



สุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550

อภิชัย มงคล, พ.บ.*

ทวี ตั้งเสรี, พ.บ.***

เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, พย.ม.***

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ประ.ด.***

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, พ.บ.**

วัชณี หัตถพนม, พย.ม.***

ไพรวลัย รมช้าย, พย.บ.***

แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์, ส.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสุขภาพจิตคนไทย และศึกษาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา ศึกษาประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มชั้นหลายขั้นตอน (multi-stage cluster random sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 3,184 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยด้วยสถิติเชิงพรรณนา และศึกษาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วย odds ratio

ผลการศึกษา ระดับสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 75.4 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 24.6 ผู้ที่ตอบว่ามีความทุกข์ใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ไม่มีปัญหา 2.9 เท่า ผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาสุขภาพมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ไม่มีปัญหาสุขภาพ 2.2 เท่า และผู้มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าสถานภาพสมรสคู่ 1.6 เท่า

สรุป สุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550 ส่วนมากอยู่ในระดับปกติ ผู้ที่ตอบว่ามีความทุกข์ใจอย่างมากหรือมีปัญหาสุขภาพ สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่น

คำสำคัญ : ไทย สุขภาพจิต

* กระทรวงสาธารณสุข

** กลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต

*** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**** มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Thai mental health 2007

Apichai Mongkol, M.D.*

Yongyud Wongpiromsarn, M.D.**

Tavee Tangseree, M.D.***

Watchanee Huttapanom, M.Ns.***

Emhathai Srichanla, M.Ns.***

Priwan Romsai, B.Ns.***

Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.**** Kaewjai Thepsuthammarat, M.P.H.****

Abstract

Objective To study mental health of Thai and to examine risk factors of mental health problems.

Materials and methods The population was Thai who lived in Thailand. Multi-stage cluster random sampling of the Thai population was performed with 3,184 people. The instrument were Thai Mental Health Indicator with full version (55 items). Descriptive statistic were used to analyze characteristic data, risk factors to mental health problems were analyzed by odds ratio.

Results Thai Mental Health in the year 2007 was found to be at the normal level 75.4%. People who answered having suffer had a higher risk of mental problem than those who did not (OR = 2.9). People who answered having health problems had a higher risk of mental problem than those who did not (OR = 2.2). People who were single or widow or divorce had a higher risk of mental problem than those who were married (OR = 1.6).

Conclusion In the year 2007, most people had mental health at the normal level. The risk factors of mental health were suffering, health problems, and marital status.

Key words : mental health, Thai

* Ministry of Public Health

** Advisory Office, Department of Mental Health

*** Khonkaenrajnakarind Psychiatric Hospital

**** Khonkaen University

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในปัจจุบัน ทำให้เกิดความกดดันอย่างมากต่อสภาพจิตใจของคน ส่งผลให้ปัญหาความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิต และจิตเวชเพิ่มมากขึ้น¹ โดยมีการประมาณการว่ามีประชากรโลกกว่า 450 ล้านคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 ความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมผิดปกติจะก่อให้เกิดภาระโรค (burden of disease) คิดเป็นร้อยละ 15 ของดัชนีวัดความสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years : DALYs)²

กรมสุขภาพจิตได้ศึกษาสุขภาพจิตของคนไทยครั้งแรกในปี 2544³ ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่อมาในปี 2546 และ 2548⁴ ศึกษาในประชาชนทั่วประเทศไทย พบว่าสุขภาพจิตคนไทยมีการเปลี่ยนแปลง คือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากในช่วงระหว่างการสำรวจ ประเทศไทยได้ประสบปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจค่อนข้างมาก น้ำมันในตลาดโลกมีราคาสูง ทำให้ค่าครองชีพสูงขึ้น แต่รายได้ยังคงเดิม ส่งผลกระทบต่อประชาชน ทำให้ผู้มีสุขภาพจิตลดลง

สภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ยังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น ภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ความไม่มั่นคงทางการเมือง และความไม่สงบของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ล้วนส่งผลทำให้ระดับสุขภาพจิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย⁵⁻⁶ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี 2550 รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต สามารถนำผลการศึกษาที่ได้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหา และนำมาใช้วางแผนเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของคนไทยให้มีสุขภาพจิตดีต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลนคร เทศบาลเมือง องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ของภาคกลางรวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งการปกครองแบบเขต แขวง ชุมชน การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตร⁷⁻⁸

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

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

P = prevalence คือ ความชุกของสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ในปี พ.ศ. 2548⁴ คือ 31.9% หรือเท่ากับ 0.319

d = acceptable of error คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้เท่ากับ 7.5% ของค่าความชุก สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หรือเท่ากับ 0.024

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.319 (1-0.319)}{0.024^2}$$

ดังนั้น $n = 1,448.9$

เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มชั้นหลายขั้นตอน (multi-stage cluster random sampling) ขนาดของตัวอย่างต้องคูณด้วย design effect หากกำหนด design effect เท่ากับ 2 ถือว่าค่อนข้างสูง และมีผู้ใช้กันทั่วไป ดังนั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1448.9×2 หรือเท่ากับ 2,897.8 คน (การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 3,184 คน) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำการคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละภาค โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{ขนาดตัวอย่างในแต่ละภาค} = \frac{\text{กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาทั้งหมด} \times \text{ประชากรภาคนั้น ๆ}}{\text{ประชากรทั้งประเทศ}}$$

ดังนั้นในแต่ละภาคมีขนาดตัวอย่างดังนี้

1) กรุงเทพมหานคร	=	272	คน
2) ภาคกลางรวมภาคตะวันออก (20 จังหวัด)	=	729	คน
3) ภาคเหนือ (17 จังหวัด)	=	568	คน
4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (19 จังหวัด)	=	1,021	คน
5) ภาคใต้ (14 จังหวัด)	=	411	คน

แต่เนื่องจากขนาดตัวอย่างของจังหวัดกรุงเทพมหานคร เมื่อคำนึงถึงสัดส่วนของประชากรพบว่า ต้องเก็บตัวอย่าง 272 คน ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ ดังนั้นจึงเก็บตัวอย่างในขั้นต่ำเท่ากับ จำนวนตัวอย่างของภาคใต้ที่คำนวณได้ คือ 411 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนตามเขตเมือง และเขตชนบทตามรายภาค ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่มีการปกครองแบบแบ่งเขตจึงสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นเขตเมืองชั้นใน เขตต่อเมือง และเขตชานเมือง ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรเดียวกัน คือ

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

แทนค่าในสูตร ยกตัวอย่าง เช่น ภาคเหนือ

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

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

หน่วยศึกษา คือ ตัวอย่าง 1 คน จาก 1 หลังคาเรือน โดยสุ่มหลังคาเรือนที่เข้าร่วมโครงการอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) และสุ่มตัวอย่าง 1 คน จาก 1 หลังคาเรือนจาก family folder

กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามข้อป่งชี้ (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 15 ปีขึ้นไปจนถึง 60 ปี
2. อาศัยอยู่หมู่บ้าน หรือชุมชนนั้น ๆ ขณะทำการศึกษาอย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถสื่อสารได้ ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก
4. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. มีอาการป่วยหนักมากหรือไม่รู้สึกรู้สีกตัว
2. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ทุกข้อ หรือออกจากกรวิจัยเมื่อเก็บข้อมูลได้ระยะหนึ่ง โดยไม่ยินยอมตอบคำถามอีกต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (version 2007) ของ อภิชัย มงคล และคณะ¹⁰ ฉบับสมบูรณ์ (จำนวน 55 ข้อ)

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (จำนวน 55 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.92 แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ระดับ 1-4 คะแนน ใช้วิธีการสัมภาษณ์และให้ตอบคำถาม โดยให้สำรวจและประเมินตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และกำหนดคะแนนในข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก (positive item) ดังนี้ ไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน มาก = 3 คะแนน มากที่สุด = 4 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ (negative item) ให้คะแนน ดังนี้ ไม่เลย = 4 คะแนน เล็กน้อย = 3 คะแนน มาก = 2 คะแนน มากที่สุด = 1 คะแนน

เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน

179 – 220	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
158 – 178	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
157	คะแนนหรือน้อยกว่า	หมายถึง	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบุคลากรจาก
หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย
พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เกษัชกร
เป็นต้น ซึ่งได้รับการประชุมเตรียมความพร้อมก่อน
เก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์
ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2550–
30 พฤศจิกายน 2550

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลการศึกษา
สุขภาพจิตคนไทย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การศึกษา
ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
ด้วยสถิติ odds ratio (OR)

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
3,184 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 มี
อายุอยู่ในช่วง 41–50 ปี ร้อยละ 30.0 (อายุน้อย
ที่สุด 15 ปี มากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 41.83 ปี
SD = 11.51) อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 73.8
การศึกษาไม่ได้เรียนและระดับประถมศึกษา ร้อยละ
59.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.8 อาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 28.5 มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ
10,000 บาท ร้อยละ 86.4 ความเพียงพอของราย
ได้มีความเพียงพอ ร้อยละ 50.0 มีสุขภาพแข็งแรง
ร้อยละ 82.7 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 72.5 ใน
รอบ 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจ ร้อยละ 63.6
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 3,184)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,523	47.9
หญิง	1,659	52.1
อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	172	5.4
21–30 ปี	422	13.2
31–40 ปี	779	24.5
41–50 ปี	954	30.0
51–60 ปี	857	26.9
อายุต่ำสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 41.8 ปี (SD = 11.51)		

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

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	833	26.2
เขตชนบท	2,351	73.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	1,881	59.1
มัธยมศึกษา	868	27.3
อนุปริญญา	186	5.8
ปริญญาตรีและสูงกว่า	245	7.7
ไม่ตอบ	4	0.1
สถานภาพสมรส		
โสด	547	17.2
คู่	2,349	73.8
หม้าย/หย่า/ร้าง	285	9.0
ไม่ตอบ	3	0.1
อาชีพ		
ว่างงาน	143	4.5
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	325	10.2
รับจ้าง	773	24.3
เกษตรกร	906	28.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	128	4.0
ค้าขาย	719	22.6
อื่น ๆ	190	5.9
รายได้ต่อเดือน (n = 3,109)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	2,687	86.4
มากกว่า 10,000 บาท	422	13.6
ค่าสุดไม่มีรายได้ สูงสุด 350,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,340.28 บาท (SD = 13,236.44)		

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

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้ (เป็นการรับรู้ของผู้ตอบ)		
เพียงพอ	1,593	50.0
ไม่เพียงพอ	1,587	49.9
ไม่ตอบ	4	0.2
ภาวะสุขภาพของท่านโดยทั่วไป		
แข็งแรง	2,633	82.7
เจ็บป่วย	529	16.6
ไม่ตอบ	22	0.7
ในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้นี้ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ (ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)		
มี	872	27.4
ไม่มี	2,308	72.5
ไม่ตอบ	4	0.1
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่		
ไม่มี	2,026	63.6
มี	1,158	36.4

ด้านสุขภาพจิตคนไทย มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ (สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป) ร้อยละ 75.4 สุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 24.6 และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ (domain) ของสุขภาพจิต ซึ่งมี

4 องค์ประกอบ ผลการศึกษามีดังนี้ มีสภาพจิตใจปกติ ร้อยละ 77.7 มีสมรรถภาพของจิตใจปกติ ร้อยละ 78.9 มีคุณภาพของจิตใจปกติ ร้อยละ 80.4 และมีปัจจัยสนับสนุนปกติ ร้อยละ 77.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สุขภาพจิตคนไทยจำแนกแต่ละองค์ประกอบ (n = 3,184)

ข้อมูล	สุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ		สุขภาพจิตปกติ	
	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
สุขภาพจิตโดยรวม	784 (24.6)	147.1 (9.3)	2,400 (75.4)	175.2 (11.9)
องค์ประกอบ				
สภาพจิตใจ	709 (22.3)	35.1 (3.9)	2,475 (77.7)	45.0 (2.9)
สมรรถภาพของจิตใจ	673 (21.1)	36.1 (2.9)	2,511 (78.9)	45.7 (3.9)
คุณภาพของจิตใจ	795 (19.6)	38.8 (3.4)	2,389 (80.4)	48.1 (4.4)
ปัจจัยสนับสนุน	738 (22.6)	29.4 (2.8)	2,446 (77.4)	38.3 (3.9)

การศึกษาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ประมาณ 1.6 เท่า ผู้ที่ว่างงานมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีอาชีพประมาณ 1.4 เท่า ผู้ที่ตอบว่ารายได้ไม่เพียงพอมีความเสี่ยง

มากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอประมาณ 1.5 เท่า ผู้ที่ตอบว่ามีภาวะสุขภาพเจ็บป่วยมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ตอบว่ามีสุขภาพแข็งแรงประมาณ 2.2 เท่า และผู้ที่ตอบว่ามีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ตอบว่าไม่มีเรื่องทุกข์ใจ 2.9 เท่า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		crude OR (95% CI)	p-value
	สุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ	สุขภาพจิตปกติ		
สถานภาพสมรส				
คู่	216 (9.2)	2,133 (90.8)	1	
โสด หม้าย หย่าร้าง	119 (14.3)	713 (85.7)	1.6 (1.3–2.0)	< .01
อาชีพ				
มีงานทำ	686 (22.7)	2,339 (77.3)	1	
ว่างงาน	71 (49.7)	72 (50.3)	1.4 (1.1–1.8)	< .01
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	120 (7.5)	1,473 (92.5)	1	
ไม่เพียงพอ	215 (13.5)	1,372 (86.5)	1.5 (1.2–1.8)	< .01
ภาวะสุขภาพ				
แข็งแรง	233 (8.8)	2,400 (91.2)	1	
เจ็บป่วย	100 (18.9)	429 (81.1)	2.2 (1.6–2.8)	< .01
ปัญหาทุกข์ใจ				
ไม่มี	133 (6.6)	1,892 (93.4)	1	
มี	203 (17.5)	955 (82.5)	2.9 (2.4–3.5)	< .01

วิจารณ์

การศึกษาระดับสุขภาพจิตคนไทยปี 2550 โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) ในภาพรวมพบว่า ส่วนมากมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของจำลองลักษณ์ จามรโชติ และคณะ¹¹ ซึ่งได้ทำการศึกษาความสุขของประชาชนในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 14 ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ โยธธร และ ศรีสะเกษ ในปี 2549 พบว่า ประชาชนมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป รวมกับผู้มีสุขมากกว่าคนทั่ว ๆ ไป ซึ่งถือว่ามีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 73.1 การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ รัชนี กาญจนพุดพิงศ์ และ วิลาวัลย์ ถาวงษ์กลาง¹² ที่ทำการสำรวจสุขภาพจิตชุมชนจังหวัดหนองคาย ผลการสำรวจพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 43.08

อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้ง 2 การศึกษาที่ได้กล่าวอ้างถึง เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ และศึกษาในบางจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันทางด้านโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรมประเพณี หรือวิถีการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ โดยที่การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในภาพรวมทั่วทุกภาคของประเทศไทย ประกอบกับปีที่ทำการศึกษาคือปีละปี ถึงแม้ว่าบางการศึกษามีระยะเวลาใกล้เคียงกัน แต่เนื่องด้วยระดับสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเช่นเดียวกัน จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาระดับสุขภาพจิตของคนไทย จำแนกตาม 4 องค์ประกอบของสุขภาพจิต ประกอบด้วย สภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน พบว่าระดับคะแนนประเมินในทุกองค์ประกอบส่วนใหญ่มีระดับคะแนนประเมินอยู่ในระดับปกติ เมื่อพิจารณาแยกแต่ละองค์ประกอบ จะพบว่าการศึกษานี้มีความแตกต่างกันเล็กน้อยกับการศึกษาของสมชาย จักรพันธุ์¹³ ซึ่งได้ทำการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย แล้วพบว่า องค์ประกอบที่อยู่ในระดับดีมากที่สุดคือ ด้านปัจจัยสนับสนุน ต่างจากการศึกษาค้นนี้ องค์ประกอบที่ดีมากที่สุดคือคุณภาพของจิตใจ แต่ปัจจัยสนับสนุนลดลง และที่มีความเหมือนกันคือองค์ประกอบทางด้านสภาพจิตใจมีระดับคะแนนการประเมินน้อยกว่าองค์ประกอบอื่น ๆ เช่นกัน

การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และความทุกข์ใจ ซึ่งการศึกษาค้นนี้มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา สามารถพิจารณาแยกแต่ละปัจจัย ได้ดังนี้

ปัจจัยทางด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด และหม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงที่จะมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีจำนวนของผู้ที่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด การศึกษาค้นนี้จึงแสดงให้เห็นว่า สถานภาพสมรสคู่เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา ทวิชาชาติ¹⁴ ธนา นิลชัยโกวิท¹⁵ จุมพล สมประสงค์¹⁶ และอภิสิทธิ์

ชำระวารสาร¹⁷ ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ทั้งที่เป็นปัจจัยทางด้านบวกที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยทางด้านลบที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ปัจจัยทางด้านลบ เช่น โครงสร้างของครอบครัวที่มีการหย่าร้างกันของบิดามารดา จำนวนบุตร คู่สมรสมีความสัมพันธ์ในครอบครัวห่างเหินหรือขัดแย้งกันมาก เป็นต้น ส่วนปัจจัยทางด้านบวก ดังเช่นการศึกษาของจำลองลักษณ์ จามรโชติ และคณะ¹¹ พบว่าประเด็นที่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับมากที่สุดจากปัจจัยด้านครอบครัว คือ มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในครอบครัว การได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย และความรักความผูกพันในครอบครัว

ในด้านปัจจัยทางอาชีพพบว่า ผู้ที่ว่างงานมีระดับสุขภาพจิตคนไทยต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่า ผู้ที่มีงานทำหรือมีอาชีพ การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 และ 12¹⁸⁻¹⁹ ที่ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ประจำปี 2542 พบว่าภาวะสุขภาพจิต หรือการมีปัญหาทุกข์ใจ ไม่สบายใจส่วนมากมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเงิน รองลงมาเป็นเรื่องของการทำงานและการประกอบอาชีพ ซึ่ง Easterlin²⁰ อธิบายไว้ว่า ระดับความสุขของบุคคลจะลดลง เมื่อบุคคลนั้นเกิดว่างงาน หรือได้รับรายได้ลดลง การมีรายได้สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของประชาชน

ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้มีรายได้เพียงพอ ทำให้การศึกษา

ครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต²¹ ที่ดำเนินการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะที่มีวิกฤตด้านเศรษฐกิจของประเทศ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเครียด (ร้อยละ 56.1) โดยมีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับเครียดมาก ซึ่ง Layard²² ได้ชี้ให้เห็นว่าภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อระดับความสุขของประชาชนในประเทศ โดยประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรสูง จะมีความสุขมากกว่าประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรต่ำ

การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วยมีความเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของนันทิกา ทวีชาติ¹⁴ ที่พบว่าปัจจัยทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงตามอายุขัย หรือการเจ็บป่วยเป็นโรค มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับภาวะสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคทางกายที่เป็นเรื้อรัง และทำให้มีความจำกัดการทำกิจกรรมประจำวัน จะมีความเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

ความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยผู้ที่มีความทุกข์ใจอย่างมามีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจ และเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความสุข และสุขภาพจิตเป็นเรื่องเดียวกันในบริบทของสังคมไทย²³⁻²⁵ ในทางตรงกันข้ามความสุขคือความทุกข์ใจนั่นเอง ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดความทุกข์ใจ ย่อมทำให้ระดับสุขภาพจิตลดลงเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยครั้งต่อไปควรมีระเบียบวิธีการวิจัยเดียวกัน และใช้เครื่องมือในการวิจัยเดียวกัน เพื่อสามารถนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบและทราบแนวโน้มของสุขภาพจิตคนไทย นอกจากนี้ยังเป็นการวัดผลลัพธ์การทำงานของกรมสุขภาพจิตในภาพรวมว่ามีผลต่อสุขภาพจิตของคนไทยอย่างไร

สรุป

สุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550 ส่วนมากอยู่ในระดับปกติ ผู้ที่ตอบว่ามีความทุกข์ใจอย่างมากในรอบ 1 เดือน หรือมีปัญหาสุขภาพ และผู้มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และจากกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2550 ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่ และ รศ.ยุพาถาวรพิทักษ์ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ปรึกษาการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. สถิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตไทย ปี 2550. กรุงเทพมหานคร: ละม่อม; 2551.
2. World Health Organization. World Health Report 2001. Mental health: new understand, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เขษมฐิติศักดิ์, วรณประภา ชลอรกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2544.
4. อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ณัฐกร จำปาทอง, สุขุม เฉลยทรัพย์, ไพรวลัย รมชัย. การสำรวจความสุขคนไทยปี พ.ศ. 2548. ขอนแก่น: พระธรรม-จันทร์; 2551.
5. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจสุขภาพจิตของประชาชน ในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
6. ศูนย์วิจัยเอบแคคนวัตกรรมทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. ประเมินความสุขคนไทยในรอบ 1 ปี รัฐบาล พล.อ. สุรยุทธ์ จุลานนท์: กรมศึกษาประชาชนคนไทย 21 จังหวัดของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ; 2550.
7. 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.
8. Levy P, Lemeshow S. Sampling of populations: method and application. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.

9. Amon J. Brown T. Hogle J. Behavioral surveillance surveys: guidelines for repeated behavioral survey in populations at risk of HIV. New York: Family Health International; 2000.
10. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพโรจน์ รมชัย, วรธรรม จูหา. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
11. จำลองลักษณ์ จามรโชติ, อรอินทร์ จำคม, ขนิษฐา ศรีเรือนทอง. ความสุขของประชาชนในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 14. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2549.
12. รัชนี กาญจนพุดพิงศ์, วิลาวัลย์ ถาวงษ์กลาง. สุขภาพจิตชุมชน. หนองคาย: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ; 2545.
13. สมชาย จักรพันธุ์. การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย. ใน: การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 “ความสุขที่พอเพียง”. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2544:104-5.
14. นันทิกา ทิวชาชาติ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2540.
15. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41:192-202.
16. จุมพล สมประสงค์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;42:184-96.
17. อภิสิทธิ์ ธำรงวางกูร, ทานทิพย์ ธำรงวางกูร, ยงยุทธ จงธรรม. กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลอุบลรัตน์; 2543.
18. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 กรมสุขภาพจิต. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด เขต 11 ปี 2542. สุราษฎร์ธานี: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11; 2543.
19. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัดของศูนย์สุขภาพจิตเขต 12 ปี 2542. สุราษฎร์ธานี: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 12; 2544.
20. Easterlin RA. Income and happiness: toward a unified theory. Economic Journal 2001;111:465-84.
21. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2550.
22. Layard, R. Happiness: Lessons from a new science. London: Penguin Book; 2004.
23. อภิชัย มงคล, จิดารัตน์ พิมพ์ดีด, วัชนี หัตถพนม, จุริย อึ้งสำราญ. สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน. ขอนแก่น: กลังนานาวิทยา; 2544.
24. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เขษมฐิธิตศักดิ์, วรธรรม จูหา และคณะ. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่น; 2547.
25. อภิสิทธิ์ ธำรงวางกูร. เกริ่นนำ. วารสารคำคุณ 2542;9:3.