

นิพนธ์ต้นฉบับ

แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561

วันรับ : 9 มีนาคม 2563
วันแก้ไข : 20 เมษายน 2563
วันตอบรับ : 2 พฤษภาคม 2563

พณัฐภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.¹, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, พ.บ.²,
อชิบ ตันอารีย์, ป.ร.ด.³, บังอร สุปรีตา, วท.ม.⁴
สำนักวิชาการสุขภาพจิต¹, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์²,
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์³, แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของคนไทยในปี 2561 รวมทั้งศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับสุขภาพจิตในช่วงปี 2551-2561

วิธีการ: การสำรวจสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมของสำนักงานสถิติแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน สุ่มตัวอย่างประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป แบบ stratified two-stage sampling ได้จำนวนตัวอย่าง 27,190 คน ใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ดัชนีชี้วัดความสุข) ฉบับสั้น 15 ข้อเป็นแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผล: คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 31.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 63.1 มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 21.1 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 15.8 แนวโน้มผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนมากกว่าค่าเฉลี่ย 10 ปีย้อนหลัง แต่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง คะแนนด้านสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น ส่วนคะแนนด้านการสนับสนุนทางสังคมต่ำที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ การมีสุขภาพจิตดีสัมพันธ์กับการมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือนดี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และการปฏิบัติตามหลักศาสนา

สรุป: คนไทยร้อยละ 84.2 มีระดับสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีกว่าปกติ ควรพิจารณาให้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว เสริมสร้างสมรรถภาพและคุณภาพจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น และเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี

คำสำคัญ: การสำรวจ, ความสุข, สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์: พณัฐภา กิตติรัตนไพบูลย์; e-mail: phunnapa@hotmail.com

Original article

Trend and associated factors of mental health in Thailand: a national survey 2018

Received : 9 March 2020

Revised : 20 April 2020

Accepted : 2 May 2020

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.¹, Dutsadee Juengsiragulwit, M.D.²,Athip Tanaree, Ph.D.³, Bungorn Supreda, M.S.⁴Bureau of Mental Health Academic Affairs¹,Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute²,Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital³, Thailand Mental Health Promotion Program⁴

Abstract

Objectives: To explore mental health and affecting factors, including the impacting trends among the Thai general population during the last decade.

Method: Mental health survey was part of the national survey of social and cultural situation carried out by National Statistical Office from January to April 2018. Thai representative samples aged 15 years old and above (N = 27,190) were selected using stratified two-stage sampling. Data was collected using the 15-item, self-report Thai Mental Health (Happiness) Questionnaire and analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: Overall, the survey found the selected sample reporting an average mental health score of 31.6 out of 45. Most of the respondents reported having a moderate level of mental health, followed by above average and below-average, i.e. 63.1%, 21.1% and 15.8% respectively. Mental capacity and mental quality were rated lower in young adulthood, while social support was rated lower in the elderly. From this data, the percentage of the respondents with below-average mental health was higher than the average percentage of those collected in the last decade, but lower than the past 5 years. Happiness or mental health was associated with a positive family relationship, marriage, higher education and religiosity.

Conclusion: Most, or 84.2% of the sample were reporting an average or above-average mental health. Marriage, higher education, religiosity and family bonding were associated with better mental health. Programs to strengthen the family relationship, enhanced mental capacity and quality support for young adults, and providing more supportive social system for the elderly will be beneficial in improving mental health for Thai people.

Keywords: happiness, mental health, survey

Corresponding author: Phunnapa Kittirattanapaiboon; e-mail: phunnapa@hotmail.com

บทนำ

สุขภาพจิต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึงสภาพสุขภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมของตนได้¹ ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้คำจำกัดความสุขภาพจิตดังกล่าว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ สภาพจิตใจ (mental state) สมรรถภาพจิตใจ (mental capacity) คุณภาพจิตใจ (mental quality) และปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้มีอายุ 15-60 ปี โดยเครื่องมือฉบับสมบูรณ์มี 66 ข้อ และมีการปรับเป็นฉบับสั้น 15 ข้อ² อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าในบริบทของสังคมไทยมองว่าสุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องเดียวกัน จึงได้เปลี่ยนชื่อ “ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต” เป็น “ดัชนีชี้วัดความสุข” เพื่อให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการเผยแพร่สู่ประชาชน³

การวัดความสุขเป็นการประเมินการรับรู้ถึงความรู้สึกในความสุขของบุคคลตามเกณฑ์ที่บุคคลหรือสังคมยึดถือและให้คุณค่า จึงทำให้มุมมองอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ มาตราวัดความสุขระดับประเทศที่เป็นที่นิยมใช้เปรียบเทียบความสุขระหว่างประเทศทั่วโลก เช่น Happiness Planet Index (HPI)⁴ รายงานความสุขโลก (world happiness report)^{5,6} หรือ Gross National Happiness (GNH)⁷ จะมีการนำองค์ประกอบอื่นมาพิจารณาาร่วมนอกเหนือจากความรู้สึกมีสุขภาวะ เช่น อายุคาดการณเฉลี่ย รายได้มวลรวมประชาชาติต่อหัว มาตรฐานการใช้ชีวิต สุขภาพ การศึกษา สัมพันธภาพในชุมชน การเผื่อแผ่แบ่งปัน การสนับสนุนทางสังคม อีสราภาพในการเลือกตัดสินใจในชีวิต ความไม่เท่าเทียมของประชากรในประเทศ การบริหารจัดการภาครัฐที่ดี การรับรู้เรื่องทุจริตคอร์รัปชัน การรับรู้สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี หรือผลกระทบจากการใช้ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม เป็นต้น หรือ “HAPPINOMETER” ที่พัฒนาขึ้นใช้ในประเทศไทยโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁸ เป็นการวัดความสุขระดับบุคคลตามแนวคิดองค์กรแห่งความสุข (happy workplace) ด้วยความสุข 9 มิติ ได้แก่ happy body (สุขภาพดี) happy relax (ผ่อนคลายดี)

happy heart (น้ำใจดี) happy soul (จิตวิญญาณดี) happy family (ครอบครัวดี) happy society (สังคมดี) happy brain (ใฝ่รู้ดี) happy money (สุขภาพเงินดี) และ happy work-life (การทำงานดี) เพื่อเป็นตัวสะท้อนความสุขคนทำงานในองค์กร ซึ่งความสุขจากแบบประเมินที่หลากหลายดังกล่าวต่างจากดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยที่เน้นเฉพาะมุมมองสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในประเทศเท่านั้น

ประเทศไทยมีการสำรวจสุขภาพจิตของประชากร โดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต ด้วยดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (หรืออีกชื่อหนึ่งว่าดัชนีชี้วัดความสุข) ฉบับสั้น 15 ข้อ ในการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมได้ข้อมูลเป็นตัวแทนระดับประเทศและระดับภาค⁹ มีการสำรวจต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2558¹⁰ หลังจากนั้นมีการวางแผนการสำรวจสุขภาพจิตไปสองปี และครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2561 นี้ ได้ใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ดัชนีชี้วัดความสุข) ฉบับสั้น 15 ข้อ ชุดเดิมอีกครั้งในการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตและปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับสุขภาพจิตของคนไทยในปี พ.ศ. 2561 และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับสุขภาพจิตในช่วงปี พ.ศ. 2551-2561 เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนา และดำเนินการให้คนไทยในทุกช่วงวัยมีระดับของสุขภาพจิตที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคต

วิธีการ

การสำรวจสุขภาพจิตครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยการวิจัยเชิงสำรวจประชากรภาคตัดขวาง (population based cross-sectional survey) ในประชากรไทยที่เป็นตัวแทนระดับประเทศและระดับภาค ครอบคลุมครัวเรือนส่วนบุคคลในเขตกรุงเทพมหานครและทุกจังหวัดทั่วประเทศ (ยกเว้นครัวเรือนชาวต่างประเทศที่ทำงานในสถานทูตหรือองค์การระหว่างประเทศที่มีเอกสิทธิ์ทางการทูต) สุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage

sampling มีจังหวัดเป็นชั้นภูมิทั้งสิ้น 77 ชั้นภูมิ แต่ละชั้นภูมิ แบ่งเป็น 2 ชั้นภูมิย่อยตามเขตการปกครองคือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) โดยมีเขต แฉ่งนับ (enumeration area: EA) (สำหรับในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (สำหรับนอกเขตเทศบาล) เป็นตัวอย่างชั้นที่ 1 ได้ EA ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 1,990 เขต จาก EA ทั้งหมด 127,460 เขต ครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นตัวอย่างชั้นที่ 2 โดย สุ่มแบบมีระบบจากบัญชีรายชื่อครัวเรือนจากการนับจดใน EA แต่ละเขต ตัวอย่างที่จัดเรียงรายชื่อครัวเรือนใหม่ตาม ขนาดจำนวนสมาชิกในครัวเรือน กำหนด 16 ครัวเรือน ตัวอย่างต่อ EA ในเขตเทศบาล และ 12 ครัวเรือนตัวอย่างต่อ EA นอกเขตเทศบาล หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อม กันทั่วประเทศในเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 โดยพนักงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นผู้ขอความ ยินยอมและสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไปและอยู่ ที่ครัวเรือนตัวอย่าง ณ วันและช่วงเวลาที่สัมภาษณ์ จากผู้ ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ตอบด้วยตนเอง 27,739 คน มีผู้ให้ข้อมูล 27,190 คน คิดเป็นอัตราเข้าร่วมโครงการเท่ากับร้อยละ 98.0 เครื่องมือที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ ได้แก่ ดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตฉบับสั้น 15 ข้อ² ที่มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจในความรู้สึกที่ดี (3 ข้อ) ด้านความรู้สึกไม่ดี (3 ข้อ) ด้านสมรรถภาพจิตใจ (3 ข้อ) ด้านคุณภาพจิตใจ (3 ข้อ) และด้านปัจจัยสนับสนุน (3 ข้อ) โดยแต่ละข้อมี คะแนนในการประเมิน 4 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนนหมายถึง ไม่เลย; 1 คะแนนหมายถึงเล็กน้อย; 2 คะแนนหมายถึงมาก; 3 คะแนนหมายถึงมากที่สุด และเพิ่มข้อคำถามแหล่ง สนับสนุน 5 ข้อ (ไม่คิดคะแนน) รวมคะแนนเต็ม 45 คะแนน กำหนดระดับสุขภาพจิตโดยอิงจากค่าปกติของคนทั่วไป แบ่ง เป็น 3 ระดับ ได้แก่ เกณฑ์ 0.00–27.00 คะแนนเป็นผู้มี สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป; 27.01–34.00 เป็นผู้มีสุขภาพจิต เท่ากับคนทั่วไป; และ 34.01–45.00 คะแนนเป็นผู้มีสุขภาพ จิตสูงกว่าคนทั่วไป ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.70² นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามอื่นตามแบบสำรวจสภาวะทางสังคม และวัฒนธรรม พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 1) ลักษณะทั่วไป

ของครัวเรือนและสมาชิกในครัวเรือน 2) ความถี่ของการร่วม กิจกรรมทางศาสนา (รวมทุกศาสนา) และกิจกรรมสวดมนต์ (เฉพาะศาสนาพุทธ) ประเมินจากชุดคำถาม “ในรอบปีที่แล้ว โดย ปกติ...(ชื่อ)...ได้ทำกิจทางศาสนาต่อไปนี้บ่อยครั้งแค่ไหน” 3) ระดับ ความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประเมินจากชุดคำถาม “ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน... (ชื่อ)...ได้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อากา ร ความคิด เห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด” และ 4) ความถี่ของ การมีปฏิสัมพันธ์หรือการทำกิจกรรมเชิงบวกร่วมกับสมาชิกใน ครัวเรือน ประเมินจากชุดคำถาม “โดยปกติ...(ชื่อ)...ได้แสดงออก หรือมีการกระทำเหล่านี้บ่อยแค่ไหน” โดยตัวอย่างเป็นผู้เลือก คำตอบที่ตรงกับตัวเองและครัวเรือนที่อาศัยอยู่มากที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูลแบบถ่วงน้ำหนัก (complex survey design) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็น ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และอัตราเสี่ยง (odds ratio)

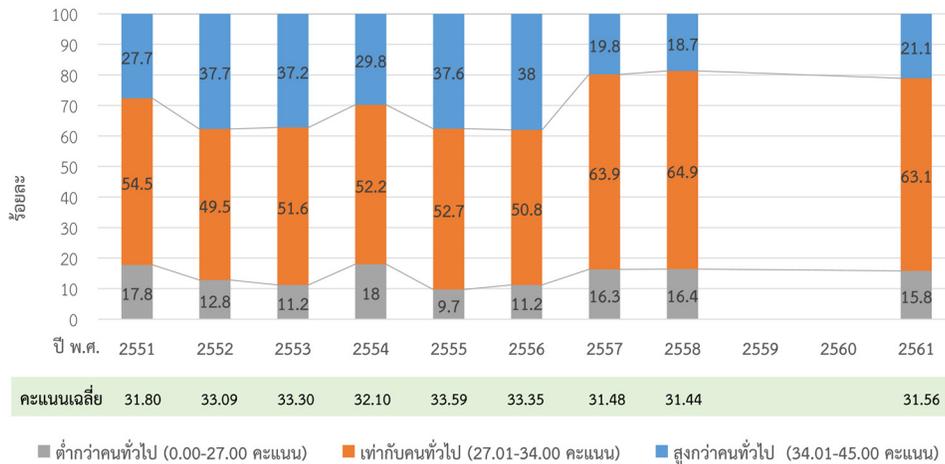
การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ให้นำข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจฯ ปี พ.ศ. 2561 มาวิเคราะห์ได้ เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2562 เลขที่ 1/2562

ผล

จากการสำรวจพบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับสุขภาพ จิตของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 31.6 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ที่แสดงระดับสุขภาพจิตและแนวโน้มระดับสุขภาพจิตคนไทยจาก ผลการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551- พ.ศ. 2561 (ยกเว้นปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ที่ไม่มีการสำรวจ)

เมื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของคนไทยระหว่าง ภาค เขตการปกครอง (ในและนอกเขตเทศบาล) และลักษณะ ประชากร พบภาคกลางที่มีระดับความสุขสูง (กว่าคนทั่วไป) ต่ำกว่าภาคอื่นๆ ส่วนกลุ่มเยาวชน ผู้ที่อยู่คนเดียว และผู้ที่มี สุขภาพกายไม่ดี มีค่าเฉลี่ยความสุขและร้อยละของผู้มีระดับ สุขภาพสูง (กว่าคนทั่วไป) น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น สถานภาพสมรสคู่และระดับการศึกษาอุดมศึกษาหรือสูงกว่า มีค่าเฉลี่ยความสุขและร้อยละของผู้มีระดับความสุขสูง (กว่าคน

ทั่วไป) มากที่สุด คนที่ไม่ม้งานทำมีร้อยละของผู้มีระดับความสุขต่ำ (กว่าคนทั่วไป) มากกว่าคนที่ม้งานทำ ดังแสดงในตารางที่ 1



ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของระดับสุขภาพจิตคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2551-2561

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของระดับสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย ปี พ.ศ. 2561 จำแนกตามภาค เขตการปกครอง ลักษณะประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

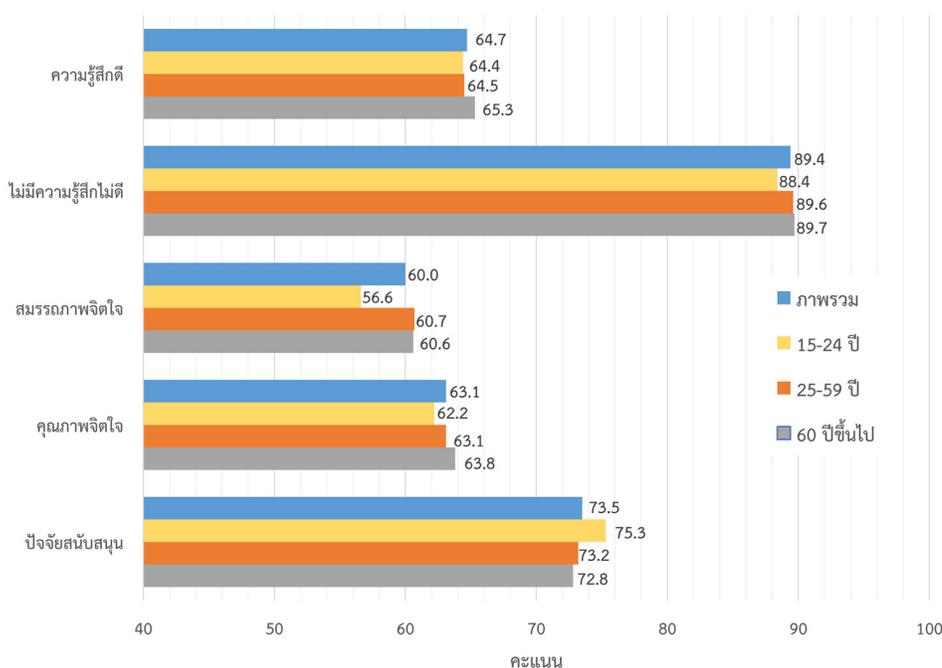
ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย (means + S.E.)	ร้อยละของระดับสุขภาพจิต (ความสุข)		
		ต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00-27.00 คะแนน)	เท่ากับคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน)	สูงกว่าคนทั่วไป (34.01-45.00 คะแนน)
ภาค				
กรุงเทพมหานคร	31.71 + 0.34	15.8	63.0	21.3
ภาคกลาง	31.20 + 0.18	17.6	64.6	17.9
ภาคเหนือ	31.41 + 0.26	17.5	60.1	22.4
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	31.85 + 0.20	13.7	63.7	22.6
ภาคใต้	31.80 + 0.22	13.8	62.8	23.5
เขตการปกครอง				
ในเขตเทศบาล	31.57 + 0.16	15.2	63.8	21.0
นอกเขตเทศบาล	31.54 + 0.12	16.2	62.6	21.2
เพศ				
ชาย	31.58 + 0.11	15.5	63.1	21.4
หญิง	31.54 + 0.01	16.0	63.1	20.9

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของระดับสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย ปี พ.ศ. 2561 จำแนกตามภาค เขตการปกครอง ลักษณะประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา (ต่อ)

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย (means + S.E.)	ร้อยละของระดับสุขภาพจิต (ความสุข)		
		ต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00-27.00 คะแนน)	เท่ากับคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน)	สูงกว่าคนทั่วไป (34.01-45.00 คะแนน)
กลุ่มอายุ				
15-24 ปี (เยาวชน)	31.22 + 0.16	17.5	62.7	19.8
25-59 ปี (วัยผู้ใหญ่)	31.60 + 0.12	15.3	63.7	21.0
60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	31.71 + 0.08	15.8	61.8	22.5
สถานภาพสมรส				
โสด	31.11 + 0.14	18.3	63.0	18.7
คู่	31.98 + 0.11	12.9	63.7	23.4
หม้าย	30.95 + 0.11	20.4	62.4	17.3
หย่า	30.14 + 0.27	28.8	58.1	13.1
แยกกันอยู่	30.12 + 0.26	26.2	58.7	15.2
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	31.30 + 0.24	19.5	58.1	22.4
ประถมศึกษา	31.19 + 0.11	17.8	63.6	18.6
มัธยมศึกษา	31.49 + 0.13	15.8	64.1	20.1
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	32.64 + 0.23	9.6	61.8	28.6
การทำงาน				
มีงานทำ	31.61 + 0.11	15.2	63.6	21.2
ไม่มีงานทำ	31.44 + 0.11	17.0	62.0	21.0
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน				
1 คน	30.48 + 0.15	22.7	62.1	15.2
2-4 คน	31.83 + 0.09	14.1	63.6	22.3
5 คนขึ้นไป	31.83 + 0.20	13.7	62.4	23.9
คะแนนสุขภาพกาย				
น้อยกว่า 5 คะแนน	26.97 + 0.55	48.6	43.2	8.2
5-7 คะแนน	30.36 + 0.17	24.3	61.8	13.9
8-10 คะแนน	32.27 + 0.09	10.7	64.1	25.2
ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป	31.56 + 0.10	15.8	63.1	21.1

เมื่อจำแนกสุขภาพจิตคนไทยตามองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน โดยแปลงค่าคะแนนเต็มขององค์ประกอบแต่ละด้าน เป็น 100 คะแนน พบว่ากลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) มีคะแนนสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นแต่มีคะแนนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนความรู้สึกดีและคุณภาพจิตใจสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นแต่มีคะแนนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมต่ำที่สุด ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

ความคิดเห็นและความรู้สึกของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าเกือบร้อยละ 90 รู้สึกมั่นใจว่าชุมชนที่อาศัยอยู่มีความปลอดภัย รู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออยู่ในชุมชนนี้ และเมื่อเดือดร้อนมีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนแหล่งสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าไม่ได้รับ หรือได้รับเพียงเล็กน้อย เป็นสัดส่วนสูงที่สุด ได้แก่ การมีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน รองลงมาคือมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ ดังแสดงในตารางที่ 2



ภาพที่ 2 คะแนนองค์ประกอบหลักสุขภาพจิตคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามช่วงอายุ (ปรับเป็นคะแนนเต็ม 100 คะแนน)

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละของระดับความคิดเห็นและความรู้สึก			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
มีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ	0.7	19.6	73.8	5.9
มั่นใจว่าชุมชนที่อาศัยอยู่มีความปลอดภัย	0.2	10.4	81.9	7.5
รู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออยู่ในชุมชนนี้	0.3	10.9	81.4	7.4
มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน	3.1	21.5	69.3	6.1
เมื่อเดือดร้อนมีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือ (เช่น วัด มูลนิธิ ชุมชน ฯลฯ)	0.3	10.9	81.4	7.4

หากกำหนดว่าสุขภาพจิตดี หมายความว่ามีความสุข สภาพจิตเท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป หรือมีคะแนนรวมตั้งแต่ 28 ขึ้นไปแล้ว พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า การมีส่วนร่วมทางกิจกรรมทางศาสนาใดๆ เป็นประจำ การสวดมนต์เป็นประจำในผู้นับถือศาสนาพุทธ ลักษณะครอบครัวที่แสดงออกถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร ความสนใจเอาใจใส่กับสมาชิกครอบครัวเป็นประจำ นำหลักคำสอนทางศาสนา หรือคุณธรรมมาใช้กับสมาชิกครอบครัวเป็นประจำ ใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุขเป็นประจำ

ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันนอกบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุขเป็นประจำ พุดคุยปรึกษาหารือหรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผลในเรื่องสำคัญของครอบครัวเป็นประจำ ทำหน้าที่ตามบทบาทหรือความรับผิดชอบของตนเองในครอบครัวเป็นประจำ เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวร่วมกับสมาชิกครอบครัวเป็นประจำ ส่วนปัจจัยทางเศรษฐกิจที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และการมีไฟฟ้าใช้ในที่อยู่อาศัย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี^a

ปัจจัย	Odds ratio (95%CI)
ปัจจัยจากข้อมูลประชากร	
เพศ	
ชาย	1.03 (0.93- 1.15)
หญิง	1
กลุ่มอายุ	
15-24 ปี	0.89 (0.72-1.09)
25-59 ปี	1.04 (0.88-1.22)
60 ปีขึ้นไป	1
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	1.52 (1.31-1.75)***
หม้าย/หย่า/แยก	0.75 (0.61- 0.91)**
การศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1
ประถมศึกษา	1.12 (0.94-1.33)
มัธยมศึกษา	1.29 (1.05- 1.59)*
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	2.28 (1.61-3.24)***

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี^a (ต่อ)

ปัจจัย	Odds ratio (95%CI)
ปัจจัยจากข้อมูลศาสนา และสังคม วัฒนธรรม	
ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (รวมทุกศาสนา)	
ไม่ทำเลย	1
ทำ ไม่ประจำ (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	1.70 (1.08-2.67)*
ทำเป็นประจำ (ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป)	2.75 (1.67-4.55)***
กิจกรรมสวดมนต์ (ศาสนาพุทธ)	
ไม่ทำเลย	1
ทำ ไม่ประจำ (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	1.68 (1.45-1.96)***
ทำเป็นประจำ (ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป)	2.25 (1.82-2.79)***
ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือน	
ครอบครัวมีการแสดงออกถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร ความสนใจเอาใจใส่กับสมาชิกครอบครัว	
เป็นประจำ	3.90 (2.41-6.32)***
บางครั้ง	1.29 (0.84-1.98)
นานๆ ครั้ง	1.05 (0.68-1.63)
ไม่ทำเลย	1
ครอบครัวนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือคุณธรรมมาใช้กับสมาชิกครอบครัว	
เป็นประจำ	5.84 (3.60-9.48)***
บางครั้ง	2.24 (1.38-3.62)**
นานๆ ครั้ง	1.46 (0.81-2.62)
ไม่ทำเลย	1
ครอบครัวมีการใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุข	
เป็นประจำ	4.80 (3.03-7.62)***
บางครั้ง	1.95 (1.19-3.21)**
นานๆ ครั้ง	1.01 (0.61-1.66)
ไม่ทำเลย	1
ครอบครัวใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันนอกบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุข	
เป็นประจำ	4.96 (3.61-6.83)***
บางครั้ง	2.31 (1.73-3.10)***
นานๆ ครั้ง	1.74 (1.29-2.34)***
ไม่ทำเลย	1

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี^ก (ต่อ)

ปัจจัย	Odds ratio (95%CI)
ครอบครัวมีการพูดคุยปรึกษาหารือ หรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผลในเรื่องสำคัญของครอบครัว	
เป็นประจำ	4.72 (3.46-6.44)***
บางครั้ง	1.97 (1.44-2.70)***
นานๆ ครั้ง	1.44 (1.06-1.95)*
ไม่ทำเลย	1
มีการทำหน้าที่ตามบทบาท หรือความรับผิดชอบของตนเองในครอบครัว	
เป็นประจำ	4.16 (2.65-6.53)***
บางครั้ง	1.73 (1.12-2.69)*
นานๆ ครั้ง	1.10 (0.75-1.62)
ไม่ทำเลย	1

^ก สุขภาพจิตดี หมายถึงคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 28 ขึ้นไป

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05, **มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01, ***มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

วิจารณ์

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยเป็นวิธีการวัดจากการรับรู้ของตัวเอง (subjective measures) จากหลายองค์ประกอบเพื่อสะท้อนความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง² ในขณะที่หลายการศึกษาในต่างประเทศอาจใช้เพียงคำถามเดียวว่า โดยรวมแล้วคุณรับรู้ถึงความรู้สึกในความสุข (subjective well-being) อยู่ในระดับใด โดยทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลเฉพาะสภาพจิตใจในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น^{11,12}

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าตามบริบทของประเทศไทย สุขภาพจิตมีความหมายใกล้เคียงกับความสุข³ แต่องค์ประกอบของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยนี้ยังไม่ครอบคลุมความหมายของความสุขตามมาตรวัดสากล ที่คำนึงถึงมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อระดับความสุขของประชากร⁴⁻⁷ ทั้งปัจจัยในระดับมหภาค (macro level) เช่น ความมั่งคั่ง (wealth) อิสระเสรีภาพ (freedom) ความเท่าเทียม (equality) ความปลอดภัย (security) การทุจริตคอร์รัปชัน คุณภาพของการบริหารจัดการภาครัฐ หรือการ

เปลี่ยนแปลงสู่สังคมยุคใหม่ ปัจจัยระดับกลาง (meso level) หรือระดับชุมชน เช่น หน่วยงาน องค์กร โรงเรียน สถานี่ทำงาน ว่าน่าอยู่ (livable) หรือความพึงพอใจในชีวิต (life-satisfaction) หรือปัจจัยระดับจุลภาค (micro level) ในระดับบุคคล เช่น สถานภาพทางสังคม รายได้ การศึกษา อาชีพ การมีส่วนร่วมในสังคม¹³ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นส่วนสำคัญที่เรียกว่าปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (social determinants of mental health)¹⁴ และใช้วิธีวัดจากภายนอก (objective indicator) ดังนั้นการเปรียบเทียบกับข้อมูลความสุขจากคำว่า “ความสุข (happiness)” หรือ “คุณภาพชีวิต (quality of life)” หรือ “ความมีสุขภาวะ (well-being)” จากการศึกษาต่างๆ จึงควรทำด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งทั้งในความหมายและมาตรวัดที่แตกต่างกันสำหรับค่าแต่ละค่า

แนวโน้มของระดับสุขภาพจิตคนไทยย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2561 แบ่งได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรก (พ.ศ. 2551-2556) ที่แนวโน้มค่าเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นและประชากรมากกว่าหนึ่งในสามมีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป ยกเว้น ปี พ.ศ. 2554 ที่ค่าเฉลี่ยความสุขลดลงและร้อยละผู้มีความสุขต่ำ

(กว่าคนทั่วไป) สูงที่สุดในช่วงนี้ ส่วนในช่วงที่สอง (พ.ศ. 2557-2561) กลับพบค่าเฉลี่ยความสุขลดต่ำลง และมีประชากรเพียงหนึ่งในห้าที่มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป โดยค่าเฉลี่ยความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปลดลงจากช่วง 5 ปีย้อนหลัง แม้แนวโน้มอาจมีทิศทางที่ดีขึ้นในปี พ.ศ. 2561 นี้ แต่เนื่องจากข้อมูลที่ขาดหายไปในช่วงปี พ.ศ. 2559 และ 2560 ทำให้พยากรณ์แนวโน้มได้ไม่ชัดเจน ในการเปรียบเทียบคะแนนความสุขในแต่ละช่วงเวลาเปลี่ยนแปลงไปนั้น คะแนนที่มักเปลี่ยนแปลงคือคะแนนด้านความรู้สึกดีหรือความรู้สึกไม่ดี ซึ่งเป็นความสุขในรูปแบบของฮีโดนิค (hedonic) ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามเหตุปัจจัยภายนอก ส่วนคะแนนด้านสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจจะสะท้อนความสุขในรูปแบบยูโดโมนิค (eudaimonic) หรือสุขภาวะทางใจ (mental well-being) มากกว่า เป็นคุณลักษณะทางจิตด้านบวกที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมภายนอกได้น้อยกว่า¹⁵

ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงคะแนนความสุขในช่วงปี พ.ศ. 2557-2561 ดังกล่าว อาจอธิบายได้จากเหตุสภาวะสังคม เศรษฐกิจไทยในช่วงที่ผ่านมาที่มีความผันผวนค่อนข้างสูง สภาวะทางเศรษฐกิจ เหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งบริบทระดับประเทศ ด้านเศรษฐกิจสังคมและการเมืองถือเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตที่ส่งผลทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่มีหลักฐานชัดเจน¹⁴

หากพิจารณาตามองค์ประกอบของความสุขพบว่า คะแนนสมรรถภาพจิตใจต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาปี พ.ศ. 2553¹⁶ และ 2558¹⁰ ที่สำคัญผลการสำรวจสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2558 ที่มีคะแนนองค์ประกอบของความรู้สึกดี ไม่มีความรู้สึกไม่ดี สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน 63.2, 91.6, 57.6, 63.5 และ 73.5 (ปรับคะแนนเต็มแต่ละองค์ประกอบให้เป็นคะแนนเต็ม 100)¹⁰ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาปี พ.ศ. 2561 พบว่าคะแนนด้านสมรรถภาพจิตใจ ไม่มีความรู้สึกไม่ดี และความรู้สึกที่ลดลงทุกด้าน ด้วยคะแนน 2.4, 2.3 และ 1.5 จุดตามลำดับ (หมายถึงความรู้สึกไม่ดีเพิ่มขึ้น) มีเฉพาะคุณภาพจิตใจที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (0.4 จุด) และปัจจัยสนับสนุนที่คะแนนไม่เปลี่ยนแปลง สะท้อนให้เห็นว่านอกจากความรู้สึกที่ดี หรือความ

รู้สึกไม่ดีที่มีผลจากปัจจัยภายนอกแล้ว ควรเฝ้าระวังสมรรถภาพจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการยอมรับปัญหา การควบคุมอารมณ์ และการจัดการสถานการณ์ร้ายแรงที่เผชิญ

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มเยาวชนมีระดับความสุขน้อยที่สุด (31.2 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มวัยสูงอายุมีระดับความสุขสูงที่สุด (31.7 คะแนน) แตกต่างจากผลการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2558 ที่พบว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่มีระดับความสุขสูงที่สุด (31.5 คะแนน) ส่วนกลุ่มเยาวชนและกลุ่มวัยสูงอายุมีระดับความสุขใกล้เคียงกัน (31.3 คะแนนและ 31.3 คะแนนตามลำดับ)¹⁰ และยิ่งแตกต่างจากการศึกษาใหญ่ที่ใช้ข้อมูลตัวอย่างมากกว่า 500,000 คน จากประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา 72 ประเทศ ที่พบว่าโดยทั่วไปแล้วความสุขของบุคคลจะลดลงต่ำสุดที่วัยกลางคน (middle age) ทั้งในเพศหญิงและชาย เป็นในลักษณะรูปตัว U (U-shaped)¹³ หรือแม้ในกลุ่มคนเอเชีย เช่น เกาหลีที่พบกลุ่มวัยกลางคนมีแนวโน้มจะมีระดับความสุขน้อยกว่ากลุ่มอื่นเช่นกัน¹⁷ แนวโน้มระดับความสุขของวัยรุ่นที่ลดลงและระดับความสุขของวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นที่พบจากการศึกษานี้ จึงอาจสะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมามีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยแต่ละกลุ่มวัยที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเชิงลึกในประเด็นนี้ต่อไป

เมื่อวิเคราะห์คะแนนองค์ประกอบของความสุขในแต่ละวัยพบว่ากลุ่มคนสูงอายุมีความรู้สึกที่ดี ไม่มีความรู้สึกไม่ดี และสมรรถภาพจิตใจสูงที่สุด ส่วนคุณภาพจิตใจใกล้เคียงกับวัยทำงาน และปัจจัยสนับสนุนต่ำที่สุด ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งที่ผ่านมา^{10,16} ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากความเครียดจากการทำงานที่ลดลง ความสามารถในการปรับตัวและยอมรับดีขึ้น¹¹ หรือมีการเปลี่ยนจุดสนใจในชีวิตโดยลดความสำคัญของการทำงาน ให้ความสำคัญกับศาสนามากขึ้น ยอมรับกับการชีวิตลำพังได้ หรือได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สุขสบายขึ้น (เช่น อยู่นอกเมือง) หรืออีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญคือคนที่มีความสุขมักจะมีอายุยืนกว่า สุขภาพแข็งแรงมากกว่า¹⁸ ในขณะที่

วัยรุ่นมีสมรรถภาพจิตใจต่ำสุดและปัจจัยสนับสนุนสูงสุด และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาปี พ.ศ. 2553 พบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีคะแนนไม่มีความรู้สึกไม่ดีสูงสุดเปลี่ยนมาเป็นต่ำสุดในการศึกษาครั้งนี้ (หมายถึงคะแนนความรู้สึกไม่ดีเพิ่มขึ้น) และสมรรถภาพและคุณภาพของจิตใจค่อนข้างต่ำในทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับผลการประเมินสภาพแวดล้อมการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564 ที่ระบุว่าคุณภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยยังมีปัญหา และคนไทยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาด้านคุณธรรมจริยธรรม ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีวินัย ความซื่อสัตย์สุจริต และการมีจิตสาธารณะ¹⁹ ดังนั้นเยาวชนควรได้รับการพัฒนาด้านสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจอย่างมีรูปธรรม คือการพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธ์และแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิต และการพัฒนาจิตสาธารณะ สร้างเสริมประสบการณ์การทำงานดี การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ส่วนในผู้สูงอายุควรมีมาตรการสร้างปัจจัยสนับสนุนโดยเฉพาะจากครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น และในทุกกลุ่มวัยควรได้รับการพัฒนาสมรรถภาพจิตใจซึ่งเป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนและพัฒนาได้¹⁶

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยเสริมสุขภาพจิตนั้น จากการสำรวจพบว่าเกือบร้อยละ 80.0 ของคนไทยรู้สึกว่าการช่วยเหลือทั้งต่อตัวเองและทรัพย์สิน และมีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือหากมีปัญหา แต่มีการช่วยเหลือในระดับบุคคลน้อยหรือไม่มีเลยถึงร้อยละ 20.0 สะท้อนภาพสังคมไทยที่แม้ระบบสนับสนุนระดับชุมชนค่อนข้างดี แต่สังคมเริ่มเปลี่ยนเป็นปัจเจกบุคคลมากขึ้นจากปัญหาการขยายตัวของเขตเมือง (urbanization) ที่สำคัญการได้รับการสนับสนุนจากงานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านยังพบว่าอยู่ในระดับต่ำสุด ทั้งที่ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ได้รับการชื่นชมจากองค์การอนามัยโลกว่ามีโครงสร้างที่เข้มแข็ง กระจายถึงระดับตำบล มีอาสาสมัครสาธารณสุขครอบคลุมทุกหมู่บ้านและมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม²⁰ ทั้งนี้การขาดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นเหตุให้เข้ารับบริการสุขภาพช้าและทราบข้อมูลแหล่งบริการสุขภาพน้อย²¹ ดังนั้นควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองเพิ่มเติม

ปัจจัยบุคคลที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตคือ อย่างมีนัยสำคัญคือ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อธิบายได้จากการมีคู่สมรสช่วยสนับสนุนทั้งด้านการเงิน สังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะหากสัมพันธ์ภาพสมรสที่ดีจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ หรืออีกเหตุผลหนึ่งคือ คนที่มีบุคลิกภาพที่มีความสุข (happy personality trait) มีโอกาสแต่งงานมากกว่า^{18,22} ส่วนระดับการศึกษาสูงมักส่งผลโดยตรงต่อการมีอาชีพที่ดีและรายได้สูง อย่างไรก็ตามแม้จะควบคุมปัจจัยด้านรายได้ อาชีพ และปัจจัยอื่นๆ แล้ว ยังคงพบความสัมพันธ์นี้อยู่ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากการศึกษาส่งผลให้มีความมั่นใจในตัวเอง (self-confidence) หรือ มีการประเมินค่าตัวเอง (self-estimation)²³

ปัจจัยสังคม ศาสนาและวัฒนธรรมจากการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมมากกว่า 2 เท่า โดยเฉพาะการสวดมนต์เป็นประจำในผู้นับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชาวมุสลิมอายุระหว่าง 17-40 ปี พบว่าการปฏิบัติตามหลักศาสนาสัมพันธ์กับระดับความสุข การมีทัศนคติที่ดีและความนับถือตนเองในบริบทของมุสลิม²⁴ การศึกษาของ Green M และคณะในปี 2010 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามหลักศาสนา (religiosity) มีแนวโน้มจะมีสุขภาพจิตดีกว่าและมีความสุขมากกว่า เมื่อควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานและครอบครัวแล้ว²⁵ ทั้งนี้อธิบายได้จากคนที่มีศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ จะสามารถสัมพันธ์กับสิ่งอื่นนอกเหนือจากตัวเอง และสามารถค้นหาจุดมุ่งหมายหรือมีชีวิตที่มีความหมาย ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาในเกาหลีใต้ที่พบว่า การให้คุณค่า (personal value) เช่น ความเชื่อ หลักการหรือแนวคิดของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้คนเราดำรงชีวิต โดยพบว่าผู้ที่ให้ความสำคัญกับศาสนามีแนวโน้มมีความสุขมากที่สุด รองลงมาคือผู้ที่ให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพในสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ในขณะที่ผู้ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยความสำเร็จภายนอก เช่น เงิน อำนาจ การศึกษา การงาน หรือ

งานอดิเรก หรือให้ความสำคัญกับสุขภาพกลับมีแนวโน้มความสุขที่น้อยกว่า²⁷

เช่นเดียวกับการศึกษาที่ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือนทั้งในเรื่องการแสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) การนำหลักศาสนามาใช้ในครอบครัว (family religious practice) การทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในบ้านและนอกบ้าน (family time spending) การพูดคุยตัดสินใจเรื่องสำคัญร่วมกัน (shared decision making) และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว (family role) ส่งผลต่อการเพิ่มระดับสุขภาพจิตของคนไทยตั้งแต่ 3.9-5.8 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะครอบครัวดังกล่าว อิทธิพลจากปัจจัยครอบครัวในการศึกษานี้มากกว่าอิทธิพลจากปัจจัยด้านลักษณะประชากรของแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาในฮ่องกงโดยโครงการ Happy Family Kitchen II ซึ่งศึกษาผลของการใช้จิตวิทยาเชิงบวกกับครอบครัวต่อความสุขเชิงอัตวิสัยและคุณภาพชีวิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life) ระดับบุคคล โดยทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 1,261 คน ที่ 31 หน่วยบริการด้านสังคมและโรงเรียน พบว่าเมื่อให้โปรแกรมกลุ่มกับครอบครัวจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุขเชิงอัตวิสัยเพิ่มขึ้นด้วย²⁸

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงฐานข้อมูลดิบในการสำรวจก่อนหน้านี้ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ย้อนหลังแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของแต่ละองค์ประกอบได้ รวมทั้งขาดการศึกษาต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 และเนื่องจากการสำรวจสุขภาพจิตในทุกครั้งที่ผ่านมาเป็นเพียงการผนวกข้อคำถามของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระดับชาติที่ดำเนินการโดยสำนักสถิติแห่งชาติในปีนั้นๆ ซึ่งในแต่ละปีอาจมีประเด็นสำรวจ ลักษณะของชุดคำถามหลัก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และช่วงเวลาของปีที่เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลต่อความแปรปรวนของค่าคะแนนสุขภาพจิตในแต่ละปี ในอนาคตจึงควรเน้นการเปรียบเทียบกับการศึกษาที่เป็นชุดเดียวกันในช่วงเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละปี เช่นการสำรวจสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีการดำเนินการทุก 3 ปี เพื่อให้เห็นแนวโน้มได้ดีขึ้น นอกจากนี้การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตนั้นเป็นการ

วิเคราะห์แบบตัดขวาง ทำให้บอกได้เพียงว่าสุขภาพจิตในช่วง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์เท่านั้น และไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตกับปัจจัยต่างๆ ได้ว่าเป็นเหตุหรือผล ต้องอาศัยการวิเคราะห์ร่วมกับการศึกษาแบบไปข้างหน้า หรือการศึกษาที่มีการควบคุมตัวแปรต้นที่คาดว่าจะส่งผลต่อสุขภาพจิตเพิ่มเติม

ในส่วนของการประเมินชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยนี้ ได้มีการพัฒนาและใช้มานานเกือบยี่สิบปี จึงควรมีการทบทวนเครื่องมือชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยอีกครั้งว่ายังสามารถคงความทันสมัยในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมากนี้ อีกทั้งควรพิจารณาเทียบเคียงกับเครื่องมือสากลอื่นๆ ด้วย

ข้อเสนอจากผลการศึกษานี้คือ ควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นในครอบครัวเพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับบุคคล ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นควรมีการพัฒนาสมรรถภาพและคุณภาพของจิตใจและวัยสูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สรุป

คนไทยร้อยละ 84.2 มีระดับสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีกว่าปกติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูง การปฏิบัติตามหลักศาสนา และครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็ง ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่เสริมสร้างความอบอุ่นในครอบครัว เสริมสร้างสมรรถภาพและคุณภาพจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น และการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

ความรู้เดิม: การสำรวจความสุขคนไทยที่ผ่านมาใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 15 ข้อ ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยถือว่าตามบริบทของสังคมไทยสุขภาพจิตมีความหมายเดียวกับความสุข

ความรู้ใหม่: ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยไม่ตรงกับมาตรวัดความสุขสากลที่คำนึงถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตร่วมด้วย อย่างไรก็ตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดีของคนไทย ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูง การปฏิบัติตนตามหลักศาสนา และครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็ง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อจะส่งผลเชิงการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับบุคคลในประชากรทุกกลุ่มวัย ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นควรมีการพัฒนาสมรรถภาพและคุณภาพของจิตใจ และวัยสูงอายุควรเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

- Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promotion mental health: concepts - emerging evidence - practice: summary report. Geneva: World Health Organization; 2004.
- อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจริต สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย [The study to develop Thai mental health indicator]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544;46:209-25.
- อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจริต สุวรรณชีพ. สุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย [Happiness and mental health in the context of the Thai society]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;46:227-32.
- Jeffrey K, Wheatley H, Abdallah S. The Happy Planet Index 2016: a global index of sustainable wellbeing. London: New Economic Foundation; 2016.
- Helliwell J, Layard R, Sachs J. World happiness report [Internet]. Columbia university earth institute; 2012 [update 2012; cited 2018 May 12]. Available from: <http://worldhappiness.report/ed/2012/>.
- Helliwell J, Layard R, Sachs J. World happiness report 2017. New York: Sustainable development solutions network; 2017.
- Center for Bhutan studies. A compass toward a just and harmony society: 2015 GNH survey report. Thimphu: Centre of Bhutan studies & GNH research; 2016.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประสิทธิ์, พงดา บุญยศิริณะ, วรณภา อารีย์. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง [HAPPINOMETER: the happiness self-assessment]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
- รศรินทร์ เกรย์, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, เรวดี สุวรรณนพแก้ว. ความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรมจิตวิญญาณ และความภาคภูมิใจในตัวเอง [Happiness among Thai people: living a virtuous life, spirituality and self-esteem]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2553;18:71-85. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/999>
- สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558 [Thai mental health (happiness) survey 2015]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2559.
- Conceição P, Bandura R. Measuring subjective well-being: A summary review of the literature. New York: United Nations Development Programme (UNDP); 2008.
- Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle?. Soc Sci Med. 2008;66:1733-49. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.030.

13. Veenhoven R. Social conditions for human happiness: A review of research. *Int J Psychol.* 2015;50:379-91. doi:10.1002/ijop.12161.
14. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health.* Geneva: World Health Organization; 2014.
15. Nave CS, Sherman RA, Funder DC. Beyond Self-Report in the Study of Hedonic and Eudaimonic Well-Being: Correlations with Acquaintance Reports, Clinician Judgments and Directly Observed Social Behavior. *J Res Pers.* 2008;42:643-59. doi:10.1016/j.jrp.2007.09.001.
16. ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, เอกองค์ สิตลาภินันท์. คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด [Happiness manual at provincial level]. นนทบุรี: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต; 2554.
17. Kye SY, Park K. Health-related determinants of happiness in Korean adults. *Int J Public Health.* 2014;59:731-8. doi:10.1007/s00038-014-0588-0.
18. Lelkes O. Happiness across the life cycle: exploring age-specific preferences. Policy brief. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2008.
19. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564 [The 12th National economic and social development plan 2017-2021]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี; 2559.
20. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet.* 2018;391(10126):1205-23. doi:10.1016/S0140-6736(18)30198-3.
21. Levy H, Janke A. Health literacy and access to care. *J Health Commun.* 2016;21 Suppl 1:43-50. doi:10.1080/10810730.2015.1131776.
22. Thomas PA, Liu H, Umberson D. Family relationship and well-being. *Innovation in Aging.* 2017; 1(3):1-11. doi:10.1093/geroni/igx025.
23. Cuñado J, De Gracia F. Does education affect happiness? evidence for Spain. *Soc Indic Re.* 2012;108:185-96.
24. Achour M, Religious commitment and its relation to happiness among Muslim students: the educational level as moderator. *J Relig Health.* 2017;56:1870-89.
25. Green M, Elliott M. Religion, health, and psychological well-being. *J Relig Health.* 2010;49:149-63. doi:10.1007/s10943-009-9242-1.
26. Sharma SK, Sharma OP. Spirituality leads to happiness: a correlative study. *Int J Indian Psychol.* 2016;3(2): 50-4. doi:10.25215/0302.177.
27. Lee MA, Kawachi I. The keys to happiness: associations between personal values regarding core life domains and happiness in South Korea. *PLoS ONE.* 2019;14:e0209821. doi:10.1371/journal.pone.0209821.
28. Ho HC, Mui M, Wan A, Ng YL, Stewart SM, Yew C, et al. Happy Family Kitchen II: a cluster randomized controlled trial of a community-based positive psychology family intervention for subjective happiness and health-related quality of life in Hong Kong. *Trials.* 2016;17:367. doi:10.1186/s13063-016-1508-9.