

ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์

พิมรัตน์ บุญยะภักดิ์, ปร.ด.^{1*} อรณลิน สิงขรณ์, พย.ม.² ดำเนิน ปัญญาผ่องใส, กศ.ม.³

วันที่รับ: 8 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไข: 23 ธันวาคม 2568 วันที่ตอบรับ: 24 ธันวาคม 2568

บทคัดย่อ

แม้พระสงฆ์จะมีบทบาทในการเป็นที่พึ่งและสนับสนุนสุขภาวะทางจิตใจของชุมชน แต่พระสงฆ์บางส่วนยังคงเผชิญปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือพระสงฆ์จำนวน 405 รูป โดยเลือกตามความสะดวก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 ตอน ตอนที่ 1 มีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .71 ตอนที่ 2 และ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 และ .80 ตามลำดับ และ (3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต GHQ-28 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 96 ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พบว่า ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและจัดการปัญหาทางจิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.83 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับภาวะสุขภาพจิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.114, p<.05$) ขณะที่องค์ประกอบด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์กรคณะสงฆ์ควรส่งเสริมและพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของพระสงฆ์อย่างเป็นระบบโดยเน้นการพัฒนาทักษะการรับรู้ปัญหา การจัดการความเครียด และการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, พระสงฆ์, การรู้เท่าทันสุขภาพจิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน

พะเยา

¹ อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยสงฆ์เชียงราย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

* ผู้ประสานงานบทความ อีเมล: pimrat@mfu.ac.th

Relationship between mental health literacy and mental health status among Buddhist monks

Pimrat Boonyapuk, PhD^{1*} Onnalin Singkhorn, M.N.² Damnern Punyapongsai, M.Ed³

Received: August 8, 2025 Revised: December 23, 2025 Accepted: December 24, 2025

Abstract

Although Buddhist monks play a role as sources of support and in promoting community mental well-being, some monks still experience mental health problems. This descriptive correlational study aimed to examine the mental health status, level of mental health literacy (MHL), and the relationship between MHL and mental health status among Buddhist monks in Chiang Rai Province. The participants consisted of 405 monks selected through convenience sampling. Research instruments included (1) a general information questionnaire, (2) a mental health literacy assessment comprising three sections, with section one showing a Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) reliability coefficient of .71 and sections two and three showing Cronbach's alpha coefficients of .75 and .80, respectively, and (3) the General Health Questionnaire (GHQ-28). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation coefficient. The findings revealed that the majority of participants had normal mental health status, accounting for 96 percent. Regarding mental health literacy, most participants demonstrated a good level in the component of the ability to recognize, prevent, and manage mental health problems, accounting for 73.83 percent. This component showed a low, statistically significant positive correlation with overall mental health status ($r=.114$, $p<.05$). However, the components of knowledge and beliefs about mental health showed no statistically significant relationship. Therefore, health personnel, relevant agencies, and monastic organizations should promote and systematically develop monks' mental health literacy by emphasizing the development of skills in problem recognition, stress management, and appropriate coping, in order to support the sustainable care of monks' mental health.

Keywords: Mental health status, Buddhist monk, Mental health literacy

พระยา

¹ Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University

² Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University

³ Assistant Professor, Chiangrai Buddhist College, Mahachulalongkornrajavidyalaya University

* Corresponding author, email: pimrat@mfu.ac.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญ องค์การสหประชาชาติระบุว่าประชากรประมาณ 1 ใน 7 คนกำลังเผชิญปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (World Health Organization: WHO, 2025) ประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงและกลายเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ต้องการการตอบสนองอย่างเร่งด่วนเช่นกัน ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่น่ากังวล โดยจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในระบบสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าจาก 1.3 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.9 ล้านคนในปี 2566 เนื่องจากมีการประเมินของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ระบุว่าจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่แท้จริงในประเทศไทยอาจสูงถึง 10 ล้านคน (National Economic and Social Development Council: NESDC, 2024) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชนที่ควรได้รับการแก้ไข จากข้อมูลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตช่วงปลายปี 2566 ถึงต้นปี 2567 พบว่า ประชากรไทยมีความเครียดสูงถึง ร้อยละ 15.5 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 10.6 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2566 อยู่ที่ 7.94 ต่อประชากรแสนคน (NESDC, 2024) กล่าวคือประชาชนคนไทยจำนวน 12,585 คน จะมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหานี้ถึง 1 คน ปัญหานี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อบุคคลเพียงหนึ่งคนเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระต่อครอบครัวและสังคมในวงกว้าง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะขยายไปถึงภาวะทางสุขภาพจิตและการดูแลที่ต้องใช้ทรัพยากรอย่างมาก รวมถึงผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น และการสูญเสียความสามารถในการทำงานของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาดังกล่าว

พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่ต้องเผชิญกับความเปราะบางทางจิตใจจากภาระหน้าที่ ความคาดหวังของสังคม และความขัดแย้งระหว่างบทบาทส่วนตัวกับบทบาทสงฆ์เช่นกัน (Vachiraman et al., 2021) ในขณะที่พระสงฆ์ไทยมีบทบาทสำคัญในการเป็นที่พึ่งทางจิตใจและที่ปรึกษาในสถานการณ์วิกฤต เช่น การเจ็บป่วย ความสูญเสีย หรือภาวะวิกฤตทางสังคม (Langgapin et al., 2024) เช่นเดียวกับในหลายวัฒนธรรมที่ผู้นำทางศาสนาได้รับความไว้วางใจให้เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านแรก เมื่อประชาชนเผชิญกับความทุกข์ทางใจ (U.S. Department of Health and Human Services, 2023) ความท้าทายนี้มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นจากอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มากกว่าฆราวาส เนื่องจากการรับรู้ของสังคมที่มองว่าพระสงฆ์ควรอยู่เหนือความทุกข์ทางโลก ซึ่งการยอมรับว่ามีปัญหาสุขภาพจิตอาจถูกมองว่าขัดต่อสมณเพศและอาจกระทบต่อศรัทธาของสาธุชน (Blevins, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของพระสงฆ์มีอย่างจำกัด มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานครของ Wongchirawat (2000) ที่พบว่า แม้สุขภาพจิตของพระสงฆ์โดยรวมจะดี แต่มีบางกลุ่มยังมีความเปราะบาง โดยเฉพาะด้านอาการกาย ความวิตกกังวล และภาวะย้ำคิดย้ำทำ และการศึกษาของ Phramaha Yuttana Norachetto & Thonginchan (2018) ที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการรักษาสุขภาพจิตเชิงพุทธบูรณาการ (prevention, abandon, development, and continuation of care: PADC Model) ที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน การส่งเสริม การบำบัด และการฟื้นฟู โดยผสมผสานวิถีทางพระพุทธศาสนากับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างความเข้าใจและแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบททางศาสนาและสังคมไทย ดังนั้น การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์จึงควรให้ความสำคัญและสร้างความเข้าใจเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา

ปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพจิตได้ดีขึ้น และสามารถเป็นที่พึ่งแก่ผู้อื่นได้คือการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (mental health literacy: MHL) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจ ตระหนัก ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม (Jorm, 1997; Kutcher et al., 2016) เป็นแนวคิดที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บุคคลที่มีระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสูงมักมีแนวโน้มรับรู้ปัญหาของตนเองได้เร็ว มีทัศนคติที่เปิดกว้างต่อการขอความช่วยเหลือ และสามารถเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้สามารถรักษาระดับสุขภาพจิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ดีกว่า (Cheng et al., 2018; Kutcher et al., 2016) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในกลุ่มนักบวชยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด การศึกษาในประเทศศรีลังกาและพม่า พบว่า พระสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับปานกลาง

และมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวในการดูแลตนเองและผู้อื่น (Blevins, 2024) และไม่พบว่ามีการศึกษาการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในกลุ่มพระสงฆ์ไทย พบเพียงการศึกษาการรู้เท่าทันสุขภาพทั่วไปที่เน้นทางด้านร่างกายเท่านั้น การรู้เท่าทันสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีพระสงฆ์จำนวนมาก มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ และเป็นจังหวัดชายแดนที่มีประชากรจำนวนมากในเขตพื้นที่ชนบทและพื้นที่ชายแดนด้วยความหลากหลายทางวัฒนธรรมและบริบททางสังคมที่เฉพาะเจาะจง (Ministry of Culture, 2021) เชียงรายจึงเป็นพื้นที่ที่ต้องการการศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตของพระสงฆ์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์สามารถสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในพื้นที่ที่มีความท้าทายทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างยั่งยืน การศึกษานี้มุ่งหวังสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตกับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของพระสงฆ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของผู้สามารถเป็นผู้ให้การดูแลเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมการรู้เท่าทันและภาวะสุขภาพจิตที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ในการเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพจิตแก่ประชาชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาระดับของการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ โดย การรู้เท่าทันสุขภาพจิตใช้กรอบแนวคิดของ Jorm et al. (1997) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต ส่วนภาวะสุขภาพจิตใช้กรอบแนวคิดของ Goldberg (1972) ประเมินด้วย General Health Questionnaire (GHQ-28) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ดังนั้นกรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ กำหนดให้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตเป็นตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ดังแผนภาพที่ 1

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต

- ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต
- ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต
- ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิต

ภาวะสุขภาพจิต

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (cross-sectional correlational descriptive study) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ พระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งมีจำนวนประมาณ 3,310 รูป ข้อมูลจากสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดเชียงราย ณ พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Cochran (1977) (ระดับความเชื่อมั่น 95%, $p=0.5$, $e=0.05$) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 345 รูป และเพิ่มเผื่อการสูญเสียของข้อมูลร้อยละ 20 รวมเป็น 414 รูป กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) โดยผู้วิจัยเลือกวัดจากหลายอำเภอที่สามารถเข้าถึงได้และได้รับความร่วมมือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายด้านพื้นที่ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ พระสงฆ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำพรรษาอยู่ที่วัด ที่พักสงฆ์หรือสำนักสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ พระสงฆ์ที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารที่อาจส่งผลกระทบต่อการตอบแบบสอบถาม และพระสงฆ์ที่ไม่ได้จำพรรษาต่อเนื่องในช่วงเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อความถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ พรรษา ระดับการศึกษาทางโลกสูงสุด ระดับการศึกษาทางธรรม สถานะทางคณะสงฆ์ โรคประจำตัว การปฏิบัติกิจภวานา การนอนหลับ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อต้องการคำปรึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดที่ประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต จำนวน 48 ข้อ ของ Inchaithep et al. (2018) แบบประเมินแบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

ความรู้ในการจำแนกความแตกต่างของการมีสุขภาพจิตดีกับการมีปัญหาสุขภาพจิต ข้อที่ 1-2

ความรู้ในการจำแนกความแตกต่างของการเจ็บป่วยทางจิตแบบต่างๆ ข้อที่ 3-6

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ข้อที่ 7-10

ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการทางจิต ข้อที่ 11-13

ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลและบริการด้านสุขภาพจิต ข้อที่ 14-15

การให้คะแนน คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน หากตอบว่าไม่แน่ใจไม่ได้คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 12-15 คะแนนระดับดี 8-11 คะแนนระดับปานกลาง และ 0-7 คะแนนระดับไม่ดี

ตอนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงทางจิต ข้อที่ 1-3

ความเชื่อในการดูแลตนเอง ข้อที่ 4-5

ความเชื่อเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ข้อที่ 6-7

การติดตามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ข้อที่ 8-10

ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ข้อที่ 11-12

การให้คะแนน คือ 4 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด 3 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้น เป็นส่วนใหญ่ 2 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้น เป็นบางส่วน 1 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น โดยมีข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 จะให้คะแนนตรงกันข้าม มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 ระดับดี ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ระดับพอใช้ และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 ระดับไม่ดี

ตอนที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

รับรู้การเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติทางจิต ข้อที่ 1-4

รับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยทางจิต ข้อที่ 5

รับรู้ผลกระทบและความจำเป็นในการแก้ไขปัญหา ข้อที่ 6-7

ด้านการป้องกันปัญหา แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

การขอความช่วยเหลือจากครอบครัว/บุคคลใกล้ชิด/ชุมชน ข้อที่ 8-9

การขอรับคำปรึกษา/บริการจากบุคลากรสุขภาพ ข้อที่ 10-12

การแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่นๆ ข้อที่ 13-14

ด้านการจัดการปัญหาทางจิต แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

การพูดระบายความรู้สึก ข้อที่ 15

การออกไปพบปะผู้คน/ร่วมกิจกรรมชุมชน ข้อที่ 16-17

การปฏิบัติธรรม/สันทนาธรรม/นั่งสมาธิหรือประกอบศาสนกิจอื่นๆ ข้อที่ 18

กิจกรรมผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกาย การฟังเพลง การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น ข้อที่ 19-21

การให้คะแนน คือ 4 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด 3 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้น เป็นส่วนใหญ่ 2 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อย หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้น เป็นบางส่วน 1 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น โดยมีข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 5, 13, 14, 17, 21 จะให้คะแนนตรงกันข้าม มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ค่าเฉลี่ย 3.51–4.00 ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 ระดับดี ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 ระดับพอใช้ และค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 ระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดย Nilchaikovie et al. (1996) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และประเมินตนเอง (self-report) เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น แต่ไม่สามารถใช้เป็นการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช มีค่าความเที่ยง (reliability) วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .91

ข้อคำถามครอบคลุมปัญหา 4 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ข้อ 1 – 7

ด้านที่ 2 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ข้อ 8 – 14

ด้านที่ 3 เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ข้อ 15 – 21

ด้านที่ 4 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) ข้อ 22 – 28

การให้คะแนนคิดแบบ GHQ score (0–0–1–1) โดยตัวเลือกรับคำตอบถูกจัดกลุ่มเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ก (0) ได้แก่ ไม่เลย หรือ ดีกว่าปกติ หรือ มากกว่าปกติ หรือ ไม่อย่างแน่นอน

ข (0) ได้แก่ เหมือนปกติ หรือ ไม่มากกว่าปกติ หรือ ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น หรือ ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น

ค (1) ได้แก่ แย่กว่าปกติ หรือ ค่อนข้างมากกว่าปกติ หรือ ซ้ำกว่าปกติ หรือ น้อยกว่าปกติ หรือ

ค่อนข้างมากกว่าปกติ หรือ มีอยู่บ้างเหมือนกัน

ง (1) ได้แก่ แย่กว่าปกติมาก หรือ มากกว่าปกติมาก หรือ ซ้ำกว่าปกติ หรือ น้อยกว่าปกติมาก หรือ

มีแน่ ๆ

ทั้งนี้ในแต่ละข้อจะมีคำตอบตัวเลือกที่แตกต่างกัน มีคะแนนรวม 28 คะแนน เมื่อได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านภาวะสุขภาพจิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลจิตเวชชำนาญการพิเศษ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน 1 คน และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช 1 คน และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) อยู่ที่ 0.67-1.00

2.แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต มีตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำไปทดสอบแบบประเมินทั้ง 3 ตอนนี้กับพระสงฆ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงราย จำนวน 30 รูป ซึ่งไม่รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ โดยตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต หากค่าความสอดคล้องภายในด้วยสูตร Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 ตอนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และตอนที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต ใช้การวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 และ .80 ตามลำดับ

3.แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตมาตรฐานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นผู้วิจัยใช้ตามรูปแบบมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับแล้ว และไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในส่วนนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่โครงการวิจัย 79/2563 วันที่ 1 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่เสียสิทธิ์หรือประโยชน์ใดๆ แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมและจะทำลายเอกสารหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 5 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมแนวทางการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลจากพระสงฆ์ในอำเภอต่างๆ ที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์บริการสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และจากวัดที่สามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (self-report questionnaire) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ภายหลังการเก็บแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และดำเนินการติดตามเพิ่มเติมในกรณีพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ณ วัน เวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์และสามารถนำไปวิเคราะห์ได้จำนวนทั้งสิ้น 405 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นโดยการตรวจสอบความถูกต้องในการป้อนข้อมูล (data entry validation) ทำความสะอาดข้อมูล (data cleansing) และตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ (assumptions validation) หลังจากนั้นใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.สถิติเชิงบรรยาย ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และภาวะสุขภาพจิต โดยค่าสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.สถิติเพื่อการอ้างอิง ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิต โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilk test พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า .05 ($p < .001$) แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพารามเมตริก จึงเลือกใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยวิธี Spearman's rank-order correlation coefficient

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.49 ปี ($SD=15.49$) ระยะเวลาในการบวชเป็นพระสงฆ์เฉลี่ย 15.86 พรรษา ($SD=12.32$) ระดับการศึกษาทางโลกอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.20 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 20.50 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17.00 มีการศึกษาทางธรรมศึกษา ร้อยละ 62.50 มีสถานภาพทางสงฆ์ เป็นเจ้าอาวาส ร้อยละ 62.50 เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.80 มีปฏิบัติกิจภavana เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ ส่วนใหญ่ประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 57.50 น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 30.90 และ 2-4 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 8.10 ส่วนใหญ่มีการนอนหลับที่เพียงพอ ร้อยละ 93.30 มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อต้องการคำปรึกษาจำนวน 1 แหล่ง ร้อยละ 70.90 แหล่งสนับสนุนทางสังคม 2 แหล่ง ร้อยละ 21.20 และมากกว่า 3 แหล่งขึ้นไป ร้อยละ 7.90

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ระดับภาวะสุขภาพจิตจำแนกตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต และมีเพียง ร้อยละ 4 ที่พบว่า มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ($n=405$)

ระดับภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (n)	ร้อยละ	\bar{x} (SD)
ระดับปกติ (คะแนน < 6 คะแนน) (ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต)	389	96.00	
ระดับผิดปกติ (คะแนน ≥ 6 คะแนน) (มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต)	16	4.00	
ระดับภาวะสุขภาพจิตโดยรวม	405	100.00	0.89 (2.70)

2.2 คะแนนค่าเฉลี่ยรายด้านของคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x}=0.89$, $SD=2.70$) โดยภาวะสุขภาพจิตด้านอาการทางกายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x}=0.30$, $SD=0.96$) รองลงมาเป็นด้านความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับมีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=0.27$, $SD=1.02$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างรายด้านและโดยรวม ($n=405$)

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	Mean	SD
ด้านอาการทางกาย	0.30	0.96
ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ	0.27	1.02
ด้านความบกพร่องทางสังคม	0.16	0.62
ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	0.16	0.76
คะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวม	0.89	2.70

ส่วนที่ 3 ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต

พบว่า ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=8.26$, $SD=2.47$) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=2.69$, $SD=0.46$) และด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=2.75$, $SD=0.45$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ($n=405$)

ตัวแปร	ระดับ	จำนวน (n)	ร้อยละ	\bar{x} (SD)
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	ระดับดี (12-15 คะแนน)	27	6.67	
	ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)	239	59.01	
	ระดับไม่ดี (0-7 คะแนน)	139	34.32	
	คะแนนโดยรวม			8.26 (2.47)
2. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	ระดับดีมาก ($\bar{x}=3.51-4.00$)	-	-	
	ระดับดี ($\bar{x}=2.51-3.50$)	280	69.14	
	ระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.51-2.50$)	125	30.86	
	ระดับไม่ดี ($\bar{x}=1.00-1.50$)	-	-	
	ค่าเฉลี่ยโดยรวม			2.69 (0.46)
3. ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต	ระดับดีมาก ($\bar{x}=3.51-4.00$)	3	0.74	
	ระดับดี ($\bar{x}=2.51-3.50$)	299	73.83	
	ระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.51-2.50$)	103	25.43	
	ระดับไม่ดี ($\bar{x}=1.00-1.50$)	-	-	
	ค่าเฉลี่ยโดยรวม			2.75 (0.45)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิต

ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับภาวะสุขภาพจิตโดยรวม ($r_s = .114, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับอาการทางกาย ($r_s = .110, p < .05$) และความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ($r_s = .099, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิต ($n=405$)

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต	ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต (r_s)	ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต (r_s)	ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต (r_s)
1. ด้านอาการทางกาย	.029	-.024	.110*
2. ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ	-.066	-.095	.099*
3. ด้านความบกพร่องทางสังคม	.017	-.028	.030
4. ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	.001	-.019	-.004
ภาวะสุขภาพจิตโดยรวม	-.029	-.039	.114*

* $p < .05$, วิเคราะห์ด้วย Spearman's rank-order correlation coefficient

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ในจังหวัดเชียงรายมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 96 และมีเพียงร้อยละ 4 ที่พบว่ามีความผิดปกติ ซึ่งมีสัดส่วนน้อยกว่าประชากรทั่วไปที่พบว่า ประมาณ 1 ใน 7 มีความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิต (WHO, 2025) และมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของพระสงฆ์ในทิเบตที่ พบว่า พระสงฆ์และแม่ชีส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ไม่มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Mascaro et al., 2021) ซึ่งการที่พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีสามารถอธิบายจากแนวคิดที่ว่า การดำเนินชีวิตตามแนวทางของพระพุทธศาสนาอาจเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และอาจเนื่องมาจากรูปแบบวิถีในการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธศาสนาที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การทำสมาธิ การรักษาศีลภาวนา ซึ่งมีผลการวิจัยที่ชี้ว่าการปฏิบัติสมาธิและรักษาศีลอย่าง

สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดและอาการซึมเศร้าที่ลดลงในผู้สูงอายุ (Wongpakaran et al., 2025) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2022) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและปฏิบัติธรรมมีผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิตโดยรวมของบุคคล นอกจากนี้เมื่อพิจารณาบริบทของกลุ่มตัวอย่างมีอายุพรรษาเฉลี่ย 15.86 ปี ถือเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดตามการศึกษาของ Otthapong et al. (2023) ที่พบว่า พระสงฆ์ไทยที่มีอายุพรรษาประมาณ 11-15 พรรษาเป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยโดยโรคซึมเศร้าสูงกว่าช่วงพรรษาอื่น ๆ เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดหรือความท้าทายเฉพาะช่วง เช่น ภาระงานในวัดหรือความคาดหวังจากสังคมที่มีต่อพระสงฆ์เพิ่มขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้อาจทำให้พระสงฆ์บางรูปมีปัญหาสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ในจังหวัดเชียงรายมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงบริบทเชิงพื้นที่ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยที่ 46.49 ปี ถือว่ามีประสบการณ์การดำเนินชีวิตระดับหนึ่ง และพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีการศึกษาทางธรรมในระดับสูง ร้อยละ 62.50 มีการปฏิบัติสมาธิและกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิอย่างสม่ำเสมอ และส่วนใหญ่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งลักษณะดังกล่าวจึงอาจทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้อง (protective factors) ที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kerdcharoen et al. (2019)

แม้ว่าภาพรวมพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายมีภาวะสุขภาพจิตปกติ แต่ยังคงพบว่ามีพระสงฆ์ร้อยละ 4 ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะด้านอาการทางกาย และอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ถึงแม้ว่าจะเป็นสัดส่วนที่น้อย แต่ในทางปฏิบัติถือเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญทางคลินิก จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล และแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะงานทางด้านสุขภาพจิตจะต้องมีแนวทางเชิงรุกในการคัดกรองและให้การดูแลพระสงฆ์กลุ่มเปราะบาง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตลุกลามต่อไป ดังนั้น แม้พระสงฆ์ส่วนใหญ่จะมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่การมีความรู้และทักษะในการรับรู้และจัดการปัญหาสุขภาพจิต (mental health literacy) ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาและส่งเสริม เพื่อสนับสนุนให้พระสงฆ์สามารถดูแลตนเองและเป็นที่พึ่งแก่สังคมได้อย่างยั่งยืน

2. ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของพระสงฆ์

จากการศึกษานี้ พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในด้านความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดี ขณะที่ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงช่องว่างที่น่าสนใจระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับทักษะที่เกิดจากการปฏิบัติของพระสงฆ์ในบริบทของสังคมไทย ซึ่งพระสงฆ์มักทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับชุมชน มีประสบการณ์ตรงในการรับฟังปัญหาและความทุกข์ใจของผู้อื่นเป็นประจำ ทำให้ส่งเสริมการเกิดทักษะในการจัดการปัญหาโดยธรรมชาติ แม้จะไม่มีองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตเชิงทฤษฎีมากนัก นอกจากนี้ หลักปฏิบัติทางพุทธศาสนาที่ให้ความสำคัญกับการเจริญสติภาวนาและทำความเข้าใจธรรมชาติของจิตใจอาจมีส่วนช่วยให้พระสงฆ์มีทักษะในการจัดการอารมณ์ตนเองและเข้าใจความทุกข์ของผู้อื่นได้ดี (Wongpakaran et al., 2025; Kim et al., 2022) สถานการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของประชากรทั่วไปทั้งในและต่างประเทศที่ พบว่า แม้ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจะได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน แต่ประชาชนในหลายประเทศยังคงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกต้องอย่างจำกัด (Kutcher et al., 2016) โดยเฉพาะด้านความรู้ที่เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาที่ถูกต้อง ขณะที่ทักษะการเผชิญปัญหาจริงอาจเกิดขึ้นจากประสบการณ์ชีวิตมากกว่า นอกจากนี้บางประเทศได้ทำการสำรวจ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ยังคงมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำ (Haeri-Mehrizi et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาในพระสงฆ์ไทยที่ยังพบว่าต้องการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพในภาพรวมเช่นกัน (Srithong et al., 2021)

การรู้เท่าทันสุขภาพจิตถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม ดังนั้นการที่พระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้นำทางด้านจิตวิญญาณที่ประชาชนมักเข้าหาเพื่อขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือปัญหาสุขภาพจิตมีความรอบรู้ด้านนี้จำกัดอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ที่มาขอรับคำปรึกษาได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผู้นำในศาสนาอื่นที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาในลักษณะคล้ายคลึงกัน (Jang et al., 2016) ข้อค้นพบนี้จึงสะท้อนถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งเชิงทฤษฎีและทักษะเชิงปฏิบัติ

เพื่อให้พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและช่วยเหลือชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ยกกระต๊อบบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้สนับสนุนด้านแรกด้านสุขภาพจิตในสังคมไทย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์

จากผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบด้านความสามารถในการรับรู้ การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับภาวะสุขภาพจิตโดยรวม รวมถึงด้านอาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ในขณะที่องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ทักษะด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตซึ่งจัดเป็นทักษะในเชิงปฏิบัติอาจมีบทบาทต่อภาวะสุขภาพจิตมากกว่าความรู้เชิงทฤษฎีหรือความเชื่อของพระสงฆ์เพียงอย่างเดียว แม้ว่าภาพรวมของความสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับต่ำ แต่ผลการวิจัยสะท้อนว่า ทักษะในเชิงปฏิบัติดังกล่าวอาจสามารถช่วยให้พระสงฆ์จัดการปัญหาสุขภาพจิตที่ปรากฏผ่านอาการทางกายและอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า องค์ประกอบด้านทักษะในการจัดการปัญหาทางจิตใจของการรู้เท่าทันสุขภาพจิต มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตและการมีระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตที่สูงสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวมักเกิดในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น (Moss et al., 2022) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีบริบททางศาสนาหรือวัฒนธรรมเฉพาะ เช่น พระสงฆ์ไทย ซึ่งอาจต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านบทบาททางสังคม ความคาดหวัง และโครงสร้างของชุมชนวัดที่ไม่เอื้อต่อการเปิดเผยความทุกข์ทางใจหรือการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ (Rosmarin et al., 2021)

นอกจากนี้ องค์ประกอบด้านทักษะความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิตเป็นด้านที่พระสงฆ์ทำได้ดีที่สุด ซึ่งการเจริญสติภาวนา การรักษาศีล และการมีชุมชนสงฆ์ที่เกื้อหนุน อาจเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่แข็งแกร่งและมีผลโดยตรงต่อการรักษาสุขภาพจิตที่ดีของพระสงฆ์ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง MHL และสุขภาพจิตมักอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีบริบททางวัฒนธรรมและศาสนาที่เฉพาะเจาะจง (Kerdcharoen et al., 2019; Moss et al., 2022) และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการปัญหา (coping behavior) และทักษะในการเผชิญปัญหานั้น มีแนวโน้มเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพจิตมากกว่าองค์ความรู้หรือความเชื่อเพียงลำพัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำหน้าที่ดูแลผู้อื่น เช่น พระสงฆ์ ซึ่งความสามารถในการจัดการภาวะเครียด การเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและการประเมินภาวะอารมณ์ตนเองเป็นกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดี (Edwards, 2022; Rogers, 2023)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตซึ่งเป็นทักษะในเชิงปฏิบัติมีบทบาทต่อภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจิตและองค์กรคณะสงฆ์ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาและส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในมิติ ดังกล่าว โดยเน้นทักษะการรับรู้ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมมากกว่าการให้ความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ควรมีการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตของพระสงฆ์ที่สอดคล้องกับบริบทของพระสงฆ์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว ทั้งนี้ สามารถส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ให้เป็นผู้สนับสนุนด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิของสังคมไทยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อสำรวจประสบการณ์การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์ต่อตนเองและชุมชน รวมทั้งศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงหรือมีภาวะเปราะบางทางด้านจิตใจ
2. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตและระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตระหว่างพระสงฆ์ในเขตเมืองและชนบท เพื่อสะท้อนความแตกต่างเชิงบริบท
3. การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตพระสงฆ์ เพื่อเสริมสร้างบทบาทการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและชุมชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Blevins, W. C. (2024). *When prayer is not enough: The mediating role of mental health literacy and stigma for religious individuals' help-seeking attitudes*. Western Carolina University. <https://libres.uncg.edu/ir/wcu/f/Blevins2024.pdf>
- Cheng, H.-L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development, 96*(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Edwards, L., Bretherton, R., Gresswell, D. M., & Sabin-Farrell, R. (2022). Psychological distress, coping, and barriers to help-seeking in Christian clergy. *Mental Health, Religion & Culture, 25*(10), 956–973. <https://doi.org/10.1080/13674676.2022.2117292>
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of Psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Haeri-Mehrizi, A., Mohammadi, S., Rafifar, S., Tavousi, M., & Montazeri, A. (2024). Health literacy and mental health: A national cross-sectional inquiry. *Scientific Reports, 14*(1), Article 13639. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-64656-7>
- Inchaithep, S., Puasiri, S., Punsawat, M., Thungmepon, P., & Robkob, W. (2018). Development of mental health literacy indicators for the public. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 10*(2), 97–109. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/download/162715/117515> (in Thai)
- Jang, Y., Park, N. S., Yoon, H., Ko, J. E., Jung, H., & Chiriboga, D. A. (2016). Mental health literacy in religious leaders: a qualitative study of Korean American Clergy. *Health & social care in the community, 25*(2), 385–393. <https://doi.org/10.1111/hsc.12316>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kerdcharoen, N., Naviganuntana, Y., & Wisitpongaree, C. (2019). Stress and factors affecting level of stress among Buddhist monks in Bangkok. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine, 63*(1), 9–20. <http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2019.7> (in Thai)
- Kim, Y., Khil, J., & Keum, N. (2022). The effects of mindfulness and Buddhist meditation coaching on mental health outcomes in college students. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2022*(1), 8178930. <https://doi.org/10.1155/2022/8178930>

- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Langgapin, S., Boonchieng, W., Chautrakarn, S., & Maneeton, N. (2024). Senior mental health scenarios in Thai Buddhist Contexts: A Qualitative Study. *Religions*, 15(4), 440. <https://doi.org/10.3390/rel15040440> (in Thai)
- Mascaro, J. S., Shellman, D., Keaton, W. A., Willson, M., Brauer, E., Samphel, T., Chang, H., Raison, C. L., Zivot, J., & Eisen, A. (2021). Mixed-method evaluation of the Public Health Questionnaire for estimating depression among Tibetan Buddhist monastics. *Frontiers in Communication*, 6, Article 752820. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.752820>
- Ministry of Culture. (2021). *Ethnic groups in Chiang Rai Province*. Ministry of Culture, Chiang Rai Provincial Cultural Office. <https://anyflip.com/pwpje/oeeh/basic>
- Moss, R. A., Gorczynski, P., Sims-Schouten, W., Heard-Laureote, K., & Creaton, J. (2022). Mental health and wellbeing of postgraduate researchers: Exploring the relationship between mental health literacy, help-seeking behaviour, psychological distress, and wellbeing. *Higher Education Research & Development*, 41(4), 1168–1183. <https://doi.org/10.1080/07294360.2021.1906210>
- National Economic and Social Development Council (NESDC). (2024). *Thailand's social outlook Q1/2024: Mental health critical issues*. https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/06/2567_q1_003_news_en.pdf
- Nilchaikovie, T., Sukying, C., & Silpakit, C. (1996). Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionnaire. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41(1), 2-17. <https://shorturl.at/L4ZQg> (in Thai)
- Ootthapong, W., Rikhruedong, S., & Phoowachanathipong, K. (2023). Applying Buddhist psychology principles for healing Thai monks with depression. *Journal of Psychology*, 21(1), 32-43. <https://so07.tci-thaijo.org/index.php/JPsychol/article/download/2726/2912>
- Phramaha Yuttana Norachetto, & Thonginchan, J. (2018). Model of Buddhist integrated mental health care. *Journal of Liberal Arts Review*, 13(25), 141-152. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/larhcu/article/view/143032> (in Thai)
- Rogers R. C. (2023). Examining the relationship of clergy distress, spiritual well-being, stress management and irritation to life satisfaction among Black pastors in the USA. *Journal of Religion and Health*, 62(3), 1578–1596. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01715-1>
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Koenig, H. G. (2021). Spirituality and mental health: Challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 92–93. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30048-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30048-1)
- Srithong, K., Jearajit, C., Suksatit, B. & Promjittiphong, C. (2021). Health literacy situation of monks in Thai society. *Journal of MCU Peace Studies*. 9(5), 1793-1804. <https://ir.swu.ac.th/xmlui/handle/123456789/29735>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2023, August 1). *Strengthening the mental health and wellbeing of tomorrow's faith leaders in theological educational settings*. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/partnership-center-strengthening-the-mental-hand-wellbeing-of-tomorrows-faith-leaders.pdf>

- Vachiramano, V., Kulmanee, S., & Kanchanaphet, A. (2021). The role of monks in modern Thai society development. *Journal Maha Chula Thani Mahachulalongkornrajavidhalaya University*, 3,42-49. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/mcupnpbcr/article/view/250049> (in Thai)
- Wongpakaran, N., Klaychaiya, S., Panuspanudechdamrong, C., Techasomboon, N., Chaipinchana, P., DeMaranville, J., Kövi, Z., & Wongpakaran, T. (2025). A comparative study of the impact of meditation and Buddhist five precepts on stress and depression between older adults and younger adults. *Scientific Reports*, 15(1), Article 15739. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-99430-w>
- World Health Organization. (2025). *Mental disorders* (Fact sheet). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

