

นิพนธ์ต้นฉบับ

ลักษณะสภาวะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวช : การศึกษาเชิงคุณภาพ

วันรับ : 11 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 26 พฤษภาคม 2567

วันตอบรับ : 30 พฤษภาคม 2567

ศุภเสก วิโรจนาภา, พ.บ.¹, กมลเนตร วรรณเสวก, พ.บ.², นพวรรณ ตันศิริมาศ, พ.บ.³,

ภัทรวรรณ สุขยิธัญ, ปร.ด.¹, ฉัตรดนัย ศรีชัย, M.S.Ed.¹, ณัฐกานต์ ใจบุญ, พย.ม.¹,

รัตนดา นราภักดิ์, พย.บ.¹, รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ, พย.ม.⁴

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต¹,

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล²,

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์³,

เทศบาลเมืองเบตง จังหวัดยะลา⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะและมิติของสภาวะในบริบทการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวชในประเทศไทย

วิธีการ : การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 จากการสนทนากลุ่มด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในคนไทยอายุ 18 - 59 ปี จาก 4 ภูมิภาค แต่ละภาคแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ปีที่ดำรงชีวิตอย่างอิสระ 2) กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้สูงกว่ารายได้ขั้นต่ำ และ 3) กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้ขั้นต่ำ รวม 12 กลุ่ม กลุ่มละ 6 - 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 115 คน อายุเฉลี่ย 41.1 ปี เป็นหญิงร้อยละ 67.0 ทั้งกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีโรคจิตเวชมีความเห็นสอดคล้องกันว่า สภาวะที่ดี หมายถึง สถานะของการมีความสุข มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ มีอิสระในการตัดสินใจ และเป็นส่วนหนึ่งในสังคม การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า สภาวะประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ สภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการที่ดี

สรุป : การฟื้นฟูสภาวะผู้ที่มีโรคจิตเวชจำเป็นต้องคำนึงถึงการดำเนินชีวิตในทั้ง 8 มิติของสภาวะ บนพื้นฐานของการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพ, การฟื้นคืนสู่สภาวะ, โรคทางจิตเวช, สภาวะ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศุภเสก วิโรจนาภา; e-mail: supasaek.vir@gmail.com

Original article

Wellness characteristics in rehabilitation for people with mental disorders: a qualitative study

Received : 11 January 2024

Revised : 26 May 2024

Accepted : 30 May 2024

Supasaek Virojanapa, M.D.¹, Kamonnet Wannasewok, M.D.²,Noppawan Tunsirimas, M.D.³, Pattarawat Sukyirun, Ph.D.¹,Chatdanai Sornchai, M.S.Ed.¹, Nattagan Jaiboon, M.N.S.¹,Ratda Narapuk, B.N.S.¹, Rattiyaporn Benjehma, M.N.S.⁴Srithanya Hospital, Department of Mental Health¹,Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University²,Siriraj Piyamaharajkarun Hospital³,Betong Town Municipality, Yala Province⁴

Abstract

Objective: To explore the concept and dimensions of wellness in the context of rehabilitation for people with mental disorders in Thailand.

Methods: Semi-structured focus group interviews were conducted from March to April 2023 among Thai adults aged 18 - 59 years from four regions of Thailand. The participants from each region were divided into three groups: 1) people who had been diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or major depressive disorder for at least two years and were living independently; 2) people without mental illness with income lower than the minimum wage; and 3) people without mental illness with income higher than the minimum wage. Data were analyzed using content analysis.

Results: A total of 115 participants with an average age of 41.1 years, mostly female (67.0%), were interviewed. Each interview group consisted of 6 - 10 participants. Most groups, with and without mental health conditions, consistently conceptualized wellness as a happy and satisfying living status where people are free to make decisions and part of the community. The content analysis suggested that wellness comprised eight dimensions; physical, mental, social, environmental, spiritual, financial, occupational, and welfare-state accessible.

Conclusion: The findings suggest that service providers should take into account the living status of people with mental disorders in all eight dimensions of wellness and collaborate with them to design and implement effective rehabilitation programs.

Keywords: mental illness, recovery model, rehabilitation, wellness

Corresponding author: Supasaek Virojanapa; e-mail: supasaek.vir@gmail.com

ความรู้เดิม : สุขภาวะ (wellness) มีผลต่อความเป็นอยู่ของบุคคลและเป็นเป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีโรคทางจิตเวช การประเมินสุขภาวะในแต่ละประเทศมีความหลากหลายเนื่องจากการให้นิยามและการประเมินในมิติที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและองค์ประกอบของสุขภาวะในบริบทสังคมไทยยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : นิยามคำว่าสุขภาวะในบริบทการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวชในประเทศไทย คือ สถานะของการมีความสุขและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ โดยมีอิสระในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงาน และการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การทำความเข้าใจสุขภาวะในบริบทประเทศไทย เพื่อช่วยในการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่มีโรคทางจิตเวช และอาจนำไปพัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมินที่มีความครอบคลุม ชัดเจน และตรงตามความเข้าใจของคนไทย

บทนำ

ความผิดปกติทางสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย โดยลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังอาจต้องใช้เวลารักษาต่อเนื่องและสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมในระยะยาว¹ คิดเป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่สูงและยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทางกายอื่น ๆ² การศึกษาภาระโรค (global burden of disease) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคทางจิตเวชมีส่วนการสร้างการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years: DALYs) ถึงร้อยละ 4.9 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด โดยเฉพาะการสูญเสียปีจากการใช้ชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (years of healthy life lost due to disability: YLDs) โดยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว ทำให้เกิด YLDs รวม

ร้อยละ 5.3 และโรคจิตเภททำให้เกิด YLDs รวมร้อยละ 2.1 ของ YLDs จากทุกโรค³ การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางของผู้ป่วยจิตเวช โดยพบว่าเพียงประมาณร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยสามารถหายดีจากการรักษาด้วยยา ประมาณร้อยละ 60 - 70 อาการดีขึ้น บางส่วนแต่ยังคงมีอาการบางอย่างอยู่ตลอดชีวิต และอีกร้อยละ 20 - 30 ที่อาการไม่ดีขึ้นแม้ว่าได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว นอกจากนี้มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากที่สามารถทำงานได้ตามปกติ⁴ จึงจำเป็นต้องมีบริการที่ช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูทักษะต่าง ๆ ของผู้ที่มีโรคทางจิตเวช ทั้งด้านสังคม การทำงาน และการทำหน้าที่ทางสังคมต่าง ๆ

แนวคิดของการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery-oriented model) ของผู้ป่วยจิตเวชให้ความสำคัญกับความสามารถในการกำหนดชีวิตตนเองได้มากกว่าการกลับไปมีความสามารถได้เท่ากับก่อนมีโรค⁵ กล่าวคือการฟื้นฟูไม่ได้เน้นที่การแก้ไขอาการเฉพาะด้านแต่เน้นที่การกลับมาเข้มแข็งและการควบคุมจัดการปัญหาต่าง ๆ รวมถึงการใช้ชีวิตโดยรวม⁶ ตามมุมมองนี้การคืนสู่สุขภาวะของบุคคลหมายถึงความพอใจในชีวิต การมีความหวัง และความสามารถที่จะใช้ชีวิตภายใต้ข้อจำกัดจากความเจ็บป่วยของตนเอง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาวะ (wellness) ว่าเป็นสถานะที่สมบูรณ์ของสุขภาพในระดับบุคคลหรือกลุ่มสังคม โดยเน้นที่การดั่งศักยภาพสูงสุดของบุคคลในด้านกายภาพ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ และการเติมเต็มความคาดหวังในบทบาทของบุคคลต่อครอบครัว ชุมชน ศาสนา ที่ทำงาน และในบริบทอื่น ๆ พ้องกับคำนิยามของสุขภาพในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ระบุว่า “สุขภาพ คือ สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ” ไม่ใช่เพียงไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรคเท่านั้น หากยังรวมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคนอีกด้วย ดังนั้น ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือความบกพร่องทางกายหรือทางจิตก็ยังสามารถบรรลุสุขภาวะในขอบเขตของแต่ละบุคคลได้

สุขภาวะมีความหมายที่ครอบคลุมมากกว่า 1 มิติและเป็นองค์รวม โดยมีการเพิ่มและปรับตามแนวคิดพื้นฐานใน

แต่ละยุคสมัย บางครั้งอาจมีถึง 9 - 12 มิติ สำหรับแนวคิด สุขภาวะ 8 มิติ (wellness in 8 dimensions) ที่นิยามโดย substance abuse and mental health services administration (SAMHSA) โดย Swarbrick และ Yudof⁷ เป็นแนวคิดที่มีมุมมองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีโรคทางจิตเวช สอดคล้อง กับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ 1) สุขภาพกาย 2) สุขภาพจิต 3) อารมณ์ 4) จิตวิญญาณ 5) สังคม 6) สิ่งแวดล้อม 7) การงาน/อาชีพ และ 8) สติปัญญา อย่างไรก็ตามเนื่องจากแนวคิดที่ว่า การคืนสู่สุขภาวะเป็น “กระบวนการ” ดังนั้นการมีนิยามของโครงสร้างที่ชัดเจน จะทำให้สามารถประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการฟื้นฟูได้ ซึ่งปัจจุบันแบบประเมินสุขภาวะที่ใช้ในนานาประเทศก็ต่างกันไปตามนิยามที่ศึกษา ทำให้เมื่อนำมาใช้ในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งการประเมินและติดตามความก้าวหน้าจึงมีความแตกต่าง หลากหลาย

สำหรับประเทศไทยมีการนำการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง จิตเวชหลากหลายรูปแบบมาใช้โดยมีการประเมินสุขภาวะใน บริบทใกล้เคียงด้วยแบบประเมิน เช่น เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (world health organization quality of life brief - Thai: WHOQOL-BREF-THAI)⁸ ที่วัดความพึงพอใจในการใช้ชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม และแบบประเมิน life engagement test (LET)⁹ ที่ใช้วัดคุณค่าและเป้าหมายชีวิต อย่างไรก็ตาม การประเมินสุขภาวะที่มีอยู่ยังคงมีนิยามและองค์ประกอบที่ หลากหลายและเน้นไปที่ผลลัพธ์ในมิติใดมิติหนึ่ง ทำให้อาจ ไม่สามารถรายงานภาพรวมการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เห็นถึง สุขภาวะอย่างครอบคลุม และยังมีแบบประเมินไม่มากนักที่ ใช้ข้อมูลจากทั้งกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีโรคทางจิตเวชเป็น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะสุขภาวะ ของคนไทย ทั้งในผู้ที่มีโรคทางจิตเวชและผู้ที่ไม่ได้มีโรคทางจิตเวช โดยอิงแนวคิด 8 มิติสุขภาวะของ SAMHSA เพื่อนำไปสู่

การพัฒนาแบบประเมินสุขภาวะเพื่อการวางแผนฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวชให้เกิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

วิธีการ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 047/2565 วันที่ 27 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) เป็นคนไทยจากทั้ง 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เลือกตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวชที่ดำรงชีวิตอิสระได้ เลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภท (F20.xx) หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (F31.xx) หรือโรคซึมเศร้า (F32.xx - F33.xx) มาแล้วอย่างน้อย 2 ปี มีงานทำหรือ เรียนอยู่ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยภาคกลางได้ ภูมิภาคละ 10 คน รวม 40 คน

2. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้ต่ำ เลือกจากผู้ที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี ไม่มี ประวัติโรคทางจิตเวช สื่อสารด้วยภาษากลางได้ และมีรายได้ ต่อเดือนต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำในพื้นที่ โดยคำนวณจากรายได้ รายวันของพื้นที่ ณ ปีที่เก็บข้อมูลด้วย 30 ภูมิภาคละ 10 คน รวม 40 คน

3. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้สูง เลือกจากผู้ที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี ไม่มี ประวัติโรคทางจิตเวช สื่อสารด้วยภาษากลางได้ และมีรายได้ ต่อเดือนสูงกว่าค่าจ้างขั้นต่ำในพื้นที่ ภูมิภาคละ 10 คน รวม 40 คน

เกณฑ์การถอนจากการวิจัย (withdrawal criteria) คือ มีความขัดข้องไม่สามารถเข้าร่วมห้องสนทนาได้หรือ ไม่สามารถเข้าร่วมสนทนาได้ติดต่อกันเกิน 5 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัวทางกาย ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
2. แบบบันทึกภาคสนามจากการสนทนากลุ่มซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามหลักแบบปลายเปิดเกี่ยวกับนิยามและองค์ประกอบของสุขภาพของ SAMHSA⁷ ลักษณะของสุขภาพที่ดีและไม่ดี และความจำเป็นของมิติต่าง ๆ ของสุขภาพแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คนที่มีประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่มีโรคจิตเวชมากกว่า 10 ปีและเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน และนักจิตวิทยา 2 คน มีการปรับปรุง 1 ครั้ง ทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงและคอมพิวเตอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 โดยลงพื้นที่ในกลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวชที่ดำรงชีวิตอิสระได้และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่รายได้ต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นตัวแทนแต่ละภาค ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละหน่วยงานเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งแจ้งกระบวนการวิจัยโดยให้เวลาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยภายใน 1 สัปดาห์ ก่อนวันนัดเก็บข้อมูล และนัดหมายวันและเวลาสนทนากลุ่มที่ห้องประชุมของสถานที่เก็บข้อมูลซึ่งมิดชิดและเป็นส่วนตัว ส่วนกลุ่มประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าค่าจ้างขั้นต่ำใช้การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Google Meet โดยผู้วิจัยประกาศรับสมัครอาสาสมัครวิจัยด้วยโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตซึ่งแจ้งรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยและ

การนัดหมาย จากนั้นนักวิจัยส่งเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่านระบบไปรษณีย์ก่อนวันเก็บข้อมูลและชี้แจงขั้นตอนและการยินยอมอีกครั้งก่อนการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มละ 10 คน ผู้นำกลุ่ม 1 คน ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คน และผู้จัดบันทึกนอกกลุ่ม 1 คน ซึ่งทีมเก็บข้อมูลทุกคนผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพและการประชุมเพื่อทำความเข้าใจแบบเก็บข้อมูลและการอ้อมตัวของข้อมูล การสนทนใช้เวลา 90 - 120 นาที บันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มถูกเก็บไว้ในรูปแบบดิจิทัลโดยการเข้ารหัส

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสังเคราะห์นิยามและมิติของสุขภาพตามขั้นตอนของ Strauss และ Corbin¹⁰ ดังนี้ ผู้วิจัยถอดเทปคำให้สัมภาษณ์แยกย่อยตรวจสอบ นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการถอดเทปมาอ่านโดยรวมเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จากนั้นอ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียดแล้วนำเข้าสู่กระบวนการให้รหัสแบบเปิดกว้างให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อย แล้วจึงบูรณาการหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อยดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการคัดเลือกรหัส เลือกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันเข้าหมวดหมู่หลักอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบความสัมพันธ์และสร้างหมวดหมู่ที่ต้องการพัฒนาให้สมบูรณ์มากขึ้น จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงและแตกต่างกันเพื่อบรรยายความสัมพันธ์และแก่นแท้ของสุขภาพ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) โดยอิงแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งผลทั้ง 3 กลุ่ม ตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผล

ผู้เข้าเกณฑ์ในการให้ข้อมูลทั้งหมด 120 คน มีกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีรายได้สูงไม่แสดงตัวตามวันนัดหมาย 5 คน ไม่มีผู้ที่ตรงตามเกณฑ์การถอนจากการวิจัย คงเหลือผู้ให้ข้อมูล 115 คน อายุเฉลี่ย 41.1 ปี (น้อยที่สุด 19 ปี มากที่สุด 58 ปี) เป็นหญิงร้อยละ 67.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 53.0

รองลงมาสถานภาพคู่ร้อยละ 33.0 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 33.0 จบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 22.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 19.1 และผู้ให้ข้อมูลและส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 78.3 ตามตารางที่ 1

ความหมายของสุขภาพ

จากการสอบถามความเห็นต่อความหมายของสุขภาพ โดยการนำเสนอนิยามตามแนวคิดต่าง ๆ และถามผู้ให้ข้อมูลว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างไรบ้างเมื่อคำนึงถึงบริบทประเทศไทย พบว่า มี 5 รหัสที่เห็นด้วยสอดคล้องกันตั้งแต่

2 กลุ่มประชากรขึ้นไป ได้แก่ สุขภาพ ดำรงชีวิตได้ปกติ สังคมสัมพันธ์ภาพ และอิสระ ตามตารางที่ 2

การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้นิยามคำว่าสุขภาพ คือ สถานะของการมีความสุขและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ โดยมีอิสระในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

“ขอแยกอย่างนี้นะคะ สุขะ กับ ภาวะ ก็คือจะเข้าใจแค่นี้ค่ะว่า มันเป็นภาวะที่เกี่ยวกับความสุข อันนี้แปลตรงตัวตามคำค่ะ” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคใต้)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 115) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่มีโรคจิตเวช (n = 40) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่มีรายได้ต่ำ (n = 40) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่มีรายได้สูง (n = 35) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ				
ชาย	36 (31.3)	19 (47.5)	11 (27.5)	6 (17.1)
หญิง	77 (67.0)	21 (52.5)	28 (70.0)	28 (80.0)
ไม่ระบุ	2 (1.7)	-	1 (2.5)	1 (2.9)
อายุ				
อายุเฉลี่ย (ปี)	41.1	44.9	40.4	37.5
สถานภาพ				
โสด	61 (53.0)	27 (67.5)	15 (37.5)	19 (54.3)
คู่	38 (33.0)	10 (25.0)	16 (40.0)	12 (34.3)
หม้าย	8 (7.0)	2 (5.0)	4 (10.0)	2 (5.7)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6 (5.2)	1 (2.5)	5 (12.5)	-
โรคประจำตัวทางกาย				
ไม่มี	66 (57.4)	20 (50.0)	23 (57.5)	23 (65.7)
มี	39 (33.9)	18 (45.0)	13 (32.5)	9 (25.7)
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	22 (19.1)	13 (32.5)	9 (22.5)	-
มัธยมต้น หรือเทียบเท่า	12 (10.4)	3 (7.5)	9 (22.5)	-
มัธยมปลาย หรือเทียบเท่า	26 (22.6)	9 (22.5)	15 (37.5)	2 (5.7)
อนุปริญญา ปวส	16 (13.9)	3 (7.5)	5 (12.5)	8 (22.9)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	38 (33.0)	12 (30.0)	1 (2.5)	25 (71.4)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
< 15,000	90 (78.3)	39 (97.5)	40 (100.0)	11 (31.4)
15,001 - 30,000	16 (13.9)	1 (2.5)	-	15 (42.9)
30,001 - 45,000	5 (4.3)	-	-	5 (14.3)
> 45,000	4 (3.5)	-	-	4 (11.4)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเห็นเกี่ยวกับนิยามสุขภาวะ

เนื้อหา	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
	ผู้ที่มีโรคจิตเวช	ผู้มีรายได้ต่ำ	ผู้มีรายได้สูง
ความสุข รู้สึกสุข บรรยากาศแห่งความสุข มีความสุขในระดับที่เหมาะสม	✓		✓
ปกติ ใช้ชีวิตได้ตามปกติ ปกติสุข กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ	✓		✓
สังคมที่มีความปลอดภัย มีพื้นที่ปลอดภัย	✓		✓
การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น	✓	✓	
ใช้ชีวิตได้อิสระ ไม่มีใครมาบังคับหรือกดดัน		✓	✓

หมายเหตุ : ✓ หมายถึง มีรหัสนั้นปรากฏในกลุ่ม

“มันน่าจะคล้าย ๆ กับความสุขทางร่างกายและจิตใจ และภาวะความเป็นอยู่ เรียกได้ว่าเรามีอิสระก็ได้” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

“สุขภาวะที่ดี คือ กินอิ่ม นอนหลับ ได้ออกกำลังกาย ร่างกายดี หุ่นดี แต่ถ้าไม่ดีเนี่ยหมายความว่าเราไม่สามารถควบคุมอะไรได้ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมในเรื่องการกินได้ การใช้ชีวิตได้ ควบคุมความคิดไม่ได้” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคเหนือ)

ซึ่งสุขภาวะด้านต่าง ๆ ต้องมีความสมดุลซึ่งกันและกันและมีผลสัมพันธ์เชื่อมโยงถึงกัน

“ภาวะที่สมดุลของร่างกายจิตใจสังคมครบ ไม่มี การเจ็บป่วย ไม่มีภาวะที่ไม่มีความสุข รวมถึงความสมดุล ด้านการดำเนินชีวิตครบ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคเหนือ)

“สุขภาวะที่ไม่ดี หมายถึง ความไม่สมดุลทางกาย-ใจ, ถ้าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี เราไม่สบายอะคะ มีโรคทางกาย รวมไปถึงด้านของสังคมด้วยคะ อย่างเช่น เราไม่ค่อยมีการเงิน หรือตกงาน หรือมีปัญหาการเงิน ครอบครัวอะไรอย่างนี้คะ แล้วก็สุขภาพตัวเองด้วย แล้วก็อยู่ในสังคมที่ไม่เหมาะสม ในที่ ที่ไม่ควรจะอยู่ คือ อยู่กับ toxic people อย่างนี้คะ ประมวลว่า มีเพื่อนร่วมงานที่คอยจับผิด คอยใส่ร้าย นินทา” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

“ถ้าร่างกายเราแย่ จิตใจเราก็อแย่” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคกลาง)

“ถ้าความคิดของเรานั้นสวนทางกับสังคม อุดมการณ์ ของเรานั้นเบี่ยงเบน ก็ทำให้ตัวเองอยู่ในภาวะที่ปรับตัวอยู่กับ สังคมได้ยาก” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคเหนือ)

มิติของสุขภาวะ

จากการสอบถามความเห็นต่อนิยามและมิติต่าง ๆ ของสุขภาวะว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างไรบ้าง เมื่อเทียบกับบริบทประเทศไทย แต่ละมิตินั้นมีความจำเป็น ไม่จำเป็น หรืออาจมีมิติใดที่ยังไม่ได้ถูกกล่าวถึงจากนิยามของ นานาชาติ พบว่า สุขภาวะในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 8 มิติ แต่ละมิตีมีลักษณะที่สกัดได้ตามตารางที่ 3 ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูล จัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีมากที่สุด เนื่องจาก ร่างกายและใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต จากการวิเคราะห์ เนื้อหาสามารถสรุปได้ว่ามิตินี้มีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การดูแลร่างกาย และ 2) การใช้ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ “การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” (กลุ่มผู้ที่มี โรคจิตเวช, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ อาจจะมีผดผื่นทางร่างกายได้ แต่ว่าไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตครับ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคเหนือ)

“การที่ร่างกายไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ประจำวันนะคะ น้ำหนักเยอะหน่อยแต่เราสามารถดำเนินชีวิต ประจำวันเราได้ตามปกติคิดว่าไม่ถึงกับว่าเป็นสุขภาพกายที่ไม่ดีนะคะ” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคกลาง)

2. สุขภาวะทางจิตใจ เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูล จัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีมากที่สุด เนื่องจาก จิตใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต การวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าสุขภาวะทางจิตใจสามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย

ได้แก่ 1) อารมณ์ 2) ความคิด และ 3) การเผชิญและจัดการความเครียดหรือปัญหาอย่างสร้างสรรค์

“ในการตั้งตัวเองให้กลับมาสู่ภาวะปกติจากการตั้งนะมันเหนื่อยมากกว่าจะผ่านไปแต่ละวัน เพราะฉะนั้นสุขภาพจิตที่ดีของเราก็คือ สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน เรารู้ตัวมีสติพอที่เราจะรู้ว่าเราทำอะไรอยู่” (กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช, ภาคกลาง)

“สุขภาพจิตเนี่ย มันอารมณ์ไม่ดีก็ได้เนอะคะ แต่เราจัดการกับมันได้ มันจะเป็นอารมณ์ตามสถานการณ์นะคะ เราเจอเรื่องร้าย ๆ มันก็ต้องรู้สึกแยเป็นธรรมดา” (กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช, ภาคใต้)

“สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ ถ้าสมมุติว่ามีเรื่องเครียดเข้ามาต้องมีวิธีการกำจัดหรือหาวิธีระงับความเครียดนั้นได้ด้วย ไม่ใช่ว่ามีอะไรเข้ามาแล้วปล่อยให้มันผลกระทบจิตใจ ก็ต้องสามารถจัดการได้ ไม่ให้มันมากระทบร่างกายของเรา” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

3. สุขภาวะทางสังคม เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีลำดับรองลงมา เนื่องจากบางคนก็มีความสุขจากการอยู่คนเดียวมากกว่าการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่าการประเมินสุขภาวะทางสังคมสามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การอยู่ร่วมกัน 2) การแสดงพฤติกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสภาพปัญหาในสังคม และ 3) การแสดงบทบาทหน้าที่

“เรื่องการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขครับ เสมอภาค มีสันติภาพ มีความยุติธรรมทางสังคมอย่างนี้ครับ ไม่กีดกันชนชั้นวรรณะ สังคมมันก็รวม ๆ อยู่กับทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน เพื่อน” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

“สังคมที่ดีต้องเข้าใจเราด้วย” (กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“มีความเท่าเทียมกันด้วย เวลาเมื่อไรมาช่วยก็ต้องแบ่งกัน” (กลุ่มรายได้ต่ำ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

4. สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีลำดับรองลงมา จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า การให้ความหมายด้านสุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมสามารถจัดหมวดหมู่ของรหัสได้ 1 รหัส คือ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี สะอาด และปลอดภัยปลอดสารเสพติดหรือผู้เสพสารเสพติด

“สิ่งแวดล้อมอาจจะหมายถึงสภาพทั่วไปและสถานที่” (กลุ่มรายได้ต่ำ, ภาคกลาง)

“สภาพชุมชน อย่างบ้านของเราก็ควรจะสะอาด ปลอดภัยอะไรอย่างนี้คะ หรืออย่างผู้พิการเนอะ อย่างผู้ป่วยจิตเวช อะไรที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยกับเขานะคะ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคกลาง)

“คือหมาเห่าเราก็ต้องไปขอเขาว่าเราทำงานมาเหนื่อย ๆ อย่างเนี่ย สิ่งแวดล้อมมันไม่ดี” (กลุ่มรายได้ต่ำ, ภาคเหนือ)

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีลำดับรองลงมา เนื่องจากบางคนก็ไม่มี ความเชื่อต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และคำสอนต่าง ๆ จากการวิเคราะห์เนื้อหาสามารถสรุปองค์ประกอบย่อยที่ใช้ในการพิจารณาสุขภาวะด้านจิตวิญญาณที่ดี ได้แก่ 1) การนำหลักการมาใช้เพื่อสร้างสติ มีการรับหลักการหรือแนวคิดที่ดีมาประยุกต์ใช้กับชีวิตเพื่อให้ชีวิตของตนเองมีทิศทางที่ดี ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และเป็นที่ยอมรับต่อสังคม และ 2) การให้ความหมายกับชีวิต แม้จะเป็นเพียงความเชื่อส่วนตัวแต่สามารถสร้างการขับเคลื่อนไปสู่สิ่งที่ดี ซึ่งการทำความดีดังกล่าวย่อมนำความหมายที่ดีกลับคืนสู่ชีวิต

“การได้มาแบบโชคกลางก็ช่วยให้มีความสุข ก็มีสุขภาวะที่ดีได้ พอได้มาแล้วมันก็สุข ใจเราดีใจเวลาเราถูกห่วยที่ก็รู้สึกมีความสุข (หัวเราะ)” (กลุ่มรายได้ต่ำ, ภาคกลาง)

“ศาสนา จิตวิญญาณมันก็มีส่วนทำจิตใจให้เป็นสุข” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคเหนือ)

“จิตวิญญาณคือมีความเชื่อ มีหลักการใช้ชีวิตที่ส่งผลกับคนรอบข้าง ผลกระทบในเชิงบวกนะครับ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

6. สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด เนื่องจากในปัจจุบันหากไม่มีเงินก็ยากจะดำเนินชีวิตได้ จากการวิเคราะห์เนื้อหาสามารถสรุปองค์ประกอบย่อยในการพิจารณาสุขภาวะด้านการเงินและเศรษฐกิจ ได้แก่ 1) การมีสถานะการเงินที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากรายรับที่สูงกว่ารายจ่าย 2) มีความสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย สามารถซื้อปัจจัยสี่ที่มีคุณภาพได้ และสามารถซื้อสิ่งที่มากกว่า

ความจำเป็นได้บ้าง 3) ความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย และหนี้สิน เช่น สามารถจ่ายหนี้ได้ตามกำหนด ไม่ถูกทวงถาม 4) การมีเงินออมเผื่ออนาคตและภาวะฉุกเฉิน และ 5) การมีความรอบรู้ด้านการเงินและการวางแผนด้านการเงิน

“อย่างน้อยก็ควรมีรายจ่ายน้อยกว่ารายได้ อย่างน้อยเราก็ต้องใช้จ่ายไปเพื่อให้ได้ปัจจัยสี่ที่สมบูรณ์ ต้องมีเงินเลี้ยงเรายามแก่โดยที่เราไม่ได้ทำงาน อย่างน้อยต้องใช้อย่างฉลาด อย่าให้เงินหมดก่อนเราตายนะ” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคใต้)

“ก็ต้องมีเงินเก็บเนอะ อยากเก็บ อยากมีบ้าน อยากมีเงินเก็บสำหรับฉุกเฉินอย่างเนี่ยเวลาเราป่วย ไปหาหมอ ก็ต้องมีค่าเหมารถเหมาเรือเนอะ” (กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“การวางแผนด้านการเงินที่ดีคือ วางแผนตั้งแต่ปัจจุบันและมองไปถึงอนาคตข้างหน้าด้วย วางแผนไปจนถึงหลังเกษียณเลย ไม่ให้คนข้างหลังเขาลำบากถ้าเกิดอะไรขึ้นกับเรา” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

7. สุขภาวะทางการงานและการเรียน เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีมากที่สุด เนื่องจากการงานและการเรียนเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปสู่การมีเงิน อย่างไรก็ตาม การมีกิจกรรมแม้ไม่ก่อรายได้ก็ยังคงสำคัญต่อคุณค่าในการดำเนินชีวิต จากการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า สุขภาวะทางการงานและการเรียนได้สามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นในที่ทำงานหรือสถานศึกษา โดยความสัมพันธ์ที่ดีจะนำไปสู่บรรยากาศที่ดีมีความสุข 2) ความสามารถในการทำงานหรือการเรียน 3) ลักษณะของการงานหรือการเรียน เช่น มีความยาก ทำหายความสามารถ หรือเป็นงานที่ตึงเวลา และ 4) รายได้หรือผลตอบแทน โดยหากมีผลตอบแทนที่สูงกว่าความคาดหวังย่อมเป็นสิ่งที่สร้างให้เกิดความสุข

“การเป็น อสม. ได้ดูแลผู้ป่วย คนอายุเยอะกว่าเราเราก็ได้ดูแลเขา วัดความดันเขา รู้สึกว่าอารมณ์ดีขึ้น มีคุณค่าที่ได้ดูแลคนอื่น” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“งานอดิเรกกับงานประจำเนอะ มันแยกแยะว่ามันเป็นงานที่ได้เงิน เป็นงานที่เราหวังเงิน หรือเป็นงานที่เราทำแล้วมีความสุขและสิ่งที่ได้รับกลับมาก็ไม่เท่ากัน งานอดิเรกเราไม่ทำก็ได้

แต่ถ้าทำแล้วเราก็มีความสุขขึ้นมา” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคใต้)

“ถ้าจะให้ไม่มีงานแล้วมีเงินอย่างเดียวมันก็โอเคดี แต่ว่าการทำบางที่เราทำเพราะมีเป้าหมาย งานมันไม่ได้แค่ได้เงินแต่ได้อะไรอื่นมาด้วย เช่น เพื่อนร่วมงาน ได้ความรู้ทักษะ ได้การเข้าถึงสังคม ผมมองว่าการทำงานไม่ได้แค่ตัวเงินแต่ได้อะไรอื่นมาด้วย เราทำงานจุดมุ่งหมายก็คือเรื่องเงินเป็นหลัก เงินเดือน รายได้ แต่ที่นี้งานก็ให้อะไรอื่นด้วย สังคม เพื่อนร่วมงาน บางทีก็มีประโยชน์กับสังคม ผู้คนรอบข้างและครอบครัวด้วยครับ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

8. สุขภาวะทางการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีลำดับรองลงมา เนื่องจากหากมีฐานะทางการเงินที่ดีไม่จำเป็นต้องพึ่งรัฐสวัสดิการ จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า สุขภาวะทางการเข้าถึงรัฐสวัสดิการสามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคมที่มีความเท่าเทียมและเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติเฉพาะกลุ่ม และ 2) ประโยชน์จากการจัดสวัสดิการที่เกิดกับทุกคนในสังคมโดยไม่มีธุรกิจแอบแฝง

“คุณค่าของความเป็นคน ของมนุษย์เนี่ยจะถูกเสริมได้ด้วยสวัสดิการนะคะ อย่างน้อย ๆ คุณควรให้สิทธิกับผู้ที่พิการก่อน สังคมนะเขารังเกียจอยู่แล้ว แต่พอการเข้าไม่ถึงการรักษาอีก ยิ่งทำให้เกิดช่องว่างมากขึ้น” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคกลาง)

“เข้าใจว่ารัฐไม่ได้มีบริการทุกอย่าง จะมีเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วย แต่พอเอกชนเข้ามาเนี่ยจะมีปัญหาเรื่องการผูกขาด ราคา ความไม่เสมอภาคจะมาก่อเกี่ยวข้องในความเห็นส่วนตัวเนอะ ถ้าจะให้เอกชนเข้ามาช่วยต้องมีการควบคุม” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

“ควรคำนึงถึงเรื่องการเข้าถึงสิทธิ์ด้วย เพราะเข้าถึงได้ก็มีสุขภาวะที่ดีได้ ต้องประเมินไปถึง life to access ค่ะ สิทธิ์ที่จะเข้าถึง เราไม่สามารถมีได้ด้วยตัวเอง รัฐสร้างให้ได้ หรือว่าองค์กรอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องสร้างให้ได้ อาจจะประเมินตรงนั้นด้วยค่ะ เพราะว่าการสร้างสิทธิ์ขั้นพื้นฐาน ก็เป็นพื้นฐานที่จะทำให้มีสุขภาวะด้านอื่น ๆ ต่อไป” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคกลาง)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์มิติสุขภาพ

มิติสุขภาพ		องค์ประกอบย่อย	พบใน 1 กลุ่ม
สอศดล้องกัน 3 กลุ่ม		สอศดล้องกัน 2 กลุ่ม	
กาย	การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ	- การรับประทานอาหารที่เพียงพอถูกสุขอนามัยและมีประโยชน์ (1, 3)	- ร่างกายสมบูรณ์และใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (3)
	การอยู่สภาพแวดล้อมที่ไม่มีมลพิษ	- การไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ อากาศไม่กำเริบ รังกายแข็งแรง และอวัยวะทำงานได้ตามปกติ	- สิ้นหน้าท่าทางแจ่มใส (3)
จิตใจ	การมีทัศนคติที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- รูปร่างสมส่วน (3)
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- มีแรง มีพลัง (1)
สังคม	การมีเพื่อนที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- มีพฤติกรรมที่ดีด้วยตนเอง เช่น ออกกำลังกาย (1)
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- สามารถทำงานได้อย่างสะดวก (1)
สิ่งแวดล้อม	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- เกิดเมตตาต่อผู้อื่น ไม่คิดเบียดเบียนใคร มองโลกในแง่ดี
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- เห็นผู้อื่นแล้วมีความสุข (3)
จิตวิญญาณ	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- มีสุนทรียภาพทางอารมณ์ หากความสุขจากสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ พอใจกับอารมณ์หรือความคิดของตนเอง (3)
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- ไม่คิดริษยา ให้ร้าย คิดร้ายต่อผู้อื่น (2)
สังคม	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- เป็นจิตที่รู้สึกสงบ (1)
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- สงคมปลอดภัย ไม่มีอาชญากรรม (3)
สิ่งแวดล้อม	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- บุคคลในสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อกัน (1)
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- เป็นสังคมที่ช่วยเหลือกันและกัน มีการสร้างความหวังและความรู้สึกภูมิใจที่เป็นสมาชิก (1)
จิตวิญญาณ	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- การหยั่งรู้ในตัวตน รู้รู้ตนเอง (1)
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- สิ่งที่ดีที่ใจที่คอยช่วยเหลือ (3)
สังคม	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- สิ่งใด ๆ ก็ตามที่ใช้สำหรับการระลึกถึงแล้วช่วยขับเคลื่อนให้ชีวิตไปในทางที่ดี เช่น ศิลปิน นักพูดสร้างแรงบันดาลใจ เพลง เป็นต้น (3)
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- อุดมการณ์เกี่ยวกับการมีชีวิต (3)
สิ่งแวดล้อม	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	- เป้าหมายของชีวิต (2)
	การมีสุขภาพจิตที่ดี	- มีความคิดที่ดี จิตใจดี ลำบากดี มีสติที่ดี (2, 3)	

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์มิติสุขภาพะ (ต่อ)

มิติสุขภาพะ	องค์ประกอบย่อย		
	สอดคล้องกัน 3 กลุ่ม	สอดคล้องกัน 2 กลุ่ม	พบใน 1 กลุ่ม
การเงินและเศรษฐกิจ	- มีความสมดุลระหว่างรายรับ รายจ่าย และหนี้สิน มีความพอเพียง	- มีเงินออมสำหรับอนาคต (1, 3) - มีเงินสำรองและแหล่งสำรองเงินฉุกเฉินในการมีรายได้อื่นหรือค่าใช้จ่ายแฝงในเรื่องครอบครัว (1, 3) - มีความสามารถในการใช้จ่าย ในสิ่งที่ต้องการทั้งจำเป็นและสิ่งของฟุ่มเฟือย (1, 3)	- มีรายได้ที่นำไปสู่ความภาคภูมิใจและสร้างคุณค่าให้กับตนเอง (1) - สิ่งที่ยึดเป็นที่สุดในชีวิต (2) - สภาพการเงินที่คล่องตัว สิ้นเปลือง (3) - มีเงินเพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (3)
การทำงานและการเรียน	- กิจกรรมที่ทำเพื่อให้ได้รายได้ เลี้ยงชีพ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต - กิจกรรมเดิมเดิมชีวิต เป็นสิ่งที่ทำแล้วรู้สึกเกิดคุณค่า เห็นคุณค่า ภูมิใจในตัวเอง เป็นการตั้งตัวเอง		- สิ่งที่ทำให้คนมาอยู่ร่วมกันหลายคน เป็นกลุ่ม เพื่อมีเป้าหมายบางอย่าง (2) - กิจกรรมที่ทำเพื่อให้เกิดความราบรื่นในการดำเนินชีวิต (2)
การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ		- การเข้าถึงสิทธิทางสังคม ทุกคนได้รับโอกาสทางสังคม มีระบบการให้บริการอย่างเท่าเทียม (1, 3)	- เกิดประโยชน์กับสังคม (3)

หมายเหตุ : 1 = กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, 2 = ผู้มีรายได้ต่ำ, 3 = ผู้มีรายได้สูง

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ลักษณะของสุขภาวะในการศึกษานี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายว่าเป็น “ภาวะที่มีความสุขมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ สภาพการเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ” ซึ่ง 8 มิตินี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 ภาคเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการมีสุขภาวะที่ดี โดยกลุ่มของมิติสุขภาวะที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีค่าสำคัญมากที่สุด ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ การเงินและเศรษฐกิจ และการงานและการเรียน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับมิติสุขภาวะ 8 มิติหลักในการศึกษานี้กับนิยามจากการศึกษาอื่น^{7,8,11-15} จะเห็นความใกล้เคียงและความแตกต่าง ดังแสดงในตารางที่ 4 นอกจากนี้ยังพบมิติใหม่ที่ไม่เคยปรากฏในแนวคิดอื่น คือ ด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการที่ปรากฏชัดว่าสำคัญต่อสุขภาวะโดยรวมของกลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำและผู้ที่มีโรคจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schmidt และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การเข้าถึงรัฐสวัสดิการส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะ และการศึกษาของ Coombs และคณะ¹⁷ ที่พบว่า รัฐสวัสดิการมีส่วนช่วยลดช่องว่างของการเข้ารับการรักษาสุขภาพจิตที่เกิดจากปัญหาทางเศรษฐกิจได้

สำหรับมิติที่ไม่ปรากฏในผลสรุปของงานวิจัยครั้งนี้ แต่ปรากฏในแนวคิดอื่น ได้แก่ 1) มิติด้านสติปัญญา^{7,14} ซึ่งอาจถือเป็นส่วนหนึ่งของมิติด้านจิตวิญญาณในการศึกษานี้ 2) มิติด้านปัจจัยสนับสนุน¹² และพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นหรือก้าวร้าว¹³ ซึ่งอาจถือเป็นส่วนหนึ่งของมิติสังคมในการศึกษานี้ 3) มิติด้าน essential self¹⁵ ซึ่งหมายถึงจิตวิญญาณ การดูแลตนเอง ตัวตนทางเพศ และวัฒนธรรม มีความสอดคล้องกับนิยามมิติด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณในการศึกษานี้ และ 4) creative self¹⁵ ซึ่งหมายถึงการคิด อารมณ์ การควบคุมตนเอง การมีอารมณ์ขัน และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ทำงานมีความสอดคล้องกับนิยามมิติด้านจิตใจ สังคม และด้านการงานและการเรียนในการศึกษานี้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า มิติต่าง ๆ ของการศึกษาอื่นที่ไม่ปรากฏเป็นมิติหลักในการศึกษารุ่นนี้อาจถือเป็นองค์ประกอบย่อยในมิติหลักของสุขภาวะด้านต่าง ๆ ที่พบในการศึกษานี้

ทั้งนี้เกณฑ์สำคัญของการประเมินระดับของสุขภาวะที่ดี ปานกลาง และไม่ดี ประกอบด้วย เกณฑ์เรื่องการจัดการได้หรือไม่ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ SAMHSA เช่น สามารถควบคุมโรคได้ สามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ และการบริหารจัดการรายได้และหนี้สินได้⁷ ซึ่งการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้มียาได้สูงและรายได้ต่ำส่วนใหญ่ให้ความเห็นสอดคล้องกันเรื่องสุขภาวะที่ดีในมิติต่าง ๆ และทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชมีความเห็นตรงกันว่าสุขภาวะที่ดี คือ การใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติ แม้จะมีโรคแต่สามารถควบคุมได้ และเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ในสังคม

ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าทุกมิติของสุขภาวะมีความสัมพันธ์เชิงบวกซึ่งกันและกัน การควบคุมหรือจัดการได้ย่อมทำให้อัตราผลกระทบเชิงลบไปสู่มิติอื่น ๆ ขณะเดียวกันการสร้างสุขภาวะที่ดีในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งย่อมส่งผลบวกไปสู่องค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของหงส์ บันเทิงสุข และคณะ¹⁸ ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาในกลุ่มพนักงานวัยก่อนเกษียณอายุของภาวิน ชินะโชติ และคณะ¹⁹ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้มีจุดแข็ง คือ การเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลใน 4 ภาคของประเทศไทยและเก็บข้อมูลใน 3 กลุ่มประชากรเพื่อเป็นแนวทางการสร้างสุขภาวะที่ดีโดยเท่าเทียมกัน การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งหมดได้

สรุป

นิยามของสุขภาวะในบริบทการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวชในประเทศไทย คือ สถานะของการมีความสุขและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ โดยมีอิสระในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบองค์ประกอบ 8 มิติ ของสุขภาวะในบริบทของประเทศไทย กับนิยามอื่นที่มีความหมายใกล้เคียงกัน

ชื่อนิยาม/แบบประเมิน	สุขภาวะในบริบทสังคมไทย	Wellness ⁷	Quality of Life ⁸	สุขภาวะ ¹¹	เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ¹²	ความสามารถในทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ¹³	มาตรวัดการรับรู้สุขภาพ (PWS) ¹⁴	The Five Factors Wellness Inventory ¹⁵
ผู้จัดทำ	ศุภเสก วิโรจนภา และคณะ	Swarbrick และ Yudof	WHO	สสส.	อภิชัย มงคล และคณะ	Morosini, et al.	Adam, et al.	Myers, et al.
ปี ค.ศ.	2022	2015	2012	2002	2001	2000	1997	1996
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไปและผู้ที่มีโรคจิตเวช	ผู้ที่มีโรคจิตเวช	ทุกกลุ่มเป้าหมาย		ประชาชนในชุมชน		พนักงาน และนักเรียน	เด็กและเยาวชน
มิติสุขภาวะที่สอดคล้อง	กาย	สุขภาพกาย	ร่างกาย	ร่างกาย	-	การดูแลอนามัยส่วนตัว	ร่างกาย	physical self
	จิตใจ	อารมณ์	จิตใจ	จิตใจ	สภาพ สมรรถภาพ และคุณภาพจิตใจ	-	อารมณ์ และจิตวิทยา	-
	สังคม	สังคม	สังคม	สังคม	-	ความสัมพันธ์กับคนอื่น และคนในสังคม	สังคม	social self
	สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อม	-	-	-	-	-
	จิตวิญญาณ	จิตวิญญาณ	-	จิตวิญญาณ หรือ ปัญญา	-	-	จิตวิญญาณ	coping self
มิติสุขภาวะที่แตกต่างกัน	การเงินและเศรษฐกิจ	การเงิน	-	-	-	-	-	-
	การทำงานและการเรียน	อาชีพ	-	-	-	กิจกรรมทางสังคมที่เป็นประโยชน์	-	-
	การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ	สติปัญญา	-	-	ปัจจัยสนับสนุน	พฤติกรรมรบกวนผู้อื่นหรือก้าวร้าว	ปัญญาและการรู้คิด	essential self, creative self

รัฐสวัสดิการ โดยสุขภาพด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการเป็นมิติที่ยังไม่เคยปรากฏในการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของสุขภาพก่อนหน้านี้ การพัฒนาแบบประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจึงควรมีการคำนึงถึงสุขภาพทั้ง 8 มิติ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ขอขอบคุณ พญ.มธุรา สุวรรณโพธิ์ รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ และ พญ.สมรัก ชูวานิชวงศ์ ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัย ขอขอบคุณสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และผู้ประสานงานในพื้นที่ทั้ง 4 ภาคที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน

ศุภเสก วิโรจนานา : ที่มาและความสำคัญ วิเคราะห์และอภิปรายผล ; กมลเนตร วรรณเสวก : ระเบียบวิธีวิจัย จริยธรรมการวิจัย ; นพวรรณ ตันศิริมาศ : ทบทวนวรรณกรรม ; ภัทรวรรณ สุขยิธัญ : ออกแบบเก็บข้อมูล วิเคราะห์และอภิปรายผล ; ฉัตรดนัย ศรีชัย : ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล วิเคราะห์และอภิปรายผล ; ณัฐกานต์ ใจบุญ : ทบทวนวรรณกรรมเก็บข้อมูล ; รัตนดา นราภักดิ์ : เก็บข้อมูล ; รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ : เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Kittipeerachon M, Masiriwet P, Surarunsamrit B, Mekwilai V. Handbook of care for patients with schizophrenia for hospitals in the health area (physician edition). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2016.
- Chapel JM, Ritchey MD, Zhang D, Wang G. Prevalence and medical costs of chronic diseases among adult medicaid beneficiaries. Am J Prev Med. 2017;53(6S2): S143-54. doi:10.1016/j.amepre.2017.07.019.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2): 137-50. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
- Flyckt L. Regional care guidelines: schizophrenia and other psychosis. Stockholm: Stockholm County Council; 2008.
- Jacob KS. Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. Indian J Psychol Med. 2015;37(2):117-9. doi:10.4103/0253-7176.155605.
- Ramon S, Healy B, Renouf N. Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. Int J Soc Psychiatry. 2007;53(2): 108-22. doi:10.1177/0020764006075018.
- Swarbrick P, Yudof J. Wellness in eight dimensions [Internet]. New Jersey: Collaborative Support Programs of New Jersey; 2017 [cited 2023 Dec 29]. Available from: <https://cspnj.org/wp-content/uploads/2021/09/Wellness-8-Dimensions.pdf>
- World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
- Scheier MF, Wrosch C, Baum A, Cohen S, Martire LM, Matthews KA, et al. The life engagement test: assessing purpose in life. J Behav Med. 2006;29(3): 291-8. doi:10.1007/s10865-005-9044-1.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Los Angeles: Sage Publications; 1998.
- Thai Health Promotion Foundation. Annual report 2003, Thai health promotion foundation [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2011 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=197201>

12. Mongkol A, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chalookul W, Punyoyai L, Suvanashiep S. The study to develop Thai mental health indicator. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2001;46(3): 209-25.
13. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(4):323-9.
14. Adams T, Bezner J, Steinhardt M. The conceptualization and measurement of perceived wellness: integrating balance across and within dimensions. *Am J Health Promot*. 1997;11(3):208-18. doi:10.4278/0890-1171-11.3.208.
15. Myers JE, Sweeney TJ, Witmer TM. The wheel of wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning. *J Couns Dev*. 2000;78(3): 251-66. doi:10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x.
16. Schmidt E, Pacek AC, Radcliff B. The welfare state and human well-being around the world: a cross-national analysis. *Appl Res Qual Life*. 2024;19:365-80. doi:10.1007/s11482-023-10247-z.
16. Coombs NC, Meriwether WE, Caringi J, Newcomer SR. Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study. *SSM Popul Health*. 2021;15:100847. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100847.
18. Banthoengsuk H, Ngamsri M, Jaisawang D, Somsuvun C, Yaowaboot A. The relationships between self-care behaviors, self-esteem, and psychological well-being among older adults with chronic illness. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*. 2021;27(2):56-68.
19. Chinachoti P, Siri Wong T, Chinachoti P. Factors affecting work happiness of before retirement employee in industry, Nonthaburi province. *Dusit Thani College Journal*. 2018;12(2):319-34.