

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ

วันรับ : 20 เมษายน 2568

วันแก้ไข : 14 สิงหาคม 2568

วันตอบรับ : 2 กันยายน 2568

ศุภเสก วิโรจนาภา, พ.บ.¹, ภัทรวรรณ สุขยิทธิ, ปร.ด.¹, กมลเนตร วรรณเสวก, พ.บ.²,
นพวรรณ ดันศิริมาศ, พ.บ.³, ณัฐกานต์ ใจบุญ, พย.ม.¹, ฉัตรดนัย ศรีชัย, วท.ม.¹,
รัตน์ดา นราภักดิ์, พย.บ.¹, มณฑินี จุลละนันท์, ส.ม.¹, รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ, พย.ม.⁴

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี¹,
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ²,
โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ กรุงเทพฯ³, เทศบาลเมืองเบตง จังหวัดยะลา⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมในบริบทประเทศไทย

วิธีการ : การศึกษามี 3 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนาแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวม โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 การทดสอบนำร่องในกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชและผู้ที่ไม่โรคจิตเวช กลุ่มละ 30 คน โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงปรากฏ ความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์ข้อคำถาม และระยะที่ 3 การทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช 248 คน และผู้ที่ไม่โรคจิตเวช 280 คน โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและค่า corrected item-total correlation (CITC)

ผล : แบบประเมินฉบับต้นร่างมีข้อคำถาม 111 ข้อ หลังการทดสอบนำร่อง เหลือข้อคำถาม 89 ข้อ และหลังตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ ได้แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติร่างสุดท้าย จำนวน 73 ข้อ ครอบคลุมมิติสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.968 และรายมิติ 0.628 - 0.926 และค่า CITC รายมิติ 0.289 - 0.714 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สรุป : แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ฉบับ 73 ข้อ มีคุณสมบัติทางจิตมิติระดับยอมรับได้ถึงดีมาก สามารถใช้ประเมินสุขภาวะได้ทั้งในผู้ที่มีโรคจิตเวชและผู้ที่ไม่โรคจิตเวช

คำสำคัญ : คุณสมบัติทางจิตมิติ, แบบประเมิน, โรคทางจิตเวช, สุขภาวะ

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

Original article

Development and validation of the Eight-Dimensional Wellness Assessment

Received : 20 April 2025

Revised : 14 August 2025

Accepted : 2 September 2025

Supasaek Virojanapa, M.D.¹, Pattarawat Sukyirun, Ph.D.¹,
Kamonnet Wannasewok, M.D.², Noppawan Tunsirimas, M.D.³,
Nattagan Jaiboon, M.N.S.¹, Chatdanai Sornchai, M.S.Ed.¹,
Ratda Narapuk, B.N.S.¹, Montinee Jullanun, M.P.H.¹,
Rattiyaporn Benjehma, M.N.S.⁴

Sriethanya Hospital, Department of Mental Health, Nonthaburi Province¹,
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok²,
Siriraj Piyamaharajkarun Hospital, Bangkok³,
Betong Town Municipality, Yala Province⁴

Abstract

Objective: To develop and examine the psychometric properties of a comprehensive wellness assessment in the Thai context.

Methods: The study was conducted in three phases. Phase 1 involved the development of a holistic wellness assessment based on a review of relevant literatures. Phase 2 was a pilot test conducted with 30 participants with psychiatric disorders and 30 without, to assess content validity, face validity, reliability, and item analysis. Phase 3 evaluated the psychometric properties in 248 participants with psychiatric disorders and 280 without. Construct validity was analyzed using confirmatory factor analysis. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient and corrected item-total correlation (CITC).

Results: The first draft of the questionnaire consisted of 111 items. After the pilot study, 89 items remained. After testing psychometric properties, the final draft of the Eight-Dimensional Wellness Assessment consisted of 73 items, encompassing physical, psychological, social, environmental, spiritual, financial, occupational/educational, and access-to-welfare dimensions. The overall Cronbach's alpha was 0.968, with subscale alphas ranged from 0.628 to 0.926. The CITC by dimension ranged from 0.289 to 0.714. Confirmatory factor analysis indicated that the model demonstrated a good fit with the empirical data.

Conclusion: The Eight-Dimensional Wellness Assessment demonstrated acceptable to excellent psychometric properties and can be used to evaluate wellness among individuals both with and without mental disorders.

Key words: assessment tool, mental illness, psychometric property, wellness

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

ความรู้เดิม : สุขภาวะ (wellness) มีผลต่อความเป็นอยู่ของบุคคลและเป็นเป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีโรคทางจิตเวช การประเมินสุขภาวะในแต่ละประเทศมีความหลากหลายเนื่องจากนิยามและมิติที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและองค์ประกอบของสุขภาวะในบริบทสังคมไทยยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ที่พัฒนาจากผลการศึกษาในระยะก่อน มีข้อคำถาม 73 ข้อ ครอบคลุมมิติสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ การทดสอบในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้และมีโรคทางจิตเวชพบว่า แบบประเมินมีความความตรงในระดับที่ยอมรับได้ และมีความเชื่อมั่นในระดับดีมาก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถใช้ประเมินสุขภาวะของบุคคลแบบองค์รวม รวมถึงติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มุ่งเน้นการฟื้นคืนสุขภาวะของผู้มีโรคทางจิตเวชไทย

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นิยามของ “สุขภาวะ” ว่าเป็น ประสพการณ์เชิงบวกของบุคคลหรือกลุ่มสังคม เช่นเดียวกับสุขภาพ ซึ่งถือเป็นทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน และถูกกำหนดจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม¹ สุขภาวะจึงมุ่งเน้นการตั้งศักยภาพสูงสุดของบุคคลทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ สอดคล้องกับนิยามของ “สุขภาพ” ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุว่า “สุขภาพคือสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ” ดังนั้น ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความพิการ หรือความบกพร่องทางกายและทางจิต ยังสามารถบรรลุสุขภาวะในขอบเขตของตนเองได้ ทั้งนี้ แนวคิดเรื่องสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงมิติเดียว แต่เป็นแนวคิดเชิงองค์รวม ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนความหมายและจำนวนมิติตามยุคสมัย ตัวอย่างเช่น แนวคิดของ Swarbrick และ Yudof ได้มองสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม โดยประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อม การงานหรืออาชีพ และสติปัญญา^{1,2} แนวคิดนี้ถูกนำไปใช้โดยองค์กร Substance Abuse and Mental

Health Services Administration (SAMHSA) เพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสุขภาวะ (recovery-oriented model) ในผู้ที่มีโรคทางจิตเวช อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการคืนสู่สุขภาวะถูกมองเป็น “กระบวนการ” การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะจึงมีกรอบแนวคิดและนิยามของโครงสร้างที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การประเมินสุขภาวะมีความหลากหลายตามนิยามที่แต่ละการศึกษาเลือกใช้

ประเทศไทยได้มีการประยุกต์แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในหลากหลายรูปแบบ รวมถึงการนำเครื่องมือประเมินสุขภาวะต่าง ๆ มาใช้ในการวัดผล เช่น เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO quality of life brief - Thai: WHOQOL-BREF-THAI)³ ซึ่งใช้ประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม และแบบประเมิน life engagement test (LET)⁴ ซึ่งใช้วัดคุณค่าและเป้าหมายชีวิต อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินสุขภาวะในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดเนื่องจากมักวัดผลเฉพาะบางมิติเท่านั้น เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ⁵⁻⁹ ขณะที่มิติที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีพ เช่น การงาน การเรียน และการเงิน ยังไม่ได้รับการประเมินอย่างเป็นทางการ นอกจากนี้ แบบประเมินสุขภาวะที่ใช้ได้ทั้งในประชากรทั่วไปที่ไม่มีโรคทางจิตเวชและกลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวชยังมีจำนวนน้อย^{1,5-10} อีกทั้งการนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นในต่างประเทศมาใช้อาจไม่สะท้อนความเป็นจริงของประชากรไทยอย่างครบถ้วน เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมและบริบทสังคมอาจส่งผลต่อมุมมองและการตีความข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะในแบบประเมิน

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาองค์ประกอบสุขภาวะในบริบทสังคมไทย ด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้มีโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคซึมเศร้าที่ดำรงชีวิตอย่างอิสระ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้สูงกว่ารายได้ขั้นต่ำ และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้ขั้นต่ำ ผลการศึกษาพบว่า สุขภาวะในบริบทสังคมไทย หมายถึง สถานะของการมีความสุข มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ โดยมีอิสระในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

ประกอบด้วยมิติ 8 ด้าน ดังนี้ 1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีสุขภาพร่างกายที่ดี จากการดูแลร่างกายและใช้ร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) สุขภาวะทางจิตใจ หมายถึง อารมณ์ ความคิด การเผชิญและการจัดการความเครียดหรือปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกัน การแสดงพฤติกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสภาพปัญหาในสังคม และการแสดงบทบาทและหน้าที่ของบุคคล 4) สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม หมายถึง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสุขอนามัย สะอาด ปราศจากสิ่งเสียด 5) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง การนำเอาความเชื่อหรือคำสอนมาประยุกต์ใช้กับตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการให้ชีวิตตนเองมีทิศทางที่ดีขึ้น ไม่เบียดเบียนผู้อื่น หรือการให้ความหมายของชีวิตตนเอง 6) สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ หมายถึง สถานภาพทางการเงินที่เหมาะสม มีความสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่ายของตนเอง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของตนเองและมีเงินออมสำหรับกรณีฉุกเฉินและอนาคตได้ 7) สุขภาวะทางการงานการเรียน หมายถึง การมีกิจกรรมที่สัมพันธ์กับงานของตนเอง เช่น การมีสัมพันธ์ภาพกับคนในที่ทำงานหรือสถานศึกษา ความสามารถในการงาน ลักษณะของงานที่บุคคลทำและรายได้หรือผลตอบแทนที่เหมาะสม และ 8) การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ หมายถึง การที่บุคคลสามารถเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคมได้ทุกคนอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้ องค์ประกอบหลายมิติสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า เช่น สุขภาพร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ ขณะที่บางมิติมีความแตกต่าง ได้แก่ การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ ซึ่งไม่ปรากฏในการศึกษาอื่น¹¹

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมินสุขภาวะ ที่ดำเนินการสืบเนื่องจากการศึกษานิยามและมิติสุขภาวะจากงานวิจัยก่อนหน้าของผู้วิจัย¹¹ เพื่อให้สามารถใช้ประเมินสุขภาวะในระดับบุคคลได้อย่างองค์รวมและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย รวมถึงใช้ในการประเมินและติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีโรคจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาวะใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่มีโรคทางจิตเวช

วิธีการ

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 047/2565

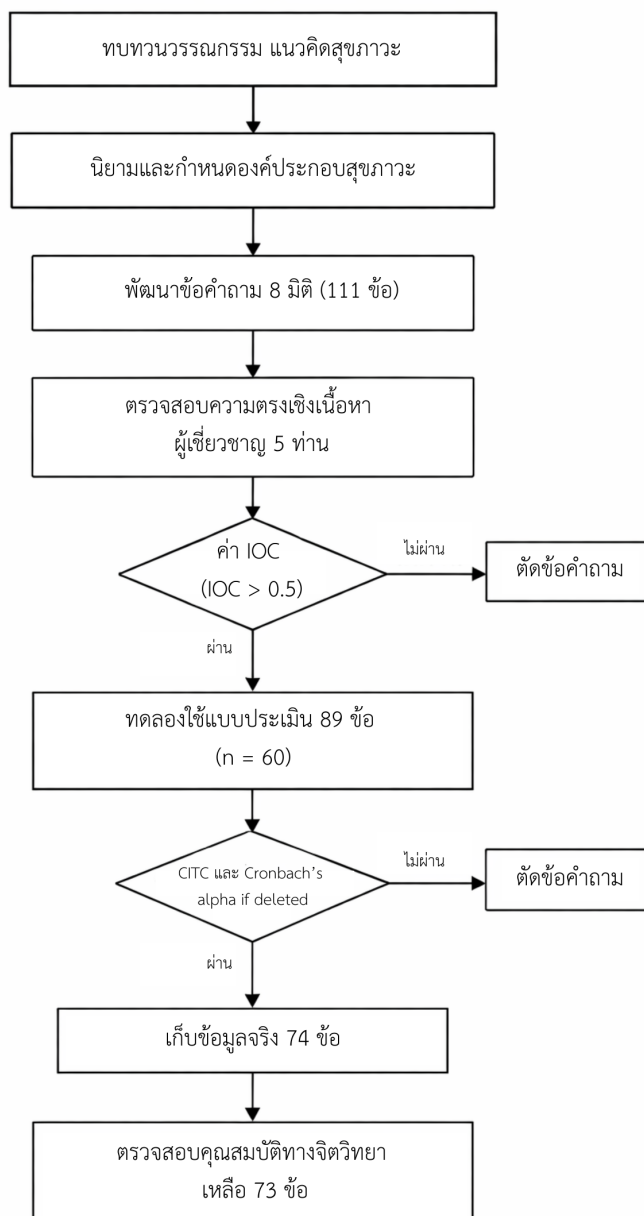
วันที่ 27 ธันวาคม 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A016/2567 วันที่ 8 มกราคม 2567

รูปแบบการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือมีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (แผนภาพที่ 1)

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ โดยอ้างอิงและต่อเนื่องจากการศึกษาก่อนหน้า¹¹ ร่วมกับการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา จากนั้นนำแบบประเมินต้นร่างให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ ผู้ทำงานด้าน peer support (เพื่อนร่วมทางสู่สุขภาวะ) อาจารย์คณะกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ จิตแพทย์ทรงคุณวุฒิ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item - objective congruence index: IOC) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป) ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ได้รับพิจารณาเพื่อปรับปรุงหรือคัดออก

ระยะที่ 2 การศึกษาในกลุ่มนำร่อง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงไปทดสอบในกลุ่มนำร่องจำนวน 60 คน ซึ่งประกอบด้วยประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง 30 คน และผู้ที่มีโรคจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตมิติด้านความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมิน โดยประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามที่เหลือ (corrected item-total correlation: CITC) ในแต่ละมิติสุขภาวะ โดยข้อคำถามที่มีค่า CITC น้อยกว่า 0.3 และมีค่า Cronbach's alpha if deleted สูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของมิติสุขภาวะนั้นได้รับการพิจารณาคัดออก นอกจากนี้ ยังได้ตรวจสอบความตรงเชิงปรากฏ (face validity) โดยพิจารณาจากความเข้าใจข้อคำถามและเวลาในการตอบแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่าง



แผนภาพที่ 1 กระบวนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 3 การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจริงเพื่อศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตมิติ ได้แก่ 1) ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลและสมการโครงสร้างสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดล (model fit indices) และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) 2) การวิเคราะห์ข้อคำถาม (item analysis) โดยคำนวณค่า CITC ในแต่ละมิติสุขภาวะ และ 3) ความสอดคล้องภายใน โดยการคำนวณ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานน้อยกว่า 0.5 ค่า CITC น้อยกว่า 0.3 และค่า Cronbach's alpha if deleted สูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของมิติสุขภาวนั้นได้รับการพิจารณาคัดออก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะของผู้เข้าร่วมที่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาวะและสภาวะจิตใจ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ไม่มีโรคทางจิตเวช มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี อาศัยในจังหวัดในภาคกลาง ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และอ่านและสื่อสารภาษาไทย

ได้ดี และ 2) กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ศิริธัญญา มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภท (schizophrenia รหัสโรค F20) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar affective disorder รหัสโรค F31) หรือ โรคซึมเศร้า (depressive disorder รหัสโรค F32 - F34) มาอย่างน้อย 2 ปี อ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ดี และไม่อยู่ระหว่างการรักษาดว้ไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณ สัดส่วนเมื่อไม่ทราบขนาดกลุ่มประชากรที่แน่นอน¹² ดังนี้

$$n = P(1 - P) Z^2 / d^2$$

โดยค่า Z คือ ความเชื่อมั่นตามการแจกแจงปกติ การศึกษานี้กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จึงได้ ค่าเท่ากับ 1.96 ค่า P คือ สัดส่วนของประชากร ซึ่งกรณี ไม่ทราบค่า ผู้วิจัยกำหนดที่ 0.5 และค่า d คือ ความผิดพลาด ที่ยอมรับได้ กำหนดที่ 0.05 และคำนวณ แทนค่าได้จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n) ประมาณ 385 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกัน ปัญหาการสูญหายของข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาด กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 462 คน และเมื่อรวม กับกลุ่มตัวอย่างนำร่องอีก 60 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในการศึกษา 522 คน จากนั้นแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนแต่ละกลุ่ม¹³ ดังนี้ กลุ่มที่ไม่มีโรคทางจิตเวช 261 คน แบ่งเป็น กลุ่มระยะนำร่อง 30 คน และระยะ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 231 คน ส่วนกลุ่มผู้ที่มีโรคทาง จิตเวช 261 คน แบ่งตามการวินิจฉัยโรคเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มโรคละ 87 คน โดยในแต่ละกลุ่มโรค แบ่งเป็นกลุ่มระยะนำร่อง 10 คน และระยะตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 77 คน

เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ การวินิจฉัยโรคจิตเวช สถานภาพ โรคประจำตัวทางกาย การศึกษาสูงสุด และรายได้ต่อเดือน

2) แบบประเมินสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ ประเมินสุขภาพตามความหมายใน 8 มิติ ได้แก่ สุขภาวะ ทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะ ทางสิ่งแวดล้อม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ สุขภาวะทาง การเงินและเศรษฐกิจ สุขภาวะทางงานและการเรียน และ สุขภาวะด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ แบบประเมินเป็นแบบ ตอบด้วยตนเอง (self-report) คำตอบเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดยการแปลผล ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมในแต่ละมิติแบ่งระดับสุขภาวะ¹⁴ ดังนี้ 4.00 - 3.51 คือ มากที่สุด 3.50 - 2.51 คือ มาก 2.50 - 1.51 คือ น้อย 1.50 - 1.00 คือ น้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลทั้งกับกลุ่มนำร่องและกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ไม่มีโรคจิตเวช และกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช ดังนี้ กลุ่มผู้ไม่มีโรคจิตเวช ดำเนินการ ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์และติดป้ายประกาศ ทั้งภายในโรงพยาบาลศิริธัญญาและสถานที่ชุมชน จากนั้น ผู้วิจัยติดต่อผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการเพื่อนัดหมายวันและ เวลาสำหรับการเก็บข้อมูล ดำเนินการที่ศูนย์สนับสนุนการ ค้นสู่สุขภาพ โรงพยาบาลศิริธัญญา

ส่วนกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช คัดเลือกจากผู้ป่วยที่มา รับบริการในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ศิริธัญญา ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ ในกรณีผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์ด้วยเอกสาร และวาจา จากนั้นนัดหมายวัน เวลา สำหรับการเก็บข้อมูลกับ ผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการต่อไป ดำเนินการที่ศูนย์สนับสนุน การค้นสู่สุขภาพ โรงพยาบาลศิริธัญญา กรณีผู้ป่วยใน ดำเนินการประชาสัมพันธ์ด้านเอกสารและวาจากับผู้ป่วย และญาติ และนัดหมายการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการ ที่หอผู้ป่วยในของผู้ป่วย ทั้งนี้ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ ศึกษาและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม ก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกและจัดเก็บ ตามกระบวนการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว โดยไม่มี ข้อมูลใดที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มนำร่อง ภายหลัง เก็บข้อมูลจากกลุ่มนำร่องแล้ว ทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น จากการประเมินค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ร่วมกับวิเคราะห์ ค่า CITC รายข้อ เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมสำหรับ การใช้ในกลุ่มตัวอย่างใหญ่

2) การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจง ข้อมูลของกลุ่มประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ พร้อมทั้งวิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะ

ประชากรระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin measurement of sampling adequacy (KMO) และ Bartlett's Test of Sphericity ก่อนดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วย CFA โดยประเมินความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดล (model fit) ได้แก่ relative χ^2 , goodness of fit index (GFI), comparative fit index (CFI), root mean square residual (RMR), standardized root mean square residual (SRMR) และ root mean square error of approximation (RMSEA) จากนั้นประเมินค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ของแต่ละข้อ พร้อมกับตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบประเมินอีกครั้ง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและ CITC เพื่อพิจารณาคัดเลือกข้อคำถามเพิ่มเติม จากนั้นวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนสุขภาวะระหว่างกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีโรคจิตเวช (known-group technique) ด้วยสถิติ independent t-test

ผล

การพัฒนาเครื่องมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบประเมินสุขภาวะทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยได้ร่างข้อคำถามที่อ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้านี้¹¹ ได้ข้อคำถามทั้งหมด 111 ข้อ ซึ่งครอบคลุมสุขภาวะ 8 มิติ โดยแต่ละมิตินั้นมีหลายข้อ ดังนี้ 1) สุขภาวะทางกาย มี 2 หมวด ได้แก่ การดูแลร่างกาย และการใช้ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ 2) สุขภาวะทางจิตใจ มี 4 หมวด ได้แก่ การจัดการปัญหา การจัดการ/ควบคุมอารมณ์ของตนเอง การใช้ชีวิตประจำวัน และมุมมองต่อตนเองและปัญหา 3) สุขภาวะทางสังคม มี 4 หมวด ได้แก่ การอยู่ร่วมกัน การมีพฤติกรรมที่ดีต่อกัน การมีส่วนร่วมในชุมชน และการมีบทบาทที่ดีของตนเองและต่อผู้อื่น 4) สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม มี 2 หมวด ได้แก่ การจัดการมลพิษทางสิ่งแวดล้อม (เช่น ขยะ ความสะอาด) และความรู้สึกไม่เป็นสุขกับมลพิษทางสิ่งแวดล้อม 5) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ มี 4 หมวด ได้แก่ การมีสติ การใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และการใช้ชีวิตอยู่บนความเป็นจริง 6) สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ

มี 5 หมวด ได้แก่ สถานะทางการเงินที่เหมาะสม สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย ความสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและหนี้สิน การมีเงินออมเผื่ออนาคตและภาวะฉุกเฉิน และความรอบรู้ด้านการเงิน 7) สุขภาวะทางการงานและการเรียน มี 4 หมวด ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นในที่ทำงานหรือสถานศึกษา การงานหรือการเรียนความสามารถในการทำงานหรือการเรียน และรายได้หรือผลตอบแทน และ 8) การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ มี 2 หมวด ได้แก่ เข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคม และประโยชน์จากการจัดสวัสดิการ

จากนั้นได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คนพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน พบว่ามีข้อคำถาม 20 ข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ภายหลังจากการพิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ และตัดออกจำนวน 6 ข้อ เหลือข้อคำถามทั้งหมด 105 ข้อ โดยมีจำนวนข้อของแต่ละมิติ ดังนี้ สุขภาวะทางกาย 17 ข้อ สุขภาวะทางจิตใจ 14 ข้อ สุขภาวะทางสังคม 19 ข้อ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม 7 ข้อ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ 13 ข้อ สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ 13 ข้อ สุขภาวะทางการงานและการเรียน 9 ข้อ และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ 13 ข้อ

การศึกษาในกลุ่มนักร้อง

จากการเก็บข้อมูลกับกลุ่มนักร้อง 60 คน พบว่ามีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อที่มีค่า CITC น้อยกว่า 0.30 และมีค่า Cronbach's alpha if deleted มากกว่าค่าสัมประสิทธิ์ของมิติสุขภาวะนั้น จึงได้ตัดข้อคำถามเหล่านั้นออก โดยมีมิติสุขภาวะทางกาย หมวดการดูแลร่างกายถูกตัดออก 2 ข้อ หมวดการใช้ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพได้ถูกตัดออกทั้ง 4 ข้อ มิติสุขภาวะทางจิตใจ หมวดการจัดการปัญหาและการใช้ชีวิตประจำวันถูกตัดออกหมวดละ 1 ข้อ มิติสุขภาวะทางสังคม หมวดการอยู่ร่วมกันถูกตัดออก 1 ข้อ หมวดการมีพฤติกรรมที่ดีต่อกันถูกตัดออก 2 ข้อ มิติสุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมถูกตัดออก 1 ข้อ มิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมวดการตัดสินใจอย่างอิสระถูกตัดออก 1 ข้อ มิติสุขภาวะด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ หมวดการเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคมถูกตัดออก 2 ข้อ และหมวดประโยชน์จากการจัดสวัสดิการถูกตัดออก 1 ข้อ จึงคงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 89 ข้อ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.957 การประเมินระยะเวลาการตอบคำถามพบว่า

ผู้เข้าร่วมใช้เวลา 5 - 36 นาที คิดเป็นเวลาเฉลี่ย 18.1 นาที
ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความเข้าใจข้อคำถามเป็นอย่างดี

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมจำนวน 528 คน แบ่งเป็นผู้ไม่มีโรคทางจิตเวช 280 ราย (ร้อยละ 53.0) และผู้ที่มีโรคจิตเวช 248 ราย (เป็นร้อยละ 47.0) สำหรับกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช ได้รับวินิจฉัยหลักเป็นโรคซึมเศร้า 99 คน (ร้อยละ 18.8) โรคจิตเภท 87 คน (ร้อยละ 16.5) และโรคอารมณ์สองขั้ว 62 คน (ร้อยละ 11.7) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยการวิเคราะห์ด้วย Pearson's chi-square พบว่า คุณลักษณะของประชากรทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

การตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (second-order CFA) พบว่าข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Kaiser-Meyer-Olkin measurement of sampling adequacy = 0.947; Barlett's test of sphericity, $p < .001$, approximate chi-square = 29,906.010, $df = 4,753$) จึงทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง โดยโมเดลที่ 1 ซึ่งไม่อนุญาตให้ความคลาดเคลื่อนของการวัดตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน พบว่า โมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า RMR SRMR และ RMSEA สูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จึงได้ยินยอมให้ความคลาดเคลื่อนของการวัดตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเป็นโมเดลที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 528)

	ผู้ไม่มีโรคจิตเวช (n = 280) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่มีโรคจิตเวช (n = 248) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			< .001
ชาย	72 (25.7)	117 (42.7)	
หญิง	203 (72.5)	128 (51.6)	
อื่น ๆ	5 (1.8)	3 (1.2)	
สถานภาพ			< .001
โสด	177 (63.2)	186 (75.0)	
แต่งงาน	89 (31.8)	32 (12.9)	
หม้าย	6 (2.1)	16 (6.5)	
หย่าร้าง	7 (2.5)	14 (5.6)	
อื่น ๆ	1 (0.4)	-	
โรคทางกาย			< .001
มี	230 (82.1)	164 (66.1)	
ไม่มี	48 (17.1)	84 (33.9)	
ไม่ระบุ	2 (0.7)	-	
การศึกษาสูงสุด			< .001
น้อยกว่าประถมศึกษา	2 (0.7)	3 (1.2)	
ประถมศึกษา	16 (5.7)	34 (13.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	9 (3.2)	39 (15.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	31 (11.1)	57 (23.0)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	14 (5.0)	24 (9.7)	
ปริญญาตรี	170 (60.7)	76 (30.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	38 (13.6)	15 (6.0)	
รายได้			< .001
น้อยกว่า 10,000 บาท	41 (14.6)	154 (62.1)	
มากกว่า 10,000 บาท	237 (84.6)	94 (37.9)	
อื่น ๆ	2 (0.7)		

พบว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดล ดังตารางที่ 2

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีข้อคำถาม 15 ข้อ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำกว่า 0.50 ได้ถูกตัดออกจากแบบประเมิน แบ่งเป็น มิติสุขภาวะทางกาย 4 ข้อ มิติสุขภาวะทางจิตใจ 2 ข้อ มิติสุขภาวะทางสังคม 4 ข้อ มิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 1 ข้อ มิติสุขภาวะทางการเงิน และเศรษฐกิจ 1 ข้อ และมิติสุขภาวะด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ 3 ข้อ จึงเหลือข้อคำถาม 74 ข้อ ทั้งนี้ มิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 1 ข้อได้ถูกย้ายหมวดหมู่ไปอยู่กับสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งทำให้แต่ละมิติมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

มาตรฐานระหว่าง 0.724 - 0.914 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทุกข้อ โดยมิติที่สุขภาวะโดยรวมอธิบายได้ดีที่สุด คือ สุขภาวะทางสังคม ส่วนมิติที่สุขภาวะโดยรวมอธิบายได้น้อยที่สุด คือ การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ ดังตารางที่ 3

ลำดับต่อมาจึงทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและค่าสัมประสิทธิ์ CITC พบว่าแบบประเมินมีสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.966 อย่างไรก็ตาม พบข้อคำถามในมิติสุขภาวะทางจิตใจ 1 ข้อที่มีค่า CITC เป็นลบ จึงตัดข้อคำถามนั้นออก คงเหลือข้อคำถาม 73 ข้อ ซึ่งมีค่า CITC เฉลี่ยรายมิติระหว่าง 0.289 - 0.714 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.968 และรายมิติระหว่าง 0.628 - 0.926

ตารางที่ 2 เกณฑ์ดัชนีวัดความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

	เกณฑ์การพิจารณา	โมเดลที่ 1	โมเดลที่ 2
chi-square/df	< 4.000	4.079	2.036
NFI	> 0.900	0.933	0.961
NNFI	> 0.900	0.952	0.978
CFI	> 0.900	0.953	0.980
RMR	< 0.800	0.082	0.072
SRMR	< 0.080	0.081	0.073
RMSEA	< 0.050	0.072	0.042

NFI = normed fit index; NNFI = non-normed fit index; CFI = comparative fit index; RMR = root mean square residual; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การกำหนดของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

มิติ (หมวดย่อย)	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	สัดส่วนความแปรปรวน ที่อธิบายได้ (R^2)
สุขภาวะทางกาย (การดูแลร่างกาย)	0.760	0.785
สุขภาวะทางจิตใจ (การจัดการปัญหา, การจัดการ/ควบคุมอารมณ์ของตนเอง, การใช้ชีวิตประจำวัน, มุมมองต่อตนเองและปัญหา)	0.883	0.875
สุขภาวะทางสังคม (การอยู่ร่วมกัน, การมีพฤติกรรมที่ดีต่อกัน, การมีส่วนร่วมในชุมชน, การมีบทบาทที่ดีของตนเองและต่อผู้อื่น)	0.914	0.919
สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (การจัดการมลพิษทางสิ่งแวดล้อม, ความรู้สึกไม่ปลอดภัยกับมลพิษทางสิ่งแวดล้อม)	0.841	0.866
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (การมีสติ, การใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย, การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ, การใช้ชีวิตอยู่บนความเป็นจริง)	0.852	0.917
สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ (สถานะทางการเงินที่เหมาะสม, สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย, ความสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและหนี้สิน, การมีเงินออมเผื่ออนาคตและภาวะฉุกเฉิน, ความรอบรู้ด้านการเงิน)	0.781	0.611
สุขภาวะทางการงานและการเรียน (ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นในที่ทำงานหรือสถานศึกษา, งานหรือการเรียน, ความสามารถในการทำงานหรือการเรียน, รายได้หรือผลตอบแทน)	0.874	0.764
สุขภาวะทางการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ (เข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคม, ประโยชน์จากการจัดสวัสดิการ)	0.724	0.525

โดยมิติที่มีค่าสูงสุด คือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ส่วนมิติที่มีค่าต่ำที่สุด คือ สุขภาวะทางกาย ดังตารางที่ 4

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนแบบประเมินระหว่างผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลและผู้ที่มีความวิตกกังวล (known-group technique) พบว่า กลุ่มผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลมีคะแนนสุขภาวะเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกมิติ ยกเว้นด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการที่ไม่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตมิติของแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ซึ่งเป็นแบบวัดสุขภาวะแบบองค์รวม เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันมักมุ่งเน้นการวัดสุขภาวะในมิติจำเพาะ เช่น ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านร่างกาย หรือด้านจิตวิญญาณเท่านั้น^{9,10,15} โดยมีเพียง

แบบประเมินเพียงฉบับเดียวเท่านั้นที่วัดสุขภาวะครอบคลุมเกินกว่ามิติที่กล่าวมา² นอกจากนี้ แม้ที่ผ่านมามีการพัฒนาข้อคำถามเพื่อประเมินสุขภาวะสำหรับคนไทยหลายฉบับ แต่ส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นด้านจิตใจหรือสุขภาพจิตเป็นหลัก^{16,17} ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติขึ้น โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาองค์ประกอบของสุขภาวะก่อนหน้านี้¹¹ เพื่อให้สามารถวัดสุขภาวะได้อย่างครอบคลุมและสะท้อนมิติของสุขภาวะที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

แบบประเมินนี้มีแนวคิดสอดคล้องกับแบบประเมินของ Swarbrick และ Yudof² แต่มีข้อแตกต่างสำคัญ คือ แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติให้มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบบเดียวกันตลอดทั้งฉบับ ทำให้ผู้ตอบสามารถทำแบบประเมินได้โดยง่าย และผู้ประเมินสามารถให้คะแนนและแปลผลได้สะดวก ไม่ซับซ้อน โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน short-form

ตารางที่ 4 จำนวนข้อคำถามและค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ

	จำนวน (ข้อ)	ค่า CITC	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
สุขภาวะทางกาย	7	0.244 - 0.418	0.628
สุขภาวะทางจิตใจ	10	0.481 - 0.686	0.869
สุขภาวะทางสังคม	12	0.424 - 0.674	0.864
สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม	6	0.421 - 0.601	0.780
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	10	0.650 - 0.773	0.926
สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ	12	0.455 - 0.764	0.913
สุขภาวะทางการงานและการเรียน	9	0.505 - 0.750	0.907
การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ	7	0.432 - 0.652	0.830
ทั้งฉบับ	73	0.289 - 0.714	0.968

CITC = corrected item-total correlation

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลและผู้ที่มีความวิตกกังวลด้วยสถิติ independent t-test

มิติสุขภาวะ	ผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล mean (SD)	ผู้ที่มีความวิตกกังวล mean (SD)	mean difference
สุขภาวะทางกาย	2.95 (0.51)	2.81 (0.62)	0.138**
สุขภาวะทางจิตใจ	3.20 (0.45)	2.93 (0.62)	0.270**
สุขภาวะทางสังคม	3.27 (0.42)	3.06 (0.58)	0.205**
สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม	3.29 (0.43)	3.12 (0.59)	0.169**
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	3.29 (0.48)	3.02 (0.77)	0.266**
สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ	3.03 (0.52)	2.66 (0.78)	0.379**
สุขภาวะทางการงานและการเรียน	3.29 (0.45)	2.99 (0.73)	0.292**
การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ	2.13 (0.42)	2.12 (0.58)	0.015

* p-value < .05, ** p-value < .01

health survey-36 ซึ่งมีหลักการให้คะแนนและการแปลงค่าคะแนนที่ซับซ้อนกว่า¹⁸

ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินฉบับร่าง ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงถ้อยคำของข้อคำถามบางข้อเพื่อเพิ่มความชัดเจนของเนื้อหา รวมทั้งตัดข้อคำถามบางข้อที่ไม่เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการวัดออกไป ภายหลังการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังกล่าว ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้งพบว่า แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้

การศึกษากับกลุ่มนำร่องเพื่อประเมินและปรับปรุงข้อคำถามก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีข้อคำถามบางข้อในมิติสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางสังคม และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะในมิติสุขภาวะทางกาย หมดการใช้ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถูกตัดออกทั้งหมด เนื่องจากข้อคำถามในหมวดนี้มีความสัมพันธ์กับข้อคำถามอื่นในมิติเดียวกันในระดับต่ำมาก สะท้อนว่าข้อคำถามเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายองค์ประกอบแฝง (latent factor) ร่วมกับข้ออื่นได้อย่างเหมาะสม สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากเนื้อหาของข้อคำถามในหมวดนี้ เช่น “โรคประจำตัวทำให้ฉันใช้ชีวิตลำบาก” หรือ “การรับประทานยาเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิต” ไม่มีความสัมพันธ์กับหมวดการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ แม้ผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่างกายที่ดีก็ยังมีโอกาสประสบการณดังกล่าวได้ ขณะที่ข้อคำถามส่วนใหญ่ในหมวดการดูแลสุขภาพยังคงสอดคล้องกับมิติสุขภาวะทางกายในแบบวัดอื่น ๆ เช่น แบบวัด lifestyle assessment questionnaire (LAQ), lifestyle coping inventory (LCI) และ wellness evaluation of lifestyle (WEL) ซึ่งเน้นการวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย และโภชนาการ¹⁹ ภายหลังการตัดข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ออกแล้ว พบว่าแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ มีค่าความสอดคล้องภายในของทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก

จากนั้นนำแบบประเมินไปทดสอบคุณสมบัติในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชและผู้ที่มีโรคจิตเวชจำนวน 588 คน ซึ่งมีจำนวนเหมาะสมตามคำแนะนำของ Bentler²⁰, Muthen และ Muthen²¹ และ Marsh และ Hua²² ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ควรมีจำนวน 3 - 20 เท่าของตัวแปรที่สังเกตเห็นได้และไม่น้อยกว่า 100 คน นอกจากนี้ ลักษณะข้อมูลยังผ่านเกณฑ์ประเมินความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน^{23,24} การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองเมื่อยินยอมให้ความคลาดเคลื่อนของการวัดสัมพันธ์กันได้ พบว่า มีบางข้อคำถามที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำกว่า 0.5 หรือมีค่า CITC เป็นลบ จึงตัดข้อเหล่านี้ทิ้ง ทำให้แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ที่คงเหลือข้อคำถาม 73 ข้อ มีความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับและรายมิติอยู่ในระดับดีและมีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับที่ยอมรับได้^{20,24} ซึ่งใกล้เคียงกับระดับความเชื่อมั่นของแบบประเมินสุขภาวะของอิกซีย์ มงคล และคณะ⁶ และ ธนกิจ รุ่งเรืองรัตนกุล และคณะ²⁴ ทั้งนี้ ข้อคำถามในมิติสุขภาวะทางจิตใจที่มีค่า CITC ติดลบ แม้ได้กลับค่าคะแนน (reverse scoring) แล้ว อาจเกิดจากคำถามมีความกำกวม และต้องใช้การตีความสูง (ฉันทปล่อยให้ตัวเองจมอยู่กับความกังวลเป็นเวลานาน) ทำให้ลักษณะการตอบไม่สอดคล้องกับข้ออื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นของแบบประเมิน²⁵ อย่างไรก็ตาม การตัดข้อคำถามนี้ออกไม่ได้ทำให้ระดับความเชื่อมั่นของแบบประเมินเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ฉบับ 73 ข้อ ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ประเมินสุขภาวะของบุคคลได้อย่างครอบคลุม รวมถึงกลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของบุคคลได้โดยตรง²⁶ อีกทั้งอาจใช้เป็นทางเลือกในการติดตามผลการดูแลสุขภาพ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นปรนัยได้ เห็นได้จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่ไม่มีโรคจิตเวชและผู้ที่มีโรคจิตเวชว่ามีระดับสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้รับบริการส่งเสริมการฟื้นคืนสุขภาวะจนมีระดับเท่าเทียมกับผู้ที่มีโรคจิตเวช อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นผลจากลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกันได้เช่นกัน²⁷

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแม้ขนาดจะเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งหมดได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคหรือปัญหาจิตเวชอื่น ๆ เช่น ผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด

ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลในหลายด้าน ทั้งด้านอารมณ์ สุขภาพจิต และสถานะทางการเงิน^{28,29} นอกจากนี้ การศึกษานี้ ยังไม่ได้ทดสอบความตรงเชิงเสมือน (convergence validity) กับแบบประเมินที่มีลักษณะใกล้เคียง^{9,16,17} รวมถึงยังไม่มี การประเมินความเชื่อมั่นจากการวัดซ้ำ (test-retest reliability) จึงควรใช้ความระมัดระวังในการแปลผลคะแนน และการกำหนดจุดตัดที่เหมาะสม³⁰ การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการทดสอบคุณสมบัติดังกล่าวเพิ่มเติมในกลุ่มประชากร ที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่อาจมีอิทธิพล ต่อสุขภาวะโดยรวมและในแต่ละมิติ เช่น เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ภูมิภาค และการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหา สุขภาพทางกายและจิตใจ เพื่อยืนยันความเหมาะสมและ ความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ในการนำไป ใช้ในบริบทต่าง ๆ ของประเทศไทย

สรุป

แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ที่พัฒนาขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับผลการศึกษาในระยะก่อนหน้านี มีข้อคำถามจำนวน 73 ข้อ ครอบคลุมมิติสุขภาวะดังนี้ สุขภาวะทางกาย 7 ข้อ สุขภาวะทางจิตใจ 10 ข้อ สุขภาวะ ทางสังคม 12 ข้อ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม 6 ข้อ สุขภาวะ ทางจิตวิญญาณ 10 ข้อ สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ 12 ข้อ สุขภาวะทางการทำงานและการเรียน 9 ข้อ และการ เข้าถึงรัฐสวัสดิการ 7 ข้อ การทดสอบคุณสมบัติพบว่า แบบประเมินมีความตรงเชิงโครงสร้างที่ยอมรับได้และ ความเชื่อมั่นของทั้งฉบับระดับดีมาก แสดงถึงความเหมาะสม ของการนำแบบประเมินไปใช้เพื่อประเมินสุขภาวะในระดับ บุคคล ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีโรคทางจิตเวช ทั้งนี้ ควรมี การศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติอื่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะ ความตรงเชิงเสมือนและความเชื่อมั่นจากการวัดซ้ำ ในกลุ่ม ประชากรที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความเหมาะสมของการนำ แบบประเมินไปใช้ในบริบทที่กว้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกว.) ขอขอบคุณ พญ.มธุรดา สุวรรณโพธิ์ รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรรณ พญ.สมรัก ชูวานิชวงศ์ พญ.ดวงกมล

ตั้งวิริยะไพบุลย์ พญ.วัชรารัฐ วัชรไพบุลย์ ผศ.ดร.ศุภลักษณ์ เข็มทอง น.ส.เครือวัลย์ เทียงธรรม สำนักวิชาการสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญา สำหรับการสนับสนุนและ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัยนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ศุภเสก วิโรจนาภา : ออกแบบการวิจัย ทบทวน วรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; ภัทรวรรณ สุขิธร : ออกแบบการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล เขียนบทความ ; กมลเนตร วรรณเสวก : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล ; นพวรรณ ตันศิริมาศ : ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล ; ณัฐกานต์ ใจบุญ : ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล ; ฉัตรดนัย ศรีชัย : ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล ; รัตนดา นราภักดิ์ : เก็บข้อมูล ; มณฑินี จุลละนันท์ : จัดการโครงการ วิจัย ; รัตติยาพร เป็ญเจ๊ะมะ : ออกแบบงานศิลป์

เอกสารอ้างอิง

1. Swarbrick M. A wellness approach. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;29(4):311-4. doi:10.2975/29.2006.311.314.
2. Swarbrick M, Yudof J. Wellness in 8 dimensions [Internet]. New Jersey: Collaborative Support Programs of New Jersey; 2017 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://cspnj.org/wp-content/uploads/2021/09/Wellness-8-Dimensions.pdf>
3. Mahatnirunkul S, Tanthipiwatanakul W, Pumpisanchai W, Wongsuwan K, Prommanachirangkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2002 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf> (in Thai)
4. 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.
5. Adams TB, Bezner JR, Steinhardt MA. 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.
6. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanim W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai Mental Health Indicator (Version 2007). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2009. (in Thai)

7. Morosini P, 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. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x.
8. Myers JE, Sweeney TJ, Witmer JM. 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.
9. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
10. Thai Health Promotion Foundation. Annual report 2003 [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2003 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=197201> (in Thai)
11. Virojanapa S, Wannasewok K, Tunsirimas N, Sukyirun P, Sornchai C, Jaiboon N, et al. Wellness characteristics in rehabilitation for people with mental disorder: a qualitative study. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2024;32(2):138-52. (in Thai)
12. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1953.
13. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
14. Srisa-ard B. Fundamental research. 10th ed. Bangkok: Suviriyasan; 2017. (in Thai)
15. 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.
16. Phattharayuttawat S, Ngamthipwattana T. Validity and reliability of the Thai Mental Health Questionnaire in psychiatric patients in the community. *Siriraj Med J*. 2002;54(9):540-6.
17. Thongthammarat Y. The developing of the psychological well-being scale (Thai version). *Rajanukul Journal*. 2022;34(2):13-22. (in Thai)
18. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2005;29(1-2):69-88. doi:10.56808/3027-7922.2230. (in Thai)
19. Bart R, Ishak WW, Ganjian S, Jaffer KY, Abdelmesseh M, Hanna S, et al. The assessment and measurement of wellness in the clinical medical setting: a systematic review. *Innov Clin Neurosci*. 2018;15(9-10):14-23.
20. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull*. 1990;107(2):238-46. doi:10.1037/0033-2909.107.2.238.
21. Muthén LK, Muthén BO. How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. *Struct Equ Modeling*. 2002;9(4):599-620. doi:10.1207/S15328007SEM0904_8.
22. Marsh HW, Hau KT. Confirmatory factor analysis: strategies for small sample size. In: Hoyle RH, editor. *Statistical strategies for small sample research*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1999. p. 251-84.
23. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974;39(1):31-6. doi:10.1007/BF02291575.
24. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: The Guilford Press; 2006.
25. Solis Salazar M. The dilemma of combining positive and negative items in scales. *Psicothema*. 2015;27(2):192-200. doi:10.7334/psicothema2014.266.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
27. Soldevila-Domenech N, Forero CG, Alayo I, Capella J, Colom J, Malmusi D, et al. Mental well-being of the general population: direct and indirect effects of socioeconomic, relational and health factors. *Qual Life Res*. 2021;30(8):2171-85. doi:10.1007/s11136-021-02808-x.
28. Mahon C, Howard E, O'Reilly A, Dooley B, Fitzgerald A. A cluster analysis of health behaviours and their relationship to mental health difficulties, life satisfaction and functioning in adolescents. *Prev Med*. 2022;164:107332. doi:10.1016/j.ypmed.2022.107332.
29. Christensen ASP, Pisinger V, Krarup AF, Dalum P, Thygesen LC, Tolstrup JS. Alcohol consumption and well-being among 25,000 Danish high school students. *Prev Med Rep*. 2022;31:102072. doi:10.1016/j.pmedr.2022.102072.
30. Price LR. Psychometric methods: theory into practice. New York: The Guilford Press; 2017.