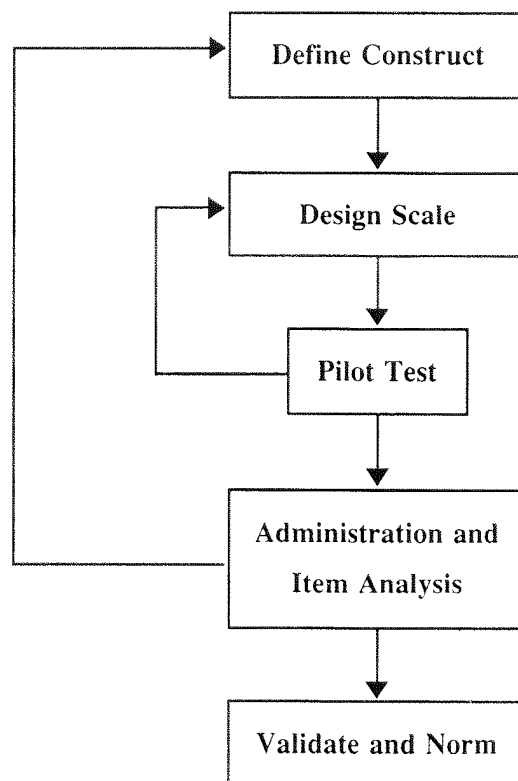
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวม (item - total correlation) รายการคำถามใดที่บ่งบอกถึงลักษณะของสิ่งที่กำลังจะวัด น่าจะมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของรายการคำถามอื่นๆ ที่ไม่รวมรายการคำถามนั้นๆ โดยควรจะมีระดับความสัมพันธ์สูงกว่า 0.2

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

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

2.5 สรุปขั้นตอนการสร้างสเกล

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



2.6 ความตรงของเครื่องมือ (Instrument or Scale's Validity)

ความตรงของเครื่องมือหรือความถูกต้องของการวัด ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายดังนี้

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540) ได้ให้ความหมายของความถูกต้องของการวัด หมายถึง การได้วัดในสิ่งที่ต้องการจะวัด เช่น เราต้องการทดสอบความรู้ความเข้าใจของคนในปัญหาสังคม เราก็ควรจะวัดความรู้ ความเข้าใจของคนในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาสังคม โดยผู้วัดจะต้องเข้าใจเสียก่อนว่า ปัญหาสังคมนั้นคืออะไร มีอะไรบ้างที่ควรจะนำมาทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสังคม เมื่อกำหนดจะทดสอบอะไรได้แล้ว จะต้องพิจารณาว่า จะวัดความรู้ดังกล่าวได้อย่างไร

ความตรงของเครื่องมือหรือสเกล หมายถึง เครื่องมือหรือสเกลนั้น สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการจะวัด และวัดได้ตรงกับความเป็นจริง นั่นคือเครื่องมือที่มีความตรง จะต้องมีความสัมพันธ์ของความเที่ยงด้วย (ยุวดี ฤาชา และคณะ, 2531; จิราพร เขียวอยู่, 2543; Medical outcomes trust, 1995)

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

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เป็นการมองโดยส่วนรวมของเครื่องมือว่า เครื่องมือหรือชุดคำถามหรือแบบวัดนั้นครอบคลุมเนื้อหาที่จะวัดได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ (เนื้อหาครอบคลุมทุกประเด็นของคุณสมบัติของตัวแปรที่ต้องการวัด) ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา การตรวจสอบต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาของเครื่องมือั้นๆ ในการให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาต้องใช้ผู้ตรวจสอบประมาณ 3 - 5 ท่าน ภายหลังการตรวจสอบ ผู้สร้างเครื่องมือจะนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไข และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาอีกครั้ง จนกว่าจะได้รับการยอมรับตรงกัน (consensus)

ในการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการในด้านต่าง ๆ คือ

- 1.1 ต้องสามารถระบุเนื้อหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่จะวัดนั้นได้สมบูรณ์
- 1.2 จะต้องเลือกตัวแทนจากเนื้อหาต่าง ๆ เหล่านี้แต่ละด้านออกมาได้อย่างดี
- 1.3 จะต้องนำตัวแทน หรือรายการที่เป็นเนื้อหาเหล่านี้มาจัดระเบียบให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถวัดและทดสอบได้

2. ความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (Construct validity) เป็นการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของตัวแปรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กระบวนการศึกษาความตรงตามโครงสร้างนี้จะเกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยเมื่อไม่มีวิธีการมาตรฐานที่จะใช้สร้างตัวแปรหรือเมื่อผู้วิจัยต้องคิดสูตรใหม่ๆ ในการสร้างตัวแปรขึ้นมา และไม่แน่ใจว่ากฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในการให้น้ำหนักเพื่อนำข้อมูลมารวมกันมีความถูกต้องหรือไม่ การประเมินความถูกต้องตามโครงสร้างหรือมาตรวัดทำได้โดยอาศัยทฤษฎีเป็นหลัก การศึกษาความตรงตามโครงสร้างมีความสำคัญในแง่ของการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎี และสิ่งที่วัดได้จริงจากการปฏิบัติ เช่น ในเรื่องของสติปัญญา บุคลิกภาพ ทักษะคิด เป็นต้น เรื่องต่าง ๆ เหล่านี้มีโครงสร้างทฤษฎีอย่างไรบ้าง เมื่อนำมาถ่ายทอดเป็นข้อความในแบบวัดองค์ประกอบและรายละเอียดต่างๆ ในแบบวัดตรงตามทฤษฎีมากขึ้นเพียงใด

การศึกษาความตรงตามโครงสร้างมีขั้นตอนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการดังต่อไปนี้

- 2.1 ระบุความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีระหว่างแนวคิด (Concepts) หรือตัวแปรต่างๆ
- 2.2 หาความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ระหว่างมาตรวัดและแนวคิดต่างๆ เหล่านั้น
- 2.3 ตีความหมายของความสัมพันธ์ที่พบว่าช่วยให้ความชัดเจนกับมาตรวัดที่สร้างขึ้นมานั้น

ถูกต้องหรือไม่ อย่างไร

3. ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-related validity) เป็นการประเมินความตรง โดยพยายามหาเกณฑ์ที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การทดสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์นี้ มุ่งจะทดสอบว่าเครื่องมือที่วัดได้ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยเลือกเป็นมาตรฐานมากน้อยเพียงใด ความสำคัญ จะอยู่ที่ว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ผู้วิจัยเลือกนั้นเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปหรือไม่ ค่าความตรงจะสูงถ้าคะแนน ที่วัดได้จากเครื่องมือที่สร้างใหม่มีความสัมพันธ์สูงกับคะแนนที่วัดได้จากเกณฑ์ ความตรงตามเกณฑ์ สัมพันธ์นี้แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาที่ต้องการให้เครื่องมือวัดได้ตรงตามเกณฑ์ กล่าวคือ

3.1 ความตรงตามสภาพ หรือความตรงร่วมสมัย (Concurrent validity) หากเครื่องมือ ที่สร้างขึ้นใหม่ให้ผลการวัด (ซึ่งกระทำในช่วงเวลาเดียวกัน) ตรงกับเครื่องมือมาตรฐานจะเรียกว่า เครื่องมือนั้นมีความตรงร่วมสมัย และประโยชน์จะเกิดขึ้นได้มาก หากเครื่องมือนั้นมีคุณสมบัติอื่นๆ ที่ดีกว่าเครื่องมือมาตรฐาน เช่น ถูก ใช้ง่าย เพราะต่อไปจะนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่นี้ไปใช้แทน เครื่องมือมาตรฐาน

3.2 ความตรงในการทำนาย (Predictive validity) คือ ความตรงที่เกิดขึ้นจากการหาความสัมพันธ์ระหว่างมาตรวัด (ผลการสอบเข้า) กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (ผลการเรียนจากที่สอบ เข้าได้ แล้ว เป็นมาตรฐานในอนาคต) ซึ่งเราหวังว่าจะแนะนำการสอบเข้ากับผลการเรียนจบในอนาคต จะมีความ สัมพันธ์กันสูงมากในเชิงบวก ถ้ามีความสัมพันธ์กันสูงแสดงว่าข้อสอบเข้ามีความถูกต้องสูง หรือเป็น ความตรงในการทำนายในอนาคตนั่นเอง

จะเห็นได้ว่าความถูกต้องตามมาตรฐานทั้ง 2 ประเภทนี้ อาศัยหลักการอย่างเดียวกัน คือ จะมีสิ่งที่ใช้เป็นมาตรฐานเพื่อการทดสอบ จะแตกต่างกันเฉพาะมิติทางเวลาของตัวมาตรฐาน ที่ใช้วัด ความตรงเท่านั้น

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

1. ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีของสิ่งที่จะวัด และความถูกต้องในการระบุ คุณสมบัติและตัวบ่งชี้คุณสมบัติที่เป็นไปตามแนวคิด ทฤษฎีของสิ่งที่จะวัด ดังนั้นเพื่อให้เกิดความถูกต้อง ในสิ่งที่กล่าวนี้ ผู้วิจัยจะต้องศึกษา ทบทวนทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้รู้จริงๆ ประกอบกับการปรึกษา จากผู้เชี่ยวชาญหรือขอความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง

2. ความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

2.1 Random error เกิดขึ้นโดยการสุ่มไม่มีระบบ คาดคะเนไม่ได้ สามารถแก้ไข random error ได้โดยอาศัยวิธีการทางสถิติ เช่น กำหนดขนาดตัวอย่างให้เพียงพอและถูกต้องตามหลักสถิติ

2.2 Non - random error แก้ไขได้โดยบริหารและควบคุมการสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล และทุกๆ ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลของตัวแปรต่าง ๆ ให้ถูกต้องตามหลักวิชา เพราะสิ่งที่จะส่งผลถึงคุณภาพของข้อมูลหรือค่าที่วัดได้มีตั้งแต่ตัวเครื่องมือ ผู้ใช้เครื่องมือ คนหรือสิ่งที่ถูกวัด และวิธีการใช้เครื่องมือ

2.8 เกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพจิต

การประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เพราะไม่สามารถประเมินได้โดยตรง แต่จะประเมินจากความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก แล้วนำมาหาข้อสรุปว่าบุคคลนั้นๆ อยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี และในการพิจารณาว่าสิ่งใดปกติหรือไม่ดีนั้น จำเป็นต้องมีเกณฑ์การตัดสิน ซึ่งในการตัดสินนั้น Kisker (1972 อ้างถึงในสวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) กล่าวว่า มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินโดย

1. กำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ (The Descriptive Model)

เป็นวิธีการตัดสินพฤติกรรมของคนว่าปกติหรือผิดปกติ โดยตั้งมาตรฐานขึ้นมาเป็นเกณฑ์ ถ้าใครประพฤติใกล้เคียงกับมาตรฐานถือว่าปกติ ถ้าประพฤติตนไกลจากมาตรฐานก็ถือว่าผิดปกติ ซึ่งการกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ อาจใช้ตนเองเป็นมาตรฐาน (Subjective Model) ใช้กลุ่มเป็นมาตรฐาน (Normative Model) ใช้สถิติเป็นมาตรฐาน (Statistical Model) หรือใช้ขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นมาตรฐาน (Culture Model)

2. การใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Explanatory Model)

ในการที่จะบอกว่า พฤติกรรมของคนใดคนหนึ่งปกติหรือผิดปกติ นั้น จะต้องบอกถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ นั้นๆ ได้ด้วย ดังนั้น การใช้ทฤษฎีมาอธิบายถึงความผิดปกติจึงเป็นวิธีหนึ่งในการที่จะตัดสินพฤติกรรมของบุคคลได้ ซึ่งทฤษฎีที่อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมมีหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการเกิดโรค (The Disease Model) ทฤษฎีกระบวนการทางจิต (Psychodynamic Model) ทฤษฎีการเรียนรู้ (The Learning Model) และทฤษฎีความเครียด (Stress Model)

อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาตัดสินพฤติกรรมอาจใช้หลักเกณฑ์หลาย ๆ อย่างมาเป็นเกณฑ์พิจารณาร่วมกันตามความเหมาะสมในแต่ละสภาพการณ์ ซึ่งการมีเกณฑ์พิจารณาจะช่วยให้สามารถพิจารณาได้เหมาะสม ถูกต้อง และมีความแม่นยำยิ่งขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่า การสร้างแบบวัดจะต้องสร้างเครื่องมือให้มีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยเมื่อสร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีแล้วต้องให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ตรวจสอบเพื่อดูความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขจนผู้เชี่ยวชาญยอมรับ จากนั้นจึงนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มที่ต้องการศึกษาจำนวน 40 - 50 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมของสเกลในเครื่องมือปรับปรุงแก้ไขภายหลังทดลองใช้ และนำเครื่องมือที่ได้ไปหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ในอัตราส่วนข้อคำถาม 1 ข้อต่อกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5 - 10 คน นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ความถูกต้องและเชื่อถือได้ของสเกล และลดข้อคำถาม

หากมีปัญหาในการลดข้อคำถามจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาร่วมกับวิธีการทางสถิติว่าสมควรตัดข้อคำถามใดบ้าง เพื่อยืนยันความถูกต้องตามโครงสร้าง และความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนหาค่าปกติ (norm) ของเครื่องมือ ซึ่งอาจกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ (The Descriptive Model) หรือการใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Explanatory Model) เป็นเกณฑ์ก็ได้

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้วิจัย เพื่อสร้างแบบวัดสุขภาพจิต และแบบวัดที่ใกล้เคียงกันที่สามารถบ่งบอกภาวะสุขภาพจิตที่ดี หรือมีปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

3.1 แบบวัดสุขภาพจิต

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว และคณะ (2530) ได้สร้างแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย โดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 เป็นแบบวัดคุณลักษณะคนไทยที่มีสุขภาพจิตดี 10 คุณลักษณะคือ มีสุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรง ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเครียด วิตกกังวลและเศร้าเรื้อรัง มีความรักและความพึงพอใจในคนอื่น มีความรักและความพึงพอใจในตนเอง มองโลกในแง่ดีและแง่ขัน มีกิจกรรมประจำวันและการสังคม มีจริยธรรม และคุณธรรมประจำใจ สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างเพียงพอ สามารถควบคุมและสามารถเผชิญปัญหาชีวิตด้วยวิธีการที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เปลี่ยนแปลงตนเองอยู่เสมอ ไม่ยึดมั่นความคิดใดความคิดหนึ่งจนเกินไป และประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีความสุขและนำพึงพอใจ เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 110 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 100 ข้อ ข้อความทางลบ 10 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

สุขภาพจิตมีค่าคะแนนระหว่าง 110 - 550 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนต่ำและกลุ่มคะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

110 - 330 คะแนน หมายถึง คะแนนสุขภาพจิตต่ำหรือสุขภาพจิตไม่ดี

331 - 550 คะแนน หมายถึง คะแนนสุขภาพจิตสูงหรือสุขภาพจิตดี

แบบวัดนี้ได้มีผู้นำไปใช้แล้วคือ ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก วัดคุณลักษณะคนไทยที่มีสุขภาพจิตดี 10 คุณลักษณะ แบบวัดสุขภาพจิตได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายทางสังคมของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมกับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างเครือข่ายทางสังคมกับสุขภาพจิต และระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตของประชากรทั่วไป ในบริบทของคนไทย โดยเครื่องมือนี้สร้างขึ้นจากคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพจิต ตามความหมายของผู้ทรงคุณวุฒิของ เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537) เป็นผู้กำหนดขึ้น และประกอบด้วยองค์ประกอบของ สุขภาพจิต 3 Domain คือ

1. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อตนเอง (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 13 Subdomain)
2. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 8 Subdomain)
3. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อสังคม (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 5 Subdomain)

จากทั้งหมด 3 Domain แบ่งออกเป็น 26 Subdomain และสร้างเป็นคำถามได้ทั้งหมด 218 ข้อ และลดลงเหลือ 99 ข้อ โดยความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้สอบถามประชากรทั่วไปทั้ง 4 ภาค ของประเทศไทย รวม 1,825 คน จากนั้นทำการลดคำถามจนเหลือน้อยที่สุด คือ 36 ข้อ และ 15 ข้อ

สุชีรา ภัทรอุตวรรัตน์ และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัด สุขภาพจิตในคนไทย เพื่อให้ได้เกณฑ์ในการวิเคราะห์และการตีความหมายผลการทดสอบใช้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 700 คน โดยกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นกลุ่มคนปกติ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชนอก และผู้ป่วย จิตเวชแผนกผู้ป่วยใน เครื่องมือวัดสุขภาพจิต พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ผลการศึกษา พบว่า แบบสอบถามที่ทำการพัฒนามีค่าอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติ และกลุ่มมีปัญหาทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และดำเนินการสร้างเกณฑ์ปกติ ด้วยคะแนนมาตรฐานที่ สำหรับคำถาม มีทั้งหมด 70 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น

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

ในแต่ละข้อแบ่งระดับความมากน้อยของอาการที่ปรากฏตั้งแต่ระดับ ไม่มี เล็กน้อย ปานกลางค่อนข้างมาก และมาก

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 2) หาค่าปกติ (norm) ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย

วิธีการศึกษา แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความตรงตามเนื้อหา ระยะที่ 2 ศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 ศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 ความตรงร่วมสมัย ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่าปกติของคนไทย ศึกษาความพึงในการประเมิน ภาวะสุขภาพจิต ระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น ระยะที่ 3 นี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ระดับ 1 - 5 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1,429 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage sampling ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาความตรงตามโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ปัจจัย ศึกษาความตรงร่วมสมัยโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ความพึงในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ระหว่างแบบประเมินฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นด้วย Kappa statistic และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา

ผลการศึกษา ได้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ 4) ปัจจัยสนับสนุน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ 0.86, 0.83, 0.77 และ 0.80 ตามลำดับ เครื่องมือฉบับสั้นมี 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ผลการศึกษาคความตรงร่วมสมัยระหว่างเครื่องมือฉบับนี้กับแบบวัดสุขภาพจิตของ อัมพร โอตระกูล และคณะ ผลการศึกษพบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($P < 0.01$) ค่าความพึงระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นเท่ากับ 0.61 สำหรับค่าปกติของเครื่องมือแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (143 - 198 คะแนน) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (122 - 142 คะแนน) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (121 คะแนน หรือน้อยกว่า)

สรุป ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยมีทั้งฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ ที่ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 60 ปี

อรรถพงศ์ ถนิมพาสน์ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ (ระดับบุคคล) ประจำปี 2544 โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ ประการที่ 1 เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ โดยศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ประการที่ 2 เพื่อหาค่าปกติ (Norm) ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ และประการที่ 3 เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาจากผู้ทรงคุณวุฒิและคณะทำงานของกรมสุขภาพจิตจำนวน 85 ข้อ ซึ่งได้นำมาเพิ่มเติมเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/Religion/Personal Belief) จำนวน 4 ข้อ รวมเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ (ระดับบุคคล) จำนวน 89 ข้อ ศึกษาทั้งประชากรจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (multi-stage sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. ระดับ 1 - 5 ของภาคใต้ ในจังหวัด นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง ภูเก็ต สงขลา ยะลา ปัตตานี และสตูล จำนวน 3,000 คน เมื่อได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 เดือน ในเดือนธันวาคม 2543 นำเครื่องมือมาตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ พร้อมวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows ด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า Factor Analysis

ได้ผลการศึกษาคือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ (ระดับบุคคล) ฉบับ 89 ข้อ มีความตรงตามโครงสร้าง (ค่า Factor Loading มากกว่า 0.40) มีความน่าเชื่อถือที่สามารถนำไปประเมินสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ได้ (ค่าอัลฟา = 0.8879) และพบว่าค่าปกติ (Norm) ของสุขภาพจิตคนไทยภาคใต้เท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50.1 รองลงมาต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 26.6 ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาเรื่องนี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาเครื่องมือฉบับนี้ต่อไป คือ ประการที่ 1 พัฒนาเครื่องมือสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ให้มีฉบับที่มีจำนวนน้อยลง ประการที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์ค่าปกติ (Norm) ที่ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตแยกเป็นเขต 11 และเขต 12 และประการที่ 3 สามารถศึกษาสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ แยกเป็นเขต 11 และเขต 12 และแยกเป็นรายจังหวัด เพื่อจะทำให้ทราบถึงสถานะสุขภาพจิตในระดับจังหวัด

สำหรับค่าปกติ (Norm) ในการแปลความหมาย แบ่งออกเป็น

150 - 267 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

132 - 149 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

131 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

Ware และคณะ (1979 cited by Veit and Ware, 1983) ได้สร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิต (The Mental Health Inventory) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะความกดดันทางจิตใจ และความผาสุกของจิตใจ มากกว่าที่จะใช้วัด หรือคัดกรองผู้มีความเจ็บป่วยทางจิต หรือโรคทางจิตเวช

จากแนวคิดของ Viet and Ware ซึ่งอธิบายถึงข้อจำกัดของเครื่องมือวัดสุขภาพจิต ที่สร้างขึ้นมาก่อนว่า ส่วนใหญ่จะเน้นด้านสุขภาพร่างกาย ยังไม่ครอบคลุมสุขภาพจิตจึงเห็นว่าควรจะให้ ความหมายของคำว่าสุขภาพจิตให้กว้างขึ้น โดยควรจะครอบคลุมลักษณะด้านภาวะสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกรื่นเริง ความสนใจ ความสนุกสนานกับชีวิต ซึ่งจะช่วยให้วัดสุขภาพจิตได้ชัดเจนขึ้น เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือวัดสุขภาพจิต ในโครงการการทดลองด้านการประกันสุขภาพของบริษัท Rand Corporation (Viet and Ware, 1983) มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ โดยวัดภาวะอารมณ์ทั้งด้านบวก และด้านลบที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยวัดในองค์ประกอบเกี่ยวกับ 1) ความวิตกกังวล 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ 4) ความรู้สึกทั่วไปทางบวก 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) ความพึงพอใจในชีวิต 7) ความกดดันทางจิตใจ 8) ความผาสุกของจิตใจ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 1 - 6 ส่วนใหญ่มีเพียง 2 ข้อความที่ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 1 - 5 การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยการรวมคะแนนทั้งหมด หรืออาจจะวิเคราะห์รายหมวดก็ได้

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

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

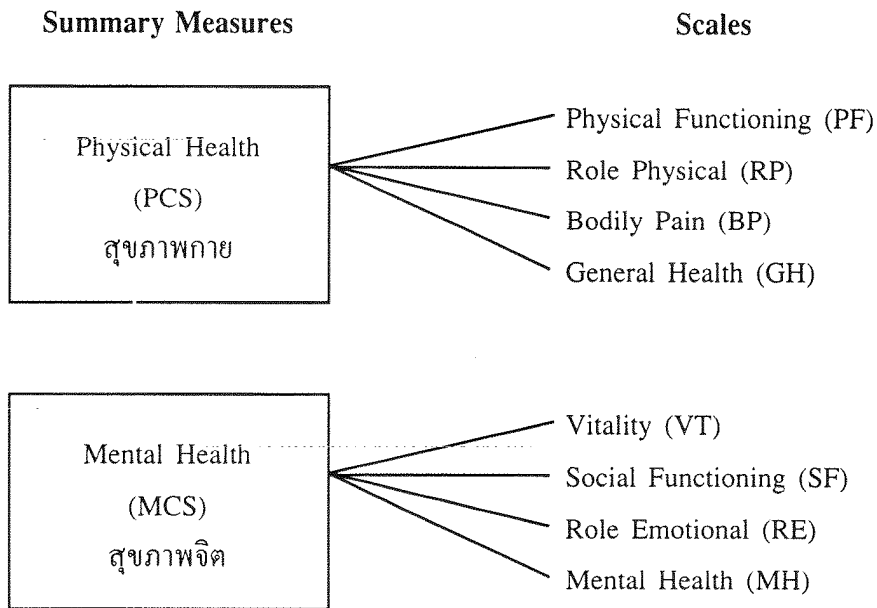
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยใคร หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ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

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

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/personal beliefs) คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

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



สำหรับคำถามใน SF-36 มีรายละเอียดดังนี้

1. โดยทั่วไปแล้ว สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร (GH1)
2. เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้วสุขภาพของคุณเป็นอย่างไร (MH)
3. ในข้อต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่คุณสามารถทำได้ในแต่ละวัน คุณมีข้อจำกัดในด้านสุขภาพในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามีเล็กน้อยเพียงใด
 - 3.1 กิจกรรมที่ต้องใช้พลังมาก (ความแข็งแรง เช่น การวิ่ง การยกของหนัก การร่วมเล่นกีฬา (PF1)
 - 3.2 กิจกรรมระดับปานกลาง เช่น การเคลื่อนย้ายโต๊ะ การเล่นกอล์ฟ การทำความสะอาดด้วยเครื่องดูดฝุ่น (PF2)
 - 3.3 การยกของหรือขนของเล็กๆ น้อยๆ (PF3)
 - 3.4 การขึ้นบันไดหลายๆ ชั้น (PF4)
 - 3.5 การขึ้นบันไดเพียงขั้นเดียว (PF5)
 - 3.6 สามารถโค้งตัว ถูกเข่า หรือนอนตัวเองได้ (PF6)
 - 3.7 เดินมากกว่า 1 ไมล์ (PF7)
 - 3.8 เดินได้หลายช่วงตึก (PF8)
 - 3.9 เดินได้ช่วงตึกเดียว (PF9)
 - 3.10 อาบน้ำและแต่งตัวด้วยตนเอง (PF10)
4. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาที่เกี่ยวกับการทำงานหรือการดำเนินชีวิตตามปกติของคุณ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของคุณ ดังต่อไปนี้หรือไม่
 - 4.1 จำนวนเวลาในการทำงานหรือการทำกิจกรรมอื่นๆ ลดลง (RP1)

- 4.2 ผลสำเร็จของงานน้อยกว่าที่คุณต้องการ (RP2)
- 4.3 การทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ อยู่ในขอบเขตที่จำกัด (RP3)
- 4.4 มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ (ตัวอย่างเช่น ต้องใช้ความพยายามอย่างมากเป็นพิเศษ) (RP4)
5. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาบางอย่างดังต่อไปนี้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงาน หรือการดำเนินชีวิตตามปกติของคุณ และมีผลต่ออารมณ์ของคุณ (เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า และวิตกกังวล)
 - 5.1 ใช้เวลาในการทำงานหรือการทำกิจกรรมอื่นๆ ลดลง (RE1)
 - 5.2 ผลสำเร็จของงานน้อยกว่าความต้องการของคุณ (RE2)
 - 5.3 ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ได้ตามปกติ หรืออย่างละเอียดรอบคอบ (RE3)
6. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ (SF1)

รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มอื่นๆ
7. คุณมีความเจ็บปวดทางด้านร่างกายมากน้อยเพียงใดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (BP1)
8. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย รบกวนการทำงานตามปกติของคุณมากน้อยเพียงใด (รวมทั้งการทำงานภายนอกบ้านและภายในบ้าน) (BP2)
9. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเรื่องราวที่คุณประสบในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละคำถามโปรดตอบเพียงคำตอบเดียวว่าคุณมีความรู้สึกอย่างไร
 - 9.1 คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา (VT1)
 - 9.2 คุณเป็นคนที่ตื่นเต้นตกใจง่ายมาก (MH1)
 - 9.3 คุณมีความรู้สึกที่แย่มาก และไม่มีอะไรสามารถทำให้คุณมีความสุขขึ้นได้ (MH2)
 - 9.4 คุณมีความรู้สึกสุข และสงบ (MH3)
 - 9.5 คุณรู้สึกมีกำลังใจ (VT2)
 - 9.6 คุณมีความรู้สึกซึมเศร้า และท้อแท้ (MH4)
 - 9.7 คุณรู้สึกหมดกำลังใจ (VT3)
 - 9.8 คุณเป็นคนที่มีความสุข (MH5)
 - 9.9 คุณรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า (VT4)
10. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีเวลาเท่าไรในการดูแลสุขภาพกายของคุณ หรือปัญหาทางอารมณ์ที่รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคม (การพบปะเพื่อนฝูง ญาติ เป็นต้น) (SF2)
11. ข้อความต่อไปนี้ถูกหรือผิดสำหรับคุณ
 - 11.1 ฉันรู้สึกว่าฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนอื่นๆ (GH2)
 - 11.2 ฉันมีสุขภาพดีกว่าคนอื่นๆ (GH3)
 - 11.3 ฉันคาดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง (GH4)
 - 11.4 สุขภาพของฉันดีเยี่ยม (GH5)

โดยสรุปแล้ว SF-36 ใช้ในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในระดับนานาชาติทั่วโลกประมาณ 40 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งในการศึกษาส่วนใหญ่จะประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนคือ

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

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

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

จากผลการศึกษาได้แนะนำการเปรียบเทียบคะแนน SF-36 โดยจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุโดยแบ่งออกเป็นช่วงละ 10 ปี นอกจากนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพการทำงาน การศึกษา สถานภาพสมรส บางประเทศได้มีการเพิ่ม check list จำนวน 15 ข้อ ในการรายงานถึงภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ได้แนะนำถึงการศึกษา Concurrent validity โดยทำการศึกษา SF-36 กับเครื่องมืออื่นๆ โดยทำการศึกษาเป็นคู่ขนานกันไป และศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเครื่องมือทั้งสอง การศึกษา Predictive validity ก็เป็นการศึกษาหนึ่งที่สามารถควบคุมกันไป โดยเป็นการศึกษาการทำนายถึงเหตุการณ์ในอนาคต เช่น การตาย การไม่มีงานทำ การต้องการใช้บริการทางสุขภาพ (Nunnally, Bernstein, 1994)

การนำ SF-36 ไปใช้ในการวิจัยต่างๆ ได้มีนักวิชาการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการศึกษา เช่น Ware, et al. (1993) ได้ทำการศึกษาเรื่อง SF-36 Health survey manual and interpretation guide โดยศึกษาหาค่าปกติของคนทั่วไปในสหรัฐ (U.S.A. General Population Norms) จำนวน 2,474 คน โดยแบ่งค่าปกติออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทางร่างกาย และจิตใจ ผลการศึกษพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนปกติของคนทั่วไปในด้านร่างกาย และจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 50.0 คะแนน ดังตาราง

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

Stevenson (1995) ได้ทำการศึกษาเรื่อง MOS SF-36 questionnaire-interim Australian norms โดยใช้ SF-36 ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 6,823 คน เพื่อศึกษาหาค่าปกติในประชากรทั่วไปของออสเตรเลีย (Australian General Population) ผลการศึกษพบว่า ค่าปกติของ SF-36 (Norms) ใน 8 สเกลย่อย (eight sub-scales) ตามตารางต่อไปนี้

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

3.3 แบบวัดความผาสุก

Berkman (1971) ได้สร้างเครื่องมือวัดสภาวะสุขภาพจิต (Index of psychological well-being) เพื่อใช้ในการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป มีลักษณะเป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบได้ประเมินความรู้สึกของตนเอง เกี่ยวกับความรู้สึกเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ความรู้สึกเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 8 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 1 คำตอบในแต่ละข้อ

การให้คะแนนการตอบหัวข้อในเครื่องมือมีดังนี้ ให้ค่า 0, 1 และ 3 คะแนน ถ้าเลือกตอบว่า ไม่เคยรู้สึกเลย รู้สึกเป็นครั้งคราว และรู้สึกบ่อยๆ ตามลำดับ ดังนั้นคะแนนความรู้สึกเชิงลบจึงมีตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน และความรู้สึกเชิงบวกมีค่าตั้งแต่ 0 - 9 คะแนน

สำหรับการแปลผลระดับสุขภาพจิตของ Berkman มีความหมายดังนี้

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

Dupuy (1977 cited by Bowling, 1991) ได้สร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิตชื่อ The General Well-being Schedule (GWB) ใช้ในการสำรวจประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็นการวัดเกี่ยวกับความรู้สึกที่แสดงถึงการมีสภาวะทางสุขภาพจิตที่ดี ความเครียดกังวลใจ ซึ่งเครื่องมือนี้วัดภาวะสุขภาพจิตทั้งในด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 6 หมวด คือ 1) ความวิตกกังวล 2) ซึมเศร้า 3) สุขภาพทั่วไป 4) สภาวะสุขภาพจิตในด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง 6) ความกระปรี้กระเปร่า มีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นการถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดย 14 ข้อแรกใช้มาตรฐานส่วนประมินค่า 1 - 6 และอีก 4 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมินค่า 0 - 10 การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยการแยกออกเป็นหมวดย่อย 6 หมวด หรือวิเคราะห์โดยการรวมคะแนนคำตอบจากแต่ละข้อ คะแนนต่ำจะแสดงถึงการมีปัญหาทางด้านความเครียดกังวลใจในระดับที่รุนแรง คะแนนเต็มรวมจะอยู่ระหว่าง 0 - 110 ซึ่ง Dupuy ได้กำหนดระดับความรุนแรงของความเครียดกังวลใจตามระดับของคะแนน ดังนี้

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

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

สำหรับโครงสร้างของ Subjective Well-being ประกอบด้วย

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

เป็นความรู้สึกเป็นสุขที่รับรู้จากชีวิตโดยรวมว่าราบรื่นและสนุกสนาน และอารมณ์ด้านบวกที่เป็นมุมมองโดยทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว

คำถาม

1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไม่น่าเบื่อหรือไม่
2. เปรียบเทียบกับอดีตแล้วท่านคิดว่าปัจจุบันชีวิตของท่านมีความสุข
3. โดยความรู้สึกรวมๆ แล้ว ท่านมีความสุขพอใจเพียงใดกับสิ่งต่างๆ ที่ท่านได้ทำใน 2 - 3 ปี

ที่ผ่านมา

2. ความคาดหวังและความสำเร็จที่เป็นไปตามที่คาดไว้ : Expectation-achievement congruence

ความรู้สึกเป็นสุขที่เกิดจากการประสบความสำเร็จ และมีชีวิตตามที่ตนได้คาดหวังไว้ หรือเป็นชีวิตที่พึงพอใจ

คำถาม

1. ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และมีฐานะทางสังคมตามที่คาดหวังไว้หรือไม่
2. ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและก้าวหน้าดีเพียงใด
3. ท่านประสบความสำเร็จอย่างที่ท่านต้องการเสมอหรือไม่

3. Confidence in coping

เป็นความเข้มแข็งของบุคลิกภาพ ความสามารถในการจัดการสถานการณ์คับขัน หรือสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดฝัน บางครั้งเรียกว่าสุขภาพจิตในรูปแบบของ “ecological sense” เช่น ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และเผชิญหน้ากับความยากลำบากโดยไม่ล้มเหลว

คำถาม

1. แม้สถานการณ์จะไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ท่านคิดว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นๆ ได้ไหม
2. ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะรับมือกับเหตุการณ์ร้ายแรงหรือไม่ (เหตุการณ์ใดก็ตามที่มีผลกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างมาก)
3. ในวิถีทางที่สิ่งต่างๆ กำลังดำเนินไปในปัจจุบัน ทำให้ท่านมั่นใจว่าจะสามารถรับมือกับอนาคตได้เพียงใด

4. Transcendence

ประสบการณ์ชีวิตนอกเหนือชีวิตปกติในแต่ละวัน เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการให้คุณค่าในทางจิตวิญญาณ

คำถาม

1. บางครั้งท่านรู้สึกไหมว่าตัวท่านและสิ่งต่างๆ รอบตัวท่านต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และต่างก็เป็นส่วนหนึ่งที่ธรรมชาติสร้างสรรค์มา

2. ในบางครั้งท่านเคยมีความรู้สึกเป็นสุข ปลาบปลื้ม อิ่มเอมใจอย่างเต็มเปี่ยมหรือไม่

3. บางครั้งท่านเคยมีความรู้สึกดีใจที่ได้เกิดมาเป็นส่วนหนึ่งของชาติไทยเหมือนดังกับเป็นครอบครัวใหญ่ครอบครัวเดียวกัน

5. การสนับสนุนจากครอบครัว : Family group support

เป็นการสำรวจความรู้สึกในสองส่วน คือ ความรู้สึกเป็นสุขที่มาจากครอบครัวขยาย (นอกเหนือจากสามี ภรรยา และลูก) ว่าให้การสนับสนุน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีความผูกพันกัน

คำถาม

1. ท่านคิดหรือไม่ว่าครอบครัวของท่านเป็นแหล่งที่จะช่วยหาทางออกให้ท่านเป็นส่วนใหญ่เวลาที่ท่านมีปัญหา.....

2. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกผูกพันกันอย่างใกล้ชิดหรือไม่

3. ท่านคิดว่าถ้าท่านเจ็บป่วยหนักๆ ครอบครัวของท่านจะคอยดูแลท่านเป็นอย่างดี

6. การสนับสนุนทางสังคม : Social support

จะสำรวจในสองประเด็น คือ ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่ามีเครือข่ายทางสังคม จะเน้นถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมนอกเหนือจากครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน (เป็นที่น่าสังเกตว่า การบริการทางการแพทย์ และแพทย์ไม่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือ)

คำถาม

1. ท่านมั่นใจไหมว่าญาติหรือเพื่อนจะช่วยเหลือท่าน ถ้ามีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น เช่น ทรัพย์สินของท่านถูกไฟไหม้หรือถูกขโมย

2. ถ้าท่านป่วยหนักหรือได้รับอุบัติเหตุ ท่านมั่นใจเพียงใดว่าญาติพี่น้อง และ/หรือเพื่อนจะดูแลท่าน

3. ท่านรู้สึกไหมว่าเพื่อน/ญาติพี่น้องจะช่วยเหลือท่านถ้าท่านต้องการ

7. Primary group concern

ปัจจัยนี้จะสำรวจถึงความรู้สึกที่มีต่อพื้นฐานของครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความรู้สึกเป็นสุขโดยรวม ในหมวดนี้จะมีความสัมพันธ์กับข้อคำถามที่เกี่ยวกับ “การมีรายได้ของทั้งสามีภรรยา” ในทำนองที่ว่าชีวิตครอบครัวจะมีความสุขมากขึ้นถ้าทั้งคู่สามีภรรยามีงานทำ และในหมวดนี้ยังสัมพันธ์กับความปลอดภัยของลูกๆ ด้วย

คำถาม

1. ท่านรู้สึกว่าความสนิทสนมกลมเกลียวระหว่างท่านกับลูกหลานเป็นอย่างไร

2. ในบางครั้งท่านรู้สึกเป็นกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสามีหรือภรรยาหรือไม่

3. บางครั้งท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับลูกหลานหรือไม่

8. Inadequate mental mastery

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

คำถาม

1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดได้ง่ายถ้าสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง
2. บางครั้งท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบเหตุผล
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือหุนหันไว้อย่างง่ายหรือไม่
4. ท่านรู้สึกถูกรบกวนจากความวิตกกังวลและตึงเครียด
5. ท่านคิดว่าเป็นปัญหาของท่านหรือไม่ที่บางครั้งท่านอารมณ์เสียในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ
6. ท่านรู้สึกไหมว่าสิ่งเล็กๆ น้อยๆ สามารถทำให้ท่านหงุดหงิดเกินควร
7. ท่านหงุดหงิดง่ายไหมถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์

9. Perceived ill-health

จะมุ่งสำรวจความพึงพอใจ และความกังวลที่มีต่อสุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นสุข

คำถาม

1. บางครั้งท่านมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านหรือไม่
2. ท่านทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกายไหม
3. ท่านเคยรู้สึกไม่สบายจากอาการใจสั่น ใจเต้นแรงผิดปกติไหม
4. ท่านเคยรู้สึกไม่สบายจากอาการวิงเวียนบ้างไหม
5. ท่านรู้สึกเหนื่อยง่ายไหม
6. ท่านมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับไหม

10. Deficiency in social contacts

ข้อความจะสำรวจถึงความกังวลเกี่ยวกับว่าเพื่อนจะไม่ชอบหรือความรู้สึกนึกคิดถึงเพื่อนๆ ซึ่งจะบอกความรู้สึกทางลบ ที่มีต่อเครือข่ายทางสังคม

คำถาม

1. ท่านปรารถนาที่จะมีเพื่อนมากกว่าที่ท่านมีอยู่ไหม
2. บางครั้งท่านรู้สึกไหมว่าท่านคิดถึงเพื่อนสนิทของท่าน
3. บางครั้งท่านรู้สึกกังวลที่ท่านไม่มีใครสนิทเป็นการส่วนตัว

11. General well-being negative affect

ปัจจัยนี้จะสะท้อนให้เห็นการมองชีวิตโดยรวมในลักษณะที่หดหู่ น่าเศร้า การมีอารมณ์ดี และอารมณ์ที่ไม่ดี จะขึ้นกับการมองชีวิตหมดทั้งชีวิต ไม่ได้จำเพาะว่าเป็นความกังวลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

คำถาม

1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตน่าเบื่อไม่น่าสนใจไหม
2. ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของท่านหรือไม่
3. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไม่มีประโยชน์หรือไม่

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

3.4 แบบวัดอื่นๆ

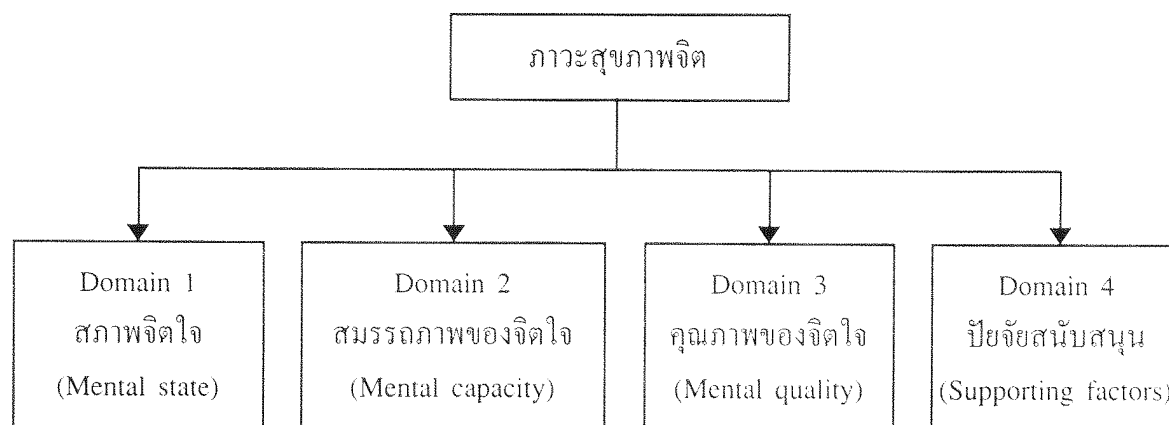
Noreen EM และคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Psychometric Evaluation of The Personal Lifestyle Questionnaire for Adolescents. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความถูกต้องของ Personal Lifestyle Questionnaire (PLQ) ทำการศึกษาในวัยรุ่น 15 - 21 ปี จำนวน 222 คน เครื่องมือนี้มี 2 ปัจจัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วย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

European Union Institution (2003) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการควบคุม กำกับสุขภาพอย่างต่อเนื่องในยุโรป การทบทวนนี้ได้พบความสัมพันธ์บางประการระหว่างสุขภาพจิต ความทุกข์ใจ และความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจจะเหมือนหรือแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และลักษณะความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละแห่ง จากลักษณะที่กล่าวมาแล้ว สามารถแบ่งตัวชี้วัดของสุขภาพจิตออกเป็น 7 หมวด คือ 1) ลักษณะทางสังคม 2) เครื่องข่ายทางสังคมและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง 3) สุขภาพจิตเชิงบวก 4) ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 5) บริการและการช่วยเหลือต่างๆ ความต้องการและการใช้ประโยชน์ 6) การป่วยและความพิการ 7) อัตราตาย

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิตพบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างเครื่องมือในการวัดภาวะสุขภาพจิต เช่น แบบวัดสุขภาพจิต แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดความผาสุก เป็นต้น ซึ่งวิธีการศึกษาได้มีวิธีการหลายวิธี เช่น การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกำหนดคำจำกัดความ และองค์ประกอบของสุขภาพจิต ประกอบกับการทบทวนเอกสาร และงานวิจัย จากนั้นนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่รู้ชัดว่าเป็นโรค หรือเจ็บป่วย เปรียบเทียบกับคนปกติ นอกจากนี้อาจเริ่มต้นศึกษาโดยพัฒนาเครื่องมือมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มคนปกติ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติในเชิงโครงสร้าง และลดข้อคำถามให้เหลือน้อยและดีที่สุด เพื่อให้สอดคล้องกับองค์ประกอบ และความหมายของสุขภาพจิตที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในต่างประเทศ ถึงแม้มีการแปลความหมายเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือแล้ว แต่คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าอาจมีความแตกต่างในเชิงภาษาที่ใช้ บริบทในด้านสังคม วัฒนธรรม และ

ประเพณีของคนไทย จึงอาจทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นในต่างประเทศมีจุดอ่อนในการนำมาใช้ในประเทศไทยได้ ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ใช้วัดสุขภาพจิตคนไทยในครั้งนี้ ต้องการสร้างเครื่องมือเพื่อนำไปใช้วัดภาวะสุขภาพจิตคนไทย ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนคือ คนปกติทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน ฉะนั้นการสร้างเครื่องมือฉบับนี้จึงมีความแตกต่างจากเครื่องมืออื่นๆ ในด้านให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมาจากผู้นำชุมชนหรือตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเครื่องมือนี้ด้วย โดยการนำความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่ม (focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมประกอบในการสร้างเครื่องมือด้วย และทำการหาความตรงตามโครงสร้าง และหาค่าปกติ (norm) ซึ่งในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ของอภิชัย มงคลและคณะ (2544) ซึ่งได้เคยทำการศึกษาเอาไว้ ยังมีจุดอ่อนในด้านทำการศึกษา เฉพาะประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งไม่ใช่ตัวแทนจากประชากรทั่วประเทศ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาต่อยอด โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดในการวิจัยเดิม ซึ่งดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ประกอบด้วย 4 Domain คือ Domain 1 สภาพจิตใจ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ และ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาเครื่องมือในครั้งนี้ โดยทำการศึกษาจากตัวแทนประชากรทั่วประเทศ และผลจากการพัฒนาเครื่องมือในการศึกษานี้ จะได้เป็นประโยชน์ต่อการวัดภาวะสุขภาพจิตของคนในชุมชนทั่วประเทศต่อไป ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลนคร องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. ระดับ 1 ถึง 5 ของภาคกลางเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ตะวันออก และภาคใต้ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือโดยทำการพัฒนาเครื่องมือจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ของอภิชาติ มงคล และคณะ (2544) ซึ่งเคยทำการศึกษาไว้เดิมมีจำนวน 66 ข้อ (แต่การศึกษานั้นทำการศึกษาเฉพาะภาคอีสาน) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ ร่วมกับการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ รายละเอียดจะกล่าวถึงในเรื่องการพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 เป็นการศึกษาความสามารถของเครื่องมือว่ามีลักษณะที่ต้องการวัดตามโครงสร้างทางทฤษฎีมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะประเมินความตรงตามโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) ร่วมกับการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ

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

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

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

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

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้กำหนดให้เท่ากับ 0.028

แทนค่าจากสูตรได้ $n = 996.39$ คน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage sampling ขนาดตัวอย่างต้องคูณด้วย design effect ซึ่งเท่ากับ 2 ถือว่าค่อนข้างสูง และมีผู้ใช้กันทั่วไป (Amon, et al, 2000) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย $996 \times 2 = 1,992$ คน ฉะนั้นจึงเก็บข้อมูลในแต่ละภาคๆ ละ 400 คน เก็บจริงได้ 2,024 คน

2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการเก็บข้อมูลในแต่ละภาค ดังนี้

2.2.1 เก็บข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งหมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลเมือง หรือเทศบาลนคร

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

- กลุ่มที่ 1 จังหวัดที่จัดว่าเป็นจังหวัดที่ร่ำรวย (จังหวัดที่มี อบต. ระดับ 1 หรือ 2)
- กลุ่มที่ 2 จังหวัดที่มีรายได้ปานกลาง (จังหวัดที่มี อบต. เริ่มต้นระดับ 3)
- กลุ่มที่ 3 จังหวัดที่มีรายได้จัดได้ว่ายากจน (จังหวัดที่มีเฉพาะ อบต. ระดับ 4 หรือ 5 และสภาตำบล)

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 จะดำเนินการสุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกัน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (multi-stage sampling) ดังนี้

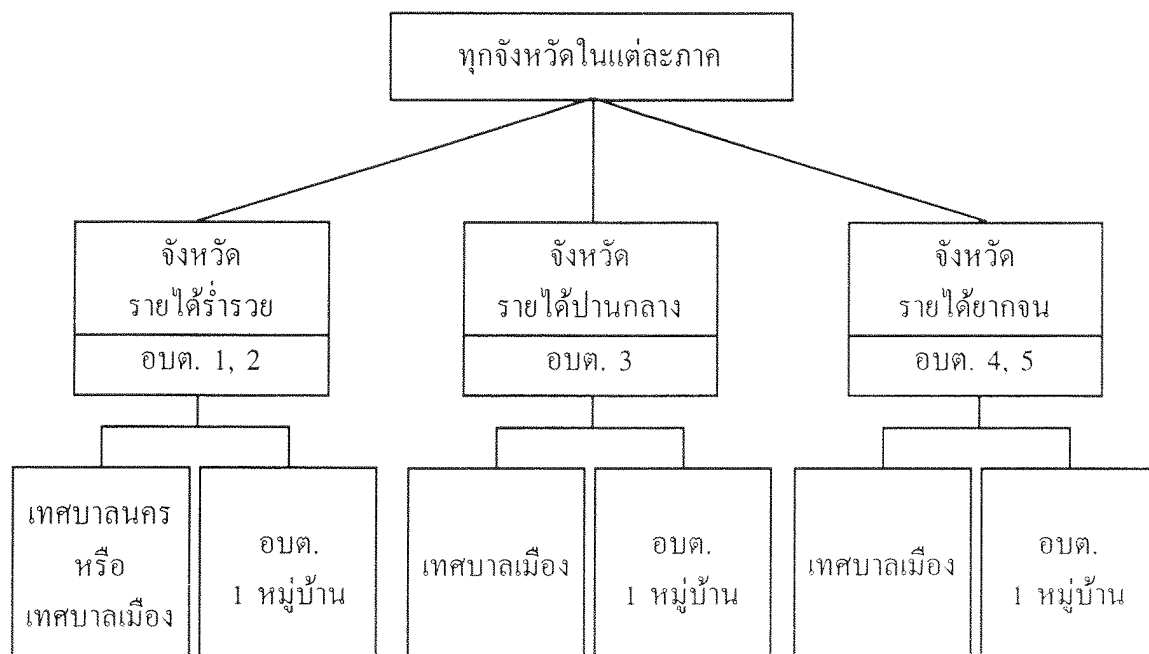
1. จัดกลุ่มจังหวัดที่มีการบริหารแบบ อบต. ระดับ 1 - 5 โดยจังหวัดที่ถือว่าร่ำรวย คือ จังหวัดที่มี อบต. ระดับ 1 และ 2 ซึ่งรวมจังหวัดกรุงเทพฯ ด้วย จังหวัดที่มีรายได้ปานกลาง คือ จังหวัดที่มี อบต. เริ่มต้นด้วยระดับ 3 เป็นต้นไป จังหวัดที่จัดได้ว่ายากจน คือ จังหวัดที่มีเฉพาะ อบต. ระดับ 4, 5

2. สุ่มจังหวัดในแต่ละภาค 3 จังหวัด โดยเป็นตัวแทนของจังหวัดที่มีรายได้ถือว่าร่ำรวย ปานกลาง และยากจนอย่างละ 1 จังหวัด โดยการจับสลาก

3. สำหรับเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง สุ่มชุมชนเพียง 1 ชุมชน

4. สำหรับ อบต. ระดับ 1 - 5 เมื่อสุ่มจังหวัดได้แล้ว จะสุ่ม อบต. ระดับที่ต้องการในแต่ละจังหวัด และจาก อบต. ที่สุ่มได้จะสุ่มต่อไปโดยทำการศึกษาเพียง 1 หมู่บ้านเท่านั้น ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 วิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3



หมายเหตุ ในกรณี อบต. 4, 5 ที่สุ่มได้ในจังหวัดนั้นๆ มีการปกครองแบบสภาตำบลด้วย จะนำรายชื่อ สภาตำบลมาร่วมจับสลากสุ่มตัวอย่างด้วย

การแบ่งการปกครองแบบ อบต. ใช้หลักเกณฑ์การแบ่งจากรายได้ที่เก็บได้จากค่าธรรมเนียม ภาษีต่างๆ เช่น ที่ดิน ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีประเภทโรงงานอุตสาหกรรม ดังนี้

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

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดขอนแก่น

2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเขตเมือง และเขตชนบท

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เขตเมืองต่อเขตชนบท ใช้วิธีการคำนวณสัดส่วนการเก็บข้อมูล ดังนี้

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

- เมื่อ L = ขนาดตัวอย่างที่ต้องเก็บในเขตเมือง
- n = จำนวนประชากรทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง
- N = จำนวนประชากรทั้งหมดที่อยู่ในภาคนั้น
- 400 = จำนวนคนที่ต้องการเก็บข้อมูลในแต่ละภาค

เมื่อแทนค่าจากสูตรของภาคกลาง

$$\begin{aligned} \text{ขนาดตัวอย่างเขตเมือง} &= \frac{400 \times 9,163,371}{16,137,240} \\ &= 227.14 \text{ หรือเท่ากับ } 227 \text{ คน} \end{aligned}$$

$$\text{ขนาดตัวอย่างเขตชนบท} = 400 - 227 = 173 \text{ คน}$$

สำหรับภาคอื่นๆ ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของเขตเมืองและเขตชนบทเช่นเดียวกัน ฉะนั้นสัดส่วนของขนาดตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทจะแตกต่างกันไปขึ้นกับจำนวนประชากรใน เขตเมืองต่อเขตชนบท

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

- 2.4.1 เป็นผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี
- 2.4.2 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนั้นๆ ขณะทำการศึกษายอย่างน้อย 1 ปี
- 2.4.3 สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก
- 2.4.4 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ลักษณะของประชากรที่คัดออกจากการศึกษาประกอบไปด้วยข้อบ่งชี้ดังนี้คือ (exclusion criteria)

2.4.5 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก หรือไม่รู้สีกตัว

2.4.6 ไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ครบทุกข้อ หรือขอออกจากการวิจัยเมื่อสัมภาษณ์ไปได้ระยะหนึ่ง โดยไม่ยินยอมตอบคำถามอีกต่อไป

2.5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จะสุ่มมาจากชุมชน หรือหมู่บ้านในจังหวัดที่คัดเลือกเข้าร่วมโครงการ จำนวนหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ จะเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแต่ละจังหวัด โดยสุ่มตัวอย่างมาจากหลังคาเรือนละ 1 คน เท่านั้น โดยมีวิธีการดังนี้

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

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

เมื่อ I = ช่วงห่างของการสุ่ม

N = จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด

n = จำนวนหลังคาเรือนที่ต้องการศึกษา

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

ฉะนั้น ช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่าง คือ 4

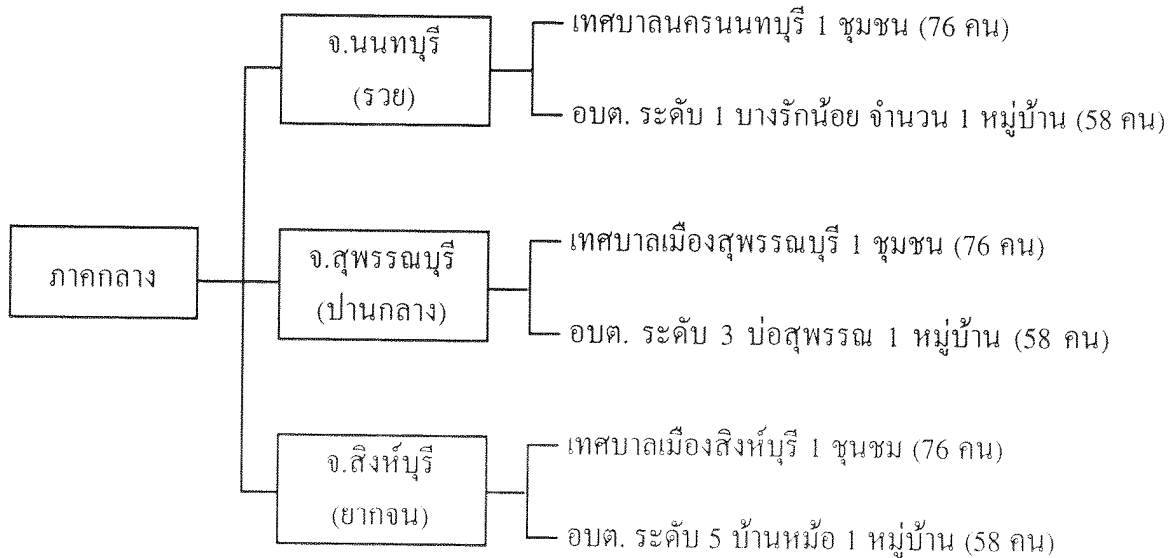
หลังจากนั้นให้ทำสลากหมายเลข 1 - 4 และสุ่มเลขที่เริ่มต้นสมมติว่าได้เลข 3 ฉะนั้น หลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ บ้านเลขที่ 3, 7, 11, 15, 19, 23...280

2.5.2 สุ่มตัวอย่างคนในหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการ โดยการดูจาก family folder ว่าในแต่ละหลังคาเรือนที่สุ่มได้ มีผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านหลังนั้น มีคุณสมบัติของประชากรตามที่กำหนดไว้ในการศึกษากี่คน (inclusion criteria) สมมติว่ามี 3 คน เขียนชื่อทั้ง 3 คน และสุ่มคนที่ จะทำการสัมภาษณ์ ในหลังคาเรือน สุ่มเพียง 1 คน จนครบ 70 คน ในกรณีถ้าบ้านหลังนั้น มีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือ หรือไม่มีคนตามคุณสมบัติที่กำหนดให้ใช้บ้านหลังถัดไป (ในกรณีที่ ไม่ต้องการเขียนชื่อเพื่อทำการสุ่ม อาจใช้วิธีเขียนตัวเลขตามหมายเลขของคนนั้นๆ ใน family folder ก็ได้)

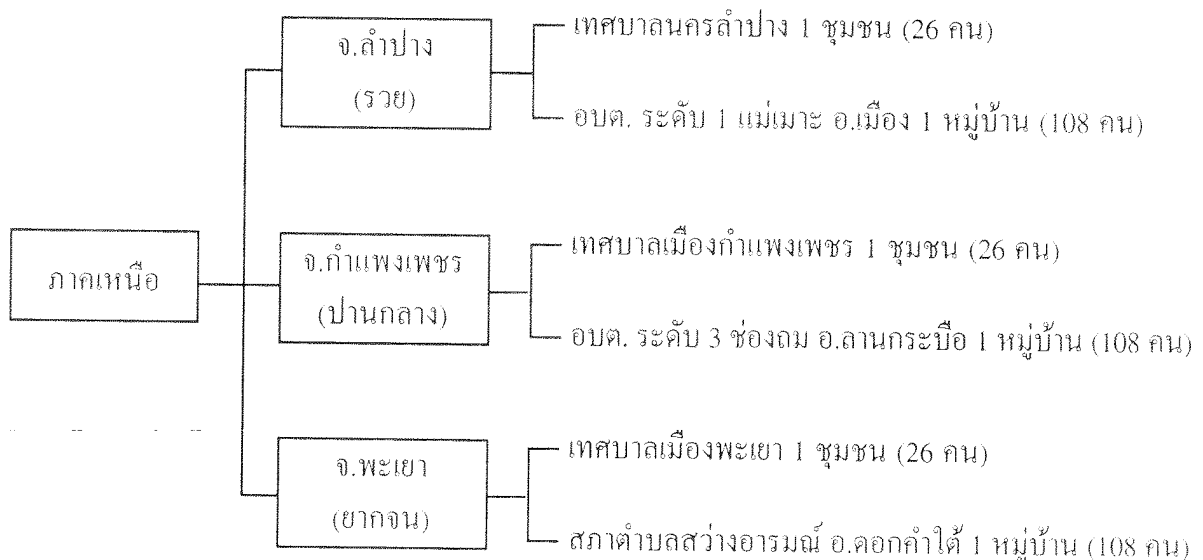
2.5.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้เชิญกลุ่มตัวอย่างมาพบที่สถานีอนามัย ศาลากลางบ้าน หรือวัด ตามความเหมาะสมในแต่ละหมู่บ้าน หรืออาจจะใช้วิธีสัมภาษณ์ตามบ้านแต่ละหลัง ขึ้นอยู่กับความพร้อมของพื้นที่นั้นๆ

2.6 สถานที่เก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละภาค

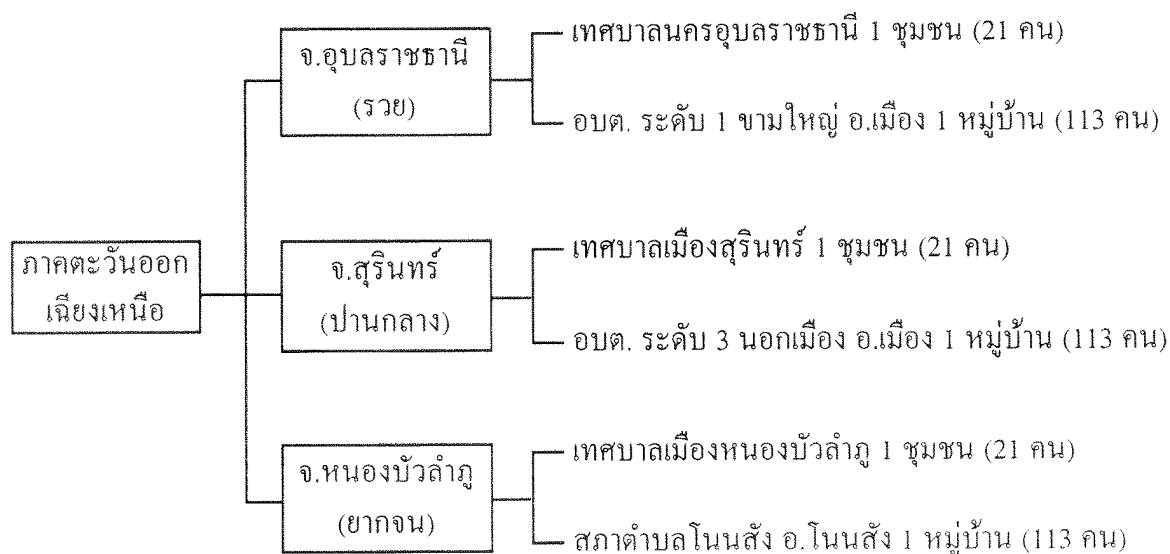
ภาพที่ 3 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคกลาง ในการศึกษาระยะที่ 2



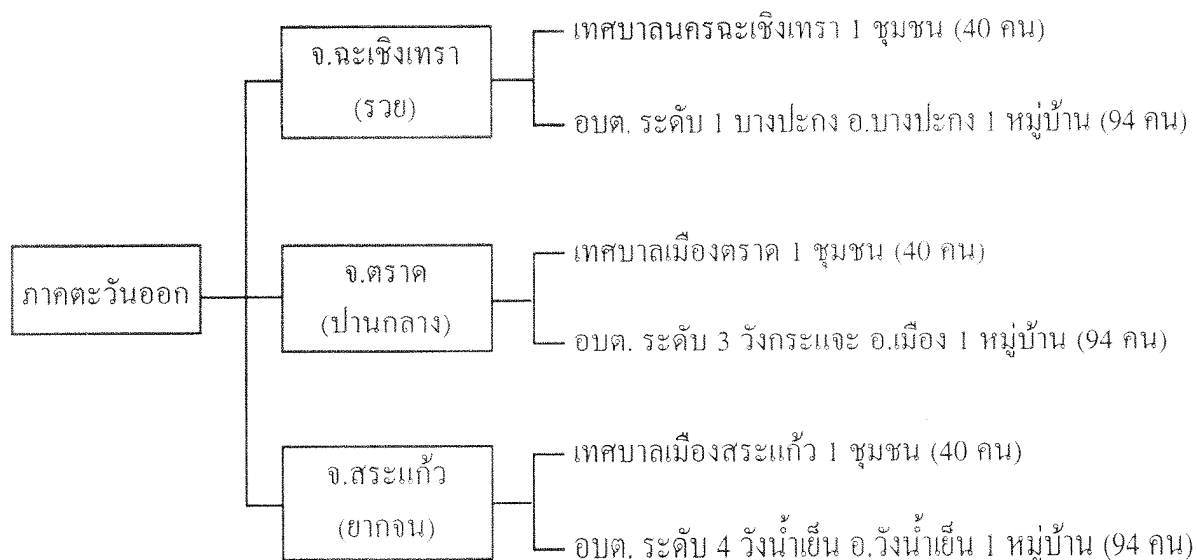
ภาพที่ 4 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคเหนือ ในการศึกษาระยะที่ 2



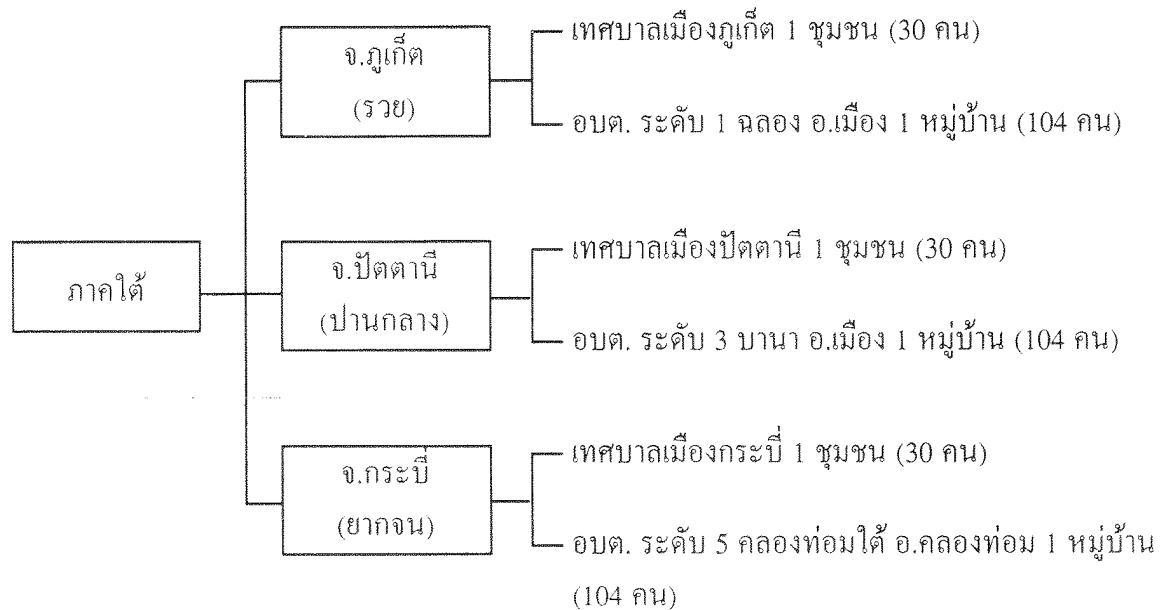
ภาพที่ 5 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการศึกษาครั้งที่ 2



ภาพที่ 6 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออก ในการศึกษาครั้งที่ 2

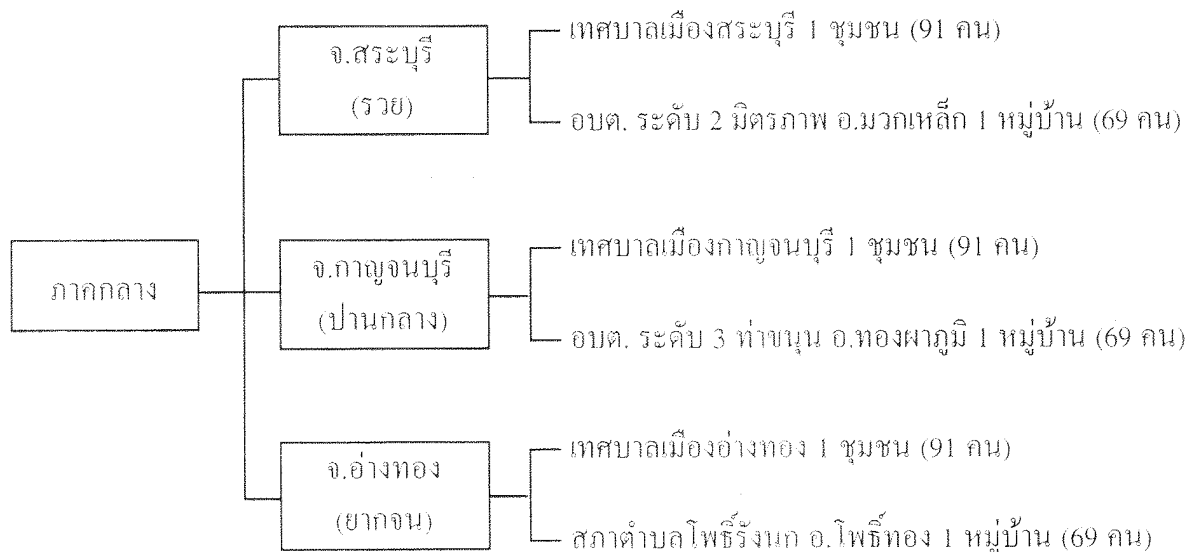


ภาพที่ 7 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคใต้ ในการศึกษาครั้งที่ 2

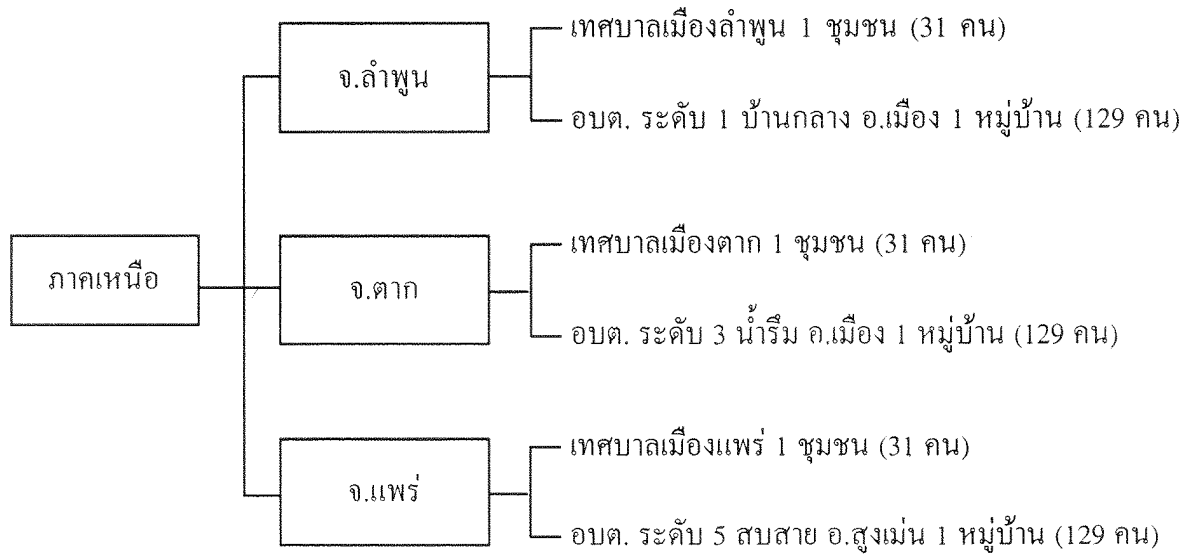


การศึกษาครั้งที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การหาค่าปกติของคนไทย และการศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น ในการศึกษาในครั้งที่ 3 นี้ ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งที่ 2 แต่ในการศึกษาครั้งที่ 3 จะกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากเดิมในทุกภาคๆ ละ 80 คน เนื่องจากในการศึกษาครั้งที่ 2 มีกลุ่มตัวอย่างไม่ตอบคำถามในข้อ 76 - 80 ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศ ประมาณ 400 คน ฉะนั้น ในการศึกษาครั้งที่ 3 จึงป้องกันปัญหาในจุดนี้ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 400 คน รวมเป็น 2,400 คน สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดและสถานที่ที่สุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งที่ 3 ดังภาพที่ 8 - 12

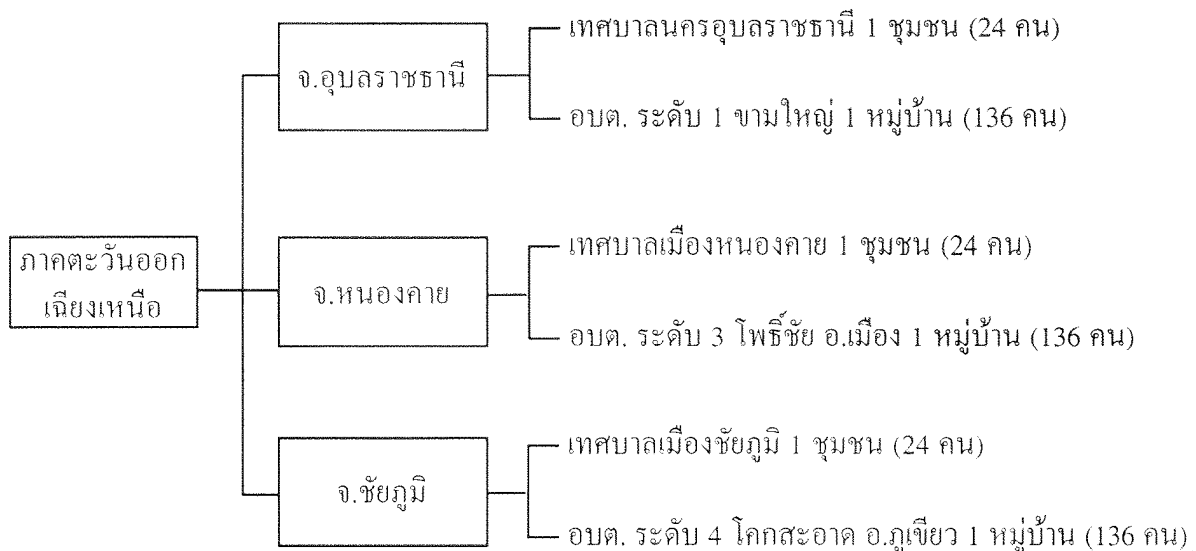
ภาพที่ 8 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคกลาง ในการศึกษาครั้งที่ 3



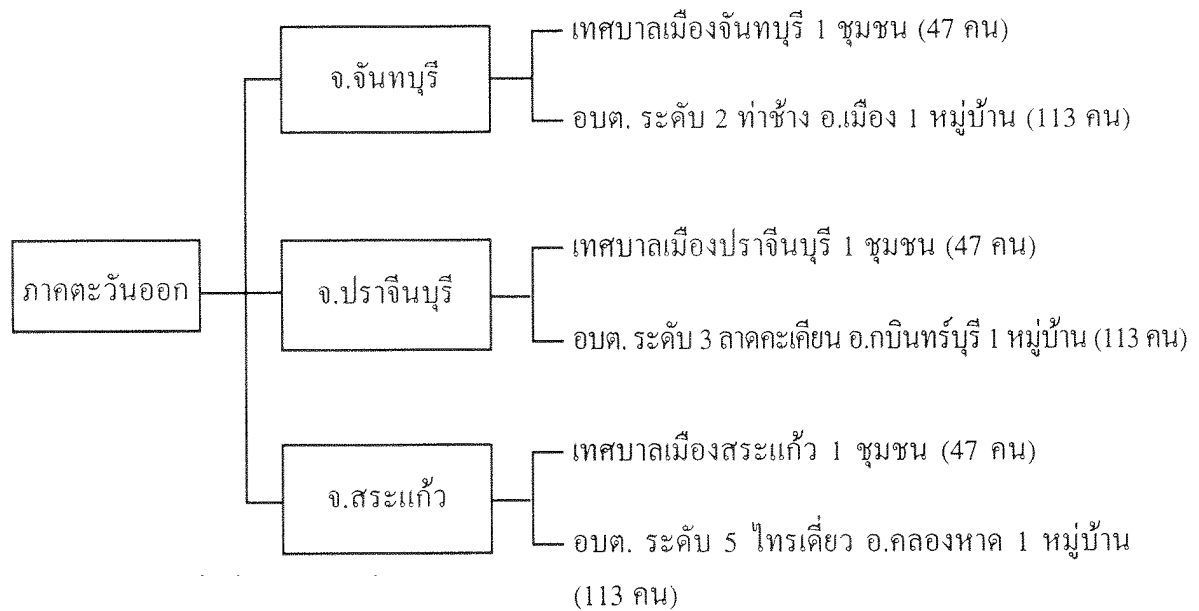
ภาพที่ 9 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคเหนือ ในการศึกษาครั้งที่ 3



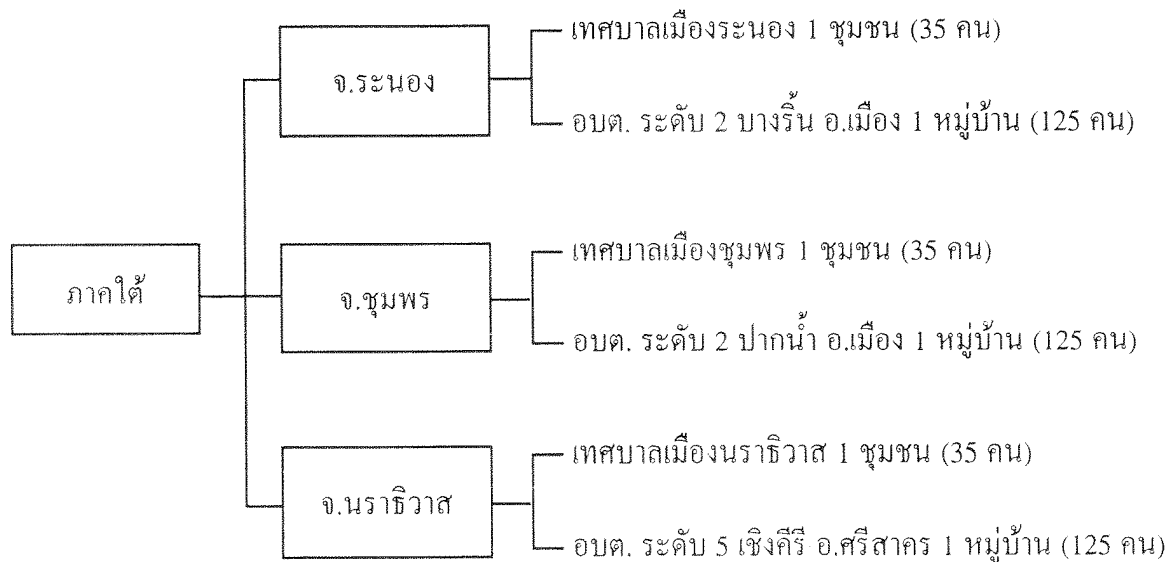
ภาพที่ 10 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการศึกษาครั้งที่ 3



ภาพที่ 11 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคตะวันออก ในการศึกษาระยะที่ 3



ภาพที่ 12 สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคใต้ ในการศึกษาระยะที่ 3



การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 แต่งตั้งที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงานวิจัย ตามคำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ 109/2546 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2546 (ในภาคผนวก)

1.2 ได้พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยโดยการนำเครื่องมือเดิมที่เคยศึกษาไว้คือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วย 4 Domain 20 Subdomain โดยฉบับสมบูรณ์มี 66 ข้อ เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาร่วมกับการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ประชุมที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงานวิจัยครั้งที่ 1 ในวันที่ 19 - 20 พฤศจิกายน 2545 ณ ห้องประชุมกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 คน ได้ผลสรุปการประชุมโดยมีเครื่องมือวิจัยบับร่าง มี 4 Domain 21 Subdomain และมีจำนวน 80 ข้อ โดยยังคง 4 Domain เอาไว้คือ 1) Mental State 2) Mental Capacity 3) Mental Quality 4) Supporting Factors และมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมดังนี้

1. เพิ่ม Subdomain 2.6 คือ Sex issue

2. Subdomain 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลจาก Personal relationship เป็น Interpersonal relationship

3. เปลี่ยน Subdomain 4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว Family group support เป็น Family support เพื่อแยกข้อคำถามให้เด่นชัด ระหว่างการสนับสนุนจากสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัว

4. มีการปรับเปลี่ยน และเพิ่มคำถามค่อนข้างมากใน Subdomain 3.3 Transcendence จาก 3 ข้อเป็น 6 ข้อ และปรับปรุงความหมายของ Domain และ Subdomain ให้ครอบคลุม และสอดคล้องกับข้อคำถามมากยิ่งขึ้น สำหรับคำถามใน Subdomain อื่นๆ มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มและลดข้อคำถามเพียงเล็กน้อย

5. จากการประชุมวันที่ 20 พฤศจิกายน 2545 ได้มอบหมายให้มีการทดสอบภาษาในแต่ละภาคดังนี้

5.1 ทุกภาคของประเทศทำการทดสอบภาษาโดยนำเครื่องมือฉบับร่าง จำนวน 24 ชุด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างใน 5 ภาค ทั้งประเทศได้ทดสอบความเหมาะสมของภาษา 120 ชุด

5.2 จัดทำ Focus group ในแต่ละภาคๆ ละ 8 กลุ่มๆ ละประมาณ 8 - 10 คน ดังนี้

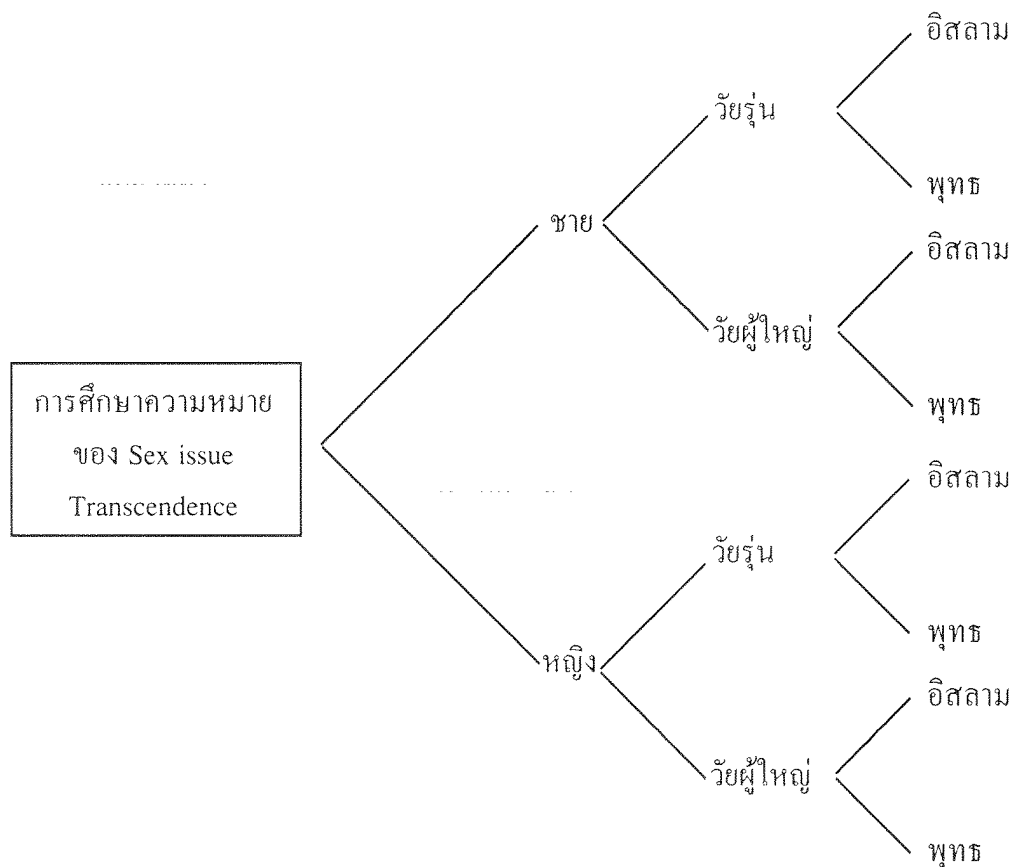
5.2.1 แบ่งกลุ่มเป้าหมายตามวัย แบ่งออกเป็น วัยรุ่น 15 - 24 ปี วัยผู้ใหญ่ 25 - 60 ปี

5.2.2 ในการทำกลุ่ม Focus group เรื่อง Sex issue ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วย ผู้นำกลุ่มควรเป็นเพศเดียวกันกับสมาชิกกลุ่ม เพื่อเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มกล้าเปิดเผยตนเองในเรื่องนี้มากยิ่งขึ้น

5.2.3 สำหรับภาคใต้ แบ่งกลุ่มเป้าหมายตามเพศชายและเพศหญิง และในแต่ละกลุ่มเพศ แบ่งกลุ่มตามวัยที่กำหนดเป็นวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ในแต่ละวัย แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็นศาสนาอิสลาม และศาสนาพุทธ

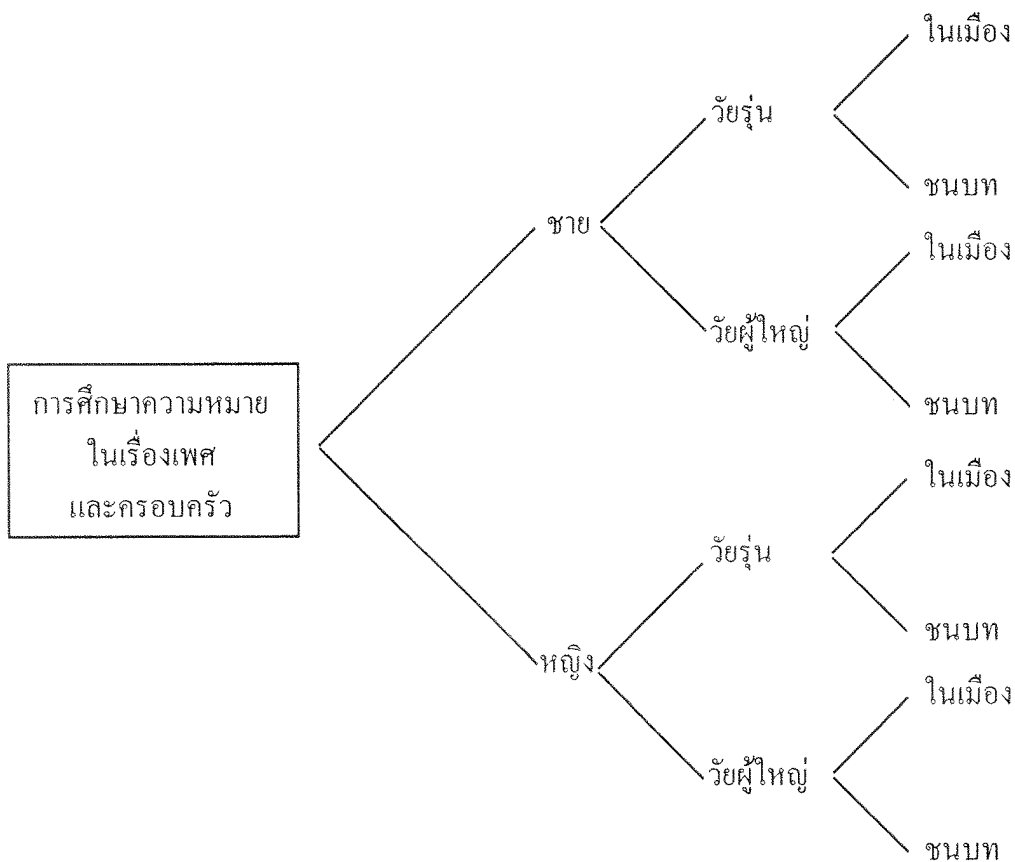
5.2.4 เรื่องที่รับผิดชอบในการศึกษาความหมายสำหรับภาคใต้คือ Sex issue และ Transcendence ดังภาพที่ 13

ภาพที่ 13 การศึกษาความหมายของ Sex issue และ Transcendence โดยการทำ Focus group ในกลุ่มตัวอย่างจากภาคใต้ จำนวน 8 กลุ่ม



5.2.5 ในภาคอื่นๆ คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคตะวันออก รับผิดชอบในการศึกษาความหมายเรื่อง Sex issue และ Family support แบ่งกลุ่มเป้าหมายตามเพศชาย และหญิงเช่นเดียว ในแต่ละกลุ่มเพศแบ่งกลุ่มตามวัยที่กำหนด ในแต่ละวัยแบ่งกลุ่มออกเป็นในเมือง และชนบท ซึ่งในเมืองหมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลเมือง และเทศบาลนคร ชนบท หมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยใน อบต. ระดับ 1 - 5 ดังภาพที่ 14

ภาพที่ 14 การศึกษาความหมายของเพศ และครอบครัว โดยการทำ Focus group ในกลุ่มตัวอย่าง จากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันออก



5.2.6 ทำการเก็บข้อมูลโดยการทดสอบภาษาของเครื่องมือ จำนวน 120 ชุด และทำกลุ่ม Focus group 40 กลุ่ม จาก 5 ภาคของประเทศ ในวันที่ 1 - 20 ธันวาคม 2545

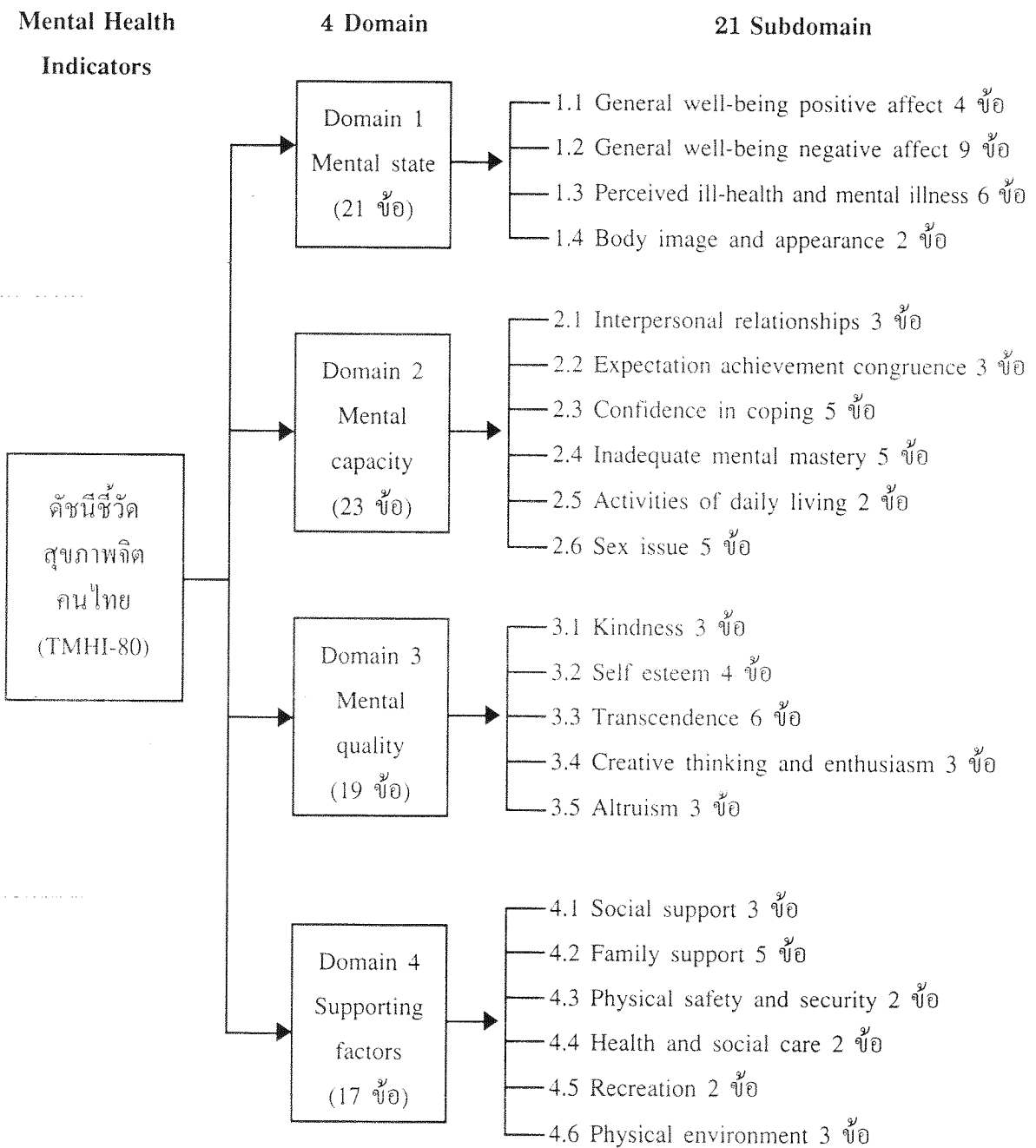
5.2.7 ผู้วิจัยภาคสนามสรุปรายงานการทำ Focus group และผลการทดสอบภาษาของเครื่องมือจำนวน 120 ชุด และนำเสนอในที่ประชุมครั้งต่อไป

1.4 จัดประชุมที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงานวิจัย ครั้งที่ 2 ในวันที่ 23 ธันวาคม 2545 ณ ห้องประชุมกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 คน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาประกอบกับผลการทดสอบภาษาจากทุกภาค เมื่อสิ้นสุดการประชุมได้มีการเปลี่ยนแปลงความหมายของ Domain, Subdomain และคำถามให้เหมาะสม และสามารถสื่อความหมายให้สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการประเมินดังนี้

ความหมายของสุขภาพจิต Domain และ Subdomain Thai Mental Health Indicator (TMHI-80)

ความหมายของสุขภาพจิต (ในระดับบุคคล)

หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงาม ภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป



Domain 1. สภาพจิตใจ (Mental state)

หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect)

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

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					1
2	ท่านรู้สึกสบายใจ					2
3	ท่านรู้สึกสนุกสนาน เบิกบานใจ					3
4	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุขสงบ					4

หมายเหตุ * ข้อ หมายถึง ข้อที่เท่าไรในแต่ละ Domain
 * คำถามข้อที่ หมายถึง คำถามเหล่านี้อยู่ในข้อที่เท่าไรในแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI ฉบับ 80 ข้อ)

1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคลนั้น เช่น ความสลดหดหู่ ความรู้สึกผิดเศร้า อยากร้องไห้ สิ้นหวัง ประหม่า วิตกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่าความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรืออาการวิตกกังวล

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
5	ท่านรู้สึกคล้ายคนล้มเหลวหรือประสบกับความผิดหวัง					5
6	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน					6
7	ท่านรู้สึกซีโมโห จุนเจียวหรือหวนไหวนว้างอย่างไม่มีเหตุผล					7
8	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง					8
9	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์					9
10	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไร้ค่า					10
11	ท่านรู้สึกกังวลใจ					11
12	ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ					12
13	ท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ					13

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 ที่ไม่ใช่ยาแต่ยังจำเป็น ต้องใช้อยู่ เช่น เครื่องให้ออกซิเจนการทำงานของหัวใจ แขนขาเทียม

สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Mental illness) นั้นยังรวมถึงการเจ็บป่วยทางกาย ที่มีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคล โรคและการเจ็บป่วยในที่นี้เป็นการเจ็บป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรค หรือการตรวจรักษาโดยแพทย์ และแพทย์ลงความเห็นแล้วว่าเป็นโรคนั้นๆ

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
14	ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง					14
15	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้					15
16	ท่านต้องใช้ยา (กิน ฉีด พ่น ทา) อยู่เสมอ จึงจะสามารถทำงานได้					16
17	ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิต หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ใส่ เล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)					17
18	ท่านมีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ					18
19	ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน					19

1.4 ภาพลักษณ์และรูปร่าง (Body image and appearance)

หมายถึง รูปร่างของตนเองในสายตาของแต่ละคนเป็นอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นออกมาในทางที่ดีหรือไม่ดี ความสำคัญจะอยู่ตรงความพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และผลกระทบที่มีต่อแนวคิดของตนเอง รวมไปถึงสิ่งไหนที่ยอมรับได้ หรือว่าในความเป็นจริงแล้ว ร่างกายมีส่วนที่ไม่ดีแต่ก็สามารถทำให้ดูดีขึ้น (เช่น ด้วยการแต่งหน้า แต่งตัว หรือใช้วิธีอะไรก็ตาม) การแสดงออกของบุคคลอื่นต่อรูปร่างหน้าตาของตนนั้นจะมีผลอย่างมากต่อภาพลักษณ์ คำถามในหมวดนี้จะมุ่งถามถึงความรู้สึกที่แท้จริงของแต่ละคน บางคนมีความสุขกับสภาพที่เขาเป็นอยู่ แม้ว่ารูปร่างเขาจะมีส่วนบกพร่องเป็นอย่างมาก

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
20	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้					20
21	ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน					21

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	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น					22
2	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					23
3	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน					24

2.2 ความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหวัง (Expectation achievement congruence)

หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ มั่นใจในความสามารถของตนเองที่ประสบความสำเร็จ และมีชีวิตตามที่ตนได้คาดหวังไว้

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
4	ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้					25
5	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จ และความก้าวหน้าในชีวิต					26
6	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน					27

2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping)

หมายถึง ความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดฝันได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อความเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด นอกจากปรับตัวได้กับสภาพการณ์นั้นๆ แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมอีกด้วย

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
7	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้					28
8	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					29
9	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรง ที่เกิดขึ้นในชีวิต					30
10	ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา และไม่กลัว ปัญหาที่เกิดขึ้น					31
11	ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี					32

2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (Inadequate mental mastery)

หมายถึง ความรู้สึกว่าคุณไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจ หรือไม่มี ความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่ารบกวน สมดุลทางจิตใจ รบกวนหรือลดความรู้สึกเป็นสุข (well-being)

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
12	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิดถ้าสิ่งต่างๆไม่เป็นไปตาม ที่คาดหวัง					33
13	ท่านสามารถทำใจยอมรับปัญหาหรือ เหตุการณ์ที่ยากจะแก้ไข					34
14	ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายถ้าท่านถูกวิพากษ์ วิจารณ์					35
15	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ					36
16	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มีกระทบ ตัวท่าน					37

2.5 การดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of daily living)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะรวมไปถึงการดูแลตนเอง และทรัพย์สินตามความเหมาะสม โดยเน้นที่ความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติในสิ่งจำเป็นต้องทำวันต่อวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งผู้อื่นให้ช่วยทำกิจวัตรประจำวันจะมีผลกระทบต่ระดับคุณภาพชีวิตและจิตใจของบุคคลนั้นๆ

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
17	ท่านรู้สึกพอใจในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเอง					38
18	ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง					39

2.6 เรื่องทางเพศ (Sexual issue)

หมายถึง แรงกระตุ้นและความต้องการทางเพศของบุคคล และการที่บุคคลสามารถแสดงออก - และมีความสุขกับความต้องการทางเพศนั้นอย่างเหมาะสม

หมายเหตุ เป็นที่ทราบกันว่าในเรื่องทางเพศนั้น เป็นเรื่องยากที่จะถามถึง โดยเฉพาะในบางท้องถิ่นอาจจะไม่ยอมเปิดเผยต่อคำถาม อีกทั้งคนตอบที่มีอายุแตกต่างกัน เพศต่างกันก็ตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศได้แตกต่างกันด้วย สำหรับผู้ตอบบางคนอาจจะบอกว่ามีความต้องการทางเพศเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย โดยที่การไม่มีความต้องการทางเพศ ไม่ได้มีผลกระทบใดๆ ต่อสุขภาพจิตของบุคคลนั้นก็ได้

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
19	ท่านอยากมีเวลาใกล้ชิดกับคู่รักหรือแฟน หรือคนที่ท่านชอบ					76
20	ท่านพอใจที่ได้สัมผัสร่างกาย ถูกเนื้อต้องตัว สวมกอดกับคู่รัก หรือแฟนหรือคนที่ท่านชอบ					77
21	เมื่อท่านมีความต้องการทางเพศ หากไม่สามารถ มีเพศสัมพันธ์ได้ ท่านจะเบนความรู้สึกไปสู่ สิ่งอื่นๆ ที่เหมาะสม (เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง งานอดิเรก ฯลฯ)					78
22	ท่านมีความรู้สึกทางเพศ					79
23	ท่านมีความสุขต่อกิจกรรมทางเพศ (การมีเพศสัมพันธ์ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง)					80

Domain 3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality)

หมายถึง คุณลักษณะที่ดำรงของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม

3.1 เมตตา กรุณา (Kindness)

หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้คนอื่นพ้นทุกข์เป็นคนดีในสังคมไทยสามารถเป็นผู้ให้ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					40
2	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					41
3	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					42

3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก ไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
4	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					43
5	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					44
6	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว					45
7	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อชุมชน					46

3.3 ประสบการณ์ชีวิตที่มีค่าต่อจิตใจ (Transcendence)

หมายถึง ประสบการณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งสะท้อนความรู้สึกเป็นสุข เข้าใจในชีวิต เห็นคุณค่าในชีวิตตนเองและผู้อื่นนอกจากนี้ยังมีความเชื่อมั่นว่า เมื่อเกิดภาวะวิกฤตหรือยุ่งยากใจแล้ว สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจนี้จะช่วยให้ตนเข้มแข็ง มีกำลังใจดีขึ้น และมีศรัทธาในการทำความคิดซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นคุณสมบัติทางจิตวิญญาณ

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
8	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต					47
9	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก					48
10	ท่านเชื่อมั่นว่าสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจจะทำให้ท่านเข้มแข็ง เมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก (ฝ่าฟันภาวะวิกฤต)					49
11	ท่านรู้จุดมุ่งหมายของการเกิดมาเป็นมนุษย์					50
12	ท่านเห็นคุณค่าของการเกิดเป็นมนุษย์ของท่าน					51
13	ท่านเห็นคุณค่าในชีวิตของผู้อื่นเท่ากับตัวท่านเอง					52

3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลนั้นในการริเริ่มสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ในทางที่ดี เพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันมีคุณค่า ตลอดจนมีความมุ่งมั่น พยายาม ความใส่ใจในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจแก่ตนเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
14	ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดีขึ้น กว่าที่เป็นอยู่เดิม					53
15	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และ มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					54
16	ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้ สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี					55

3.5 ความเสียสละ (Altruism)

หมายถึง ความเสียสละเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมหรือผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์คับขันหรือเสี่ยงภัย แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
17	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกา					56
18	ท่านเสียสละร่างกาย หรือทรัพย์สินเพื่อ ประโยชน์ส่วนรวม โดยไม่หวังผลตอบแทน					57
19	หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย ท่านพร้อม ที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น					58

Domain 4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors)

หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่ามีเครือข่ายทางสังคมคอยช่วยเหลือ จะเน้นถึงสภาพแวดล้อม และสังคมที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน โดยเพื่อนๆ หรือคนอื่นๆ ในสังคมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และร่วมกันทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงใด เมื่อบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านมีความมั่นใจว่าเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมจะช่วยเหลือท่าน ถ้ามีเหตุการณ์ร้ายแรงหรือฉุกเฉินเกิดขึ้นกับท่าน					59
2	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ					60
3	ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการจากเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม					61

4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและมีความผูกพัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
4	ครอบครัวของท่านเป็นแหล่งที่จะช่วยหาทางออกให้กับปัญหาส่วนใหญ่ที่ท่านมี					62
5	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					63
6	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี					64
7	ท่านปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา					65
8	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน					66

4.3 ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต (Physical safety and security)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในชีวิต และความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ สิ่งที่ถูกคามความมั่นคงปลอดภัย เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากบุคคลอื่นจากการกดขี่ทางการเมืองการปกครองในชุมชน ความหมายในเรื่องนี้จึงรวมถึงความรู้สึกเป็นอิสระของบุคคลบุคคลที่มีสิทธิที่จะอาศัยอยู่ในชุมชนโดยปราศจากการบังคับ กักขัง มั่นใจในการบริหารของผู้นำชุมชนและความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินอีกด้วย

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
9	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน					67
10	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในทรัพย์สิน เมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้					68

4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม: การให้บริการและคุณภาพของบริการ (Health and social care)

หมายถึง การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคมในสภาวะใกล้เคียงตามมุมมองของบุคคล การให้บริการในเรื่องสุขภาพ และบริการทางสังคมในมุมมองของแต่ละคนเป็นอย่างไร ในแง่ของคุณภาพและความพร้อมของบริการที่เคยได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับ โดยรวมถึงอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชน (องค์กรที่เกี่ยวกับศาสนา วัด) ซึ่งอาจจะจัดเสริมให้มีเพิ่มเติมขึ้นหรืออาจจะเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่พอมืออยู่ในสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น รวมทั้งความยากง่ายเพียงใดกับการไปใช้บริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น ในเรื่องนี้จะไม่เกี่ยวกับวิธีการรักษาสุขภาพ

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
11	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยสามารถไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					69
12	เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีองค์กรในชุมชนมาช่วยเหลือดูแลท่าน					70

4.5 การมีส่วนร่วมและมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง (Recreation)

หมายถึง ความสามารถ โอกาสและความพึงพอใจของบุคคลต่อการมีส่วนร่วม การมีเวลาว่าง การใช้เวลาว่างและผ่อนคลาย อาจจะเป็นตั้งแต่การไปพบเพื่อนๆ เล่นกีฬา อ่านหนังสือ ดูทีวี และใช้เวลาไปกับครอบครัวทำกิจกรรมบางอย่าง โดยจะเน้นที่ความสามารถของบุคคล โอกาสและความสนุกสนาน ในการพักผ่อนและคลายเครียด

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
13	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด					71
14	เมื่อท่านทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดแล้วท่านรู้สึกเป็นสุข					72

4.6 สภาพแวดล้อม (Physical environment)

หมายถึง สภาพแวดล้อมในมุมมองของบุคคล โดยจะรวมไปถึงมลภาวะทางเสียง อากาศ และความสวยงามของสภาพแวดล้อม และคิดว่าสิ่งนี้จะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นหรือแย่ลง ในบางภูมิภาคสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจจะทำให้สุขภาพจิตแย่ลงไปอย่างมาก เช่น เรื่องน้ำหรือมลภาวะในอากาศ ความวิบัติทางธรรมชาติ ในหมวดนี้จะไม่รวมสภาพแวดล้อมในบ้านหรือบริการด้านการคมนาคม

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
15	ในชุมชนมีเสียงดังรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน					73
16	ในชุมชนมีกลิ่นเหม็นรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน					74
17	ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อสภาพดินฟ้าอากาศในชุมชนของท่าน					75

2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity study)

2.1 นำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จำนวน 80 ข้อ ไปศึกษาความตรงตามโครงสร้าง โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และ อบต. ระดับ 1 - 5 โดยเก็บข้อมูลภาคละ 400 คน จำนวน 5 ภาค รวม 2,000 คน แต่เก็บข้อมูลได้จริง 2,024 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความตรงตามโครงสร้าง

2.2 ประชุมที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงานวิจัย ครั้งที่ 3 จำนวน 18 คน ในวันที่ 18 มีนาคม 2546 ณ ห้องประชุมกรมสุขภาพจิต เพื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลความตรงตามโครงสร้างด้วย Factor analysis ร่วมกับการพิจารณาปรับหรือลดข้อคำถามตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และที่ปรึกษา จากผลการประชุมยังคง Domain และ Subdomain เช่นเดิม คำถามถูกปรับเปลี่ยน และลดลงเหลือ 73 ข้อ รายละเอียดผลการศึกษาในข้อนี้อยู่ในบทที่ 4 ผลการวิจัย

3. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 และหาค่าปกติหรือเกณฑ์ปกติของคนไทย (Construct validity study and norm)

3.1 ทำการศึกษาโดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 73 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละภาค จากกลุ่มตัวอย่างจากเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และ อบต. ระดับ 1 - 5 ภาคละ 480 คน รวม 5 ภาคทั้งหมด 2,400 คน แต่เก็บข้อมูลได้จริง 2,404 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์หาความตรงตามโครงสร้าง

3.2 นำผลการศึกษาที่ได้ประจักษ์ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาและคณะทำงาน ครั้งที่ 4 จำนวน 18 คน ในวันที่ 19 - 20 กรกฎาคม 2547 ณ ห้องประชุมกรมสุขภาพจิต เพื่อพิจารณาผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ทบทวน Domain, Subdomain และ item อีกครั้ง ผลการประชุมได้เครื่องมือฉบับสมบูรณ์จำนวน 54 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ

3.3 จากนั้นนำเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้นหาค่าปกติ (norm) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาว่าใครสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ผลการศึกษายู่ในบทที่ 4

4. การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยศึกษาลักษณะความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของเครื่องมือภายหลังจากวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) และลดข้อคำถามเหลือเพียง 54 และ 15 ข้อเรียบร้อยแล้ว จึงทำการศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

5. เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย ผลการศึกษาเพื่อการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย แบ่งออกเป็น 2 ฉบับคือ ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ เครื่องมือนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยให้คะแนนเป็นรายชื่อแบบ Likert's scale ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและให้ตอบคำถาม โดยให้สำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น ความรู้สึก ของตนเองว่าเป็นอย่างไร ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และกำหนดคะแนนดังนี้

5.1 ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก (positive item) ถ้าตอบคำถามว่า

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

5.2 ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ (negative item) ถ้าตอบคำถามว่า

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

5.3 สำหรับเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ มีคำถามที่เป็นเชิงบวก ในข้อที่ 1 - 4, 4 - 24, 29 - 54

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

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

มีคำถามที่เป็นเชิงลบในข้อที่ 3, 4, 5

5.5 การแปลความหมายของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มีวิธีการแปลความหมายของเครื่องมือ ดังนี้

5.5.1 คัดคะแนนรวมตามวิธีการการให้คะแนนในแต่ละข้อ

5.5.2 นำคะแนนของแต่ละข้อมาบวกกัน เพื่อหาคะแนนรวม

5.5.3 หลังจากนั้นพิจารณาว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด โดยเปรียบเทียบกับค่าปกติที่กำหนด ดังนี้

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

(1) คะแนนภาวะสุขภาพจิตมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 ถือว่าเป็นสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

(2) คะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 - 75 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตอยู่ในระดับคนทั่วไป

(3) คะแนนภาวะสุขภาพจิตน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การแปลความหมายของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จากผลการศึกษาที่ได้รับ มีรายละเอียดดังนี้

(3.1) เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 162 คะแนน

118 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

99 - 117 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

98 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

(3.2) เครื่องมือฉบับสั้น 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนน

35 - 45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

28 - 34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

27 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

(3.3) เมื่อศึกษาการแปลความหมายของเครื่องมือฉบับสมบูรณ์

โดยจำแนกตามเพศชาย และเพศหญิง สามารถแปลผลดังนี้

เพศชาย 121 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

102 - 120 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

101 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

เพศหญิง 117 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

98 - 116 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

97 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ แบ่งการรวบรวมข้อมูลดังนี้ (ไม่นับรวมความตรงตามเนื้อหา)

1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

1.1 ติดต่อประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่เก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัย

1.2 ประชุมทีมผู้วิจัยภาคสนามในแต่ละภาค ในช่วงวันที่ 31 มกราคม 2546 ถึง 5 กุมภาพันธ์ 2546 โดยอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลตามคู่มือที่จัดทำขึ้น โดยแจกคู่มือให้แก่ผู้วิจัยภาคสนามคนละ 1 เล่ม จากนั้นให้ผู้วิจัยภาคสนามจับคู่กัน ฝึกทักษะในการเก็บข้อมูลวิจัยตามแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่พัฒนาขึ้น เปิดโอกาสให้ทุกคนอภิปราย ชักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการเก็บข้อมูลอีกครั้ง (การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามทุกระยะ ใช้ผู้วิจัยภาคสนามที่เดิมตลอด และผู้ที่อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลเป็นคนเดิมตลอดเช่นกัน) ผู้วิจัยภาคสนามทุกคนจะมีคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยในการศึกษาแต่ละระยะที่ทันสมัยประจำตัวคนละ 1 เล่มไว้ศึกษาเมื่อมีปัญหาขณะเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 80 ข้อ

1.3 เก็บข้อมูลจากประชากรที่อยู่อาศัยในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต. ระดับ 1 - 5 ภาคละ 400 คน (สถานที่เก็บข้อมูลรายละเอียดอยู่ในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง) ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2546 - 7 มีนาคม 2546

1.4 ทำการเก็บข้อมูลจากครัวเรือนที่สุ่มตัวอย่างได้ ตามคุณสมบัติที่กำหนด ถ้าหากครัวเรือนใดมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 คน จะใช้วิธีการจับฉลากเพียง 1 คนเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากเชื่อว่า 1 คนในครัวเรือน สามารถเป็นตัวแทนที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพจิตของคนในครัวเรือนนั้นๆ ได้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาระยะนี้ 2,024 คน

2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือการหาค่าปกติของคนไทย และการศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

2.1 ติดต่อประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่เก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัยในการศึกษาระยะนี้

2.2 ประชุมผู้วิจัยภาคสนามในแต่ละภาค ช่วงวันที่ 17 - 26 มีนาคม 2546 โดยใช้วิธีการเดียวกันกับข้อ 1.2 ในหัวข้อการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต. ระดับ 1 - 5 ภาคละ 480 คน รวมทั้งหมด 5 ภาคเป็นจำนวน 2,400 คน แต่เก็บข้อมูลได้จริง 2,404 คน ทำการเก็บข้อมูลตามครัวเรือนที่สุ่มได้เช่นเดียวกับข้อ 1.4 ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลในระยะนี้ตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน 2546 - 31 พฤษภาคม 2546

2.4 ในการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ระยะ จะมีหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละภาคเป็นผู้ นิเทศ ตรวจสอบ และเป็นທີ່ปรึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย หากมีปัญหาไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ สามารถประสานงานทางโทรศัพท์กับเลขานุการคณะทำงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยถ้าเป็นปัญหาทาง ด้านวิชาการ เลขานุการ จะปรึกษาที่ปรึกษาหรือผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อช่วยตัดสินใจในการแก้ปัญหาในเรื่องนั้นๆ และจะประสานงานกลับไปให้หัวหน้าทีมวิจัยในแต่ละภาคทราบ เพื่อให้สามารถดำเนินงานเก็บข้อมูลวิจัย ได้สอดคล้องตรงกัน

นอกจากนี้เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีคุณภาพ ได้เน้นให้ผู้สัมภาษณ์สร้างสัมพันธภาพ ก่อนเก็บข้อมูล บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ประชาชนของประเทศจะได้รับจากการศึกษานี้ ตลอดจน สอบถามความพร้อมและความยินยอมของผู้ถูกสัมภาษณ์ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วย และให้เซ็นต์ชื่อ ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน และถึงแม้ว่าจะสัมภาษณ์ไปได้ระยะหนึ่งแล้ว ผู้ถูกสัมภาษณ์ขอยุติการให้ข้อมูล ทั้งๆ ที่ยังไม่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ก็สามารถทำได้

3. การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาทั้ง 2 ระยะ ผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรเป็นเพศเดียวกัน เพื่อสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องทางเพศได้ตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ฉะนั้นเมื่อสุ่มได้ใครให้จัดคนสัมภาษณ์ ให้ตรงกับเพศผู้ถูกสัมภาษณ์ตั้งแต่นั้น

4. ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ในข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ควรเตรียมความพร้อมของผู้ถูก สัมภาษณ์ก่อน โดยรายละเอียดการเตรียมความพร้อมของผู้ถูกสัมภาษณ์มีดังนี้

4.1 ต่อไปนี้จะถามคำถามที่ค่อนข้างจะเป็นเรื่องส่วนตัว แต่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ สุขภาพจิต ขอความร่วมมือในการตอบคำถามให้ตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่าน โดยให้ประเมิน ความคิดเห็น ความต้องการ ความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

4.2 ในกรณีที่ไม่สามารถตอบลงในช่องใดๆ ได้ ให้ตอบว่า

ไม่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ไม่เคยมีเหตุการณ์หรือประสบเหตุการณ์นั้นๆ มาก่อนเลย โดยให้บันทึกว่าไม่เกี่ยวข้องในข้อนั้นๆ

ไม่ตอบ ในกรณีที่เคยประสบกับเหตุการณ์เหล่านั้นแต่ไม่อยากจะตอบ โดยให้บันทึกว่า ไม่ตอบในข้อนั้นๆ

5. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ขอให้ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ของคนไทยต่อไปในอนาคต

6. ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ให้อธิบายให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบด้วยว่าหากการ สัมภาษณ์ในครั้งนี้มีข้อคำถามใดก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยกับญาติที่ใกล้ชิด เพื่อนที่ไว้วางใจ หรือสามารถขอรับบริการปรึกษาจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐที่ใกล้บ้านได้

7. นำแบบประเมินที่ได้รับทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของ ข้อมูลวิจัยในวันต่อวัน เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลวิจัยที่อาจได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน จากนั้น แปลงคำตอบที่ได้จากเครื่องมือฉบับนี้ ตามรหัสคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม 2545 - 30 มิถุนายน 2546

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ โดยบันทึก 2 ครั้ง ใช้โปรแกรม Microsoft excel ใช้พนักงานบันทึกข้อมูล 2 คน แล้วตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมัธยฐาน
2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) และ พิจารณาลดข้อคำถาม (item reduction) โดยพิจารณาจากค่า factor loading และ Cronbach's alpha coefficient
3. การศึกษาค่าปกติของสุขภาพจิตคนไทย (norm) โดยใช้ค่ามัธยฐาน (median) และ Percentile ที่ 25 และ 75 (เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติ)
4. การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ทั้ง 2 ฉบับ (54 ข้อ 15 ข้อ) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
5. การศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น โดยใช้ Kappa statistic

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ครั้งที่ 1
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
 - 1.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ครั้งที่ 1
2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และการหาค่าปกติของคนไทย
 - 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
 - 2.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ (Thai Mental Health Indicator 54 = TMHI-54)
 - 2.3 การลดข้อคำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ ให้เหลือฉบับสั้น 15 ข้อ
 - 2.4 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 และ TMHI-15
 - 2.5 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามมิติ (Domain) ของสุขภาพจิต
 - 2.6 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามเพศ
 - 2.7 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามภาคต่างๆ ของประเทศไทย
 - 2.8 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามเขตเมือง และเขตชนบท
 3. การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ และ 15 ข้อ
 4. การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับเดิมกับฉบับใหม่
1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ครั้งที่ 1
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.9 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 29.3 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 26.4 อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39.46 (S.D. 11.76) มีฐานะ 40 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.6 มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 71.3 ที่อยู่อาศัยจำแนกตามภาค ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ภาคตะวันออก ร้อยละ 20.3 รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 20.1 จังหวัดที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 28.7 และเขตชนบทมีจังหวัดที่ร้อยละ ปานกลาง และยากจน จำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 23.8

ในการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.6 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.0 สถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.2 รองลงมาโสด ร้อยละ 14.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.9 รองลงมาอาชีพเกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ร้อยละ 20.5 ความเพียงพอของรายได้โดยประมาณตอบว่าเพียงพอ ร้อยละ 50.9

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผลการศึกษาพบว่า ไม่มีโรค ร้อยละ 73.5 และมีโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 26.5 เมื่อศึกษาว่าเป็นโรคใดบ้าง โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 โรค ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ตอบในข้ออื่นๆ ร้อยละ 17.5 (หมายถึงเป็นโรคอื่นๆ นอกจากที่กล่าวถึง)

เมื่อทำการศึกษาว่าท่านคิดว่าสุขภาพโดยรวมท่านเป็นอย่างไรบ้าง ส่วนใหญ่ตอบว่าดี ร้อยละ 86.3 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี ร้อยละ 72.2 ในกลุ่มที่ตอบว่ามี ร้อยละ 27.8 พบว่ามีปัญหาเศรษฐกิจ เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ร้อยละ 12.9 รองลงมามีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ร้อยละ 4.3 เมื่อทำการศึกษาว่าในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมามีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี ร้อยละ 63.1 ตอบว่ามี ร้อยละ 36.9 ในกลุ่มที่ตอบว่ามี พบว่ามีเรื่องสุขใจอย่างมาก ได้แก่เรื่องครอบครัวอบอุ่น (ได้อยู่ร่วมกับสามี ภรรยา บุตร) ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกัน ร้อยละ 10.2 รองลงมานुकคลในครอบครัวประสบความสำเร็จได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร (ความสำเร็จมีทั้งการทำงาน การเรียน ทรัพย์สิน ลาภยศ) ร้อยละ 8.0 ระดับความสุขโดยรวมในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่มีความสุขมาก ร้อยละ 42.3 รองลงมามีความสุข ร้อยละ 22.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,024)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	630	31.1
หญิง	1,394	68.9
2. อายุ (n = 2,016)		
ต่ำกว่า 20 ปี	144	7.1
21 - 30 ปี	342	17.0
31 - 40 ปี	591	29.3
41 - 50 ปี	532	26.4
51 - 60 ปี	407	20.2
อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39.46 (S.D. 11.76)		
3. ศาสนา		
พุทธ	1,814	89.6
อิสลาม	199	9.8
อื่นๆ (ระบุ)	11	0.6
4. ที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	581	28.7
เขตชนบท	1,443	71.3
5. ที่อยู่อาศัยจำแนกตามภาค		
ภาคกลาง	407	20.1
ภาคเหนือ	404	20.0
ภาคตะวันออก	410	20.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	402	19.9
ภาคใต้	401	19.8
6. จังหวัดที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	581	28.7
เขตชนบท		
- จังหวัดที่ร่ำรวย	481	23.8
- จังหวัดที่มีรายได้ปานกลาง	481	23.8
- จังหวัดที่มีรายได้ยากจน	481	23.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาชั้นชีวิตสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,024)	ร้อยละ
7. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	81	4.0
ประถมศึกษา	1,207	59.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	284	14.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	225	11.1
อนุปริญญา	72	3.6
ปริญญาตรี	98	4.8
สูงกว่าปริญญาตรี	6	0.3
อื่นๆ (ระบุ)	51	2.5
8. สถานภาพสมรส		
โสด	296	14.6
คู่อยู่ด้วยกัน	1,461	72.2
คู่แยกกันอยู่	69	3.4
หย่า	84	4.2
หม้าย	114	5.6
9. อาชีพ		
ว่างงาน	55	2.7
ทำงานบ้าน	281	13.9
รับจ้าง	625	30.9
เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่)	414	20.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	88	4.3
ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย)	394	19.5
นักเรียน	90	4.4
ประมง	42	2.1
อื่นๆ (ระบุ)	35	1.7
10. ความเพียงพอของรายได้ (โดยประมาณ)		
ไม่เพียงพอ	991	49.0
เพียงพอ	1,030	50.9
ไม่ตอบ	3	0.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษา
ความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,024)	ร้อยละ
11. ขณะนี้ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)		
ไม่มีโรค	1,487	73.5
มีโรค	537	26.5
12. ในกรณีถ้าเป็นโรค ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n = 651)		
โรคหัวใจ	26	1.3
ความดันโลหิตสูง	107	5.3
ข้ออักเสบ	59	2.9
มะเร็ง	4	0.2
เบาหวาน	60	3.0
หลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง	26	1.3
อัมพาต	1	0.0
โรคจิต	13	0.6
อื่นๆ (ระบุ)	355	17.5
13. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยรวมท่านเป็นอย่างไรบ้าง		
ดี	1,747	86.3
ไม่ดี	277	13.7
14. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่		
ไม่มี	1,462	72.2
มี	562	27.8
15. ถ้าตอบว่ามีได้แก่เรื่องใดบ้างดังต่อไปนี้ (n = 562)		
- ปัญหาเศรษฐกิจ เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน	261	12.9
- ลูกหรือคนในครอบครัวติดสารเสพติด เหล้า อื่นๆ	25	1.2
- มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว (สามีมีเมียน้อย ภรรยาเป็นต้นเหตุให้ทุกข์ใจ ครอบครัวทะเลาะกันบ่อย ครอบครัวแยกทางกัน)	86	4.3
- มีโรคประจำตัวหรือโรคร้ายแรง เรื้อรัง	35	1.7
- คนในครอบครัวติดการพนัน	2	0.1
- มีการสูญเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร)	15	0.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยคุณภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,024)	ร้อยละ
- กังวลเรื่องอนาคตของบุตร สามี ภรรยา ตนเอง หรือญาติพี่น้อง (มีบุตรพิการ)	34	1.7
- สูญเสียทรัพย์สิน รายได้ ตกงาน ถูกโกงเงิน	13	0.6
- เกี่ยวกับการทำงาน กังวลเรื่องการทำงาน เพื่อนร่วมงาน กลัวทำงานไม่สำเร็จ	47	2.3
- ครอบครัวประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย	8	0.4
- อื่นๆ (ระบุ)	36	1.8
16. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่		
มี	746	36.9
ไม่มี	1,278	63.1
17. ถ้าตอบว่ามีได้แก่เรื่องใดบ้างดังต่อไปนี้ (n = 764)		
- บุคคลในครอบครัวประสบความสำเร็จ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร (ความสำเร็จมีทั้งการทำงาน การเรียน ทรัพย์สิน ลาภยศ)	162	8.0
- ครอบครัวอบอุ่น (ได้อยู่ร่วมกับสามี ภรรยา บุตร) ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกัน	206	10.2
- มีบุตรตามที่ต้องการ ทั้งเรื่องของจำนวนการมีบุตร และเพศตามที่ต้องการ อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง	19	0.9
- ได้แต่งงานหรือมีแฟนหรือมีคู่รักที่เข้าใจกัน	21	1.1
- ได้ไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ	37	1.8
- ตนเองมีทรัพย์สินใหม่ บ้าน รถยนต์ ที่ดิน เครื่องเสียง	21	1.1
- ตนเองได้รับรางวัล โบนัส เลื่อนตำแหน่ง ได้รับการเลื่อนชั้น ถูกหวย ล็อตเตอรี่	59	2.9
- ลูกมีงานทำ ลูกตั้งใจเรียน ลูกประพฤติดี	71	3.5
- อื่นๆ (ระบุ)	150	7.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,024)	ร้อยละ
18. ท่านรู้สึกว่โดยรวมแล้วในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ชีวิตของท่านมีความสุขระดับใด		
- มีความสุขมากที่สุด	322	15.9
- มีความสุขมาก	856	42.3
- มีความสุข	464	22.9
- เฉยๆ	255	12.6
- มีความทุกข์	69	3.4
- มีความทุกข์มาก	35	1.7
- มีความทุกข์มากที่สุด	21	1.1
- ไม่ตอบ	2	0.1

1.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ครั้งที่ 1

ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในครั้งแรกเป็นการศึกษาว่าคำถามในแต่ละ Subdomain มีความตรงตามโครงสร้างในแต่ละ Subdomain และ Domain หรือไม่ และเป็นการลดข้อคำถามที่ไม่มีความสอดคล้องหรือสัมพันธ์กับข้อคำถามอื่นออกไป โดยพิจารณาจากค่า factor loading ที่อยู่ในระดับต่ำ ให้ตัดข้อคำถามนั้นออกไป ตลอดจนการปรับเปลี่ยนข้อคำถามตามผลการประชุมของผู้ทรงคุณวุฒิอีกด้วย ผลการศึกษาพบว่า

1.2.1 ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของ Domain ที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental State) พบว่าใน Domain นี้เริ่มต้นสร้างคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีทั้งหมด 21 ข้อ และมี Subdomain 4 หมวด ผลการวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างพบว่า ยังคง Subdomain 4 หมวดเช่นเดิม แต่ลดคำถาม (item reduction) ลงเหลือเพียง 16 ข้อ และในจำนวน 16 ข้อนี้มีการเปลี่ยนแปลงคำถามเพื่อความเหมาะสมในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 ดังนี้

(1) Subdomain 1.1 ข้อ 3 คำถาม ท่านรู้สึกสนุกสนานเบิกบานใจ เปลี่ยนเป็น ท่านรู้สึกสดชื่นเบิกบานใจ

(2) Subdomain 1.3 ข้อ 17 เปลี่ยนเป็น ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิต หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ใส่เล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)

(3) Subdomain 1.3 ข้อ 18 เปลี่ยนเป็น ท่านเป็นโรคทางจิตเวช (โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ระบุว่ามีความรุนแรงของอาการเล็กน้อย หรือมาก ตามอาการที่มี)

สำหรับผลการศึกษา factor loading ในแต่ละคำถาม ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป (เหลือคำถาม 16 ข้อ) และผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
Domain 1 Mental state				
1.1 General well-being positive affect				
คำถามข้อที่				
1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	.73			
2 ท่านรู้สึกสบายใจ	.83			
3 ท่านรู้สึกสนุกสนานเบิกบานใจ	.79			
4 ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุขสงบ	.71			
1.2 General well-being negative affect				
คำถามข้อที่				
6 ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน		.68		
8 ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง		.76		
9 ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์		.72		
11 ท่านรู้สึกกังวลใจ		.63		
12 ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ		.75		
13 ท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ		.66		

ตารางที่ 2 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024) (ต่อ)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
1.3 Perceived ill-health and mental illness				
คำถามข้อที่				
15 ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้			.88	
17 ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ใส่เล็กน้อย หรือมากตามอาการที่มี)			.88	
18 ท่านมีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ			.45	
19 ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน			.74	
1.4 Body image and appearance				
คำถามข้อที่				
20 ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้				.92
21 ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน				.92

ตารางที่ 3 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
1. Mental state	16	36.83	5.79	0 - 48	6 - 48	.86
1.1 General well-being positive affect	4	6.90	2.06	0 - 12	0 - 12	.81
1.2 General well-being negative affect	6	3.30	3.24	0 - 21	0 - 21	.84
1.3 Perceived ill-health and mental illness	4	9.13	1.65	0 - 9	0 - 9	.83
1.4 Body image and appearance	2	4.14	1.11	0 - 6	0 - 6	.87

- หมายเหตุ 1. Potential range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่เป็นไปได้ใน Domain หรือ Subdomain นั้น
2. Obtained range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ตอบคำถามใน Domain หรือ Subdomain นั้น

1.2.2 ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของ Domain ที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) พบว่าใน Domain นี้ เริ่มต้นสร้างคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีทั้งหมด 23 ข้อ และมี Subdomain 6 หมวด ผลการวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างพบว่ายังคงเหลือ Subdomain 6 หมวด เท่าเดิม และทำการลดข้อคำถาม (item reduction) เหลือเพียง 22 ข้อ และในจำนวนคำถามที่เหลือมีการย้ายข้อ 34 จาก Subdomain 2.4 Inadequate mental mastery มาอยู่ใน Subdomain 2.3 Confidence in coping นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงคำถามในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2 ดังนี้

(1) Subdomain 2.5 ข้อที่ 38 เปลี่ยนเป็น ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง (เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น)

(2) Subdomain 2.5 ข้อที่ 39 เปลี่ยนเป็น ท่านรู้สึกพอใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง

สำหรับผลการศึกษา factor loading ในแต่ละคำถาม ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป และผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 4 และตารางที่ 5 ตามลำดับ

หมายเหตุ ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างใน Domain 2 จะเหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพียง 1,688 คน ทั้งนี้เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างขอไม่ตอบคำถามใน Subdomain 2.6 Sexual issue จำนวน 336 คน จึงนำกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามได้สมบูรณ์ทุกข้อมาคำนวณใน Domain นี้เท่านั้น

ตารางที่ 4 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n = 1,688)

คำถาม	factor loading					
	1	2	3	4	5	6
2.1 Interpersonal relationships						
คำถามข้อที่						
22 ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	.81					
23 ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	.86					
24 ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน	.82					
2.2 Expectation achievement congruence						
คำถามข้อที่						
25 ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้	.77					
26 ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต	.81					
27 ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน	.79					
2.3 Confidence in coping						
คำถามข้อที่						
28 ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้	.52					
29 ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	.73					
30 ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	.73					
32 ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี	.69					
34 ท่านสามารถทำใจยอมรับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ยากจะแก้ไข	.72					
2.4 Inadequate mental mastery						
คำถามข้อที่						
33 ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง	.70					
35 ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์	.75					
36 ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ	.77					
37 ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน	.79					

ตารางที่ 4 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 1,688) (ต่อ)

คำถาม	factor loading					
	1	2	3	4	5	6
2.5 Activities of daily living						
คำถามข้อที่						
38 ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง					.87	
39 ท่านรู้สึกพอใจในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเอง					.88	
2.6 Sexual issue (n = 1,688)						
คำถามข้อที่						
76 ท่านอยากมีเวลาใกล้ชิดกับคู่รักหรือแฟนหรือคนที่ท่านชอบ					.75	
77 ท่านพอใจที่ได้สัมผัสร่างกาย ถูกเนื้อต้องตัว สวมกอดกับคู่รักหรือแฟนหรือคนที่ท่านชอบ					.83	
78 เมื่อท่านมีความต้องการทางเพศ หากไม่สามารถ มีเพศสัมพันธ์ได้ ท่านจะเบนความรู้สึกไปสู่สิ่งอื่นๆ ที่เหมาะสม (เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง งานอดิเรก ฯลฯ)					.61	
79 ความรู้สึกทางเพศในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมายังเป็นปกติ					.77	
80 ท่านมีความสุขต่อกิจกรรมทางเพศ (การมีเพศสัมพันธ์ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง)					.75	

ตารางที่ 5 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
2. Mental capacity	22	40.48	6.89	0 - 61	18 - 64	.83
2.1 Interpersonal relationships	3	6.19	1.35	0 - 9	0 - 9	.82
2.2 Expectation achievement congruence	3	4.87	1.73	0 - 9	0 - 9	.80
2.3 Confidence in coping	5	8.72	2.29	0 - 15	0 - 15	.79
2.4 Inadequate mental mastery	4	8.12	2.16	0 - 12	0 - 12	.76
2.5 Activities of daily living	2	4.25	0.99	0 - 6	0 - 6	.80
2.6 Sexual issue (n = 1,688)	5	8.22	2.94	0 - 15	0 - 15	.80

1.2.3 ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของ Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) พบว่าใน Domain นี้ เริ่มต้นสร้างคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีทั้งหมด 19 ข้อ และมี Subdomain 5 หมวด ผลการวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างพบว่ายังคง Subdomain 5 หมวดเช่นเดิม แต่มีการรวม Subdomain Altruism กับ Kindness มาอยู่ด้วยกัน และ Transcendence ถูกแยกออกมาเป็น 2 factor โดยคำถามถูกตัดออก 1 ข้อ เหลือ 18 ข้อ และคำถามที่มีการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2 ดังนี้

(1) Subdomain 3.3 ข้อ 48 เปลี่ยนเป็น ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ

(2) Subdomain 3.3 ข้อ 49 เปลี่ยนเป็น ท่านเคยประสบกับความยุ่งยาก และสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่านผ่านพ้นไปได้

สำหรับผลการศึกษา factor loading ในแต่ละคำถาม ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป และผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 6 และตารางที่ 7 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 (n = 2,024)

คำถาม		factor loading				
		1	2	3	4	5
3 Mental quality						
3.1 Kindness						
คำถามข้อที่						
40	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	.63				
41	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	.69				
42	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	.68				
56	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	.63	} เดิมอยู่ใน Altruism			
57	ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทน	.66				
58	หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย ท่านพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น	.62				
3.2 Self esteem						
คำถามข้อที่						
43	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง	.83				
44	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	.86				
45	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว	.64				
3.3 Transcendence						
คำถามข้อที่						
47	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต		.78			
48	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก		.87			
49	ท่านเชื่อมั่นว่าสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจจะทำให้ท่านเข้มแข็ง เมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก (ฝ่าฟันภาวะวิกฤต)		.84			

ตารางที่ 6 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024) (ต่อ)

คำถาม	factor loading				
	1	2	3	4	5
3.4 Creative thinking and enthusiasm					
คำถามข้อที่					
53 ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม				.81	
54 ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ				.85	
55 ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี				.81	
3.5 เติมอยู่ Transcendence ถูกแยกออกมา					
คำถามข้อที่					
50 ท่านรู้จุดมุ่งหมายของการเกิดมาเป็นมนุษย์				.80	
51 ท่านเห็นคุณค่าของการเกิดเป็นมนุษย์ของท่าน				.73	
52 ท่านเห็นคุณค่าในชีวิตของผู้อื่นเท่ากับตัวท่านเอง				.71	

ตารางที่ 7 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
Domain 3 Mental quality	18	35.82	6.16	0 - 54	11 - 54	.87
3.1 Kindness (Altruism)	6	11.88	2.32	0 - 18	3 - 18	.78
3.2 Creative thinking and enthusiasm	3	6.03	1.69	0 - 9	0 - 9	.84
3.3 Transcendence 1	3	5.86	1.66	0 - 9	0 - 9	.85
3.4 Self esteem	3	6.48	1.37	0 - 9	0 - 9	.77
3.5 Transcendence 2	3	5.58	1.59	0 - 9	0 - 9	.69

1.2.4 ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของ Domain ที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) พบว่าใน Domain นี้ เริ่มต้นสร้างคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีทั้งหมด 17 ข้อ และมี Subdomain 6 หมวด ผลการวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างพบว่าเหลือ Subdomain 5 หมวด โดย Subdomain physical safety and security รวม Subdomain health and social care เดิมมาอยู่ด้วยกัน ฉะนั้น Domain 4 จาก 6 Subdomain จึงเหลือเพียง 5 Subdomain คำถามที่มีการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2 มีดังนี้

(1) Subdomain 4.3 ข้อ 70 เปลี่ยนเป็น เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ สมาคม ชมรม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน

(2) เพิ่มคำถามใน Subdomain 4.3 อีก 2 ข้อ คือ

1. มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้
2. หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านสามารถให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ

ใน Domain นี้ มีการตัดคำถามออก 2 ข้อคือ ข้อ 59 และข้อ 75 และเพิ่มคำถามใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมในความหมายของแต่ละ Subdomain มากขึ้นอีก 2 ข้อ ฉะนั้น Domain ที่ 4 จึงมีคำถามเท่าเดิมคือ 17 ข้อ

สำหรับผลการศึกษา factor loading ในแต่ละคำถาม ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป และผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 8 และตารางที่ 9 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024)

คำถาม	factor loading				
	1	2	3	4	5
4 Supporting factors					
4.1 Social support					
คำถามข้อที่					
60 ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือท่าน ในยามที่ท่านต้องการ	.87				
61 ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการ จากเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม	.88				
70 เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีองค์กรในชุมชนมาช่วยเหลือ ดูแลท่าน	.41				

ตารางที่ 8 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024) (ต่อ)

คำถาม	factor loading				
	1	2	3	4	5
4.2 Family support					
คำถามข้อที่					
62 ครอบครัวของท่านเป็นแหล่งที่จะช่วยหาทางออกให้กับปัญหาส่วนใหญ่ที่ท่านมี		.74			
63 ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว		.77			
64 หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี		.76			
65 ท่านปรึกษาหารือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา		.79			
66 สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน		.74			
4.3 Physical safety and security (รวม Health and social care มาอยู่ด้วยกัน)					
คำถามข้อที่					
67 ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน		.84			
68 ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้		.84			
69 เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยสามารถไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน		.46			
4.4 Physical environment					
คำถามข้อที่					
73 ในชุมชนมีเสียงดังรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน				.85	
74 ในชุมชนมีกลิ่นเหม็นรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน				.87	
4.5 Recreation					
คำถามข้อที่					
71 ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด				.85	
72 เมื่อท่านทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดแล้ว ท่านรู้สึกเป็นสุข				.87	

ตารางที่ 9 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1 (n = 2,024)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
4. Supporting factors	15	25.61	5.11	0 - 45	3 - 44	.79
4.1 Social support	3	4.42	1.67	0 - 9	0 - 9	.72
4.2 Family support	5	10.63	2.52	0 - 15	0 - 15	.84
4.3 Physical safety and security	3	5.74	1.48	0 - 9	0 - 9	.66
4.4 Physical environment	2	1.26	1.39	0 - 6	0 - 6	.73
4.5 Recreation	2	3.55	1.26	0 - 6	0 - 6	.75

2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ครั้งที่ 2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือและการหาค่าปกติของคนไทย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และ อบต. ระดับ 1 - 5 ภาคละ 480 คน แต่จากการเก็บข้อมูลได้จริงทั่วประเทศรวม 2,404 คน ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 28.0 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 27.0 อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39.31 (S.D. 11.66) มีฐานะ 40 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.0 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 7.7 มีที่อยู่อาศัยในเขตชนบท ร้อยละ 71.3 ในเขตเมือง ร้อยละ 28.7 อยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 20.1 รองลงมา ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 20.0

ในด้านระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.8 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.6 รองลงมาสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 16.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.7 รองลงมาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ร้อยละ 23.0 ปัจจุบันมีรายได้ต่อเดือน 1,001 - 3,000 บาท ร้อยละ 36.7 รองลงมา มีรายได้ 3,001 - 6,000 บาท ร้อยละ 33.6 รายได้เฉลี่ย 5,906.68 (S.D. 10,077.57) มีฐานะ 4,000 บาท ต่ำสุดไม่มีรายได้ สูงสุดมีรายได้ 300,000 บาทต่อเดือน เมื่อศึกษาถึงความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ตอบว่าเพียงพอ ร้อยละ 52.4

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีโรค ร้อยละ 74.8 รองลงมาไม่มีโรค หรือมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 25.2 เมื่อศึกษาว่าเป็นโรคใดบ้างโดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 โรค ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ตอบในข้ออื่นๆ ร้อยละ 16.3 (หมายถึง หลายโรครวมกัน และเป็นโรคอื่นๆ นอกจากที่กล่าวถึง เช่น โรคกระเพาะ โรคไต นอนไม่หลับ โรคภูมิแพ้ ปวดศีรษะ เป็นต้น) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมตอบว่ามีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 84.1 รองลงมาภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 15.9 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี ร้อยละ 72.9 ในกลุ่มที่ตอบว่ามีเรื่องทุกข์ใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ส่วนใหญ่ตอบว่าเรื่องปัญหาเศรษฐกิจ เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ร้อยละ 13.5 รองลงมาปัญหาอื่นๆ ระบุคือ หลายเรื่องรวมกัน ปัญหาครอบครัว ปัญหาเจ็บป่วย เป็นต้น ร้อยละ 3.0 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีเรื่องสุขใจอย่างมาก ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี ร้อยละ 59.8 ในกลุ่มที่ตอบว่ามีเรื่องสุขใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่าส่วนใหญ่ตอบว่า ครอบครัวอบอุ่น (ได้อยู่ร่วมกับสามี ภรรยา บุตร) ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกัน ร้อยละ 13.4 รองลงมานุคคลในครอบครัวประสบความสำเร็จ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร (ความสำเร็จมีทั้งการงาน การเรียน ทรัพย์สิน ลาภยศ) ร้อยละ 9.4 และโดยรวมแล้วในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา มีความสุขระดับใด ส่วนใหญ่ตอบว่า มีความสุขมาก ร้อยละ 42.3 รองลงมามีความสุข ร้อยละ 24.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นคว้าสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษา
ความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,404)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	713	29.7
หญิง	1,691	70.3
2. อายุ (n = 2,400)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	173	7.2
21 - 30 ปี	419	17.5
31 - 40 ปี	672	28.0
41 - 50 ปี	647	27.0
51 - 60 ปี	489	20.3
อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39.31 (S.D.11.66)		
3. ศาสนา		
พุทธ	2,212	92.0
อิสลาม	184	7.7
คริสต์	8	0.3
4. ที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	690	28.7
เขตชนบท	1,714	71.3
5. ที่อยู่อาศัยจำแนกตามภาค		
ภาคกลาง	484	20.1
ภาคเหนือ	481	20.0
ภาคตะวันออก	478	19.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	481	20.0
ภาคใต้	480	20.0
6. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	61	2.5
ประถมศึกษา	1,396	58.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	332	13.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	284	11.8
อนุปริญญา	104	4.3

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษา
ความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,404)	ร้อยละ
ต่ำกว่าปริญญาตรี	131	5.4
ปริญญาตรี	10	0.4
อื่นๆ (ระบุ)	86	3.6
7. สถานภาพสมรส		
โสด	388	16.1
คู่อยู่ด้วยกัน	1,698	70.6
คู่แยกกันอยู่	79	3.3
หย่า	95	4.0
หม้าย	144	6.0
8. อาชีพ		
ว่างงาน	70	2.9
ทำงานบ้าน	328	13.6
รับจ้าง	690	28.7
เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่)	504	21.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	78	3.2
ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย)	554	23.0
นักเรียน	131	5.4
ประมง	11	0.5
อื่นๆ (ระบุ)	38	1.5
9. ปัจจุบันท่านมีรายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	28	1.2
1 - 1,000 บาท	176	7.3
1,001 - 3,000 บาท	883	36.7
3,001 - 6,000 บาท	807	33.6
6,001 - 10,000 บาท	286	11.9
มากกว่า 10,000 บาท	224	9.3
ต่ำสุด ไม่มีรายได้ สูงสุด 300,000 บาท มัธยฐาน 4,000 บาท		
รายได้เฉลี่ย 5,906.68 (S.D. 10,077.57)		

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษา
ความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,404)	ร้อยละ
10. ความเพียงพอของรายได้ (โดยประมาณ)		
ไม่เพียงพอ	1,144	47.6
เพียงพอ	1,260	52.4
11. ขณะนี้ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)		
ไม่มีโรค	1,797	74.8
มีโรค	607	25.2
12. ในกรณีถ้าเป็นโรค ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n = 749)		
โรคหัวใจ	39	1.6
ความดันโลหิตสูง	136	5.7
ข้ออักเสบ	86	3.6
มะเร็ง	6	0.2
เบาหวาน	60	2.5
ปอดและหลอดลมอักเสบ	20	0.8
อัมพาต	3	0.1
โรคจิต	7	0.3
อื่นๆ (ระบุ)	392	16.3
13. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยรวมท่านเป็นอย่างไรบ้าง		
ดี	2,022	84.1
ไม่ดี	382	15.9
14. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องทุกข์ใจมากหรือไม่		
ไม่มี	1,753	72.9
มี	651	27.1

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ในการศึกษา
ความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,404)	ร้อยละ
15. ถ้าตอบว่ามีได้แก่เรื่องใดบ้างดังต่อไปนี้ (n = 651)		
- ปัญหาเศรษฐกิจ เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน	324	13.5
- ลูกหรือคนในครอบครัวติดสารเสพติด เหล้า อื่นๆ	21	0.9
- มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว (สามีมีเมียน้อย ภรรยาเป็นต้นเหตุให้ทุกข์ใจ ครอบครัวทะเลาะกันบ่อย ครอบครัวแยกทางกัน)	67	2.8
- มีโรคประจำตัวหรือโรคร้ายแรง เรื้อรัง	29	1.2
- มีการสูญเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร)	21	0.9
- กังวลเรื่องอนาคตของบุตร สามี ภรรยา ตนเอง หรือญาติพี่น้อง (มีบุตรพิการ)	40	1.7
- สูญเสียทรัพย์สิน รายได้ คงาน ถูกโกงเงิน	26	1.1
- เกี่ยวกับการทำงาน กังวลเรื่องการทำงาน เพื่อนร่วมงาน กลัวทำงานไม่สำเร็จ	41	1.7
- ครอบครัวประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยพิบัติ	9	0.4
- อื่นๆ (ระบุ)	73	3.0
16. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่		
มี	967	40.2
ไม่มี	1,437	59.8
17. ถ้าตอบว่ามีได้แก่เรื่องใดบ้างดังต่อไปนี้ (n = 967)		
- บุคคลในครอบครัวประสบความสำเร็จ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร (ความสำเร็จมีทั้งการทำงาน การเรียน ทรัพย์สิน ลาภยศ)	226	9.4
- ครอบครัวอบอุ่น (ได้อยู่ร่วมกับสามี ภรรยา บุตร) ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกัน	321	13.4
- มีบุตรตามที่ต้องการ ทั้งเรื่องของจำนวนการมีบุตร และเพศตามที่ต้องการ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง	19	0.8
- ได้แต่งงานหรือมีแฟนหรือมีคู่รักที่เข้าใจกัน	12	0.5
- ได้ไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ	58	2.4

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคณะจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,404)	ร้อยละ
- ตนเองมีทรัพย์สินใหม่ บ้าน รถยนต์ ที่ดิน เครื่องเสียง	25	1.0
- ตนเองได้รับรางวัล โบนัส เลื่อนตำแหน่ง ได้รับการเลื่อนชั้น ถูกหวย ล็อตเตอรี่	65	2.7
- ลูกมีงานทำ ลูกตั้งใจเรียน ลูกประพฤติตัวดี	159	6.6
- อื่นๆ (ระบุ)	6	0.2
18. ท่านรู้สึกว่าได้รวมแล้วในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ชีวิตของท่านมีความสุขระดับใด		
- มีความสุขมากที่สุด	432	18.0
- มีความสุขมาก	1,018	42.3
- มีความสุข	580	24.1
- เฉยๆ	248	10.3
- มีความทุกข์	75	3.1
- มีความทุกข์มาก	29	1.2
- มีความทุกข์มากที่สุด	22	0.9

2.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (TMHI-54)

เมื่อทำการศึกษาคความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 ได้ทำการลดข้อคำถามของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจากฉบับเริ่มต้น 80 ข้อ เหลือเพียง 71 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อ รวมเป็น 73 ข้อ จากนั้นได้ไปทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และอบต. ระดับ 1 - 5 ใน 5 ภาคของประเทศอีกครั้ง เพื่อศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ร่วมประชุมกับการแสดงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จนกระทั่งได้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ ก่อนนำเครื่องมือฉบับนี้ไปศึกษาหาค่าปกติ (norm) ต่อไป

สรุปผลหลังจากการศึกษาเริ่มต้น การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 และการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงของ Domain, Subdomain และ Item ดังนี้

การศึกษา	Domain	Subdomain	Item
1. เริ่มต้นพัฒนาคำถาม	4	21	80
2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1	4	21	73
3. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2	4	15	54

สำหรับคำจำกัดความของ Domain Subdomain และคำถาม 54 ข้อ สามารถศึกษาได้ในภาคผนวก

2.2.1 Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) เหลือคำถามเพียง 13 ข้อ สำหรับผลการศึกษาค่า factor loading ในแต่ละข้อคำถาม ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป

สำหรับเหตุผลในการตัดคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) โดยตัดคำถามจาก 16 ข้อ เหลือเพียง 13 ข้อ ดังนี้

Subdomain 1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Perceived ill-health and mental illness) ตัดข้อ ท่านเป็นโรคทางจิตเวช (โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ระบุว่ามีความรุนแรงของอาการเล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี) เนื่องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีอำนาจจำแนก เพราะเป็นการสำรวจในกลุ่มประชาชนทั่วไป จึงไม่ค่อยพบคำตอบที่มีอำนาจจำแนกเพียงพอ ซึ่งหากต้องการคำตอบในเรื่องนี้อาจต้องศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจริงๆ ใน Subdomain นี้จึงเหลือคำถามเพียง 3 ข้อ

Subdomain 1.4 ภาพลักษณ์และรูปร่าง (Body image and appearance) มีคำถามทั้งหมด 2 ข้อ ตัดคำถามใน Subdomain นี้ทั้งหมด เนื่องจากวัฒนธรรมไทยจะตอบคำถามในข้อนี้แบบกลางๆ ไม่กล้าแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกในข้อนี้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลก็พบว่าคำตอบจะรวมกลุ่มที่ กลางๆ เช่นกัน (ค่า Correlation และค่า Factor loading ก็ต่ำเช่นกัน .432) ผู้ทรงคุณวุฒิจึงให้ตัด Subdomain 1.4 ออกด้วย

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 11 และตารางที่ 12 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับ
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,400)

คำถาม	factor loading		
	1	2	3
Domain 1 Mental state			
1.1 General well-being positive affect			
คำถามข้อที่			
1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	.76		
2 ท่านรู้สึกสบายใจ	.84		
3 ท่านรู้สึกสดชื่นเบิกบานใจ	.81		
4 ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุขสงบ (ความสงบสุขในจิตใจ)	.73		
1.2 General well-being negative affect			
คำถามข้อที่			
5 ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน		.68	
6 ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง		.72	
7 ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์		.70	
8 ท่านรู้สึกกังวลใจ		.68	
9 ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ		.71	
10 ท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ		.63	
1.3 Perceived ill-health and mental illness			
คำถามข้อที่			
11 ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้			.83
12 ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ใส่เล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)			.85
14 ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน			.71

ตารางที่ 12 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,400)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
1. Mental state	13	29.83	4.70	0 - 39	5 - 39	.83
1.1 General well-being positive affect	4	7.01	2.08	0 - 12	0 - 12	.83
1.2 General well-being negative affect	6	14.73	2.74	0 - 18	0 - 18	.80
1.3 Perceived ill-health and mental illness	3	8.09	1.49	0 - 9	0 - 9	.76

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

2.2.2 Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) เหลือคำถามเพียง 15 ข้อ สำหรับผลการศึกษาค่า factor loading ในแต่ละข้อคำถาม ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป เหตุผลในการตัดข้อคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีการตัดคำถามและเปลี่ยนแปลงคำถามให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ดังนี้

Subdomain 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) มีการปรับเปลี่ยนคำถามข้อ ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (ทำงานร่วมกับคนอื่น) เนื่องจากคำถามเดิมไม่มีวงเล็บ ทำงานร่วมกับคนอื่นๆ ก่อให้เกิดปัญหาในการถามกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีงานทำ หรือไม่มีเพื่อนร่วมงานจะตอบคำถามนี้ไม่ได้ แต่กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะมีการทำงานร่วมกับคนอื่นๆ ในรูปแบบของกิจกรรมต่างๆ ชมรมแม่บ้าน การทำงานร่วมกับคนอื่นๆ ในชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชน เป็นต้น

Subdomain 2.5 การดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) มีคำถาม 2 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิตัดคำถามใน Subdomain นี้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นการศึกษาในคนปกติ ไม่ใช่ผู้สูงอายุ และไม่ใช่คนเจ็บป่วยซึ่งมีข้อจำกัดว่า Activities of daily living จะไม่ดี และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีความสัมพันธ์กับ Subdomain อื่นๆ น้อย (0.3) จึงตัดคำถาม 2 ข้อนี้ออก

Subdomain 2.6 (Sexual issue) มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ตัดคำถามออกหมด เนื่องจากเมื่อพิจารณาค่า Eigenvalues พบว่าน้ำหนักของปัจจัยจะให้น้ำหนักในเรื่อง Sexual issue มาก ทำให้ผิดความหมายของ Domain ที่ 2 ซึ่งเน้นในเรื่องสมรรถภาพของจิตใจ อย่างไรก็ตามก็สามารถทำการศึกษารั้งต่อไปถึงความสัมพันธ์ระหว่าง Sexual health และสุขภาพจิตว่ามีผลต่อกันหรือไม่

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 13 และตารางที่ 14 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,401)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
Domain 2 Mental capacity				
2.1 Interpersonal relationships				
คำถามข้อที่				
17 ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	.80			
18 ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	.85			
19 ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (ทำงานร่วมกับคนอื่น)	.81			
2.2 Expectation achievement congruence				
คำถามข้อที่				
20 ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคม ตามที่ท่านได้คาดหวังไว้		.77		
21 ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต		.82		
22 ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน		.79		
2.3 Confidence in coping				
คำถามข้อที่				
23 ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้ (เมื่อมีปัญหา)			.54	
24 ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่อยากจะแก้ไข (เมื่อมี)			.69	
25 ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น			.77	
26 ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต			.79	
27 ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี			.64	
2.4 Inadequate mental mastery				
คำถามข้อที่				
28 ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง			.74	
29 ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์			.77	
30 ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ			.79	
31 ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน			.80	

ตารางที่ 14 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,401)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
2. Mental capacity	15	28.00	4.97	0 - 45	8 - 45	.81
2.1 Interpersonal relationships	3	6.15	1.31	0 - 9	0 - 9	.82
2.2 Expectation achievement congruence	3	4.88	1.70	0 - 9	0 - 9	.79
2.3 Confidence in coping	5	8.70	2.21	0 - 15	0 - 15	.78
2.4 Inadequate mental mastery	4	8.27	2.23	0 - 12	0 - 12	.79

2.2.3 Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) เหลือคำถามเพียง 14 ข้อ สำหรับผลการศึกษาค่า factor loading ในแต่ละข้อคำถาม ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป เหตุผลในการตัดข้อคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ ผู้ทรงคุณวุฒิได้มีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นโดยยุบรวม Subdomain และเปลี่ยนแปลงชื่อ Subdomain ใหม่ ดังนี้

Subdomain 3.1 เมตตา กรุณา และ Subdomain 3.5 ความเสียสละ มีการยุบรวมกันกลายเป็น Subdomain 3.1 เมตตา กรุณา และเสียสละ (Kindness and altruism) และเปลี่ยนแปลงความหมายของ Domain 3 คุณภาพจิตใจ และ Subdomain 3.1 เมตตา กรุณา และเสียสละใหม่ เพื่อให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น (รายละเอียดศึกษาได้ในภาคผนวก)

Subdomain 3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) ตัดคำถาม ท่านรู้สึกว่าคุณมีคุณค่าต่อครอบครัวออก เพราะหากตัดข้อนี้แล้วค่า Cronbach's alpha coefficient สูงขึ้นกว่าเดิม

Subdomain 3.3 ประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่าต่อจิตใจ (Transcendence) เปลี่ยนชื่อใหม่ เป็นความศรัทธา (Faith) เนื่องจากเดิมมีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ Factor analysis จะแยกออกเป็น 2 กลุ่มๆ ที่ 1 เป็นเรื่องเกี่ยวกับความศรัทธาโดยตรง ได้แก่ คำถาม

- ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต
- ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยากท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุด
- ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยากนั้นสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจจะทำให้

ท่านฝ่าฟันภาวะวิกฤตไปได้

สำหรับคำถามในกลุ่มที่ 2 จะเป็นคำถามเกี่ยวกับ Transcendence โดยตรง ได้แก่ คำถาม

- ท่านรู้จุดมุ่งหมายของการเกิดมาเป็นมนุษย์
- ท่านเห็นคุณค่าของการเกิดเป็นมนุษย์ของท่าน
- ท่านเห็นคุณค่าในชีวิตของผู้อื่นเท่ากับตัวท่านเอง

จากคำถามในกลุ่มที่ 2 เป็นคำถามที่เป็นปรัชญาที่ไม่สามารถได้คำตอบที่แท้จริงในเรื่องสุขภาพจิตได้ในเวลาอันสั้น โดยใช้คำถามเพียง 3 คำถาม จึงตัดคำถามทั้ง 3 ข้อนี้ออกไป นอกจากนี้คำถามเหล่านี้ไม่ส่งผลในการทำให้บุคคลมีความสุขมากขึ้น หรือไม่แสดงลักษณะของความสุขและความทุกข์ของบุคคล อาจเป็นเพราะกระบวนการที่ดำเนินการศึกษาที่วางแผนไว้ไม่สามารถเจาะลึกให้ได้คำตอบเหล่านี้ ซึ่งต้องมีวิธีการศึกษาโดยเฉพาะในเรื่องนี้เพื่อให้ได้คำตอบ อาจเป็นการวางแผนการศึกษาครั้งต่อไป เป็นการดำเนินงานที่สูงขึ้นไปอีก เพื่อให้ได้คำตอบที่น่าเชื่อถือ โดยการใช้วิธีการพัฒนาคำถามที่สามารถเจาะลึกให้ได้คำตอบที่ต้องการก่อน แล้วจึงค่อยสร้างคำถามชุดใหม่ ตลอดจนหาวิธีการซึ่งให้ได้มาสำหรับคำตอบที่ตรงและสื่อถึงสิ่งที่ต้องการมากกว่านี้

โดยสรุป Subdomain 3.3 คือ ความศรัทธา (Faith) เหลือคำถามเพียง 3 ข้อ Subdomain 3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm) ยังคงเดิมและไม่มีการตัดคำถาม

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้าง ใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 15 และตารางที่ 16 ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality)
สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,401)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
3 Mental quality				
3.1 Kindness and altruism				
คำถามข้อที่				
34 ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	.63			
35 ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	.73			
36 ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	.70			
49 ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	.63			
50 ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทน	.63			
51 หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย ท่านพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น	.57			
3.2 Self esteem				
คำถามข้อที่				
37 ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง		.83		
38 ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง		.84		
3.3 Faith				
คำถามข้อที่				
40 ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต			.79	
41 ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ			.88	
42 ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยากนั้น สิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจจะทำให้ท่านฝ่าฟันภาวะวิกฤตไปได้			.84	
3.4 Creative thinking and enthusiasm				
คำถามข้อที่				
46 ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม				.81
47 ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ				.84
48 ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี				.83

ตารางที่ 16 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,401)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
Domain 3 Mental quality	14	27.75	5.12	0 - 42	0 - 42	.86
3.1 Kindness and altruism	6	11.80	2.46	0 - 18	0 - 18	.80
3.2 Self esteem	2	4.31	1.00	0 - 6	0 - 6	.81
3.3 Faith	3	5.75	1.73	0 - 9	0 - 9	.84
3.4 Creative thinking and enthusiasm	3	5.89	1.76	0 - 9	0 - 9	.85

2.2.4 Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) เหลือคำถามเพียง 12 ข้อ สำหรับผลการศึกษาค่า factor loading ในแต่ละข้อคำถามผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป เหตุผลในการตัดข้อคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตัดคำถามและ Subdomain ดังนี้

Subdomain 4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) คงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง

Subdomain 4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) ตัดคำถามข้อครอบครัวของท่านจะช่วยหาทางออกให้กับปัญหาส่วนใหญ่ที่ท่านมี เนื่องจากเมื่อบุคคลประสบปัญหาทุกคนต้องแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเบื้องต้น แต่คำถามข้อนี้บ่งบอกถึงการไม่ช่วยเหลือตนเองจึงตัดออก

Subdomain 4.3 ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต (Physical safety and security) ยังคงความหมายและคำถามเช่นเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

Subdomain 4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม : การให้บริการและคุณภาพของบริการ (Health and social care) ยังคงความหมายเดิมและคำถามเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีคำถามข้อ 64 ที่มีค่า factor loading ต่ำกว่า 0.40 คือมีค่าเท่ากับ 0.38 แต่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คงคำถามนี้ไว้ไม่ตัดออกเพื่อกงความหมายของ Subdomain ที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางสังคม ซึ่งช่วยเหลือคนในชุมชนหรือสังคมให้มีสุขภาพจิตดี

Subdomain 4.5 การมีส่วนร่วมและมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง (Recreation) ยังคงเป็นคำถามที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิต แต่ข้อคำถามยังไม่สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการได้ เพราะ Recreation น่าจะเป็นคำถามที่อยู่ใน Mental capacity เป็นความสามารถในการเล่นหรือพักผ่อนคลายเครียด แต่ถ้าเป็นคำถามที่อยู่ใน Domain 4 ควรเป็นคำถามในเรื่องปัจจัยสนับสนุนเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นคำถามด้านการสนับสนุนให้เกิด Recreation แต่ไม่ใช่คำถามที่ตนเองได้ Recreation

ฉะนั้น จึงตัดคำถาม 2 ข้อ คือ ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด และเมื่อท่านทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดแล้วท่านรู้สึกเป็นสุข รวมทั้งตัด Subdomain นี้ออกไปด้วย

Subdomain 4.6 สภาพแวดล้อม (Physical environment) เนื่องจาก Subdomain นี้ยังไม่สามารถหาคำถามที่สะท้อนถึงสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องได้ดีพอ เพราะไม่มีอำนาจจำแนก และมีค่า Correlation กับข้ออื่นๆ ใน Domain นี้ ต่ำมาก (0.17) จึงตัดคำถาม 2 ข้อ และ Subdomain นี้ออกไป จึงเหลือคำถามฉบับสมบูรณ์ในการศึกษาครั้งนี้คือ 54 ข้อ

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างใน Domain นี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 17 และตารางที่ 18 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,397)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
4 Supporting factors				
4.1 Social support				
คำถามข้อที่				
52 ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือท่าน ในยามที่ท่านต้องการ	.87			
53 ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการจากเพื่อน หรือคนอื่นๆ ในสังคม	.89			
4.2 Family support				
คำถามข้อที่				
55 ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว		.77		
56 หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่าน เป็นอย่างดี		.79		
57 ท่านปรึกษาหารือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอ เมื่อท่านมีปัญหา		.78		
58 สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน		.77		

ตารางที่ 17 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,397) (ต่อ)

คำถาม	factor			
	1	2	3	4
4.3 Physical safety and security				
(รวม Health and social care มาอยู่ด้วยกัน)				
คำถามข้อที่				
59 ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน			.89	
60 ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้			.89	
4.4 Health and social care				
คำถามข้อที่				
61 มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้			.87	
62 หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ			.90	
63 เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยจะไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน			.86	
64 เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน			.38	

ตารางที่ 18 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) และ Subdomain ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (n = 2,397)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
4. Supporting factors	12	22.89	4.59	0 - 36	0 - 36	.83
4.1 Social support	2	3.18	1.24	0 - 6	0 - 6	.84
4.2 Family support	4	8.72	1.98	0 - 12	0 - 12	.83
4.3 Physical safety and security	2	4.04	1.09	0 - 6	0 - 6	.87
4.4 Health and social care	4	6.95	2.20	0 - 12	0 - 12	.78

2.8 การลดข้อคำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ (TMHI-54) ให้เหลือเพียงฉบับสั้น (TMHI-15)

ในการลดข้อคำถามจากฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ เหลือเป็นฉบับสั้น 15 ข้อ กระทำโดยใช้วิธีการพิจารณาจากค่า factor loading ในรายการคำถามทั้งหมด และการพิจารณาลดหรือคง Subdomain ไว้ในแต่ละ Domain จะพิจารณาจากน้ำหนักของแต่ละ Subdomain ต้องมีน้ำหนักต่อภาพรวมของแต่ละ Domain อย่างน้อยเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 50.0 ร่วมกับการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิและ Subdomain ที่เหลือ จะต้องสะท้อนความหมายของ Domain นั้นๆ มากที่สุดด้วย ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า

Domain 1 Mental state เหลือเพียง 2 Subdomain คือ

1.1 General well-being positive affect มี 2 คำถาม

1.2 General well-being negative affect มี 3 คำถาม

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

Domain 3 Mental quality เหลือเพียง 2 Subdomain คือ

3.1 Kindness and altruism มี 3 คำถาม

3.2 Self esteem มี 1 คำถาม

Domain 4 Supporting factors เหลือเพียง 1 Subdomain คือ Family support มี 3 คำถาม โดย TMHI-15 มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 รายละเอียดดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่า factor loading ของรายการคำถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ หรือ TMHI-15 (n = 2,401)

ข้อ	คำถาม	factor loading
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	.86
2	ท่านรู้สึกสบายใจ	.84
3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิตประจำวัน	.79
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	.83
5	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	.77
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่อยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	.68
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	.83
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	.83
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	.82
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	.84
11	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	.43
12	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	.65
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	.82
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	.84
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	.81

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

2.4 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 และ TMHI-15

ผลการศึกษาพบว่า TMHI-54 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 39 - 161 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 108.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.46 มัชฐาน 109 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 117 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 จากการศึกษาค้นครั้งนี้มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

118 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

99 - 117 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

98 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

ผลการศึกษา TMHI-15 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 45 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 9 - 45 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.75 มัชฐาน 31 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 28 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 34 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-15 จากการศึกษานี้มีการกระจายไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

35 - 45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

28 - 34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

27 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

สำหรับผลการศึกษาค่าปกติของ TMHI-54 และ TMHI-15 ศึกษารายละเอียดได้ในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์ค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI) ฉบับ 54 ข้อ 15 ข้อ (n = 2,390)

Statistics	TMHI-54	TMHI-15
Mean	108.30	31.02
Standard deviation	14.46	4.75
Median	109.00	31.00
25 th percentile	99	28
75 th percentile	117	34
Maximum	161	45
Minimum	39	9
Potential range	0 - 162	0 - 45
Obtained range	39 - 161	9 - 45
Range	122	36

2.5 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยจำแนกตามมิติ (Domain) ของสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า

Domain ที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 5 - 39 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 29.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.70 มัธยฐาน 31 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 27 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 33 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 1 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

34 - 39 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป

27 - 33 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป

26 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain ที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 45 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 8 - 45 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 28.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.97 มัธยฐาน 28 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 31 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 2 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์ เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

32 - 45 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป

25 - 31 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป

24 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สมรรถภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 42 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 42 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.12 มัธยฐาน 28 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 30 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 3 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

31 - 42 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป

25 - 30 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป

24 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง คุณภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

Domain ที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 36 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 36 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 22.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.54 มัธยฐาน 23 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 20 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 25 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 4 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

26 - 36 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าคนทั่วไป

20 - 25 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป

19 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าคนทั่วไป สำหรับรายละเอียดผลการศึกษาดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) โดยจำแนกตามมิติ (Domain) ของสุขภาพจิต (n = 2,390)

Statistics	Domain 1 Mental state	Domain 2 Mental capacity	Domain 3 Mental quality	Domain 4 Supporting factors
Mean	29.83	28.00	27.75	22.72
Standard deviation	4.70	4.97	5.12	4.54
Median	31	28	28	23
25 th percentile	27	25	25	20
75 th percentile	33	31	30	25
Maximum	39	45	42	36
Minimum	5	8	0	0
Potential range	0 - 39	0 - 45	0 - 42	0 - 36
Obtained range	5 - 39	8 - 45	0 - 42	0 - 36

2.6 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI - 54 เมื่อจำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า TMHI-54 เมื่อศึกษาเฉพาะเพศชาย (n = 705) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 39 - 157 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 111.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.07 มัธยฐาน 112 คะแนน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 102 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 120 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 จากการศึกษานี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

121 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

102 - 120 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

101 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ผลการศึกษา TMHI-54 เมื่อศึกษาเฉพาะเพศหญิง (n = 1,683) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 62 - 161 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 107.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.05 มัธยฐาน 108 คะแนน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 116 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 จากการศึกษานี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

117 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

98 - 116 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

97 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับผลการศึกษาค่าปกติของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามเพศชาย และเพศหญิง ศึกษา รายละเอียดได้ในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ เมื่อจำแนกตามเพศ (n=2,388)

Statistics	Male (n = 705)	Female (n = 1,683)
Mean	111.06	107.16
Standard deviation	15.07	14.05
Median	112	108
25 th percentile	102.0	98
75 th percentile	120.0	116
Maximum	157	161
Minimum	39	62
Potential range	0 - 162	0 - 162
Obtained range	39 - 157	62 - 161

2.7 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ผลการศึกษา TMHI-54 เมื่อจำแนกตามภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคกลาง พบว่ามีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 64 - 151 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 106.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.23 มัธยฐาน 107 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 115 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 จากการศึกษานี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

116 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

98 - 115 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

97 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของภาคเหนือ ผลการศึกษา TMHI-54 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 62 - 161 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 112.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.94 มัธยฐาน 113 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 102 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 122 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 จากการศึกษานี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

123 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

102 - 122 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

101 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน แต่คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 67 - 142 คะแนน โดยมี คะแนนเฉลี่ย 107.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.83 มัธยฐาน 107 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 117 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI - 54 จากการ ศึกษาครั้งนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เป็น ตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

118 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

98 - 117 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

97 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของภาคตะวันออก ผลการศึกษา TMHI-54 มีค่าคะแนน ที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 39 - 157 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 107.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.00 มัธยฐาน 108 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 116 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 จากการศึกษาค้นครั้งนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึง ใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์ เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

117 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

98 - 116 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

97 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของภาคใต้ ผลการศึกษา TMHI-54 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 60 - 146 คะแนน โดยมี คะแนนเฉลี่ย 108.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.44 มัธยฐาน 110 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 117 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 จากการศึกษาค้นครั้งนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์ เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

118 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

100 - 117 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

99 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับรายละเอียดผลการวิเคราะห์ค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) จำแนกตามรายภาคดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) เมื่อจำแนกตามรายภาค (n=2,390)

Statistics	ภาคกลาง (n = 479)	ภาคเหนือ (n = 480)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 479)	ภาคตะวันออก (n = 475)	ภาคใต้ (n = 477)
Mean	106.32	112.14	107.05	107.24	108.74
Standard deviation	13.23	15.94	13.83	15.00	13.44
Median	107	113	107	108	110
25 th percentile	98	102	98	98	100
75 th percentile	115	122	117	116	117
Maximum	151	161	142	157	146
Minimum	64	62	67	39	60
Potential range	0 - 162	0 - 162	0 - 162	0 - 162	0 - 162
Obtained range	64 - 151	62 - 161	67 - 142	39 - 157	60 - 146

2.8 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามเขตเมือง และเขตชนบท ผลการศึกษาค่าปกติของเขตเมืองพบว่า มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 64 - 151 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 107.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.98 มัธยฐาน 107 คะแนนเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 98.25 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 116 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 จากการศึกษาค้างนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

117 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

98 - 116 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

97 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาค่าปกติ (norm) ของเขตชนบทพบว่า มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 162 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 39 - 161 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 108.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.63 มัธยฐาน 110 คะแนนเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 118 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก TMHI-54 ในการศึกษาครั้งนี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

119 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

99 - 118 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

98 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับรายละเอียดผลการวิเคราะห์ค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) จำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 การวิเคราะห์ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) เมื่อจำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท (n=2,387)

Statistics	เขตเมือง (n = 684)	เขตชนบท (n = 1,703)
Mean	107.12	108.78
Standard deviation	13.98	14.63
Median	107	110
25 th percentile	98.25	99
75 th percentile	116	118
Maximum	151	161
Minimum	64	39
Potential range	0 - 162	0 - 162
Obtained range	64 - 151	39 - 161

3. การศึกษาความพ้อง (agreement) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ และ 15 ข้อ

จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องหรือความพ้องระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ และ 15 ข้อ พบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) โดยค่าความพ้องระหว่าง TMHI-54 และ TMHI-15 มีค่า Kappa เท่ากับ 0.63 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 0.60 - 0.66 ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 การศึกษาความพ้อง (agreement) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ และ 15 ข้อ (n = 2,390)

Pairs	Kappa	95% CI ของ Kappa
TMHI-54 and TMHI-15	0.63	0.60 - 0.66

4. การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่าง ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับเดิมกับฉบับใหม่

4.1 การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่าง TMHI-66 ของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ที่เคยทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) ซึ่งทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,429 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีคำถามในแบบประเมินทั้งหมด 66 ข้อ โดยกำหนดค่าปกติ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปอยู่ในช่วง 143 - 198 คะแนน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 122 - 142 คะแนน สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 121 คะแนน หรือน้อยกว่า สำหรับการศึกษเพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในครั้งนี้ ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,404 คน จาก 5 ภาคของประเทศไทย มีคำถามในแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ทั้งหมด 54 ข้อ โดยกำหนดค่าปกติสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปอยู่ในช่วง 118 - 162 คะแนน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 99 - 117 คะแนน สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 98 คะแนน หรือน้อยกว่า ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับเดิมกับฉบับใหม่

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
TMHI-66	1,429	143 - 198	122 - 142	121 คะแนน หรือน้อยกว่า
TMHI-54	2,404	118 - 162	99 - 117	98 คะแนน หรือน้อยกว่า

4.2 การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่าง TMHI-15 ของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ที่เคยทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) ซึ่งทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,429 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า TMHI-15 กำหนดค่าปกติ คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีคะแนนอยู่ในช่วง 33 - 45 คะแนน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 27 - 32 คะแนน สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 26 คะแนน หรือน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษา TMHI-15 ในครั้งนี้พบว่า ค่าปกติของสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปอยู่ในช่วง 35 - 45 คะแนน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 28 - 34 คะแนน สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 27 คะแนน หรือน้อยกว่า ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่าง TMHI-15 ฉบับเดิมและ TMHI-15 ฉบับใหม่

ดัชนีชี้วัด สุขภาพจิต คนไทย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษา	สุขภาพจิตดีกว่า คนทั่วไป	สุขภาพจิตเท่ากับ คนทั่วไป	สุขภาพจิตต่ำกว่า คนทั่วไป
TMHI-15 (ฉบับเดิม)	1,429	33 - 45	27 - 32	26 คะแนน
TMHI-15 (ฉบับใหม่)	2,404	35 - 45	28 - 34	27 คะแนน หรือน้อยกว่า

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (ฉบับสมบูรณ์) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ตรวจสอบเครื่องมือเดิมที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตในประเทศไทยและพัฒนาเครื่องมือฉบับใหม่ให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมในการนำไปใช้ทั่วประเทศ
2. ทดสอบเครื่องมือฉบับใหม่ในทุกภาคของประเทศโดยการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และหาค่าปกติของเครื่องมือ
3. พัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และทดสอบเครื่องมือทั้งสองฉบับโดยการศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต

การศึกษาในครั้งนี้แบ่งการศึกษออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือโดยพัฒนาจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ซึ่งเคยทำการศึกษาไว้ (แต่การศึกษานั้นดำเนินการศึกษาเฉพาะภาคอีสาน) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ และประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ และที่ปรึกษาทางวิจัย ได้เครื่องมือฉบับร่าง 80 ข้อ นำเครื่องมือที่ได้ไปทดสอบความเหมาะสมของภาษา ภาคละ 24 ชุด รวม 5 ภาค ได้ 120 ชุด และจัดทำ Focus group ในแต่ละภาคๆ ละ 8 กลุ่มๆ ละ 8 - 10 คน โดยแบ่งกลุ่มตามวัยเป็นวัยรุ่น 15 - 24 ปี และวัยผู้ใหญ่ 25 - 60 ปี โดยเนื้อหาในการทำ Focus group เพื่อศึกษาความหมายของเนื้อหาในเรื่อง Sex issue, Transcendence, Family support ซึ่งนอกจากแบ่งกลุ่มตามวัยแล้ว ยังแบ่งกลุ่มตามเขตเมืองและเขตชนบท และตามศาสนาอีกด้วย จากนั้นนำผลการศึกษาที่ได้มาประชุมร่วมกับที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัยภาคสนาม เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุง เปลี่ยนแปลงความหมายของ Domain, Subdomain และคำถามให้เหมาะสมและสามารถสื่อความหมายให้สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการประเมินได้เครื่องมือเริ่มต้น ในการนำไปศึกษา ระยะที่ 2 เฉพาะส่วนของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จำนวน 80 ข้อ มีทั้งหมด 4 Domain 21 Subdomain

ระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากการคำนวณจากสูตร ซึ่งได้กลุ่มที่ต้องทำการศึกษาน้อย 1,992 คน โดยเก็บข้อมูลในแต่ละภาคๆ ละ 400 คน รวม 5 ภาค เก็บข้อมูลได้จริง 2,024 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้แบบ multi-stage sampling โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต. ระดับ 1 - 5 ซึ่งแบ่งกลุ่มเหล่านี้ออกเป็นกลุ่มที่มีรายได้ร่ำรวย (อบต. ระดับ 1 - 2) ปานกลาง (อบต. ระดับ 3) ยากจน (อบต. ระดับ 4 - 5) เมื่อทำการสุ่มตัวอย่าง

จนได้หลังคาเรือนที่จะทำการศึกษาโดยใช้วิธีการ Systematic random sampling แล้วใน 1 หลังคาเรือน จะทำการศึกษา เพียง 1 คนเท่านั้น โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ที่มิอายุ 15 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี
2. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนั้นๆ ขณะทำการศึกษาน้อย 1 ปี
3. สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก
4. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ลักษณะของประชากรที่คัดออกจากการศึกษาประกอบไปด้วยข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่อาการหนักมาก หรือไม่รู้สึกตัว
2. ไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ครบทุกข้อ หรือขอออกจากการวิจัยเมื่อสัมภาษณ์ไป
ได้ระยะหนึ่ง โดยไม่ยินยอมตอบคำถามอีกต่อไป

ในการศึกษาระยะนี้จากการสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage sampling ได้จังหวัดที่ทำการศึกษาดังนี้

ภาคกลาง	จ.นนทบุรี	จ.สุพรรณบุรี	จ.สิงห์บุรี
ภาคเหนือ	จ.ลำปาง	จ.กำแพงเพชร	จ.พะเยา
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จ.อุบลราชธานี	จ.สุรินทร์	จ.หนองบัวลำภู
ภาคตะวันออก	จ.ฉะเชิงเทรา	จ.ตราด	จ.สระแก้ว
ภาคใต้	จ.ภูเก็ต	จ.ปัตตานี	จ.กระบี่

ระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การหาลำดับของคนไทย และการศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น ในการศึกษาระยะนี้ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับการศึกษาระยะที่ 2 แต่ในการศึกษาระยะที่ 3 กำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากเดิมในทุกภาคๆ ละ 80 คน เนื่องจากในการศึกษาระยะที่ 2 มีกลุ่มตัวอย่างไม่ตอบคำถามในเรื่อง Sex issue ในข้อ 76 - 80 ประมาณ 400 คน ฉะนั้นในการศึกษาระยะที่ 3 จึงป้องกันปัญหาในจุดนี้โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากเดิม อีก 400 คน รวมเป็น 2,400 คน แต่เก็บข้อมูลได้จริง 2,404 คน สำหรับจังหวัดที่สุ่มตัวอย่างได้ในการศึกษามีดังนี้

ภาคกลาง	จ.สระบุรี	จ.กาญจนบุรี	จ.อ่างทอง
ภาคเหนือ	จ.ลำพูน	จ.ตาก	จ.แพร่
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จ.อุบลราชธานี	จ.หนองคาย	จ.ชัยภูมิ
ภาคตะวันออก	จ.จันทบุรี	จ.ปราจีนบุรี	จ.สระแก้ว
ภาคใต้	จ.ระนอง	จ.ชุมพร	จ.นราธิวาส

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) และนำมาพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความสมบูรณ์และครอบคลุมในการประเมินสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ซึ่งเดิมทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น แต่การศึกษานี้ ทำการศึกษา

ใน 5 ภาคของประเทศไทย ทำการพัฒนาเครื่องมือโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษา คณะทำงานวิจัย และผู้วิจัยภาคสนาม จำนวน 4 ครั้ง ร่วมกับการพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้ในการศึกษา ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ได้เครื่องมือเมื่อสิ้นสุดการศึกษาประกอบไปด้วย ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ ฉบับสั้น 15 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประชุมชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลแก่ผู้วิจัยภาคสนามก่อนเก็บ ข้อมูลวิจัยทั้งในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ทั้ง 5 ภาคของประเทศไทย มีคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัย ภาคสนาม ให้ทุกคนๆ ละ 1 เล่ม โดยอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัยตามคู่มือ จากนั้นให้ผู้วิจัยภาคสนามจับคู่กัน ฝึกทักษะในการเก็บข้อมูลวิจัยตามแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่ พัฒนาขึ้น เปิดโอกาสให้ทุกคนอภิปรายซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการเก็บข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภาคสนามทุกระยะใช้ทีมผู้วิจัยภาคสนามทีมเดิมตลอด และผู้ทอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลเป็นคนเดิมเช่นกัน ใช้เวลาในการศึกษาระยะที่ 1 - 3 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 - 30 มิถุนายน 2546

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย 2) การศึกษา ความตรงตามโครงสร้างใช้วิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) การลดข้อคำถามโดยพิจารณาจากค่า factor loading และ Cronbach's alpha coefficient 3) การศึกษาค่าปกติของสุขภาพจิตคนไทย (norm) ใช้ค่ามัธยฐาน และ Percentile ที่ 25 และ 75 4) การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient 5) การศึกษาความพ้องของเครื่องมือฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น โดยใช้ Kappa statistic

สรุปผลการวิจัย

1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ครั้งที่ 1

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.9 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 29.3 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 26.4 อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39.46 (S.D.11.76) มัธยฐาน 40 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 89.6 อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 71.3 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.6 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.9 ตอบว่ามีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 50.9

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 73.5 และสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่ตอบว่าดี ร้อยละ 86.3 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาตอบว่า ไม่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ร้อยละ 72.2 และในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาตอบว่า ไม่มีเรื่องสุขใจอย่างมาก ร้อยละ 63.1

1.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ครั้งที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า จาก TMHI ฉบับเริ่มต้นมี 4 Domain 21 Subdomain มีข้อคำถาม 80 ข้อ เมื่อทำการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติร่วมกับการประชุมพิจารณา โดยผู้ทรงคุณวุฒิซ้ำอีกครั้ง จึงลดข้อคำถามเหลือเพียง 73 ข้อ และมี 4 Domain 21 Subdomain เท่าเดิม ดังนี้

- Domain 1 Mental state
 - 1.1 General well-being positive affect
 - 1.2 General well-being negative affect
 - 1.3 Perceived ill-health and mental illness
 - 1.4 Body image and appearance
- Domain 2 Mental capacity
 - 2.1 Interpersonal relationships
 - 2.2 Expectation achievement congruence
 - 2.3 Confidence in coping
 - 2.4 Inadequate mental mastery
 - 2.5 Activities of daily living
 - 2.6 Sex issue
- Domain 3 Mental quality
 - 3.1 Kindness
 - 3.2 Self esteem
 - 3.3 Transcendence
 - 3.4 Creative thinking and enthusiasm
 - 3.5 Altruism
- Domain 4 Supporting factors
 - 4.1 Social support
 - 4.2 Family support
 - 4.3 Physical safety and security
 - 4.4 Health and social care
 - 4.5 Recreation
 - 4.6 Physical environment

2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือและการหาค่า ปกติของคนไทย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ได้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และอบต. ระดับ 1 - 5 จากทุกภาคของประเทศรวม จำนวน 2,404 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 28.0 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 26.9 อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 39.31 (S.D. 11.66) มัธยมศึกษา 40 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.0 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 7.7 มีที่อยู่อาศัยในเขตชนบท ร้อยละ 71.3 ในเขตเมือง ร้อยละ 28.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 รองลงมาจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.7 รองลงมาอาชีพค้าขาย ร้อยละ 23.0 ปัจจุบันมีรายได้ต่อเดือน 1,001 - 3,000 บาท ร้อยละ 36.7 รองลงมา มีรายได้ 3,001 - 6,000 บาท ร้อยละ 33.6 รายได้เฉลี่ย 5,906.68 (S.D. 10,077.57) มัธยมศึกษา 4,000 บาท ต่ำสุดไม่มีรายได้ สูงสุดมีรายได้ 300,000 บาทต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ตอบว่า เพียงพอ ร้อยละ 52.4

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีโรค ร้อยละ 74.8 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมตอบว่า สุขภาพดี ร้อยละ 84.1 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาตอบว่า ไม่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ร้อยละ 72.9 และตอบว่า ไม่มีเรื่องสุขใจอย่างมาก ร้อยละ 59.8 เมื่อให้ประเมินตนเองในภาพรวมแล้วใน 1 เดือนที่ผ่านมามีความสุขในระดับใด ส่วนใหญ่ตอบว่า มีความสุขมาก ร้อยละ 43.2 รองลงมา มีความสุข ร้อยละ 24.1

2.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ เมื่อทำการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2 เพื่อทำการลดข้อคำถาม โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการศึกษาพบว่า คำถามฉบับสมบูรณ์ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มี 54 ข้อ ประกอบด้วย 4 Domain 15 Subdomain ดังนี้

Domain 1 Mental state เหลือคำถามเพียง 13 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ย 29.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.70 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 5 - 39 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 เท่ากับ 0.83 ประกอบด้วย Subdomain

1.1 General well-being positive affect มีคำถาม 4 ข้อ

1.2 General well-being negative affect มีคำถาม 6 ข้อ

1.3 Perceived ill-health and mental illness มีคำถาม 3 ข้อ

Domain 2 Mental capacity มีคำถาม 15 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 28.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.97 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 45 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 8 - 45 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 เท่ากับ 0.81 ประกอบด้วย Subdomain

2.1 Interpersonal relationships มีคำถาม 3 ข้อ

2.2 Expectation achievement congruence มีคำถาม 3 ข้อ

2.3 Confidence in coping มีคำถาม 5 ข้อ

2.4 Inadequate mental mastery มีคำถาม 4 ข้อ

Domain 3 Mental quality มีคำถาม 14 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 27.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.12 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 42 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 0 - 42 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น ของ Domain 3 เท่ากับ 0.86 ประกอบด้วย Subdomain

- 3.1 Kindness and altruism มีคำถาม 6 ข้อ
- 3.2 Self esteem มีคำถาม 2 ข้อ
- 3.3 Faith มีคำถาม 3 ข้อ
- 3.4 Creative thinking and enthusiasm มีคำถาม 3 ข้อ

Domain 4 Supporting factors มีคำถาม 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 22.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.57 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 36 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 0 - 36 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 เท่ากับ 0.83 ประกอบด้วย Subdomain

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

2.3 การลดข้อคำถามจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 54 ข้อ (TMHI-54) ให้เหลือ ฉบับสั้น (TMHI-15)

จากการลดข้อคำถาม TMHI-54 ให้เหลือฉบับสั้นโดยให้มีคำถามครอบคลุมทุก Domain และพยายามครอบคลุม Subdomain เกือบทั้งหมด ในการพิจารณาลดข้อคำถามนี้ ใช้วิธีการประชุม ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับทีปรีษาซึ่งเป็นนักสถิติ ประกอบกับการพิจารณาค่า factor loading ในรายการคำถามจากทั้งหมด และ Eigenvalues ซึ่งเป็นค่าที่บอกน้ำหนักของแต่ละ Subdomain ว่ามีน้ำหนักต่อภาพรวมของแต่ละ Domain หรือไม่ โดยใช้หลักการในการลดคำถามและตัด Subdomain ใดๆ ออกไป Subdomain ที่เหลือต้องมีค่า Eigenvalues อย่างน้อยเท่ากับ หรือมากกว่า ร้อยละ 50.0 ของ Percent of variance ทั้งหมดและ Subdomain ที่เหลือต้องสะท้อนความหมายของ Domain มากที่สุดด้วย ผลการศึกษา พบว่าได้ TMHI ฉบับสั้นคือเหลือเพียง 15 ข้อ และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 โดย TMHI-15 ยังคงมี 4 Domain เช่นเดิม แต่เหลือ Subdomain 6 หมวด ดังนี้

Domain 1 Mental state เหลือเพียง 2 Subdomain มี 5 คำถาม คือ

- 1.1 General well-being positive affect มี 2 คำถาม
- 1.2 General well-being negative affect มี 3 คำถาม

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

Domain 3 Mental quality เหลือเพียง 2 Subdomain มี 4 คำถาม คือ

- 3.1 Kindness and altruism มี 3 คำถาม
- 3.2 Self esteem มี 1 คำถาม

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

2.4 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI) ฉบับ 54 และฉบับ 15 ข้อ

2.4.1 ผลการศึกษาพบว่า TMHI-54 มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 118 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)
- 99 - 117 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)
- 98 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.4.2 ผลการศึกษาพบว่า TMHI-15 มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 35 - 45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)
- 28 - 34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)
- 27 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.5 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) โดยจำแนกตามมิติ (Domain) ของสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า

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

- 34 - 39 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป
- 27 - 33 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป
- 26 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

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

- 32 - 45 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจดีกว่าคนทั่วไป
- 25 - 31 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป
- 24 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

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

- 31 - 42 คะแนน หมายถึง คุณภาพของจิตใจดีกว่าคนทั่วไป
- 25 - 30 คะแนน หมายถึง คุณภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป
- 24 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง คุณภาพของจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป

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

- 26 - 36 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าคนทั่วไป
- 20 - 25 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป
- 19 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนน้อยกว่าคนทั่วไป

2.6 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามเพศ ผลการศึกษาพบว่า

2.6.1 TMHI-54 ของเพศชาย มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 121 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)
- 102 - 120 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)
- 101 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.6.2 TMHI-54 ของเพศหญิง มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

117 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

98 - 116 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

97 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.7 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามภาค ผลการศึกษาพบว่า

2.7.1 TMHI-54 ของภาคกลาง มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

116 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

98 - 115 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

97 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.7.2 TMHI-54 ของภาคเหนือ มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

123 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

102 - 122 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

101 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.7.3 TMHI-54 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

118 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

98 - 117 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

97 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.7.4 TMHI-54 ของภาคตะวันออก มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

117 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

98 - 116 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

97 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.7.5 TMHI-54 ของภาคใต้ มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

118 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

100 - 117 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

99 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.8 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ TMHI-54 เมื่อจำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท ผลการศึกษาพบว่า

2.8.1 TMHI-54 ของเขตเมือง มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

117 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

98 - 116 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

97 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

2.8.2 TMHI-54 ของเขตชนบท มีค่าปกติ (norm) ดังนี้

119 - 162 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

99 - 118 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

98 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

3. การศึกษาความพ้อง (agreement) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 54 ข้อ และ 15 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ค่าความพ้องระหว่าง TMHI-54 และ TMHI-15 มีค่า Kappa เท่ากับ 0.63 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ โดยมีค่า 95% CI ของ Kappa เท่ากับ 0.60 - 0.66

4. การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่าง TMHI-66 ของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ที่เคยทำการศึกษาไว้กับ TMHI ในการศึกษารุ่นนี้ ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 การศึกษายังคงแบ่งค่าปกติออกเป็น 3 ระดับเช่นเดิม คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป แต่ช่วงคะแนนของค่าปกติในแต่ละการศึกษาจะไม่เท่ากันเนื่องจากมีจำนวนข้อแตกต่างกัน โดยดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) เดิมมี 66 ข้อ แต่การศึกษานี้มี 54 ข้อ เมื่อเปรียบเทียบ TMHI-15 ของทั้ง 2 การศึกษาพบว่า มีการแบ่งค่าปกติออกเป็น 3 ระดับเช่นกันและมีค่าปกติใกล้เคียงกัน ดังนี้

- 4.1 สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป การศึกษาเดิม 33 - 45 คะแนน การศึกษารุ่นนี้ 35 - 45 คะแนน
- 4.2 สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป การศึกษาเดิม 27 - 32 คะแนน การศึกษารุ่นนี้ 28 - 34 คะแนน
- 4.3 สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป การศึกษาเดิม 26 คะแนนหรือน้อยกว่า การศึกษารุ่นนี้ 27 คะแนนหรือน้อยกว่า

อภิปรายผล

การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,404 คน จากทุกภาคของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 28.0 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 26.9 อายุเฉลี่ย 39.31 (S.D. 11.66) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.7 ค่าขาย ร้อยละ 23.0 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,001 - 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.7 จากผลการศึกษาที่ได้รับในครั้งนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ อนุรักษ์ บันตติยชาติ และคณะ (2542) ทำการศึกษาเรื่องการสำรวจระดับความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย การศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ซึ่งทำการสุ่มตัวอย่างแบบ multi - stage sampling ผลการศึกษาของทั้งสองการศึกษาก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 25 - 44 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้างและค้าขาย

สถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย และนับถือศาสนาพุทธ หากพิจารณาผลการศึกษานี้เปรียบเทียบกับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศก็พบว่าคล้ายคลึงกันในด้านเพศ ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศเป็นเพศหญิง (ชาย 31,203,000 คน หญิง 31,640,000 คน) จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 93.4 (กรมสุขภาพจิต, 2546)

2. การศึกษาความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง

2.1 จากการศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ครั้ง ตั้งแต่เริ่มต้นพัฒนาเครื่องมือฉบับร่าง (โดยพัฒนาจาก TMHI-66 จากการศึกษาเดิม) ฉบับ 80 ข้อ จนกระทั่งทำการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับการพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันจนกระทั่งได้ TMHI - 54 และ TMHI - 15 ฉบับปัจจุบัน ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ได้เครื่องมือที่ครอบคลุมทุกบริบทในแต่ละภาคของประเทศ จึงได้แต่งตั้งให้มีผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษา คณะทำงานที่มาจากตัวแทนของทุกภาค ซึ่งได้ร่วมกันทบทวนความหมายของคำจำกัดความของสุขภาพจิต Domain และ Subdomain และข้อคำถามทั้งหมด โดยให้ทุกท่านร่วมตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง ตั้งแต่เริ่มต้นพัฒนาเครื่องมือ (ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาและคณะทำงานศึกษาได้ในภาคผนวก) ก่อนจะนำไปทดลองใช้เพื่อดูความเหมาะสมของภาษาในทุกภาคของประเทศ ทั้งในรูปแบบของการทำ Focus group เฉพาะความหมายและคำถามที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ครอบครัวยุค Transcendence ตลอดจนทดลองสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับการศึกษาจริงทั่วประเทศรวม 120 ชุด จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขและให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 และ 2 จากรูปแบบการศึกษาความตรงตามเนื้อหาที่สอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่าน (ประคอง กรรณสูตร, 2538 สุชาติ ; ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540 ; จิราพร เขียวอยู่, 2543 ; Medical outcome trust, 1995) ซึ่งกล่าวว่าความตรงตามเนื้อหา เป็นการมองโดยส่วนรวมของเครื่องมือว่าแบบวัดนั้นครอบคลุมเนื้อหาที่จะวัดได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่และในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาของเครื่องมือต่างๆ ให้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาซ้ำจนได้รับการยอมรับให้นำไปศึกษาได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ก็ได้ดำเนินการเช่นกัน ตลอดจนการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ เพื่อศึกษาความเหมาะสมของภาษา จะได้ไม่เกิดปัญหาเมื่อนำไปศึกษาจริงมากนัก

2.2 ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา 2 ครั้ง เพื่อศึกษาว่าโครงสร้างใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะต้องตามทฤษฎีหรือไม่ (ประคอง กรรณสูตร, 2538 ; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540) หรือเป็นการตรวจสอบว่าสิ่งที่วัดได้จริงจากการปฏิบัติในด้านองค์ประกอบตลอดจนข้อคำถามตรงตามทฤษฎี หรือโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นมาเพียงใด ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างทั้ง 2 ครั้ง พบว่ายังคงมี Domain ทั้ง 4 Domain เช่นเดิม Subdomain เริ่มต้นจาก 21 Subdomain เหลือเพียง 15 Subdomain โดยตัด Subdomain ที่มีค่า Eigenvalue ต่ำออกไป หรือคำถามซึ่งผู้ตอบเข้าใจยาก เช่น Transcendence หรือไม่อยากตอบ เช่น Sex issue ถึงแม้ว่าทั้ง 2 Subdomain เป็นสิ่งที่สำคัญต่อสถานะสุขภาพจิตก็ตามแต่อาจต้องมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อพัฒนาเครื่องมือ ในการถามทั้ง 2 เรื่อง เพื่อให้ได้คำตอบที่แท้จริงมากกว่านี้ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า

การศึกษานี้จะเป็นการศึกษาจากตัวแทนประชากรจากทุกภาคของประเทศ แต่ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างทั้ง 2 ครั้ง ก็ยังคง 4 Domain คือ 1 Mental state 2 Mental capacity 3 Mental quality และ 4 Supporting factors เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ที่เคยทำการศึกษานี้ไว้เดิม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้พิจารณาทบทวนความตรงตามเนื้อหาทุกขั้นตอน ประกอบกับแนวคิดการวางโครงสร้างของสุขภาพจิตที่ดีของคนไทยว่าควรประกอบด้วยอะไรบ้างตามทฤษฎีและแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านประกอบกัน และนำไปศึกษาและทำการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) เป็นสถิติที่ใช้ทดสอบความถูกต้องของมาตรวัด ในกรณีที่ผู้วิจัยได้สร้างมาตรวัดขึ้นมาจากตัวแปรชุดหนึ่ง และมีการให้น้ำหนักตัวแปรตามวิธีการคิดของตน ผู้วิจัยต้องการทดสอบว่ามาตรวัดเหล่านั้น ประกอบด้วยตัวแปรตามที่คิดไว้หรือไม่ และน้ำหนักของตัวแปรแต่ละตัวที่รวมกันเป็นมาตรวัดประกอบเป็นไปตามที่คิดไว้หรือไม่ เมื่อนำตัวแปรเหล่านั้นมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย ถ้าผู้วิจัยพบว่าทุกสิ่งเป็นไปตามที่คิดและกำหนดไว้แสดงว่ามาตรวัดที่สร้างขึ้นมาจากตัวแปรต่างๆ นั้นมีความถูกต้อง การใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัยในลักษณะเช่นนี้เรียกว่า การวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อการยืนยัน (Confirmatory factor analysis) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2545 ; Basilevsky A, 1994) การศึกษาความตรงตามโครงสร้างทั้ง 2 ครั้ง จึงเป็นการทบทวนแนวคิดที่ต้องการวัดกับการศึกษาจริง ประกอบกับการปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญ (Portney, Watkins, 1993 ; Streiner, Norman, 1995)

ผลการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ อาจได้ผลแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ เช่น สุชีรา ภัทรอุดวรรัตน์ และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษารอง การสร้างเกณฑ์ปกติ สำหรับการวัดสุขภาพจิตในคนไทย ซึ่งพัฒนาเครื่องมือตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามที่ทำการพัฒนามีค่าอำนาจจำแนก ระหว่างคนปกติและกลุ่มมีปัญหาทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยแบ่งหมวดของคำถามออกเป็น 5 หมวด (70 ข้อ) คือ Somatization, Depression, Anxiety, Psychotic และ Social function จะเห็นได้ว่าการศึกษาของ สุชีรา พัฒนามาจากการไม่เป็นโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV จึงนับได้ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดี กล่าวคือ ไม่มีปัญหาทางจิต ถือว่าสุขภาพจิตดี จะสังเกตได้จากหมวดคำถามเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคเกือบทั้งสิ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ในด้านการเริ่มต้นพัฒนาเครื่องมือ โดยสร้างกรอบแนวคิดของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเป็นจุดเริ่มต้น และผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เก็บจากกลุ่มประชากรทั่วไปในทุกภาคของประเทศ ซึ่งแตกต่างจาก สุชีรา ภัทรอุดวรรัตน์ และคณะ (2542) ที่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาเครื่องมือในครั้งนี้ต้องการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินสุขภาพจิตคนทั่วไป ซึ่งอาศัยอยู่ในสังคม ชุมชน ฉะนั้นการพัฒนาเครื่องมือนี้จึงพัฒนาให้ใกล้เคียงกับสิ่งที่ต้องการวัดจริงในประชากรทั่วไปในประเทศไทย ซึ่งถ้าหากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชในช่วงการพัฒนาเครื่องมือ อาจมีปัญหาส่งผลกระทบต่อค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ทำให้ค่าคะแนนต่ำกว่าปกติเพราะมีการรวมคะแนนของคนที่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชไปด้วย การศึกษาครั้งนี้จึงไม่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทางจิตเวช

ผลการศึกษาดัชนีชี้วัดอาจใกล้เคียงกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน เช่น การศึกษาของ Sell and Nagpal (1992) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่อง Assessment of Subjective Well-being เป็นการศึกษาวิจัย เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินความผาสุกของบุคคล โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็นรู้สึกเป็นสุขและไม่เป็นสุข โดยเริ่มต้นคำถามที่ 130 ข้อ ลดลงเหลือ 40 ข้อ แต่สามารถให้ผลการประเมินที่ใกล้เคียงกัน สำหรับโครงสร้างของเครื่องมือนี้ ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ คือ 1) General well-being positive affect 2) Expectation achievement 3) Confidence in coping 4) Transcendence 5) Family group support 6) Social support 7) Primary group concern 8) Inadequate mental mastery 9) Perceived ill-health 10) Deficiency in social contacts 11) General well-being negative affect ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มีองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นเกือบทุกข้อ ทั้งในลักษณะที่เหมือนกันและใกล้เคียงกัน เพราะได้นำองค์ประกอบของเครื่องมือ Subjective well-being ตลอดจนคำถามต่างๆ มาปรับใช้ในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยแต่แยกอยู่ตาม Domain ต่าง ๆ อาจแตกต่างกันในองค์ประกอบที่ 4 Transcendence ซึ่งการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจะเรียกองค์ประกอบนี้ว่า ความศรัทธา (Faith) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Transcendence เท่านั้น แต่ในความหมายของประสบการณ์ความรู้สึที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งสะท้อน ความรู้สึกเป็นสุข เข้าใจชีวิต เห็นคุณค่าในชีวิตตนเองและผู้อื่นจากการศึกษาครั้งนี้ คำถามที่ใช้ในการศึกษา ยังไม่สามารถสะท้อนคำตอบที่แท้จริงตามที่ต้องการได้ จึงตัดคำถามในส่วนนี้ออกไป เหลือคำถามที่เกี่ยวข้องกับความศรัทธาเท่านั้น อย่างไรก็ตามการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อัดดพงศ์ ถนิมพาสน์ (2545) ซึ่งทำการศึกษาร่องการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยภาคใต้ ซึ่งได้เพิ่มเติม Subdomain เรื่องที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality / Religion / Personal belief) เพราะเป็นเรื่องที่สำคัญในบริบทสังคมไทย จึงคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ คือ Subdomain Faith นั่นเอง นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบที่ 10 Deficiency in social contacts ซึ่งไม่มีอยู่ในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย เนื่องจากมีคำถามอยู่ใน Subdomain 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) เรียบร้อยแล้ว

WHO group (1994) ได้ทำการศึกษาแบบวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 5) ด้านสิ่งแวดล้อม 6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย สำหรับด้านร่างกาย ด้านจิตใจของแบบวัดคุณภาพชีวิตจะรวมอยู่ใน Domain 1 สภาพจิตใจ สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ในข้อ 4, 5 และ 6 จะรวมอยู่ใน Domain คุณภาพจิตใจ และ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุนในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย สำหรับจุดที่แตกต่างกันพบได้ใน Domain ที่ 2 สมรรถภาพด้านจิตใจ ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตไม่ได้จำแนกไว้อย่างชัดเจน เหมือนกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย แต่อย่างไรก็ตามคำถามหลายคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้มีการปรับเปลี่ยนและนำมาสร้างเป็นคำถามในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

นอกจากนี้ผลการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มีวิธีการศึกษาใกล้เคียงกับ อัมพร โอตระกูล และคณะ (2540) เรื่อง The Development of Mental Health Indicator โดยได้พัฒนาเครื่องมือจากการกำหนดคำนิยามความหมายของคำว่า สุขภาพจิต องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต จากนั้นนำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความตรงร่วมสมัย และค่าปกติกของคนไทย แต่ผลการศึกษาออกมาแตกต่างกัน เนื่องจากจุดเริ่มต้น คือ ความหมายของคำว่า สุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

อัมพร โอตระกูล และคณะ ได้ศึกษาจากคำนิยามของคำว่า สุขภาพจิต คือ สภาพจิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิสัยทัศน์ มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออก ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ภายใต้อสภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง

อภิชัย มงคล และคณะ ได้กำหนดคำนิยามความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ผลการศึกษาของ อัมพร โอตระกูล และคณะ มีองค์ประกอบของสุขภาพจิต 3 Domain คือ

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

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษานี้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยการมองสุขภาพจิตโดยรวม ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม บุคลิกภาพ สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยโดยตรงที่มีผลต่อจิตใจ โดยรวบรวมแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและนักวิชาการหลายท่าน มารวบรวมวิเคราะห์เพื่อสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในแง่มุมต่างๆ โดยตรง Domain สำคัญ ที่อาจแตกต่างจากการวิจัยของนักวิชาการอื่นๆ คือ สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และคุณภาพของจิตใจ (Mental quality)

เมื่อพิจารณาผลการศึกษานี้กับการศึกษาของ Ware and Gandek (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) โดยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและประเมินผลการใช้ SF-36 ในการสำรวจสุขภาพโดยการวัดภาวะสุขภาพทั่วไป จำนวน 36 ข้อ เครื่องมือนี้แบ่งออกเป็น 2 หมวดใหญ่ๆ คือ การวัดภาวะสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ซึ่งมี Scales ย่อยในการวัด Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, และ General Health สำหรับการวัดภาวะสุขภาพกายและมี Scales ในการวัด Vitality, Social Functioning, Role Emotional และ Mental Health สำหรับหมวดของการวัดสุขภาพจิต เมื่อพิจารณา SF-36 กับการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยนี้ ความแตกต่างใน Scales ที่ถามและคำถาม (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 2) จะเน้นในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสำเร็จของการทำงาน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นคำถามส่วนหนึ่งใน Domain 1 Mental state Domain 2 Mental capacity ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยเท่านั้น

จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจะมีความครอบคลุมในการวัดผู้มีสุขภาพจิตดีมากกว่าอีก 2 Domain คือ Domain ที่ 3 Mental quality, Domain 4 Supporting factors ทั้งนี้อาจเนื่องจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยสร้างขึ้นภายใต้บริบท (context) ของสังคมไทย ซึ่งเป็นสังคมของคนที่มีศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ เป็นสังคมของการทำบุญทำทาน เสียสละ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ภายใต้กรอบความเชื่อตามหลักศาสนาพุทธ ตลอดจนเป็นลักษณะของสังคมไทยที่อยู่กันแบบครอบครัวขยายระบบเครือญาติ และสังคมที่ผูกพันรู้จักกันระหว่างคนในชุมชน หมู่บ้าน หรือสังคม จึงทำให้เกิด Domain ที่ 3 และ 4 ขึ้นภายใต้คำจำกัดความของ “สุขภาพจิต” ของสังคมไทยที่นิยมขึ้นในการศึกษา

สรุปผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย มี Domain 4 Domain คือ 1) Mental state 2) Mental capacity 3) Mental quality และ 4) Supporting factors ในการสร้างแบบวัดครั้งนี้ ภายใต้การนิยาม สุขภาพจิต มิติของสุขภาพจิต โดยอิงจากตำราทาง วิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ บริบทของสังคมไทย และวิธีการทางสถิติ ผลการศึกษาอาจได้ผลแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ เนื่องจากมีจุดเริ่มต้นของการสร้างเครื่องมือที่แตกต่างกัน การศึกษานี้จึงครอบคลุมแนวคิดของผู้มีสุขภาพจิตดีเป็นหลักในการเริ่มต้นสร้างเครื่องมือ ซึ่งอาจจะแตกต่างจากนักวิชาการหลายท่าน ที่ได้ทำการศึกษาเครื่องมือในการวัดสุขภาพจิตเอาไว้ (พัฒนาเครื่องมือจากคู่มือในการวินิจฉัยโรค เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เป็นต้น) หรืออาจใกล้เคียงกัน แต่จากการศึกษานี้ได้พยายามพัฒนาเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนมากที่สุด โดยศึกษาผลการพัฒนาเครื่องมือของการวิจัยหลายเรื่องที่ผ่านมา ประกอบในการศึกษาครั้งนี้ภายใต้บริบทสังคมไทย เพื่อให้เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่สมบูรณ์ที่สุด อย่างไรก็ตามวิธีการศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาเช่นเดียวกับ Chambers, et al (1980) ซึ่งได้ทำการศึกษาเครื่องมือในการวัดสุขภาพชื่อว่า McMaster Health Index Questionnaire และอัมพร โอตะระกุล และคณะ (2540) ซึ่งได้ทำการศึกษาโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา การทบทวนงานวิจัย คำจำกัดความ โดยมีการระดมสมองจนกระทั่งได้คำจำกัดความและมิติของเครื่องมือที่ต้องการพัฒนา

เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของมิติของสุขภาพจิตดี มี 4 มิติเช่นเดิม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวนทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบกับการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษา ความตรงตามโครงสร้าง (Portney, Watkins, 1993 ; Streiner, 1995) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแนวทางนี้ ตั้งแต่การศึกษาในครั้งแรกและครั้งนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการศึกษาความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-related validity) ทั้งในส่วนของการศึกษาความตรงร่วมสมัย (Concurrent validity) เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาว่า ในขณะนี้เครื่องมือในการประเมินสถานะสุขภาพจิตของคนไทยที่มีมิติครบถ้วนของการมองคนที่สุขภาพจิตดี ในประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือใดสมบูรณ์เท่ากับ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ เนื่องจากเครื่องมืออื่นๆ อาจมีเฉพาะมิติด้านการเจ็บป่วย ด้านร่างกาย จิตใจเป็นตัววัดว่า สุขภาพจิตดีหรือไม่ หรือเป็นองค์ประกอบเฉพาะทัศนคติที่มีต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมเท่านั้น หรืออาจมีหลายมิติแต่มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในวงจำกัด ไม่ได้ทำการศึกษาจากทุกภาคของประเทศ หรือหากจะมี

เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพจิตที่อาจสมบูรณ์ก็เป็นเครื่องมือจากต่างประเทศ ซึ่งยังไม่ผ่านการพัฒนาในประเทศไทยมาก่อน (Chambers, et al, 1980 ; Ware, et al, 1983 ; Sell and Negpal, 1992) จึงไม่สามารถนำมาศึกษาความตรงร่วมสมัยได้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จึงมีความเห็นตรงกันว่าไม่ต้องทำการศึกษาความตรงร่วมสมัยในการศึกษาครั้งนี้ เพราะในการศึกษาความตรงร่วมสมัยได้ เครื่องมือที่นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กันต้องเป็นเครื่องมือมาตรฐาน เพื่อให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ได้ผลการวัด (ซึ่งกระทำในช่วงเวลาเดียวกัน) ตรงกับเครื่องมือมาตรฐานมากที่สุด จึงจะเรียกว่าเครื่องมือที่มีความตรงร่วมสมัย เพื่อต่อไปจะนำเครื่องมือใหม่นี้ไปใช้ทดแทน เครื่องมือมาตรฐาน (Streiner, Norman, 1995) และในการศึกษาครั้งนี้ก็ไม่ได้ทำการศึกษาความตรงในการทำนาย (Predictive validity) เช่นกัน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการศึกษามาก เพื่อศึกษาว่าผลการวัด ที่ได้จากเครื่องมือหนึ่งซึ่งทำการวัดในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์สูงกับตัววัดเกณฑ์ (criterion) ที่วัดในโอกาสต่อไป แสดงว่าเครื่องมือหนึ่งมี predictive validity หรือเครื่องมือหนึ่งทำนายค่าของตัววัดเกณฑ์ในอนาคตได้ (จิราพร เขียวอยู่, 2543) อย่างไรก็ตามหากไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา ก็ควรทำการศึกษาว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ หากผลการวัดว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ต่อไปในอนาคตจะเกิดปัญหาหรือโรคทางจิตเวชอะไรได้บ้าง แต่ต้องดำเนินการภายใต้จริยบรรณของนักวิจัย

3. ผลการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เป็นการศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ TMHI-54 ผลการศึกษาพบว่า เนื่องจาก TMHI-54 เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตฉบับสมบูรณ์ที่มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยจำแนกตาม Domain ดังนี้ Domain 1 Mental state ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (cronbach's alpha) เท่ากับ 0.83 Domain 2 Mental capacity เท่ากับ 0.81 Domain 3 Mental quality เท่ากับ 0.86 และ Domain 4 Supporting factors เท่ากับ 0.83 สำหรับผลการศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ TMHI-15 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นของ TMHI ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่อนข้างสูงเป็นที่ต้องการหรือยอมรับ โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.80 ขึ้นไป (ยุวดี ภาฯา และคณะ, 2531 ; จิราพร เขียวอยู่, 2543 ; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540 ; Streiner, Norman, 1995) และหากพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาค่าความเชื่อมั่น ในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ พบว่าค่าความเชื่อมั่นสูงกว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับปี พ.ศ. 2544 เกือบทุกค่า ยกเว้นใน 2 Domain ที่ต่ำกว่าเดิม คือ Domain 1 Mental state จากค่าความเชื่อมั่นเดิมมีค่า 0.86 การศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.83 Domain 2 Mental capacity จากค่าความเชื่อมั่นเดิม 0.83 การศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.81

4. การหาค่าปกติ (norm) ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยศึกษาจากประชากรที่อาศัยอยู่ในทุกภาคของประเทศ ซึ่งมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต. ระดับ 1 - 5 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิตว่า ผู้ใดอยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี โดยอาศัยใช้กลุ่มคนเป็นมาตรฐาน (Normative Model) โดยให้ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มปกติที่อยู่ในช่วงตรงกลางเป็นกลุ่มที่กำหนดเกณฑ์การตัดสินว่าอยู่ในระดับปกติ ส่วนกลุ่มที่อยู่ต่ำกว่าระดับปกติจะกำหนดเกณฑ์การตัดสินว่ามีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น (Kisker, 1972)

อ้างถึงใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) การศึกษานี้ไม่ได้ใช้การตรวจวินิจฉัยของแพทย์ว่า ตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นใดมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มาเป็น gold standard หรือการตรวจมาตรฐาน เพราะแพทย์จะมีความเชี่ยวชาญในด้านการวินิจฉัยโรคตามหลักของ ICD 10 (International Classification of Diseases 10) แต่อาจไม่สามารถวินิจฉัยคนทั่วไปว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ Normative Model หรืออิงกลุ่มคนเป็นมาตรฐานไม่ได้อิงทฤษฎีการเกิดโรค หรือ The Disease Model เป็นมาตรฐาน ดังได้กล่าวไว้แล้วตั้งแต่ต้น ฉะนั้นในการหาค่าปกติในการศึกษานี้จะใช้กลวิธีทางสถิติ พิจารณาร่วมกับการประชุมของผู้ทรงคุณวุฒิ

เนื่องจากการศึกษานี้ผลการทดสอบชุดข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบใด เพื่อเลือกใช้สถิติในการหาค่าปกติ (norm) ได้อย่างเหมาะสม จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่ามีการกระจายแบบไม่ปกติ (Non-normal distribution) ฉะนั้นในการหาค่าปกติทั้งในดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ TMHI-54 ฉบับสั้น TMHI-15 จึงใช้ค่า Median, percentile 75th, percentile 25th เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (ยูวดี ฤาชา และคณะ, 2531 ; อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2534) โดยกำหนด เกณฑ์มาตรฐานว่าผู้ที่มิจะแนอยู่ในช่วง Percentile 25th ถึง Percentile 75th อยู่ในกลุ่มปกติเหมือนกับคนทั่วไป (good) และต่ำกว่า Percentile 25th ถือว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor) ทั้งนี้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกันในการหาค่าปกติของแต่ละ Domain หรือจำแนกค่าปกติตามเพศ ตามภาคต่างๆ ของประเทศ และตามเขตเมืองและเขตชนบท

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ware, et al. (1994) ซึ่งทำการศึกษารื่อง SF-36 Health survey manual and interpretation guide โดยศึกษาค่าปกติของคนทั่วไปในสหรัฐ (U.S.A General Population Norms) จำนวน 2,474 และการศึกษาของ Stevenson (1995) ได้ทำการศึกษารื่อง MOS SF-36 questionnaire-interim Australian norm โดยใช้ SF-36 ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ของประเทศออสเตรเลีย จำนวน 6,823 คน เพื่อศึกษาหาค่าปกติของคนทั่วไป จากผลการศึกษาของทั้ง 2 การศึกษา ได้มีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล Percentile 25th, 50th, 75th มาพิจารณาหาค่าปกติร่วมด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามาจากประชากรทั่วไป เช่นเดียวกัน และมีลักษณะการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติเหมือนกัน

ผลการศึกษาค่าปกติในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย อาจแตกต่างจากการศึกษาของ สุชีรา ภัทรอาวุธวรรณ์ และคณะ (2542) ที่ทำการศึกษารื่องการสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย เพื่อให้ได้เกณฑ์ในการวิเคราะห์และการตีความหมายผลการทดสอบ แต่ใช้วิธีการหาค่าเกณฑ์ปกติ โดยใช้คะแนนมาตรฐานที่ และการหาค่าอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและกลุ่มมีปัญหาทางจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า มีค่าอำนาจจำแนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาของสุชีรา และคณะ พัฒนาเครื่องมือมาจาก DSM-IV และในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มคนปกติ และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาจากประชากรทั่วไป เช่น การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้

เนื่องจากในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้ได้ศึกษาจำแนกค่าปกติ (norm) แบ่งตามองค์ประกอบ เพศ ภาคที่อยู่อาศัย เขตเมืองและเขตชนบทด้วย เพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถใช้ค่าปกติเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาภาวะสุขภาพจิตของแต่ละกลุ่มคนที่ต้องการศึกษาได้ตามความต้องการ หรือวัตถุประสงค์ของการศึกษาทั้งนี้เนื่องจากนักวิชาการเชื่อว่า ปัจจัยด้านระบาคติวิทยาต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชย่อมมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ทั้งด้านลักษณะประชากร เช่น เพศ จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งทางด้านภูมิศาสตร์ สังคม วัฒนธรรมและถิ่นที่อยู่อาศัย (อัมพร โอตระกูล, 2536 ; จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

5. การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 54, 15 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า TMHI-54 และ TMHI-15 มีค่าความพ้องในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพจิตตรงกันมีค่าเท่ากับ 0.63 ซึ่งอยู่ในระดับเกือบดี (0.61 - 0.80 หมายถึง เกือบดี หรือ Substantial จาก Landis & Koch, 1997) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ TMHI -15 มีการตัดตอนมาจาก TMHI ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ โดยคำนึงข้อคำถามที่เหลือใน TMHI-15 จะต้องมีการครอบคลุมทุก Domain ของสุขภาพจิตและคัดเลือกคำถามที่มาจาก Subdomain ให้เป็นตัวแทนของคำถาม ซึ่งสามารถได้คำตอบที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับความหมายของ Subdomain และ Domain นั้นๆ จึงทำให้ค่า agreement ระหว่าง TMHI-54 และ TMHI-15 มีความพ้องหรือความสอดคล้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตได้ตรงกันในระดับเกือบดี นอกจากนี้ในการพิจารณาตัดข้อคำถามในแต่ละข้อ จะพิจารณาโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยพิจารณาจากค่า eigenvalues ด้วย ซึ่งจะพิจารณาคำถามที่เหลือใน TMHI-15 จะต้องสะท้อนความหมายของ Domain นั้นๆ ได้อย่างชัดเจนและมีค่า eigenvalues ของคำถามที่เหลือที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรได้เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 50 วิธีการดำเนินการดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับ จิราพร เขียวอยู่ (2543) และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2545) ที่กำหนดว่าค่า eigenvalues ของคำถามที่เหลือควรสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรได้มากกว่า ร้อยละ 60 ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษามีความเห็นตรงกัน คือ ร้อยละ 50 ก็สามารถยอมรับได้ เนื่องจากมีเงื่อนไขว่าฉบับสั้นไม่ควรเกิน 15 ข้อจะได้ไม่แตกต่างกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นชุดเดิมที่เคยทำการศึกษาไว้ และค่า eigenvalues ของคำถามที่เหลือในฉบับสั้นของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรได้มากกว่าร้อยละ 60.0 มี 2 Domain คือ Domain 1 Mental state มีค่า eigenvalues ร้อยละ 75.0 และ Domain 3 Mental quality มีค่า eigenvalues ร้อยละ 75.0 เช่นกัน มีเพียง 2 Domain ที่มีค่า eigenvalues ร้อยละ 50.0 คือ Domain 2 Mental capacity และ Domain 4 Supporting factors มติที่ประชุมจึงยอมรับได้ในข้อสรุปนี้

6. การเปรียบเทียบค่าปกติ (norm) ระหว่าง TMHI ของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) และ TMHI ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความแตกต่างในหลายด้าน ดังนี้

6.1 ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษา และผู้วิจัยภาคสนาม นำมาจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตจากทุกภาคของประเทศ ซึ่งต่างจากการศึกษาในปี 2544 ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ

6.2 ศึกษาจากตัวแทนประชากร 5 ภาคของประเทศ คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ รวม 30 จังหวัด และในการศึกษารั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าเดิม ดังนี้

การศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	
	TMHI ปี พ.ศ. 2544	ในการศึกษารั้งนี้
ความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 1	1,505 (ตัวแทนจาก 4 จังหวัด)	2,024 (ตัวแทนจาก 15 จังหวัด)
ความตรงตามโครงสร้าง ครั้งที่ 2	1,429 (ตัวแทนจาก 6 จังหวัด)	2,404 (ตัวแทนจาก 15 จังหวัด)

6.3 ผลการศึกษารั้งนี้ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยยังประกอบด้วย 4 Domain เช่นเดิม แต่จะแตกต่างกันใน Subdomain ดังนี้ (ศึกษารายละเอียดในภาคผนวก)

การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย	ปี พ.ศ. 2544	ในการศึกษารั้งนี้	หมายเหตุ
ฉบับสมบูรณ์	มี 20 Subdomain	มี 15 Subdomain	Subdomain ที่ตัดออกไปในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ 1. Body image and appearance 2. Activities of daily living 3. Altruism ขุบรวมกัน Subdomain เดียวกับ Kindness 4. Recreation 5. Physical environment
ฉบับสั้น	มี 15 Subdomain	มี 6 Subdomain	Subdomain ที่ตัดออกไปในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ 1. Perceived ill-health and mental illness 2. Body image and appearance 3. Interpersonal relationship 4. Expectation achievement congruence 5. Inadequate mental mastery

การศึกษาดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทย	ปี พ.ศ. 2544	ในการศึกษาครั้งนี้	หมายเหตุ
			6. Activities of daily living 7. Family group support 8. Social support 9. Physical safety and security 10. Recreation มีการตัด Subdomain ออก 10 หมวด และเพิ่ม Subdomain อีก 1 หมวด คือ Family support การศึกษาครั้งนี้จึงเหลือ 6 Subdomain

หมายเหตุ รายละเอียดศึกษาได้ในภาคผนวก

6.4 การกำหนดเกณฑ์ ซึ่งเป็นค่าปกติในการศึกษานี้จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2544) ในการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับเดิมที่เคยทำการศึกษาไว้ และสอดคล้องกับ Kisker (1972 อ้างถึงใน สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) กล่าวว่า หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดสินภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ และพิจารณาว่าสิ่งใดปกติหรือไม่ดีนั้น มีเกณฑ์การตัดสินได้หลายรูปแบบ การใช้กลุ่มคนเป็นมาตรฐาน (Normative Model) เช่นเดียวกับการศึกษานี้ ก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่นิยมกำหนดใช้เป็นมาตรฐานได้เช่นกัน ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ทั้ง 2 การศึกษาไม่สามารถนำคะแนนในแต่ละกลุ่ม ซึ่งแบ่งออกเป็นภาวะสุขภาพจิต 3 ระดับมาเปรียบเทียบกันได้เนื่องจากจำนวนข้อแตกต่างกัน โดยการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ.2544 มีจำนวน 66 ข้อ แต่การศึกษานี้มี 54 ข้อ ฉะนั้นคะแนนแต่ละช่วงจะไม่เท่ากัน แต่หากทำให้คะแนนแต่ละช่วงเท่ากันโดยคิดเป็นร้อยละ จะพบว่าทั้ง 2 การศึกษาจะมีช่วงคะแนนเกือบเท่ากันทุกประการ จึงอาจกล่าวได้ว่าในการศึกษาในปี 2544 ที่เคยทำการศึกษาไว้ก็สามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนของระดับประเทศได้ ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบค่าปกติระหว่าง TMHI-66 และ TMHI-54

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คนไทย	สุขภาพจิตดี กว่าคนทั่วไป (ร้อยละ)	สุขภาพจิต เท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ)	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ)
TMHI-66 (ฉบับเดิม)	72 - 100	62 - 71	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 61
TMHI-54 (ฉบับใหม่)	73 - 100	61 - 72	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60

เมื่อเปรียบเทียบ TMHI ฉบับสั้นของทั้ง 2 การศึกษาพบว่า สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปอยู่ในช่วง 33 - 45 คะแนน (ของอภิชัย มงคล และคณะ, 2544) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 27 - 32 คะแนน สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 26 คะแนน หรือน้อยกว่า ซึ่งมีคะแนนน้อยกว่าการศึกษารั้งนี้เพียง 1 - 2 คะแนน คือ 35 - 45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 28 - 34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 27 คะแนน หรือน้อยกว่าสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จะสังเกตได้ว่ามีช่วงคะแนนในแต่ละกลุ่มต่างกันเพียงเล็กน้อย (ศึกษารายละเอียดในตารางที่ 27)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จากการศึกษานี้มีทั้งหมด 2 ชุดด้วยกัน คือ ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ ฉบับสั้น 15 ข้อ การนำเครื่องมือทั้ง 2 ชนิดควรนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 15 - 60 ปี และจะใช้เครื่องมือชนิดใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการศึกษา โดย

1.1.1 ถ้าต้องการนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาวิจัยในกลุ่มที่มีความรู้หรือมีการศึกษา และต้องการได้ผลการศึกษาที่สมบูรณ์ครบถ้วนตรงกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามากที่สุด การใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 54 ข้อ จะให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องและสมบูรณ์ตามมิติของสุขภาพจิต (Domain) มากกว่า

1.1.2 แต่ถ้าต้องการนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย หรือต้องการความรวดเร็วในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก็สามารถนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 15 ข้อ ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก็ได้ แต่อาจมีข้อจำกัดคือ TMHI-15 ข้อ มีค่าความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลอยู่ในระดับเกือบดี เมื่อเปรียบเทียบกับ TMHI-54 ก็อาจไม่สมบูรณ์ ครบถ้วนเท่ากับการใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับ 54 ข้อ

1.2 คำถามในส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย เป็นการให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ผู้ตอบต้องประเมินด้วยตนเอง (self assessment) ว่าสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้นกับตนเองมากที่สุด มาก เล็กน้อย หรือไม่มีเลย ซึ่งตรงกับตนเองมากที่สุดอยู่ในระดับใด ข้อมูลในส่วนนี้จะสอดคล้องกับภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้น หรือไม่ ขึ้นอยู่กับการตอบว่าตอบด้วยความจริงใจ ไม่ปิดบัง

1.3 กรมสุขภาพจิตควรนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยไปทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนไทยทั่วประเทศ เพื่อจะได้ทราบสภาพปัญหาในปัจจุบันว่า คนไทยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด

1.4 เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการนำไปใช้ในชุมชน หรือกลุ่มคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อช่วยคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และวางแผนให้การช่วยเหลือ อันจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อาจตามมาได้

1.5 การใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยหากเป็นการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำการสัมภาษณ์จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกทักษะ และทำความเข้าใจเครื่องมือนี้เป็นอย่างดี และจะต้องสัมภาษณ์ด้วยจิตใจที่ปราศจากอคติใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น ในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ที่ยากจน มีรายได้น้อย แต่หากตอบว่าตนเองรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด ก็หมายถึงเป็นความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ตอบอย่างนั้นจริงๆ มิได้หมายความว่า ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตจะเกิดขึ้นในคนที่มิมีฐานะร่ำรวยเท่านั้น เป็นต้น

1.6 หน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนต่างๆ ที่ต้องการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรหรือประชาชนในความรับผิดชอบ หากต้องการการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มคนเหล่านี้ซ้ำอีกครั้ง เพื่อศึกษาว่าระดับสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ ควรประเมินสภาวะสุขภาพจิตห่างกันจากครั้งแรกที่ประเมินไว้อย่างน้อย 1 เดือน

1.7 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการศึกษารุ่นนี้ ได้ทำการศึกษาโดยจำแนกค่าปกติออกเป็นหลายกลุ่ม เช่น จำแนกตามมิติ (Domain) ตามเพศ ตามภาคต่างๆ ของประเทศ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ และยังจำแนกตามเขตเมือง และเขตชนบทด้วย ฉะนั้นผู้ที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้สามารถเลือกใช้ค่าปกติตามความต้องการ หรือวัตถุประสงค์ในการศึกษาของตนเอง

1.8 การนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ไปทำการศึกษาร่วมกันกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่เดียวกัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตในพื้นที่ที่ทำการศึกษาระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยระดับบุคคล และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันหรือไม่

2.2 ควรมีการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยต่อไป ในด้านการศึกษาความตรงในการทำนาย (Predictive validity) เนื่องจากหากทำการศึกษาความตรงในการทำนายได้สำเร็จในการศึกษารุ่นต่อไป ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการทำนายว่า ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในระดับใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช โรคอะไรได้บ้าง

2.3 การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยแต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรอิสระ (independent variable) อยู่ในส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวแปรตาม (dependent variable) คือ ภาวะสุขภาพจิต ฉะนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้วย

2.4 การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในระดับต่อไป ควรทำการศึกษาร่วมกับการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดในค่าปกติของคนไทย เช่น ถ้าค่าคะแนนอยู่ในกลุ่มของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ควรช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นอย่างไร และควรรับการบำบัดรักษา ณ สถานบริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง ในการกำหนดรูปแบบดังกล่าวควรทำการศึกษาดูว่าได้ผลดีตามที่ต้องการหรือไม่ และมีการนำดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยไปวัดซ้ำอีกครั้งเพื่อประเมินผลว่า ภาวะสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่

2.5 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้มีการศึกษา ค่าปกติในแต่ละมิติ (Domain) ได้แก่ Domain 1 สภาพจิตใจ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน ในการศึกษาร่วมต่อไปควรมีการศึกษาร่วมกับการพัฒนาแนวทางพัฒนาตนเองในแต่ละมิติด้วย หากผลการศึกษาพบว่าค่าปกติในแต่ละมิติ อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป จากนั้นมีการประเมินซ้ำภายหลังการพัฒนาตนเองแล้ว เพื่อศึกษาดูว่าระดับคะแนนสูงขึ้นกว่าเดิมหรือไม่

2.6 ทำการวิจัยต่อไปว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยทางคลินิกได้ด้วย

บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา, 2540.
- กรมสุขภาพจิต. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 - 2546. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546.
- กองราชการส่วนตำบล กรมการปกครอง. ข้อมูลสภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ประจำปี 2545. กรุงเทพฯ : กรมการปกครอง, 2545.
- เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. สรุปรายงานการวิเคราะห์ นิยามความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิต. นนทบุรี : สถาบันสุขภาพจิต, 2537.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2543.
- จิราพร เขียวอยู่. การวิเคราะห์องค์ประกอบหลักและการวิเคราะห์ปัจจัย (Principle Components and Factor Analysis). ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
- _____. โครงการอบรมระยะสั้นและการประชุมเชิงปฏิบัติการประจำปี 2543 หลักสูตร การสร้างมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- จุมภฏ พรหมสีดา และปรีชา สุวักบุตร. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต สารเสพติดและการติดสุราในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี ค.ศ. 1998 - 2000. วารสารจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2546 ; 5(2) : 9 - 15.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2541.
- ชนนาค วรรณพรศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของพยาบาลในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวัลภา วงศ์สารศรี. ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการตรวจ วินิจฉัยของแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543 ; 45(3) : 261 - 70.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : B & B Publishing, 2537.
- บุญวดี เพชรรัตน์. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา : เทมการพิมพ์, 2539.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์, 2530.
- ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2522.
- พิพัฒน์ ถักยมจิรกุล. เครื่องมือการวิจัย : เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์, 2544.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, พรึ่มเพรา ดิษยวณิช และจำลอง ดิษยวณิช. เครื่องวัดทางจิตเวช : ข้อควรพิจารณาสำหรับผู้ใช้. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544 ; 46(2) : 127 - 36.
- ยุวดี ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุฒวันนะ, รุจิเรศ ธนุรักษ์. คู่มือวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิกตอรี เพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2531.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : บริษัทอักษรเจริญทัศน์จำกัด, 2539.
- วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ดันอ้อ แกรมมี่ จำกัด, 2539.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เลียงเชียง, 2540.
- _____. การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล. กรุงเทพฯ : เฟื่องฟ้า พรินต์จำกัด, 2545.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, กนกรัตน์ สุขดังคะ. การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542 ; 44(4) : 285 - 96.
- สุริภรณ์ สมคะเนย์. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของสตรีวัยกลางคนในชุมชนเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการแพทย์จิตเวช. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ป๋อง, 2527.
- _____. รายงานวิจัยเรื่องเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2530.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2542 - 2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าพสดุภัณฑ์, 2545.
- อภิชัย มงคล, จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, วัชนี หัตถพนม และจรัญ อึ้งสำราญ. สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา, 2544.
- อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา, 2544.
- อภิสิทธิ์ ช่างวรารุณ. เกริ่นนำ. วารสารคำคุณ 2542 ; 9 : 3.
- อรรถพงศ์ ถนิมพาสน์. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยภาคใต้ (ระดับบุคคล). สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2545.

- อนุรักษ์ บันทิตยชาติ, ธรณินทร์ กองสุข, พนมศรี เสาร์สาร และคณะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2542.
- อัมพร โอตระกูล. ปัจจัยด้านระบาดวิทยาต่อการเกิดโรคทางจิตเวช. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 230 - 36.
- _____. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์ดี, 2540.
- อัมพร โอตระกูล, ชรินทร์ เจริญกุล, ชูชัย สมितिไกร, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล และมยุรี กลับวงศ์. การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- อรุณ จีรวรรณกุล. การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการวัดการกระจาย. ใน : อรุณ จีรวรรณกุล, บรรณาธิการ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา, 2534.
- American Psychiatric Association. A psychiatric glossary. 5th ed. Washington : American Psychiatric Press, 1980 : 89.
- Amon J, Brown T, Hogle J, MacNoil J, et al. Behavioral surveillance surveys: guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. New York : Family Health International, 2000.
- Basilevsky A. Statistic factor analysis and related methods : theory and applications. New York : John Wiley & Sons, 1994.
- Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. World Health Statistics Quarterly 1991 ; 44 : 98 - 106.
- Berkman PL. Measurement of mental health in a general populations survey. Am J Epidemiol. 1971 ; 92 : 105 - 11.
- Bohlander, R. et al. eds. Emotional and mental health. In : Macmillan health encyclopedia 5. New York : Macmillan, 1993.
- Bowling A. Measuring health : a review of quality of life measurement scales. Philadelphia : Open University Press, 1991.
- Burgess, AW. Psychiatric nursing in the hospital and the community. 5th ed. California : Appleton & Lange, 1990.
- Chambers LA, et al. The McMaster health index questionnaire (MHIQ) methodologic documentation and report of the second generation of investigations. Hamilton, Ontario : McMaster Univesity, 1982.

- Comanche County Health Department. Leading health indicator : mental health. Available from. [http://www.health.state.ok.us/chds/comanche/Healthy com/Mental % 20 Health/Mental Health.htm](http://www.health.state.ok.us/chds/comanche/Healthy%20Health/MentalHealth.htm). [2003 Dec 20].
- Davies AR, Sherbourne CD, Peterson JR and Ware JE. Scoring manual : adult health status and patient satisfaction measures used in RAND's insurance experiment. Santa Monica : RAND Corporation, 1988.
- Egbert, E. Concept of wellness. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service* 1980; 18 : 9 - 12.
- European Union Institution. Executive summary. Available from : <http://www.europa.eu.int> [2003 Dec 20].
- Everitt BS. Statistical methods for medical investigation. 2nd ed. London : Edward Arnold, 1994.
- Expert Committee on Mental Health. World Health Organization technical report series No. 31. Geneva : WHO, 1951.
- Gandek B, Ware JE. Methods for validating and norming translations of health status Questionnaires : the IQOLA project approach. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 953 - 9.
- Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York : Basic Books, Inc, 1958.
- Kreigh HZ, Perko JE. Psychiatric and mental health nursing. 2nd ed. Virginia : Reston Publishing Co., Inc., 1983.
- Landis JR & Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977 : 33 : 159 - 74.
- Levy P, Lemeshow S. Sampling of populations : methods and application. 3rd ed. New York : John Wiley & Sons., 1999.
- Maslow, AA. Motivation and personality. New York : Harper & Row, 1954.
- Medical outcomes trust. SAC Instrument review criteria. *Bulletin* 1995 ; 3 : 1 - 8.
- Mental Health Ireland. Supporting positive mental health. Available from : <http://www.mentalhealthireland.ie> [2004 Jan 23].
- Mental Health Professional Group. Frequently asked questions : the psychological component of infertility. Available from : http://www.asrm.org/Professionals/PG-SIG-Affiliated_Soc/MHPG/mhpgfaqs.html [2003 Dec 30].
- Murray JL and Lopez AD. The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge : MA : Cambridge University Press, 1996.
- National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES). Available from : [http://www.stakes.fi/mental health](http://www.stakes.fi/mental%20health) [2002 Dec 22].

- Noreen EM, Adela Y, Thomas JY. Psychometric evaluation of the Personal Lifestyle Questionnaire for adolescents. *Research in Nursing & Health* 2002 ; 25 : 68 - 75.
- Norman GR, Streiner DL. PDQ Statistic. Toronto : Decker Inc., 1986.
- North Eastern Health Board. Mental health definition. Available from : [http://www.hehb.ie/youthhealthne/mental% 20 Health % 20 definition.html](http://www.hehb.ie/youthhealthne/mental%20Health%20definition.html) [2003 Dec 22].
- Nunnally JC, Bernstein IR. Psychometric theory. 3rd ed. New York : Mc Graw-Hill, 1994.
- Paul ES. Series : quantitative applications in the social sciences. California : Sage Publications, Inc., 1992.
- Portney LG, Watkins MP. Foundation of clinical research : applications to practice. Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange, 1993.
- Richard B. Fisher. A dictionary of mental health. London : Granada Publishing Limited, 1980.
- Rollant PD, Deppoliti DB. Mental health nursing. St Louis : Mosby - Year Book, 1996.
- Sell H, Nagpal R. Assessment of subjective well-being the Subjective Well-being Inventory. New Delhi : WHO, 1992.
- Shives, LR. Basic concepts of psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1990.
- Stevenson C. MOS SF-36 questionnaire interim Australian norms. Canberra : Health Outcomes 1995.
- Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales : a practical guide to their development and use. 2nd ed. Oxford : Oxford University Press, 1995.
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 3rd ed. New York : Harper Collins College Publishers, 1996.
- The WHO group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment instrument. In : Orley J, Kuyken W. eds. Quality of Life Assessment : International perspectives. New York : Springer - Verlag, 1994.
- Trubowitz J. Historical overview, personality theories and classification of mental illness. In : Varcarolis EM, ed. Foundations of psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1994.
- Veit CT. and Ware JE. The structure psychological distress and well-being in general. populations. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 1983 ; 51 ; 730 - 45.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M and Gandek B. SF-36 Health survey manual and interpretation guide. Boston : Medical Center, 1993.
- Ware JE, Gandek B. Overview of the SF - 36 health survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 903-12.
- _____. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability : The IQOLA project approach. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 945 - 52.

World Health Organization, SEARO. Report on indicators for monitoring progress in mental health

WHO regional advisory group meeting on mental health, 1981.

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

_____. World Health Report 2001. Mental health : new understand, new hope. Geneva : WHO, 2001.

_____. Strengthening mental health promotion. Fact Sheet 2001 ; No 220 (Revised November) : 1.

ภาคผนวก

ประวัติผู้วิจัย

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับสมบูรณ์)

แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ

คำสั่งแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาและคณะทำงาน

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นายอภิชัย มงคล
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Apichai Mongkol
- 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
- 1.3 สถานที่ทำงาน กรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-8012, 0-1975-1913
โทรสาร 0-2951-1356
e-mail:apichaim@inet.co.th
- 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2522
 - 1.4.2 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปี พ.ศ. 2526
- 1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 10 เรื่อง ได้แก่
 - (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปี 2538
 - ได้รับรางวัลที่สองในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ปี 2538
 - ได้รับรางวัลการนำเสนอผลงานวิจัยยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2538
 - (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระดับวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2543) ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 45 ฉบับที่ 4 ปี พ.ศ. 2544 หน้า 311 - 323
 - (3) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) (2544)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2542
 - (4) การศึกษานโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย (2544)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2542

- (5) สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน (2544)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2542
- (6) การศึกษาค้นคว้าจิตสุขภาพจิตชุมชน (2546)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2542
- (7) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผล
ตามกรอบ Logical Framework (2545)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2544
- (8) ระบาดวิทยาของพฤติกรรมกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2544
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2545
- (9) การประเมินโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย (2545)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2545
- (10) ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
(2545)
 - ได้รับรางวัลการนำเสนอผลงานวิจัยยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุข ปี 2545

1.5.2 ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง

- (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความชุกของโรคจิตในชุมชน
บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (2538)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2538
 - ได้รับรางวัลการนำเสนอผลงานวิจัยยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุขปี 2539
- (2) การดำเนินการจัดหาพัสดุโดยวิธีประมูลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Auction)
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ : กรณีศึกษา (2546)

ประวัติผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นายทวี ตั้งเสรี
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Tavee Tangseree
- 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 1.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422 , 0-1975-0135
โทรสาร 0-4322-4722
- 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2523
 - 1.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่ยา ในปี พ.ศ. 2529
- 1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 3 เรื่อง
 - (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - (3) การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 3 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - 1.5.2 ผู้วิจัยหลัก 1 เรื่อง
 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (2543)

2. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นายพิเชฐ อุดมรัตน์
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Pichet Udomratn
- 2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 39-20-0026
- 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน ศาสตราจารย์ ระดับ 10
- 2.3 สถานที่ปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา 90110
โทรศัพท์ 0-7442-9922, 0-7445-1351-2
โทรสาร 0-7442-9922
- 2.4 ประวัติการศึกษา
วท.บ. (เกียรตินิยม) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จบ พ.ศ. 2521 (ปีการศึกษา 2520)
พ.บ. (เกียรตินิยม) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จบ พ.ศ. 2523 (ปีการศึกษา 2522)
วุฒิปริญญาจิตเวชศาสตร์ จบ พ.ศ. 2527 (ปีการศึกษา 2526) โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
ได้รับวุฒิปริญญาเมื่อ 30 สิงหาคม 2527
- 2.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
- (1) Transcultural aspects of Thai and British patients' view on forms of dress and address of their psychiatrists
 - (2) Attitudes of Thai medical students towards psychiatry and mentally ill
 - (3) Impact on Thai psychiatrists of passive dissemination of a clinical practice guideline on prescribing attitudes in treatment-resistant schizophrenia
- ได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)
 - (4) Treatment-resistant schizophrenia in Thailand: Its variation in diagnosis and drug treatment
- ได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)
 - (5) Panic disorder in Thailand: A report on the secondary data analysis
 - (6) Incidence of leukopenia and agranulocytosis in 239 Thai patients treated with clozapine
 - (7) Prescribing habits of Thai psychiatrists in the treatment of a first episode schizophrenia
 - (8) First-night-effects on generalized anxiety disorder (GAD)-based insomnia: Laboratory versus home sleep recordings
 - (9) Knowledge, attitude and practice towards psychiatric illness in Thai panic disorder patients
 - (10) Sexual behavior of Thai adolescents
 - (11) Postmenopausal sexuality in Thai women
 - (12) Sexual behavior in Thai society: A report on the secondary data analysis

3. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางวัชนี หัตถพนม
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Watchanee Huttapanom
- 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 38-20-0169
- 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7
- 3.3 สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1975-9207
โทรสาร 0-4322-4722
- 3.4 ประวัติการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาล
นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526
- 3.5 ผลงานวิจัย ที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
- 3.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 9 เรื่อง
- (1) การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติ และ
แบบประหลาดสมาธิ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2536)
 - (2) การประเมินผลโครงการผลิตและเผยแพร่สื่อในการรณรงค์สุขภาพจิต
ครอบครัวของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2538
- ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2539
 - (3) การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด HIV แบบกลุ่มแก่หญิงมีครรภ์ที่มา
รับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ (2540)
- ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2540
 - (4) การศึกษาความต้องการในการพัฒนาตนเอง ด้านความรู้ที่เกี่ยวกับการ
ให้การปรึกษา เรื่องโรคเอดส์ในเขต 6 (2541)
 - (5) ผลการดำเนินงานการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษา
เรื่องโรคเอดส์ในเขต 6 (2541)
 - (6) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร
ในปี พ.ศ. 2542
 - (7) ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร ปี 2542
- ได้รับรางวัลผลงานดีเด่น อันดับ 3 ด้านการพัฒนาศักยภาพสุขภาพจิตและ
จิตเวช ในการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2542
 - (8) การประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษา เรื่องโรคเอดส์
สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน (2542)

- (9) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2544)

3.5.2 ผู้วิจัยหลัก และผู้ร่วมวิจัย จำนวน 37 เรื่อง

- (1) การประเมินความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (2535)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิศาสตราจารย์ น.พ.ฝน แสงสิงแก้ว ปี 2534
- (2) การศึกษาผู้ป่วยหลบนอนในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
- (3) การสำรวจปัญหาทางทันตสุขภาพและความต้องการบริการทางทันตกรรม ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
- (4) การศึกษาผลการอบรมตามโครงการเสริมสร้างพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ (2537)
- (5) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ปี 2538
- (6) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)
- (7) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความทุกข์ของโรคจิต ในชุมชน บ้านดง ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (2538)
- (8) การศึกษาการถูกทำร้ายของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น (2538)
- (9) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโครงการธรรมบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
- (10) การศึกษา ความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงาน การให้การปรึกษา ในเครือข่ายเขต 6 (2538)
- (11) การศึกษากรณีอุปทานหมู่ในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านประชาสุขสันต์ ตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (2539)
- (12) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (2539)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิศาสตราจารย์ น.พ. ฝน แสงสิงแก้ว ปี 2538
- (13) การศึกษาการบริการส่งซื้อขายทางไปรษณีย์ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)

- (14) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (15) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในชมรมข้าราชการเกษียณอายุ จังหวัดขอนแก่น (2539)
- (16) การศึกษาความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. ในโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน (2539)
- (17) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (18) การประเมินผลการอบรมหลักสูตรคลายเครียดแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขต 6 (2542)
- (19) การศึกษาความเครียด สาเหตุ วิธีการแก้ปัญหาและวิธีการคลายเครียดของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2542)
- (20) การประเมินผลโครงการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2542)
- (21) การประเมินผลการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (2542)
- (22) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (2543)
- (23) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : กรณีพฤติกรรมรุนแรง (2543)
- (24) องค์ความรู้ที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน (2544)
- (25) การประเมินผลโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2544)
- (26) การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน (2544)
- (27) การประเมินผลโครงการ ISO 9002 : การพัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2544)
- (28) สรุปผลการประชุมสัมมนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2543)
- (29) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) (2544)
- (30) สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน (2544)
- (31) การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร (2544)
- (32) การศึกษานโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย (2544)

- (33) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผลตามกรอบ Logical Framework (2545)
- (34) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน (2546)
- (35) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
- (36) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)
- (37) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (2546)

หมายเหตุ ทั้งหมดที่นำเสนอเป็นผลงานที่จัดทำเป็นเอกสาร หรือเผยแพร่ในที่ประชุมวิชาการต่างๆ เรียบร้อยแล้ว

4. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางสาวภัสรา เชนฐ์โชติศักดิ์
(ภาษาอังกฤษ) Miss.Pasara Chetchotisakd
- 4.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 38-20-0172
- 4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 8
- 4.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร 0-4322-7422 ต่อ 2222 โทรสาร 0-4322-4722
0-1873-5391 แฟกซ์ 1188-4131155

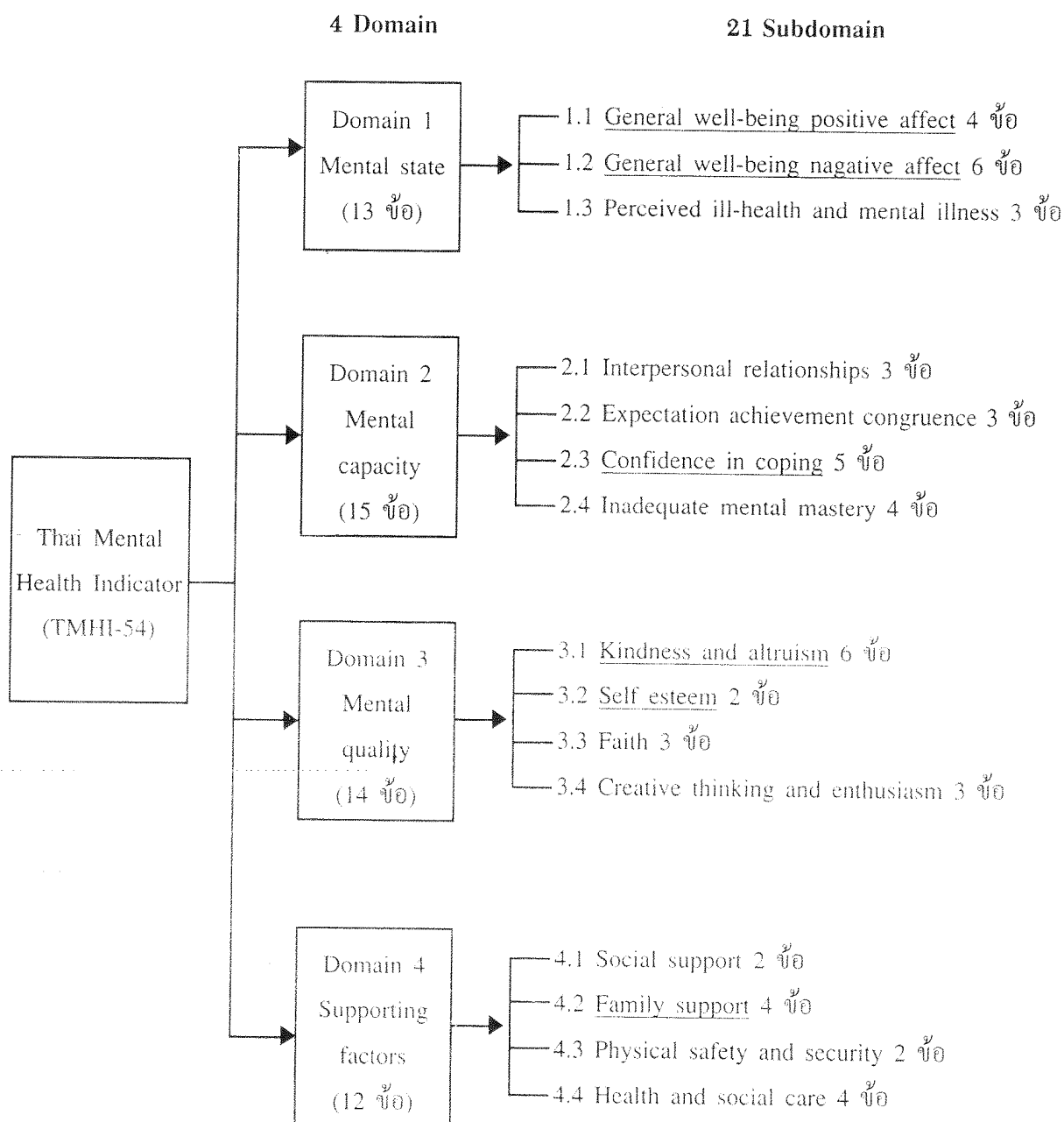
4.4 ประวัติการศึกษา

- บริหารธุรกิจบัณฑิต (การจัดการ) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตจรัลพงษ์สุวรรณารณ กรุงเทพฯ ในปี พ.ศ.2519
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2535

4.5. ผลงานวิจัยเป็นผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 11 เรื่อง

- 4.5.1 ต้นทุนต่อหน่วยงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีงบประมาณ 2536
- 4.5.2 ต้นทุนโรคจิตและโรคประสาท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีงบประมาณ 2536
- 4.5.3 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)
- 4.5.4 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความชุกของโรคจิตในชุมชนบ้านดง ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (2538)
- 4.5.5 สถานภาพและแนวโน้มการใช้เงินงบประมาณ เงินบำรุงของโรงพยาบาล/ศูนย์สังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2536 - 2540
- ได้รับรางวัลที่ 2 ในการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2540

หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึง ความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป



- หมายเหตุ 1. ฉบับสมบูรณ์เดิมมี 66 ข้อ ประกอบด้วย 4 Domain 20 Subdomain สำหรับฉบับใหม่ ประกอบด้วย 4 Domain เช่นเดิม แต่มีเพียง 15 Subdomain โดย Subdomain ที่ตัดออกไป ได้แก่ 1.4 Body image and appearance 2.5 Activities of daily living 2.6 Sex issue 4.5 Recreation 4.6 Physical environment
2. นอกจากนี้ยังมีบาง Subdomain ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อเพื่อให้สอดคล้องกับข้อคำถามที่เหลือและมีการยุบรวมของ Subdomain ได้แก่ 3.1 Kindness and altruism 3.3 Faith (จากเดิมชื่อ Transcendence)
3. Subdomain ที่ขีดเส้นใต้ หมายถึง Subdomain ที่เหลือเมื่อเป็น TMHI-15

Domain 1. สภาพจิตใจ (Mental state)

หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect)

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

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					1
2	ท่านรู้สึกสบายใจ					2
3	ท่านรู้สึกสนุกสนาน เบิกบานใจ					3
4	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุขสงบ					4

- หมายเหตุ * ข้อ หมายถึง ข้อที่เท่าไรในแต่ละ Domain
- * คำถามข้อที่ หมายถึง คำถามเหล่านี้อยู่ในข้อที่เท่าไรในแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI ฉบับ 54 ข้อ)

1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคลนั้น เช่น ความสลดหดหู่ ความรู้สึกผิดเศร้า อายกร้องไห้ สิ้นหวัง ประหม่า วิตกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่า ความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรืออาการวิตกกังวล

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
5	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน					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) เพื่อช่วยให้ร่างกายและจิตใจ มีความเป็นอยู่ที่ดี การรักษาในบางครั้งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางลบ (เช่น อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาต้านมะเร็ง) ในขณะที่บางกรณีจะไปเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (เช่น การใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง) นอกจากนี้ยังรวมไปถึงวิธีการรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา แต่ยังจำเป็นต้องใช้อยู่ เช่น เครื่องให้จังหวะการทำงานของหัวใจ แขนขาเทียม

สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Mental illness) นั้นยังรวมถึงการเจ็บป่วยทางกาย ที่มีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคล โรคและการเจ็บป่วยในที่นี้เป็นการเจ็บป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรค หรือการตรวจรักษาโดยแพทย์ และแพทย์ลงความเห็นแล้วว่าเป็นโรคนั้นๆ

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
11	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้					11
12	ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ระบุว่ามีความรุนแรง ของโรคเล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)					12
13	ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน					13

Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity)

หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships)

หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับมิตรภาพ ความรักที่บุคคลต้องการจะได้รับจากบุคคลอื่น รวมทั้งการเอาใจใส่ดูแล การรู้จักให้กับบุคคลอื่น การมีความสามารถและมีโอกาสที่จะรักหรือถูกรัก และสามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่นทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์ สามารถแบ่งปันความรู้สึกร่วมกันทั้งเรื่องความสุขและความทุกข์กับคน

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

2.2 ความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหวัง (Expectation achievement congruence)

หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ มั่นใจในความสามารถของตนเองที่ประสบความสำเร็จ และมีชีวิตตามที่ตนได้คาดหวังไว้

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

2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping)

หมายถึง ความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดฝันได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อความเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด ทั้งนี้นอกจากปรับตัวได้กับสภาพการณ์นั้นๆ แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมอีกด้วยและหากเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องยากที่จะแก้ไขก็ยังสามารถทำใจยอมรับได้

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

2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (Inadequate mental mastery)

หมายถึง ความรู้สึกว่าคุณไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจ หรือไม่มี ความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่ารบกวน สมดุลทางจิตใจ รบกวนหรือลดความรู้สึกเป็นสุข (well-being)

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
12	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิดถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง					25
13	ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์					26
14	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ					27
15	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน					28

Domain 3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality)

หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

3.1 เมตตา กรุณาและเสียสละ (Kindness and altruism)

หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้คนอื่นพ้นทุกข์ สามารถเป็นผู้ให้ ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีความเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม หรือผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					29
2	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					30
3	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					31
4	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					32
5	ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สินเพื่อ ประโยชน์ส่วนรวม โดยไม่หวังผลตอบแทน					33
6	หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัยท่านพร้อม ที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น					34

3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก ไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเอง มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
7	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					35
8	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					36

3.3 ความศรัทธา (Faith)

หมายถึง สิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ช่วยให้มีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเกิดภาวะวิกฤต หรือ ยุ่งยากใจแล้ว สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจนี้จะช่วยให้ตนเองเข้มแข็ง มีกำลังใจดีขึ้น และมีศรัทธาในการทำ
ความดี ช่วยให้มีทิศทางในการดำเนินชีวิตที่ดี

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
9	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้ จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต					37
10	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความ ยุ่งยาก ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ					38
11	ท่านเคยประสบกับความยุ่งยากและสิ่ง ยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ ช่วยให้คุณ ผ่านพ้นไปได้					39

3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลนั้นในการริเริ่มสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ในทางที่ดี เพื่อให้
การดำเนินชีวิตประจำวันมีคุณค่า ตลอดจนมีความมุ่งมั่น พยายาม ความใส่ใจในการดำเนินชีวิต
เพื่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจแก่ตนเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
12	ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดีขึ้น กว่าที่เป็นอยู่เดิม					40
13	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และ มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					41
14	ท่านมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี					42

Domain 4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors)

หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่ามีเครือข่ายทางสังคมคอยช่วยเหลือ จะเน้นถึงสภาพแวดล้อม และสังคม ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน โดยเพื่อนๆ หรือคนอื่นๆ ในสังคม มีส่วนร่วมรับผิดชอบ และร่วมกันทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงใด เมื่อบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ					43
2	ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการจากเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม					44

4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและมีความผูกพัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
3	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					45
4	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี					46
5	ท่านปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา					47
6	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน					48

4.3 ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต (Physical safety and security)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในชีวิต และความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ สิ่งที่ถูกคามความมั่นคงปลอดภัย เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากบุคคลอื่น จากการกดขี่ ทางกรปกครองในชุมชน ความหมายในเรื่องนี้จึงรวมถึง ความรู้สึกเป็นอิสระของบุคคล บุคคลที่มีสิทธิ ที่จะอาศัยอยู่ในชุมชนโดยปราศจากการบังคับ กักขัง มั่นใจในการบริหารของผู้นำชุมชน และความรู้สึก ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินอีกด้วย

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
7	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน					49
8	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้					50

4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม : การให้บริการและคุณภาพของบริการ (Health and social care)

หมายถึง การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคมในสภาวะใกล้เคียงตามมุมมอง ของบุคคล การให้บริการในเรื่องสุขภาพ และบริการทางสังคมในมุมมองของแต่ละคนเป็นอย่างไร ในแง่ของคุณภาพและความพร้อมของบริการที่เคยได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับ โดยรวมถึงอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชน (องค์กรที่เกี่ยวกับศาสนา วัด ชมรม มูลนิธิ ฯลฯ) ซึ่งอาจจะจัดเสริมให้มีเพิ่มเติมขึ้น หรืออาจจะเป็น ระบบการดูแลสุขภาพที่พอมีอยู่ในสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น รวมทั้งความยากง่ายเพียงใดกับการ ไปใช้บริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น ในเรื่องนี้จะไม่เกี่ยวกับวิธีการรักษา

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
9	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่าน สามารถไปใช้บริการได้					51
10	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านสามารถ ให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ					52
11	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยสามารถไปใช้ บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					53
12	เมื่อท่านเค็ดรื้อนจะมีองค์กรในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน					54

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

แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

- คำชี้แจง**
1. แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อวัดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์นี้ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้
 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ
 ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
 2. ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ
 3. คำตอบของท่านจะไม่มีผลใดๆ ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวท่าน แต่จะเกิดประโยชน์ในด้านการวัดภาวะสุขภาพจิตของท่านเอง
 4. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับนี้ใช้สำหรับบุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-60 ปี เท่านั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หน้าข้อความ
 ที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ที่อยู่อาศัย

☐ 1. เขตเมือง

☐ 2. เขตชนบท

4. จังหวัดที่อยู่อาศัย

☐ 1. จังหวัดในเขตเมือง

☐ 2. จังหวัดเขตชนบท (รวม)

☐ 3. จังหวัดเขตชนบท (ปานกลาง)

☐ 4. จังหวัดเขตชนบท (จน)

ส่วนของผู้วิจัย

ID ☐ 1

Time ☐ 2

Sex ☐ 3

Age ☐ 4

Hou ☐ 5

Pro ☐ 6

5. ภาคที่เก็บข้อมูล

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

6. ระดับการศึกษา

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

7. สถานภาพสมรส

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

8. ศาสนา

☐ 1. พุทธ☐ 2. อิสลาม☐ 3. อื่น ๆ (ระบุ).....

9. อาชีพ

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

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

11. ความเพียงพอของรายได้

☐ 1. เพียงพอ☐ 2. ไม่เพียงพอ

ส่วนของผู้วิจัย

Div ☐ 7Edu ☐ 8Mar ☐ 9Rel ☐ 10Occ ☐ 11Inc ☐ 12Eno ☐ 13

12. ในช่วง 1 เดือนนี้ หรือก่อนหน้านี้อ ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่
(ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่า เป็นโรค)

☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

13. ในกรณีตอบว่ามีให้ตอบว่ามีปัญหาในเรื่องใดบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
(ถ้าตอบ ไม่มีให้ข้ามไปตอบข้อ 14)

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

14. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

ถ้ามี เรื่อง.....

.....
.....
.....

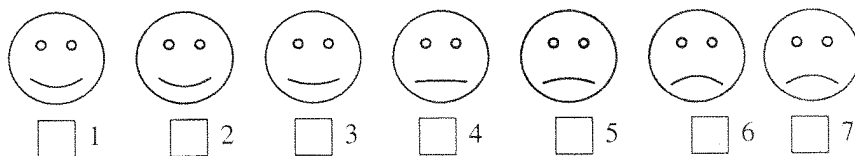
15. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องสุขใจอย่างมากหรือไม่

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

ถ้ามี เรื่อง.....

.....
.....
.....

16. ท่านรู้สึกอย่างไรโดยรวมแล้วใน 1 เดือนที่ผ่านมา ชีวิตของท่านมีความสุขในระดับใด



ถ้ารูปหน้าข้างล่างนี้แทนความรู้สึกที่เป็นสุขหรือทุกข์ในระดับต่างๆ
โดยรูปหมายเลข 1 แทนความรู้สึกเป็นสุขมากที่สุด รูปหมายเลข 7
แทนความรู้สึกเป็นทุกข์มากที่สุด ท่านคิดว่าใบหน้ารูปไหนใกล้เคียง
กับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด ให้ท่านทำเครื่องหมายได้รูปนั้น

ส่วนของผู้วิจัย

Dis ☐ 14

D1 ☐ 15

D2 ☐ 16

D3 ☐ 17

D4 ☐ 18

D5 ☐ 19

D6 ☐ 20

D7 ☐ 21

D8 ☐ 22

D9 ☐ 23

Unh ☐ 24

Hap ☐ 25

Smi ☐ 26

ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์

(Thai Mental Health Indicator = TMHI-54)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

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

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
12	ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ ในกรณีถ้ามีให้ระบุว่ามีความรุนแรงของโรคเล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี)					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	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					M22 ☐
23	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					M23 ☐
24	ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี					M24 ☐
25	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง					M25 ☐
26	ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์					M26 ☐
27	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ					M27 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
28	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกอย่างที่มากกระทบตัวท่าน					M28 ☐
29	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					M29 ☐
30	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					M30 ☐
31	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					M31 ☐
32	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					M32 ☐
33	ท่านเสียสละแรงกาย หรือทรัพย์สิน เพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทน					M33 ☐
34	หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย ท่านพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น					M34 ☐
35	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					M35 ☐
36	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M36 ☐
37	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้ จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต					M37 ☐
38	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความ ยุ่งยากท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ					M38 ☐
39	ท่านเคยประสบกับความยุ่งยาก และสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่าน ผ่านพ้นไปได้					M39 ☐
40	ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดี ขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม					M40 ☐
41	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					M41 ☐
42	ท่านมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดี					M42 ☐
43	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม คอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ					M43 ☐
44	ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการ จากเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคม					M44 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
45	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					M45 ☐
46	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัว จะดูแลท่านเป็นอย่างดี					M46 ☐
47	ท่านปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือ จากครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา					M47 ☐
48	สมาชิกในครอบครัวมีความรัก และผูกพัน ต่อกัน					M48 ☐
49	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีความปลอดภัยต่อท่าน					M49 ☐
50	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในทรัพย์สิน เมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้					M50 ☐
51	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถ ไปใช้บริการได้					M51 ☐
52	หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านสามารถ ให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ					M52 ☐
53	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยจะไปใช้บริการ จากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					M53 ☐
54	เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน					M54 ☐

การให้คะแนนและการแปลผลค่าปกติ (norm)
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (TMHI-54)

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	

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 0 คะแนน

มาก = 2 คะแนน

เล็กน้อย = 1 คะแนน

มากที่สุด = 3 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

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

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 3 คะแนน

มาก = 1 คะแนน

เล็กน้อย = 2 คะแนน

มากที่สุด = 0 คะแนน

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้
 (คะแนนเต็ม 162 คะแนน)

118 - 162 คะแนน

99 - 117 คะแนน

98 คะแนนหรือน้อยกว่า

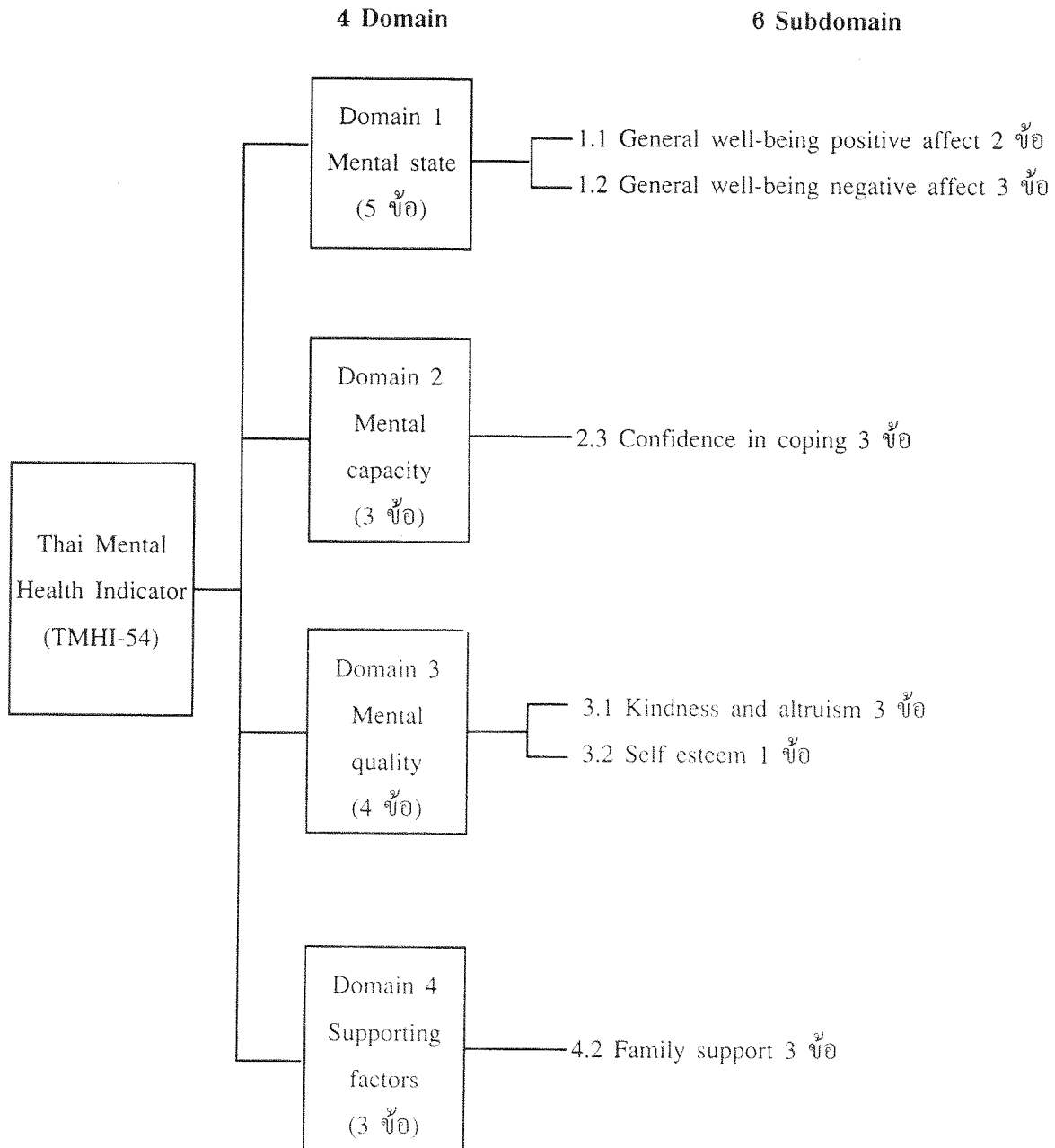
หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ท่านอาจช่วยเหลือตนเอง
 เบื้องต้น โดยขอรับบริการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
ฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15)



- หมายเหตุ 1. หมายเลขใน Subdomain คือ หมายเลขที่ตรงกับ Subdomain ในฉบับสมบูรณ์
2. TMHI-15 ในการศึกษาปี พ.ศ. 2544 มี 4 Domain และ 15 Subdomain ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีเพียง 6 Subdomain โดย Subdomain ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้และถูกตัดออกไป คือ Domain 1) ได้แก่ 1.3 Perceived ill- health and mental illness 1.4 Body image and appearance Domain 2) ได้แก่ 2.1 Personal relationship 2.2 Expectation achievement congruence 2.4 Inadequate mental mastery 2.5 Activities of daily living Domain 3) ได้แก่ 3.3 Transcendence (หรือ Faith ในการศึกษาครั้งนี้) 3.4 Creation and enthusiasm Domain 4) ได้แก่ 4.1 Social support 4.3 Physical safety and security 4.4 Health and social care 4.5 Recreation 4.6 Physical environment
3. ในการพิจารณา Subdomain ในฉบับสั้นของการศึกษานี้จะพิจารณาจากค่า Eigenvalues มากกว่า 1 ขึ้นไป และมีค่า Percent of variance มากที่สุดจะคง Subdomain ใน Domain นั้นๆ ไว้
4. ผลการศึกษา Agreement study ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์ (TMHI-54) และฉบับสั้น (TMHI-15) พบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่า Kappa statistic เท่ากับ 0.63

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น
(Thai Mental Health Indicator = TMHI-15)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ
เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
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	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่น ที่มีปัญหา					M10 ☐
11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกา					M11 ☐
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M12 ☐
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					M13 ☐
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัว จะดูแลท่านเป็นอย่างดี					M14 ☐
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและ ผูกพันต่อกัน					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 = 0 คะแนน

มาก = 2 คะแนน

เล็กน้อย = 1 คะแนน

มากที่สุด = 3 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

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

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 3 คะแนน

มาก = 1 คะแนน

เล็กน้อย = 2 คะแนน

มากที่สุด = 0 คะแนน

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้
 (คะแนนเต็ม 45 คะแนน)

35 - 45 คะแนน

28 - 34 คะแนน

27 คะแนนหรือน้อยกว่า

หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ท่านอาจช่วยเหลือตนเอง
 เบื้องต้น โดยขอรับบริการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้



คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ 109/2546

เรื่อง การแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาและคณะทำงาน
การศึกษาเพื่อพัฒนาศูนย์จิตสุขภาพจิตคนไทย

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาเพื่อพัฒนาศูนย์จิตสุขภาพจิตคนไทย เป็นไปอย่างต่อเนื่องและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ กรมสุขภาพจิต เห็นควรมีการแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา และคณะทำงานการศึกษาเพื่อพัฒนาศูนย์จิตสุขภาพจิตคนไทย ดังรายนามต่อไปนี้

คณะผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษา

- | | | |
|-------------------|-----------------|--|
| 1. นายสุจริต | สุวรรณชีพ | ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต |
| 2. นายปราชญ์ | บุญวงศ์วิโรจน์ | อธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 3. นายอภิชัย | มงคล | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 4. นายประเวช | ตันติพิวัฒนสกุล | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสุขภาพจิต |
| 5. ผศ.ดร.จิราพร | เขียวอยู่ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 6. ผศ.ดร.สมพร | รุ่งเรืองกลกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7. ผศ.ธวัชชัย | กฤษณะประกรกิจ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. รศ.พิเชฐ | อุดมรัตน์ | คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 9. หม่อมหลวงยุพดี | ศิริวรรณ | ผู้อำนวยการกองสุขภาพจิตสังคม |
| 10. นายสุวัฒน์ | มหัตนรินทร์กุล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง |
| 11. นายกอบโชค | จูวงษ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 12. นายวชิระ | เพ็งจันทร์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 13. นายทวี | ตั้งเสรี | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น |
| 14. นายศิริศักดิ์ | ธิดิตถิ์กรัตน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระแก้ว |
| 15. นายปรีทรรศ | ศิลปกิจ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลสวนปรุง |

- | | | |
|-----------------|---------------|--|
| 16. นายพงศ์เกษม | ไข่มุกดี | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 17. นางกนกวรรณ | กิตติวัฒนากุล | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น |
| 18. นางศศิธร | ภะระเศิลปิน | นักวิชาการสาธารณสุข 9 วช.
โรงพยาบาลศรีบุญญา |
| 19. นายวิทยา | วันเพ็ญ | นายแพทย์ 5 โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว |

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. ให้นโยบายการดำเนินโครงการ ร่วมพิจารณาแนวทางการดำเนินการวิจัย และใช้อำนาจให้เกิดประสานการดำเนินงานโครงการ
2. เป็นที่ปรึกษาร่วมพิจารณาและให้ความเห็นแก่คณะทำงาน
3. ร่วมพัฒนาเครื่องมือวิจัย

คณะทำงานกลาง

- | | | | |
|-------------------|----------------|--|---------------------------------|
| (1) นายอภิชัย | มงคล | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต | ประธาน |
| (2) นายทวี | ตั้งเสรี | ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น | ผู้ทำงาน |
| (3) นายสมควร | หาญพัฒนชัยกุล | ผู้อำนวยการกองแผนงาน | ผู้ทำงาน |
| (4) นางสาวภัสรา | เชษฐโชติศักดิ์ | รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น | ผู้ทำงาน |
| (5) นางสาวพนมศรี | เสาร์สาร | พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลศรีบุญญา | ผู้ทำงาน |
| (6) นางอัจฉรา | จรัสสิงห์ | นักวิชาการสาธารณสุข 7
กองสุขภาพจิตสังคม | ผู้ทำงาน |
| (7) นางวัชณี | หัตถพนม | ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น | เลขานุการ |
| (8) นางวรวรรณ | จุฑา | นักวิชาการสาธารณสุข 7
กองสุขภาพจิตสังคม | ผู้ทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (9) นางสาววราภรณ์ | รัตนวิศิษฐ์ | พยาบาลวิชาชีพ 4
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น | ผู้ทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ศึกษารายละเอียดในวิธีการวิจัย เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ทั้งในระดับบุคคล และชุมชน
2. เขียนและพัฒนาโครงการวิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. อำนวยความสะดวกการประสานงานระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาสถานการณ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์วิชาการและศึกษาปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งรายงานผลการศึกษาและความคืบหน้า เป็นระยะตามความต่อเนื่องของงานและการเชื่อมโยงเนื้อหา
4. ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้
5. นำเสนอผลการศึกษา และแนวทางในการนำผลที่ได้มาใช้

คณะผู้วิจัยหลักส่วนภูมิภาค

ภาคเหนือ : โรงพยาบาลสวนปรุง

นางสาวประหยัด ประภาพรหม พยาบาลวิชาชีพ 7

ภาคใต้ : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

นายอรรถพงศ์ ถนิมพาสน์ นักจิตวิทยา 8

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นางวัชณี หัตถพนม ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดขอนแก่น

นางสาวภัสรา เชษฐโชติศักดิ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

นางธีราพร มณีนาถ ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดอุดรธานี

ภาคกลาง : โรงพยาบาลศรีธัญญา

นางสาวพนมศรี เสาร์สาร พยาบาลวิชาชีพ 7

นางสาวชยาภรณ์ ผ่องแผ้ว พยาบาลวิชาชีพ 7

ภาคตะวันออก : โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว

นางจันทร์เพ็ญ อัครสถิตานนท์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ร่วมพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
2. ประสานการดำเนินงานโครงการวิจัย
3. เก็บรวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลภาคสนาม
4. วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยและจัดทำรายงานผลการศึกษา
5. ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่

คณะทำงานภาคสนาม

ภาคเหนือ : โรงพยาบาลสวนปรุง

(1) นางมะลิ	สกุลถาวร	พยาบาลวิชาชีพ 8	ประธาน
(2) นางฟองอุไร	ภูมิศิริรักษ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(3) นางสาวประหยัด	ประภาพรหม	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(4) นางสาวราณี	พรมานะจิริงกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(5) นางกรองจิตต์	วงศ์สุวรรณ	นักสังคมสงเคราะห์ 8	ผู้ทำงาน
(6) นายสุรัช	สุนันดา	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(7) นายภาณุวัฒน์	สนใจ	เภสัชกร 3	ผู้ทำงาน
(8) นายประสงค์ศักดิ์	เจนกิจจาไพบูลย์	นักจิตวิทยา 3	ผู้ทำงาน

ภาคใต้ : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

(1) นายอรรถพงศ์	ถนิมพาสน์	นักจิตวิทยา 8	ประธาน
(2) นายอำนวย	ปานเพชร	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(3) นายธเนศ	โสภณัฐพันธ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(4) นางสาวสุจิรา	วิชัยดิษฐ	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(5) นายเฉลิมชัย	ฉาวเกียรติ	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(6) นางสาวเกศกมล	วรรณนุช	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(7) นาย ก. สิ้นศักดิ์	สุวรรณโชติ	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(8) นางสาวสมควร	จุลอักษร	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

(1) นางธีราพร	มณีนาถ	พยาบาลวิชาชีพ 7	ประธาน
(2) นางละเอียด	ปัญญาใหญ่	พยาบาลวิชาชีพ 8	ผู้ทำงาน
(3) นายวิรัช	สุดจันทร์ฮาม	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(4) นางสาวระพีพร	แก้วคอนไทย	พยาบาลวิชาชีพ 5	ผู้ทำงาน
(5) นางสาวศิริพร	นันทะนำ	พยาบาลวิชาชีพ 5	ผู้ทำงาน
(6) นายธีรยุทธ	ยอดสง่า	พยาบาลเทคนิค 6	ผู้ทำงาน
(7) นางสาวศรีณพร	มรกตศรีวรรณ	พยาบาลเทคนิค 6	ผู้ทำงาน
(8) นางปรียาภรณ์	เสริมอ้วน	พยาบาลเทคนิค 6	ผู้ทำงาน
(9) นายวินัย	ริมไรสง	พยาบาลเทคนิค 4	ผู้ทำงาน
(10) นายยอดเพชร	วันน้อย	พยาบาลเทคนิค 4	ผู้ทำงาน
(11) นายวรวิทย์	ทองครไทย	พยาบาลเทคนิค 4	ผู้ทำงาน
(12) นางสาวดิริภรณ์	มาป่อง	พยาบาลเทคนิค 4	ผู้ทำงาน

ภาคกลาง : โรงพยาบาลศรีธัญญา

(1) นางสาวพนมศรี	เสาร์สาร	พยาบาลวิชาชีพ 7	ประธาน
(2) นางนารัตน์	รุจิรพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(3) นางสาวชาภรณ์	ผ่องแผ้ว	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(4) นางระวีวรรณ	เดิมวาณิช	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(5) นางปัทมา	บุญกนิษฐ	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(6) นางสาวธานี	รวบุญส่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7	ผู้ทำงาน
(7) นางสาวนิกรรดา	ไทยสังคม	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(8) นางสาวอุษณีย์	กันน้อย	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(9) นายธำรงค์ศักดิ์	ศรีหิรัญ	พยาบาลเทคนิค 6	ผู้ทำงาน
(10) นางสาวสุภาพร	เพชรพันธ์	พยาบาลเทคนิค 6	ผู้ทำงาน
(11) นายชาวิต	พรหมขจร	เจ้าหน้าที่พยาบาล 6	ผู้ทำงาน
(12) นางสาวหทัยรัฐณ์	เอื้อสามาลย์	นักสังคมสงเคราะห์ 6	ผู้ทำงาน
(13) นางสาวระวีวรรณ	คงพันธ์	พยาบาลวิชาชีพ 6	ผู้ทำงาน
(14) นางสาวิตรี	ทองนาค	เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด 5	ผู้ทำงาน
(15) นางสาวรุ่งกานจน์	กิมเซียะ	นักกายภาพบำบัด 5	ผู้ทำงาน
(16) นางชนิกานต์	เนตรสุนทร	พยาบาลวิชาชีพ 5	ผู้ทำงาน
(17) นายสมพร	เปาอินทร์	พยาบาลวิชาชีพ 5	ผู้ทำงาน
(18) นางมัลลิกา	ปิ่นรายนนท์	พยาบาลวิชาชีพ 5	ผู้ทำงาน
(19) นางสาวดนอมศรี	กกศรี	พยาบาลเทคนิค 5	ผู้ทำงาน
(20) นางมยุรี	ตานินทร์	พยาบาลวิชาชีพ 5	ผู้ทำงาน
(21) นายกำธร	อยู่โอศ	เจ้าหน้าที่พยาบาล 5	ผู้ทำงาน
(22) นางสาวอรพรรณ	ปิ่นสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ 4	ผู้ทำงาน
(23) นางสาวพรรณิ	เหลืองสืบชาติ	พยาบาลวิชาชีพ 4	ผู้ทำงาน
(24) นางสาวธัญญรัตน์	อันสมศรี	พยาบาลวิชาชีพ 3	ผู้ทำงาน
(25) นางสาวสุพิสา	พรมแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ 3	ผู้ทำงาน
(26) นายอุดม	จิตรังษี	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	ผู้ทำงาน
(27) นายธวัช	คงสุข	พนักงานขับรถ	ผู้ทำงาน
(28) นายอนุชา	เสน่หา	พนักงานขับรถ	ผู้ทำงาน

ว.
พค 105
๒๕๔๖
๖๕๔๗
๕. ๕



๒๐๐๔๐๔๐๕

ภาคตะวันออก : โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว

(1) นางจันทร์เพ็ญ	อัครสถิตานนท์	พยาบาลวิชาชีพ 8	ประธาน
(2) นางสาวศิริลักษณ์	ลวณะสกุล	นักสังคมสงเคราะห์ 3	ผู้ทำงาน
(3) นายสุรัตน์	จรูญรัมย์	พยาบาลวิชาชีพ 4	ผู้ทำงาน
(4) นางสาวกมลวรรณ	อรุณเจริญยิ่ง	พยาบาลวิชาชีพ 3	ผู้ทำงาน
(5) นายทศพล	ตาละนาถ	พยาบาลวิชาชีพ 3	ผู้ทำงาน
(6) นายสมศักดิ์	ภูมิจีน	พยาบาลวิชาชีพ 3	ผู้ทำงาน
(7) นายเหมราช	คำแหง	พยาบาลวิชาชีพ 3	ผู้ทำงาน
(8) นายวสันต์	หมื่นมะเร็ง	พยาบาลวิชาชีพ 3	ผู้ทำงาน
(9) นายทินกร	กาใจ	นักจิตวิทยา 3	ผู้ทำงาน
(10) นางสาวรัชดา	ครประสี	นักสังคมสงเคราะห์	ผู้ทำงาน
(11) นางสาววรารณ	สอนอ้อม	เจ้าพนักงาน วิทยาศาสตร์การแพทย์	ผู้ทำงาน
(12) นางสุมาพร	ศรีเจริญ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	ผู้ทำงาน
(13) นายสมบัติ	มโนธรรม	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	ผู้ทำงาน
(14) นายเล็ก	คำนึ่ง	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	ผู้ทำงาน
(15) นายประดิษฐ์	น้อยนารถ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	ผู้ทำงาน
(16) นายไพรินทร์	กล่อมกระโทก	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	ผู้ทำงาน

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. เก็บและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลภาคสนาม
3. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หรือจนกว่าการดำเนินงานศึกษาวิจัยดังกล่าวจะเสร็จสิ้น

สั่ง ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2546

(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมสุขภาพจิต