

ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551



นายพลากร ดวงเกตุ

ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

MENTAL HEALTH OF THAI LABOR-FORCE AGE POPULATION IN 2008



Mr. Palakorn Duangkate

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts Program in Demography

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University



พลากร ดวงเกตุ : ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551.  
(MENTAL HEALTH OF THAI LABOR-FORCE AGE POPULATION IN 2008)  
อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.พัฒน์วดี ชูโต, 101 หน้า.

ภาวะสุขภาพจิต เป็นปัญหาทางสุขภาพที่มักจะเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อยเมื่อมีภาวะกดดันและความเครียดสะสมในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม ต่อการทำงานหรือต่อสังคม การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยใน พ.ศ. 2551 โดยได้ปรับแนวคิดจากองค์การอนามัยโลก (2001) ที่ระบุว่า สุขภาพจิตได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางจิตมาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา และการศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโครงการ "การสำรวจสุขภาพทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551" ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยกรณีตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุเต็มระหว่าง 15-59 ปี และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 19,168 คน

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยแรงงานมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับ 31.86 คะแนนซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป แต่ก็ยังคงมีประชากรวัยแรงงานอีกประมาณ 1 ใน 5 หรือร้อยละ 17.18 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาค พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพภายในครัวเรือน สัมพันธภาพภายในชุมชน ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค พบว่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ตัวแปรอิสระทั้ง 14 ตัวร่วมกันอธิบายการแปรผันของการเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้ร้อยละ 11.76 ( $R^2 = 0.1176$ )

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค พบว่า ตัวแปรความมีคุณธรรม-จริยธรรม เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้เป็นลำดับแรกคือร้อยละ 4.5 รองลงไปได้แก่ สัมพันธภาพภายในครัวเรือน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สัมพันธภาพภายในชุมชน อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม และเขตที่อยู่อาศัย ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 2.47, 1.91, 1.28, 0.75, 0.44, 0.26, 0.07 และ 0.03 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ ไม่ได้เพิ่มอำนาจการอธิบายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลนี้เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้

สาขาวิชา...ประชากรศาสตร์...ลายมือชื่อผู้วิจัย.....*Wassana*.....  
ปีการศึกษา...2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....*Wassana*.....

## 5286861851: MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORDS : MENTAL HEALTH / THAI LABOR-FORCE AGE POPULATION

PALAKORN DUANGKATE: MENTAL HEALTH OF THAI LABOR-FORCE AGE POPULATION IN 2008. THESIS ADVISOR: ASST PROF. PATTANAWADEE XUTO, Ph.D., 101 pp.

Mental health is the health problem which is gradually developed under the states of pressure and accumulated stress, regarding to the adjustment to the working environment or society. This research aimed to examine the state of mental health and factors associated with mental health among Thai labor-force age population in the year 2008. The conceptual framework of this study which is adapted from the World Health Organization (2001) suggests that mental health was influenced by three factors, namely, biological, social, and psychological factors. Data used are from the project of "The 2008 Survey on Conditions of Society and Culture" by the National Statistics Office of Thailand. The samples comprise of 19,168 persons, aged 15-59, who replied the questionnaire by themselves.

The results reveal Thai labor-force age population had the mental health scores on the average of 31.86 which is considered average (or fair) mental health. Besides, there is still around one-fifth or 17.18 percents of labor-force age population who possessed the scores below average (or poor) mental health. Simple binary logistic regression analysis find age, educational level, occupation, marital status, number of household members, residential area, residential region, relationship among household members, relationship among community members, social value, morality, and perception of physical health affect mental health at the 0.05 statistically significant level. Multiple binary logistic regression analysis at the level of 0.05 statistical significance suggests all 14 independent variables together explains the variation of mental health by 11.76 percent ( $R^2 = 0.1176$ ).

In addition, Stepwise multiple logistic regression analysis significantly show morality is the prime variable in explaining the variation of mental health by 4.5 percents, followed by relationship among household members, perception of physical health, educational level, marital status, relationship among community members, age, social value, and residential area, which increase the power of explanation for the percentage of 2.47, 1.91, 1.28, 0.75, 0.44, 0.26, 0.07 and 0.03 respectively, whereas the remaining variables do not increase the explanatory power. All partners who work on improving mental health conditions may utilize the findings to continually campaign for better mental well-being among labor-force age population.

Field of Study.....Demography.....	Student's Signature <u>Palakorn Duangkate</u>
Academic Year.....2010.....	Advisor's Signature <u>P. Xuto</u>

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกสำนึกและซาบซึ้งในความเมตตาเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒน์นาวดี ชูโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ซึ่งชี้แนะแนวทางการศึกษาและแนวคิดในการแสวงหาคำถามความรู้ต่างๆ พร้อมทั้งสละเวลาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์จนสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วิไล วงศ์สีบชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรารัตน์ วงศ์บุญสิน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยท่านเหล่านี้ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเมตตา ตลอดจนสละเวลาอันมีค่าตรวจทานและแก้ไขวิทยานิพนธ์อย่างละเอียดจนทำให้การทำวิทยานิพนธ์กลายเป็นเล่มที่สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่อนุญาตให้ลาศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ขอบพระคุณ นายวิลาศ สุวี รองผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติ นางเบญจพร ฉัตรกุล ณ อยุธยา ผู้อำนวยการสำนักสถิติพยากรณ์ นางทิพย์จิรา อริยะสินถาวร ผู้อำนวยการกลุ่มบูรณาการข้อมูลสถิติ พร้อมทั้งผู้อำนวยการกลุ่มงานทุกกลุ่มงานและเพื่อนร่วมงานทุกท่านในสำนักสถิติพยากรณ์ ที่ได้ให้คำชี้แนะและจุดประกายให้ผู้ศึกษาแสวงหาคำถามความรู้ใหม่ ๆ จากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำองค์ความรู้ต่าง ๆ มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน พร้อมนี้ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลโครงการ “การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551” ในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิต รุ่นพี่ รุ่นน้อง และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือในระหว่างการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ พรทิพย์ โสภณ ที่ประสานงานในการสอบวิทยานิพนธ์และคอยห่วงใยผู้ศึกษาเสมอ ขอขอบคุณ สมาคมนักประชากรไทย ได้เปิดโอกาสให้ผู้ศึกษานำเสนอบทความในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2553

และท้ายสุดนี้ ขอโน้มกราบบูชาพระคุณบิดามารดา บุพการีผู้ที่เคยข้างลูกเสมอมาไม่ว่าในยามทุกข์หรือสุข อีกทั้งคอยเป็นทั้งกำลังร่างกายและแรงใจไม่ให้ลูกย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน พร้อมสนับสนุนให้ลูกก้าวไปตามทางที่ใฝ่ฝัน และขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจให้ข้าพเจ้าด้วยดีเสมอมา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
<b>บทที่</b>	
<b>1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
1.3 ประโยชน์ของการศึกษา.....	4
1.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง.....	4
1.5 กรอบแนวคิดของการศึกษา.....	18
1.6 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	22
1.7 สมมติฐานของการศึกษา.....	36
<b>2 ระเบียบวิธีวิจัย.....</b>	<b>38</b>
2.1 แหล่งที่มาของข้อมูลของการศึกษา.....	38
2.2 ประชากรและการเลือกตัวอย่าง.....	38
2.3 ขอบเขตของการศึกษา.....	41
2.4 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	41
2.5 นิยามศัพท์.....	41
2.6 นิยามตัวแปรและการวัด.....	41
2.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล.....	48
<b>3 ผลการศึกษา.....</b>	<b>51</b>
3.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	51
3.2 ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย.....	58
3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย.....	59

บทที่	หน้า
4   สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	79
4.1 สรุปผลการศึกษา.....	79
4.2 ข้อเสนอแนะ.....	84
รายการอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก ข้อคำถามจากแบบสอบถาม.....	94
ภาคผนวก ข การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ แบบทวิภาค.....	100
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	101

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การกระจายความถี่ของจำนวนชมรมอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาค และเขตการปกครอง.....	39
2	การกระจายความถี่ของจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาค และเขตการปกครอง.....	40
3	การกระจายความถี่ของกรณีตัวอย่างของการศึกษา จำแนกตามภาค และเขตการปกครอง.....	40
4	การกระจายอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	52
5	การกระจายอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคะแนนภาวะสุขภาพจิตของตัวอย่าง.....	58
6	อัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปของประชากรวัยแรงงานไทย.....	62
7	อัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปของประชากรวัยแรงงานไทยจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุชั้นตอนแบบทวิภาค.....	75
8	สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย.....	81

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	โครงสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15).....	15
2	กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่อง “ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย”	19



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรเป็นทรัพยากรที่มีบทบาทและมีความสำคัญในการพัฒนาประเทศ ประชากรเป็นทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนและรับผลจากการพัฒนาประเทศในทุก ๆ มิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การมีโครงสร้างประชากรที่เหมาะสมและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างประชากรในกลุ่มวัยต่าง ๆ นับเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้โครงสร้างทางประชากรแบ่งประชากรออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ประชากรวัยเด็ก ประชากรวัยแรงงาน และประชากรวัยสูงอายุ โดยประชากรวัยแรงงาน เป็นประชากรกลุ่มหลักที่มีบทบาท หน้าที่ และมีความสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจให้แก่ครอบครัวและสังคม ตลอดจนรับผิดชอบในการดูแลประชากรกลุ่มวัยอื่น ๆ ของประเทศ

เมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2551 เปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2553 พบว่า สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงจากร้อยละ 21.98 เป็นร้อยละ 21.25 สัดส่วนวัยแรงงานค่อนข้างคงที่กล่าวคือจากร้อยละ 67.04 เป็นร้อยละ 67.05 และสัดส่วนวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.98 เป็นร้อยละ 11.70 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546: 21-22) ทั้งนี้ประชากรวัยแรงงานยังคงมีสัดส่วนที่สูงและประเทศยังคงได้เปรียบจากสัดส่วนแรงงานที่สูงอยู่ หรือประเทศยังคงได้ประโยชน์จากการปันผลทางประชากร เนื่องจากประเทศยังคงมีประชากรวัยแรงงานที่มีผลิตภาพ (productivity) ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แม้ว่าประเทศไทยยังคงได้เปรียบจากการมีสัดส่วนแรงงานที่สูง แต่ประเทศไทยกลับต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง โดยเฉพาะสภาพเศรษฐกิจภายหลังวิกฤตสินเชื่อด้อยคุณภาพ (Subprime crisis) จากประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงปลายปี พ.ศ. 2551 ส่งผลให้ภาคธุรกิจไทยชะงักงัน โดยเฉพาะธุรกิจการส่งออก ทำให้อัตราการว่างงานเพิ่มสูงขึ้นเป็นเท่าตัว จากเดิมร้อยละ 1.2 ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 2.4 ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552ก: 48)

จากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมข้างต้น ผนวกกับวิกฤตการณ์ทางการเมืองของประเทศ ส่งผลต่อวิถีชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย โดยทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการตกงาน ปัญหาค่าครองชีพที่สูงขึ้น หรือปัญหาหนี้สิน เป็นต้น ปัญหาต่างๆ เหล่านี้หากสะสมและไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้ประชาชนเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประชากรวัยแรงงานที่ไม่ประสบความสำเร็จในการประกอบอาชีพ ถูกเลิกจ้าง หรือตกงาน จะรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต หรือเกิดความรู้สึกท้อถอย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหาก

เคยเป็นที่พึ่งพิงและดูแลครอบครัวให้มีความเป็นอยู่ที่ดี กลับกลายเป็นผู้ที่ไม่สามารถใช้ศักยภาพของตัวเองในการแสวงหาความมั่นคงทางอาชีพหรือรายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว หรือไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ของตนเข้ากับสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้ ซึ่งหากตกอยู่ในสภาพของความรู้สึกดังกล่าววันขึ้น ย่อมส่งผลเสียทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนมากขึ้น

เมื่อประชากรวัยแรงงานสูญเสียสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันหากไม่ได้รับการบรรเทาหรือเยียวยาย่อมส่งผลเสียทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคม กล่าวคือ จะมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ทางสังคมไม่ได้ และอาจรู้สึกว่าสังคมไม่ยอมรับตน สุขภาพจิตที่ไม่ดีของตนเองยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องต้นที่ช่วยดูแลสมาชิกในสังคม ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องเพิ่มภาระทั้งเรื่องค่าใช้จ่าย และการใช้ระยะเวลาในการดูแล นอกจากนี้บทบาทของสมาชิกในครอบครัวอาจต้องปรับเปลี่ยน เป็นต้นว่าประชากรวัยสูงอายุที่เคยปล่อยวางความรับผิดชอบต่อครอบครัว อาจต้องกลับสู่การทำงานอีกครั้งเพื่อแสวงหารายได้ในการดูแลรักษาประชากรวัยแรงงานที่เจ็บป่วยรวมถึงเลี้ยงดูตนเอง หรือแม้แต่ประชากรวัยเด็กที่ควรอยู่ในวัยพัฒนาศักยภาพตามสภาพของตนเองอาจต้องเพิ่มภาระคอยดูแลประชากรวัยแรงงานที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มอีกทางหนึ่ง

สำหรับผลกระทบในระดับสังคมนั้น เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าประชากรวัยแรงงานเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ หากประชากรวัยนี้มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น จนไม่สามารถสร้างผลิตผลหรือสร้างผลิตผลไม่เต็มที่ให้แก่สังคมได้ ก็เท่ากับว่าสังคมขาดกำลังแรงงานที่มีศักยภาพในการพัฒนาประเทศ ก่อให้เกิดผลเสียในการลงทุนด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาประเทศ แต่กลับกลายเป็นต้องลงทุนเพื่อรักษาพยาบาลทรัพยากรวัยแรงงานของประเทศให้กลับรู้สึกว่าคุณค่า หรือสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นปกติสุขเสียก่อน จึงจะสามารถพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถแข่งขันกับนานาประเทศได้

จากการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2544ก: 140) เรื่องการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) ซึ่งเป็นการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Mental Health Indicator หรือ MHI) ได้แก่ MHI-66, 15 และ 7 ตามลำดับ พบว่า สุขภาพจิตคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 24.6, 18.6 และ 22.0 ตามลำดับ และการศึกษาของละออ อนุจันทร์ (2547: 48) เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง โดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (Thai Mental Health Indicator หรือ TMHI-54) เป็นเครื่องมือในการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุงมี

สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 33.0 และการศึกษาของอภิชัย มงคลและคณะ (2551: 32,38) เรื่องการสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 โดยใช้ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยจำนวน 15 ข้อ (THI-15) เป็นเครื่องมือในการศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาความสุขของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปที่สุ่มจากพื้นที่เขตตรวจราชการที่มีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขตั้งอยู่ พบว่า บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปร้อยละ 20.70 ขณะที่ประชาชนที่ทำการศึกษามีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปร้อยละ 31.86 นอกจากนี้ตัวเลขของอัตราการป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากรหนึ่งแสนคนของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2540 และ 2549 พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคจิตในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2540 จาก 440.1 คนเป็น 640.6 คน อัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2540 จาก 55.9 คนเป็น 186.0 คน ส่วนอัตราการป่วยด้วยโรควิตกกังวลในปี พ.ศ. 2549 ลดลงจากปี พ.ศ. 2540 จาก 789.9 คนเป็น 548.8 คน ข้อมูลการป่วยที่กล่าวมานี้อาจเป็นสัญญาณที่สะท้อนถึงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552: 226)

ปัญหาทางสุขภาพจิต จึงเป็นการเจ็บป่วยลักษณะหนึ่งของประชากรในปัจจุบัน เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเจ็บป่วยจากอดีตที่ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ แต่ในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2550: 5) ซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิตหรือพฤติกรรม ปัญหาทางสุขภาพจิต มักจะเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย เมื่อมีภาวะกดดัน ความเครียดสะสมในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมการทำงานหรือสังคม ทั้งนี้ความสามารถในการปรับตัวจึงนับเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน บุคคลที่จะเรียกได้ว่ามีสุขภาพสมบูรณ์นั้นจะต้องมีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและจิตใจ คือ มีร่างกายแข็งแรง คล่องแคล่ว มีสภาพทางอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นสุขภาพกายและจิตย่อมต้องมีความสัมพันธ์กันอยู่เสมอ ถ้าสิ่งหนึ่งสิ่งใดมีความบกพร่อง ก็จะมีผลให้อีกสิ่งหนึ่งบกพร่องไปด้วย

สุขภาพจิตสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสุขภาพกาย ถ้าคนเราสุขภาพร่างกายสมบูรณ์และแข็งแรงดี สุขภาพจิตก็จะเป็นสุข สดชื่น แจ่มใส เบิกบาน แต่ถ้าสุขภาพร่างกายอ่อนแอ เจ็บไข้ได้ป่วยบ่อยๆ สุขภาพจิตก็จะหดหู่ เศร้าหมอง ไม่สดชื่นแจ่มใส ในทางตรงกันข้ามหากคนเราสุขภาพจิตไม่สบายไม่เป็นสุข มีความเครียด มีความวิตกกังวลใจ ก็จะมีผลต่อสุขภาพร่างกาย เช่น กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อาหารไม่ย่อย ร่างกายชubbวม หน้าซีดเซียว เป็นต้น การรักษาภาวะความสมดุลระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งจำเป็น หากสุขภาพส่วนใดส่วนหนึ่งมีความบกพร่องหรือมีสภาวะที่ผิดปกติไป ก็จะทำให้ความไม่สมดุลหรือมีผลเสียต่อสุขภาพทั้งสองด้านขึ้น

สุขภาพจิตจึงมิใช่เพียงแต่เป็นการไม่เจ็บป่วยทางจิต และสุขภาพจิตมีความสำคัญทั้งต่อตัวบุคคล ครอบครัว และสังคม ดังคำขวัญของสหพันธ์สุขภาพจิตโลก (อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554: ออนไลน์) ที่ว่า “สุขภาพจะดีไม่ได้ ถ้าสุขภาพจิตไม่ดี”<sup>1</sup> (No health without mental health) หรือที่องค์การอนามัยโลกให้นิยามของสุขภาพว่า หมายถึง “ภาวะของความอยู่ดีมีสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ที่มีไว้เพียงความปลอดภัยหรือความปลอดภัยจากความเจ็บป่วย” (World Health Organization, 2010: Online)

ดังนั้นการศึกษาภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยจึงเป็นสิ่งที่ควรศึกษา ทั้งนี้ข้อค้นพบที่ได้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ประชากรวัยแรงงานมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้สุขภาพของบุคคลดีตามไปด้วย ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพที่สามารถก่อให้เกิดผลิตภาพและสามารถเป็นที่พึ่งพิงให้กับประชากรวัยเด็กและประชากรวัยสูงอายุได้

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยใน พ.ศ. 2551
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยใน พ.ศ. 2551

## 1.3 ประโยชน์ของการศึกษา

ข้อค้นพบจากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย นอกจากทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน และทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตแล้ว หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ประกอบการวางแผน ส่งเสริม สนับสนุนและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอันอาจเกิดขึ้นตามสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในเบื้องต้นได้ เพื่อช่วยให้การดำเนินชีวิตในสังคมของประชากรวัยแรงงานเป็นไปอย่างปกติสุข

## 1.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ได้ศึกษาได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต (Mental health) และแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต (Factors associated with mental health) โดยมีรายละเอียดดังนี้

<sup>1</sup> ข้อความนี้เป็นคำขวัญเพื่อการรณรงค์ เนื่องในวันสุขภาพจิตโลก 10 ตุลาคม 2553 อีกด้วย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตประกอบด้วย ความหมายของสุขภาพจิต ลักษณะของสุขภาพจิตที่ดี ลักษณะบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต และการวัดสุขภาพจิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

World Health Organization (2010: Online) ได้นิยามสุขภาพจิตว่า หมายถึง “ภาวะปกติสุข (well-being) ที่ซึ่งบุคคลตระหนักในความสามารถต่าง ๆ ของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิตได้ สามารถทำงานที่ก่อให้เกิดผลิตภาพและผลิตผลสมบูรณ์ และสามารถเชื่อมประโยชน์ต่อชุมชนของตน”

ส่วน Jahoda (1958: 7-9) ได้ชี้ประเด็นในการพิจารณาสุขภาพจิตไว้ 3 ทาง คือ

1) สุขภาพจิต เป็นการทำหน้าที่ของบุคลิกภาพที่ค่อนข้างคงที่และยาวนาน ซึ่งแม้จะมีลักษณะขึ้น ๆ ลง ๆ บ้าง แต่สุขภาพจิตโดยทั่วไปค่อนข้างคงที่ และพยากรณ์ได้ โดยเป็นลักษณะเฉพาะของบุคลิกภาพของบุคคล

2) สุขภาพจิต เป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราวชั่วคราวของบุคลิกภาพ และเป็นไปตามสภาพการณ์ สุขภาพจิตอาจแปรเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับทั้งสภาพการณ์ภายนอกและสภาพภายในจิตใจ สุขภาพจิตในลักษณะนี้จะไม่ค่อยคงที่และคาดเดาไม่ได้ในระยะยาว ดังนั้นจึงเป็นลักษณะความรู้สึและการแสดงออกในปัจจุบัน

3) สุขภาพจิตเป็นไปตามลักษณะเฉพาะกลุ่มหรือวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล

ขณะที่ ฟน แสงสิงแก้ว (2522: 183) ให้คำจำกัดความ สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ ขณะที่ คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537: 26)ให้นิยามของสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธีการของตน มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง

และ อัมพร โอตระกุล (2540: 14) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วม และกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วยและลักษณะ สรวิวัฒน์ (2544: 79) อธิบายว่า สุขภาพจิต คือ ความสมบูรณ์ทางจิตใจ

ปราศจากอาการที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งผู้ที่มีความสามารถปรับตัวในสังคมได้ย่อมมีความสำเร็จในการทำงาน มีความคิดสร้างสรรค์ก่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคม เป็นที่ยอมรับในสังคม และ จิรา เตมจิตรอารีย์ (2553: ออนไลน์) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคล ซึ่งโดยธรรมชาติภาวะทางจิตใจมีการปรับเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้นั้น สังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ซึ่งมีการพัฒนาการไปอย่างไม่หยุดยั้ง สุขภาพจิตของคนเราจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

จากคำจำกัดความข้างต้น อาจสรุปว่า สุขภาพจิต คือ ความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจของบุคคล ที่ทำให้นบุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวให้เข้ากับปัญหาและอุปสรรคของชีวิตภายใต้สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้โดยไม่เสียดุลยภาพ สามารถตัดสินใจเลือกทางที่มีผลให้เกิดความพึงพอใจและความสุขในชีวิต มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง มีความพอใจในสถานภาพของตนโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ อีกทั้งยังมีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่นอีกด้วย ทั้งนี้ ความเป็นปกติสุข ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

## 1.2 ลักษณะของสุขภาพจิตที่ดี

เนื่องจากประชากรควรสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้ เป็นประชากรที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งนักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาพจิตหรือลักษณะของสุขภาพจิตที่ดีไว้ ดังนี้

Jahoda (1958: 23-64) ได้ให้แนวคิดในการประเมินสุขภาพจิตของคนทั่วไป โดยพิจารณาจากทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ของตนและการทำตนให้เป็นประโยชน์ ความผสมกลมกลืนของบุคลิกภาพ ความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมมากเกินไป การรับรู้ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบตัวของตนและความสามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้คือดัชนีที่จะบ่งชี้ว่า บุคคลมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี โดยพิจารณาดังนี้

1) ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง (attitude of an individual toward his own self) คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อตัวเอง ยอมรับตนเอง ยอมรับความอ่อนแอ และความบกพร่องของตนเอง มีความมั่นใจ ความภาคภูมิใจ ความสำคัญของตนเอง เคารพตนเอง รวมทั้งการเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเอง

2) การเติบโตและการพัฒนาหรือการบรรลุศักยภาพของตน (growth and development or self-actualization) คือ มีการเจริญเติบโตและการพัฒนาเป็นไปอย่าง



สมปรารถนาและสอดคล้องกับความสามารถของตนเอง สามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และสามารถพัฒนาได้เต็มตามศักยภาพของตน

3) มีบุคลิกภาพเชิงบูรณาการ (integration) คำว่าบูรณาการ คือ ความสมดุลของแรงบังคับทางจิตใจ (balance of psychic forces) ในคนปกติโดยทั่วไปจะมีแรงอยากหรือความต้องการ (need) ขณะเดียวกันก็มีแรงบังคับควบคุม (controlling force) แรงทั้งสองนี้จะต้องสมดุลกันบุคคลจึงจะมีชีวิตอย่างสุขสบายได้ ในทางตรงข้ามหากแรงทั้งสองนี้ขัดแย้งกันเองคือมีแรงใดแรงหนึ่งมากเกินไป ก็จะทำให้บุคคลหมดความสุข เพราะไม่ได้รับการตอบสนองของความ ต้องการส่วนตัว หรือแม้แต่หากตอบสนองความต้องการของตนมากไปก็อาจทำให้ขัดแย้งกับสังคมส่วนใหญ่

4) ความเป็นตัวของตัวเองหรือเป็นอิสระจากอิทธิพลทางสังคม (autonomy or independence from social influence) มีความสามารถควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน โดยไม่ต้องอาศัยแรงควบคุมภายนอกและยังประพฤติปฏิบัติตนโดยยึดถือความเชื่อมั่นของตนเองเป็นหลัก ไม่อยู่ใต้อิทธิพลของสังคมรอบข้าง

5) มีการรับรู้ความจริง (perception of reality) การรับรู้ของบุคคลจะไม่ถูกบิดเบือนโดยอคติของตนเอง โดยความต้องการของตนเองหรือโดยอารมณ์ส่วนตัว หากแต่บุคคลสามารถรับรู้เหตุการณ์ตามที่เป็นจริง ยอมรับและกล้าเผชิญกับความจริงได้

6) มีความชำนาญเชิงสิ่งแวดล้อม (environment mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่จัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ สามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้เข้ากับภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม ต้องมีทักษะในเชิงมนุษยสัมพันธ์อย่างพอเพียงที่จะทำให้ชีวิตดำเนินไปได้อย่างราบรื่น รวมทั้งผจญกับปัญหาชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ

คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537: 26-35) ได้แยกลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตออกเป็น 3 มิติ คือ

ก. มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่

1) ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ พพอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อดทน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว

2) การสำรวจและความเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจ ความต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก

3) วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก หมายถึงความสามารถในการมองโลกตามความเป็นจริงภายนอก สามารถประเมินสถานการณ์ได้

อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีการดำเนินชีวิต และแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ข. มิติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่

1) ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิด สามารถจัดการกับปัญหาสิ่งแวดล้อมรอบตัว และโลกภายนอกได้โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่นและสังคมวงกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2) การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคมมีมนุษยสัมพันธ์ มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุขสงบและมีความพอใจ

3) ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพัน สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการเหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

ค. มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิธีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

ลักษณะ สิริวัฒน์ (2544: 83) สรุปหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดี ดังนี้

ก. ความรู้สึกต่อตนเอง

- 1) ไม่เกิดอารมณ์ต่าง ๆ จนรบกวนตนเองมากนัก
- 2) เมื่อเกิดความผิดหวังสามารถควบคุมได้
- 3) เข้าใจตนเองถูกต้อง ยอมรับข้อดีหรือข้อบกพร่อง
- 4) มีความนับถือตนเอง
- 5) สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ รู้สาเหตุแห่งปัญหา  
วิธีแก้ไข
- 6) มีความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ได้
- 7)สนองความต้องการของตนในทางที่ถูกที่ควร

### ข. ความรู้สึกต่อผู้อื่น

- 1) ให้ความรักแก่คนอื่นเป็น
- 2) เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น คบหาสมาคมกับคนอื่น ๆ ได้
- 3) ไร้ใจไม่หวาดระแวง มีสัมพันธภาพอย่างราบรื่น
- 4) ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล
- 5) ไม่ผลักดันให้คนอื่นตามใจตนเอง และไม่ยอมให้ตนเองตามใจคนอื่น
- 6) ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ เป็นได้ทั้งผู้นำและผู้ตาม
- 7) รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของคณะ มีความรับผิดชอบต่อบุคคลทั่วไป

### ค. ความสามารถในการดำเนินชีวิต

- 1) สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตได้เป็นอย่างดี
- 2) วางแผนในการดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต
- 3) สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้และทำสภาพแวดล้อมให้ดีที่สุด
- 4) มีสิทธิและรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด
- 5) ยอมรับความเปลี่ยนแปลง ประสบการณ์ใหม่ ๆ และแนวความคิดใหม่ ๆ
- 6) ใช้ความสามารถเต็มที่ในการทำสิ่งต่าง ๆ และพึงพอใจในภาระทำ
- 7) วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตได้

โดยสรุปองค์ประกอบของสุขภาพจิตหรือลักษณะของสุขภาพจิตเป็นผลลัพธ์จากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล ซึ่งอาศัยองค์ประกอบที่สมดุลในหลายด้านประกอบกัน ทั้งการมีทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิต การรู้จักพอ รู้จักให้ มีสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและมิตรสหาย ชุมชน และสังคม มีทักษะในการใช้ชีวิตและมีการบริหารจัดการใจให้รับรู้ถึงความเป็นไปของโลกอย่างที่เป็นจริง สุขภาพหรือสุขภาพจิตเป็นการศึกษาที่มากกว่าแค่การไม่มีโรคทางจิตเท่านั้น แต่จะต้องเป็นการศึกษาถึงการเสริมสร้างศักยภาพของจิตใจของมนุษย์ด้วย

### 1.3 ลักษณะบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

สำหรับบุคคลที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มักปรากฏเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นถึงความผิดปกติได้ในลักษณะต่าง ๆ กัน เดิมศักดิ์ คทวณิช (2546: 274) อธิบายถึงลักษณะที่เข้าข่ายการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตไว้ดังนี้

1) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติเบื้องต้นมักจะแสดงให้เห็นเมื่อได้รับความกดดันทางจิตใจ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจนทำให้ต้องเกิดการปรับตัว แต่ปรับตัวได้ไม่เหมาะสมจึงเป็นปฏิกิริยาเชิงการปรับตัว (adjustment reaction) เช่น

- เกิดความแปรปรวนทางด้านความประพฤติ (conduct disorder) ซึ่งมักจะแสดงออกในลักษณะที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่สังคมยอมรับ เช่น แสดงความก้าวร้าว เกินขอบเขต ชอบความรุนแรง หยาบคาย ฝ่าฝืนระเบียบวินัย ลักขโมย พุดเท็จ ก่อการทะเลาะวิวาท ชอบแก๊ง หรือรังแกผู้ที่อ่อนแอกว่า เป็นต้น

- เกิดความแปรปรวนทางประสาท (neurotic disorder) ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากอาการต่าง ๆ เช่น หวาดผวา ตัดสินใจด้วยตัวเองไม่ได้ ร้องไห้คร่ำครวญ ตื่นเต้นตกใจง่าย หงุดหงิด เพื่อเจ้อ ฉุนเฉียว อิจฉาริษยาคนรอบข้าง ชอบละเมอ ยึดติดกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งจนเกินไป (dependent) ช่วยตัวเองไม่ได้ มีอาการกระตุกตามส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น กระตุกที่มุมปาก บริเวณลำคอ หรือกะพริบตาถี่ ๆ เป็นต้น

- เกิดความแปรปรวนทางนิสัย (habit disorder) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ความแปรปรวนทางนิสัยพื้นฐาน (primary habit) เช่น รับประทานหรือนอนยากกว่าคนปกติ และความแปรปรวนที่เกิดจากความตึงเครียดทางจิตใจ (tension behavior) ที่กระทำจนเป็นนิสัย เช่น กัดเล็บ นอนก่ดฟัน บัสสาวะรดที่นอน หรือดูหนัง เป็นต้น

2) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามวุฒิภาวะหรือมีพัฒนาการที่ต่ำกว่าวัย เช่น เมื่อถึงเวลาควรจะหยาย คว่ำ นั่ง ยืน เดิน แล้วยังไม่สามารถทำได้ พุดไม่ชัด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แสดงอาการเหมือนเด็ก เป็นต้น

3) มีอาการทางร่างกาย เช่น เจ็บป่วยโดยหาสาเหตุทางกายไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่าเกิดจากปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่พบมาก ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นลมหรือมีอาการชักโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

#### 1.4 การส่งเสริมสุขภาพจิต

เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่มีความเจริญทางวัตถุเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งยังเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สภาพสังคมเช่นนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาความแปรปรวนทางจิตให้กับคนในสังคมได้ง่าย บุคคลจึงควรที่จะรู้จักวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้กับตนเอง เพื่อจะได้สามารถดำเนินชีวิตในสภาพสังคมดังกล่าวได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพแห่งตน ซึ่งเดิมศักดิ์คทวณิช (2546: 286) แนะนำวิธีสร้างและส่งเสริมสุขภาพจิต ดังนี้

1) รักษาสุขภาพกายให้สมบูรณ์ แข็งแรง โดยออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ หลีกเลี้ยงอบายมุขต่าง ๆ ทั้งนี้เพราะร่างกาย

และจิตใจจะมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น ถ้าร่างกายแข็งแรงสุขภาพจิตก็ย่อมจะดีตามไปด้วย

2) ทำจิตใจให้แจ่มใสเบิกบาน ยิ้มแย้มแจ่มใส อย่าเคร่งเครียดและจริงจังกับชีวิตมากเกินไป สร้างอารมณ์ขันและมองโลกในแง่ดี

3) มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง

4) มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง

5) ฝึกสมาธิตามแนวทางพระพุทธศาสนา เพื่อให้มีสติรับรู้อารมณ์และการกระทำของตนเองอยู่ตลอดเวลา

6) รู้จักแก้ปัญหาตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง และรู้จักการปล่อยวางปัญหาที่เกิดขึ้นในบางโอกาส

7) หมั่นสำรวจตนเองและปรับปรุงส่วนที่เป็นข้อบกพร่องของตนเอง

ส่วนลักษณะ สิริวัฒน์ (2544: 82) เสนอว่าการส่งเสริมสุขภาพจิต อาจกระทำได้

ดังนี้

1) ฝึกควบคุมอารมณ์ คือ ไม่แสดงอาการดีใจ เสียใจ หรือโกรธให้มากเกินไปจนเป็นอาการลืมหืมตา และพยายามหมั่นเตือนตัวเองเสมอ

2) สะสมมิตรี ฝึกการมองผู้อื่นในแง่ดี รู้จักสร้างมิตรภาพกับคนรอบข้าง

3) ไม่หนีอุปสรรค โดยตระหนักว่าการดำเนินชีวิตย่อมมีอุปสรรคบ้างเป็นธรรมดา ต้องคิดเสมอว่า อุปสรรคหรือปัญหาเป็นเรื่องที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่อุปสรรคหรือปัญหาก็มีทางออกได้ เพราะฉะนั้นต้องเผชิญกับอุปสรรคด้วยความมีสติและการแก้ไขปัญหาคือประสบการณ์ที่มีค่า ที่ทำให้เกิดทักษะในการแก้ไขปัญห

4) การหมั่นฝึกจิตใจให้มีความมั่นคงและยุติธรรม ด้วยการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ไม่ถือความคิดของตนว่าถูกต้องเสมอไปและให้อภัยในความผิดพลาดของผู้อื่น เป็นต้น

5) ฝึ เสริมคุณค่า สร้างคุณค่าให้ตนเอง คือ ทำตนให้เป็นประโยชน์โดยหาโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นหรือส่วนรวม และทำบุญทำทานโดยไม่หวังผลตอบแทน

6) แสวงหาความสงบสุข ชีวิตจะสงบสุขได้หากรู้จักลดความตึงเครียด สร้างอารมณ์ขันให้เกิดขึ้น หาโอกาสพักผ่อนและเพลิดเพลินไปกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ท่องเที่ยวหรือออกกำลังกาย เป็นต้น

### 1.5 การวัดสุขภาพจิต

นักวิชาการหลายท่านได้เสนอวิธีวัดภาวะสุขภาพจิตในบริบทของคนไทย ตามวัตถุประสงค์และนิยามสุขภาพจิตที่ต้องการศึกษา เช่น อัมพร โอตระกูล และคณะ (2540) อ้างถึง

ในอภิธาน มงคล และคณะ 2547: 31) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตตาม คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพจิต ตามความหมายของผู้ทรงคุณวุฒิของเครือข่ายวิจัยและ พัฒนาสุขภาพจิต (2537) เป็นผู้กำหนดขึ้นซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของสุขภาพจิต 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อตนเอง องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทาง อารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อผู้อื่น และองค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อสังคม และสุชีรา ภัทรราชูตวรรัตน และ คณะ (2542 อ้างถึงในอภิธาน มงคล และคณะ 2547: 31) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาเกณฑ์ปกติ สำหรับสุขภาพจิตในคนไทย ซึ่งเครื่องมือวัดสุขภาพจิตพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) เป็นต้น แต่วิธีการวัด ภาวะสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทยดังกล่าวยังไม่มีความสมบูรณ์และไม่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ ในระดับประเทศ ดังนั้นคณะทำงานเกี่ยวกับการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทยขึ้น ใหม่ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย ซึ่งอาจแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ช่วง โดยช่วงแรก ผลการศึกษาได้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Mental Health Indicator หรือ MHI) ฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อคำถาม MHI-66 และฉบับสั้น 15 และ 7 ข้อคำถาม (MHI-15 และ MHI-7) ช่วงที่สอง เป็นการพัฒนา MHI ช่วงแรกให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมต่อ การนำไปใช้ในระดับประเทศ โดยผลการศึกษา คือ เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator หรือ TMHI) ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อคำถาม (TMHI-54) และฉบับสั้น 15 ข้อคำถาม (TMHI-15) สำหรับการศึกษาในแต่ละช่วงของการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย สรุปได้ดังนี้

**ช่วงแรก** อภิธาน มงคล และคณะ (2544ก) ทำการวิจัยเรื่อง การศึกษาดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตของคนไทย (ระดับบุคคล) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คนไทย ซึ่งเป็นการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนการศึกษา	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	จำนวนข้อคำถาม
1) เริ่มต้นการพัฒนาแบบ	4	32	157
2) การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1	4	22	85
3) การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2	4	20	66
4) การพัฒนาแบบฉบับสั้น (พยายามครอบคลุมทุกองค์ประกอบย่อย)	4	15	15
5) การพัฒนาแบบฉบับสั้น (ไม่คำนึงองค์ประกอบย่อย)	2	3	7

ผลการศึกษาคือเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Mental Health Indicator หรือ MHI) ฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อคำถาม (MHI-66) และฉบับสั้น 15 และ 7 ข้อคำถาม (MHI-15 และ MHI-7) ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถาม MHI-7 มาจากองค์ประกอบหลักที่ 1 คือ สภาพจิตใจ 6 ข้อ และองค์ประกอบหลักที่ 2 คือ สมรรถภาพของจิตใจ 1 ข้อ จึงสามารถเรียกเครื่องมือฉบับนี้ว่าเป็น ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (ทางใจ) และสามารถกำหนดค่าปกติหรือเกณฑ์คะแนนมาตรฐานในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (MHI) ฉบับ 66, 15 และ 7 ข้อเป็นดังนี้

	MHI-66	MHI-15	MHI-7	
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)	0 - 121	0 - 26	0 - 12	คะแนน
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)	122 - 142	27 - 32	13 - 17	คะแนน
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)	143 - 198	33 - 45	18 - 21	คะแนน

**ช่วงที่สอง** อภิชาติ มงคล และคณะ (2547) ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ เพื่อพัฒนา MHI ให้เหมาะสมทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นที่สามารถนำไปใช้ทั่วประเทศ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนการศึกษา	องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	จำนวนข้อคำถาม
1) ใช้ MHI-66 เป็นเครื่องมือเริ่มต้นพัฒนา	4	21	80
2) การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1	4	21	73
3) การศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2	4	15	54
4) การพัฒนาแบบฉบับสั้น			
(พยายามครอบคลุมทุกองค์ประกอบย่อย)	4	6	15

ผลการศึกษาคือเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (Thai Mental Health Indicator หรือ TMHI) ฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อคำถาม (TMHI-54) และฉบับสั้น 15 ข้อคำถาม (TMHI-15) และสามารถกำหนดค่าปกติหรือเกณฑ์คะแนนมาตรฐานในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ TMHI-54 และ TMHI-15 เป็นดังนี้

	TMHI-54	TMHI-15	
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)	0 - 98	0 - 27	คะแนน
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)	99 - 117	28 - 34	คะแนน
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)	118 - 162	35 - 45	คะแนน

การศึกษาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย จึงเป็นการศึกษาเพื่อหาค่าปกติ (norm) สำหรับใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาภาวะสุขภาพจิตของคนปกติทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยคิดคะแนนตามการให้คะแนนในแต่ละข้อ แล้วนำคะแนนของแต่ละข้อมารวมกัน เพื่อหาคะแนนรวม จากนั้นพิจารณาภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยเปรียบเทียบกับค่าปกติ อันได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน และการใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 และ 25 เป็นตัวกำหนดอีกครั้ง ดังนั้นผลการวิเคราะห์คือหากมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป หากคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-75 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และหากคะแนนภาวะสุขภาพจิตน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547: 74)

หนึ่งคณะทำงานเกี่ยวกับการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย ได้มีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเปรียบเทียบความหมายของคำว่าสุขภาพจิตและความสุขในบริบทของสังคมไทย พบว่า สุขภาพจิตจากการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย และความสุขในมุมมองของพระพุทธศาสนา นักวิชาการ และประชาชนทั่วไปเป็นเรื่องเดียวกันในบริบทของสังคมไทย ดังนั้นเพื่อง่ายและสะดวกในการเผยแพร่แบบประเมินเหล่านี้สู่ประชาชน ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจึงอาจเรียกอีกชื่อว่าดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicator: THI) (อภิชัย มงคล และคณะ, 2544: 231)

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยหรือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี พ.ศ. 2547 (Thai Mental Health Indicator: TMHI-15) เป็นเครื่องมือในการวัดสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย ซึ่งมีองค์ประกอบหรือขอบเขตของความเข้าใจในสุขภาพจิต 4 ด้าน ดังที่ปรากฏในแผนภาพที่ 1 และมีรายละเอียดดังนี้

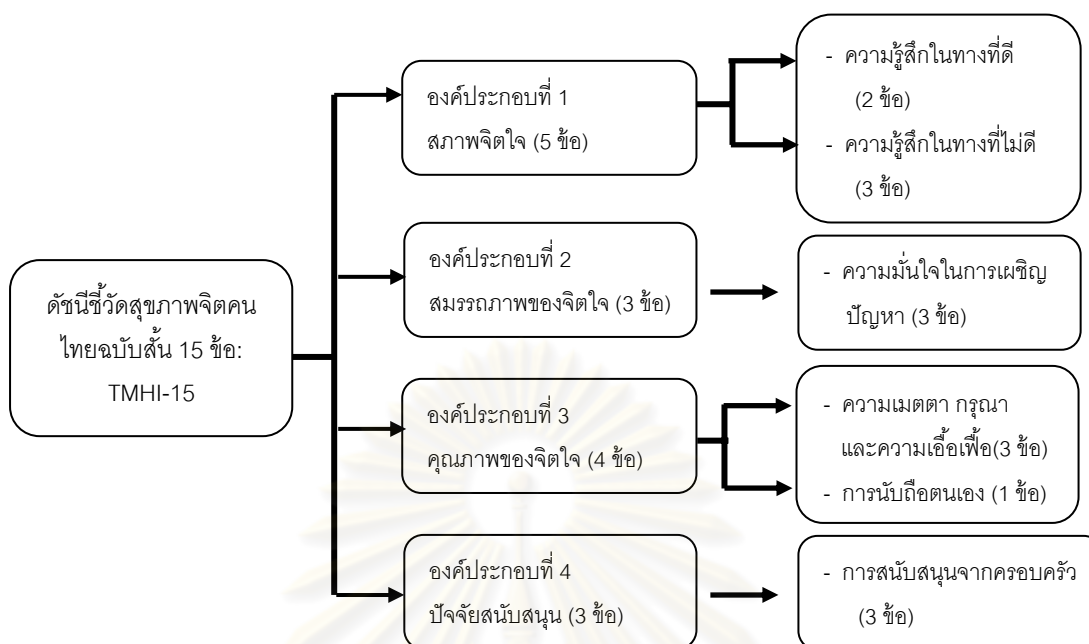
**1) ด้านสภาพจิตใจ (mental state)** หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบด้วย

1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (general well-being positive affect) หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุขที่บุคคลรับรู้จากชีวิต เป็นอารมณ์ด้านบวกในลักษณะของภาพรวมทั้งหมด ไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว แต่เป็นการมองในภาพรวมว่าบุคคลมีความรู้สึกในทางที่ดีเพียงใด เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกพอดี (balance) ความรู้สึกสงบ มีความสุข มีความหวัง มีความบันเทิงใจ และสนุกสนานกับสิ่งดี ๆ ในชีวิต มุมมองของแต่ละคนและความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคตจะมีความสำคัญมาก

1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (general well-being negative affect) หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความสลด ความหดหู่ ความรู้สึกผิด เศร้า



## แผนภาพที่ 1 โครงสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15)



**ที่มา:** สร้างจากข้อค้นพบของการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่ของ อภิชัย มงคล และคณะ (2547)

อยากร้องไห้ สิ้นหวัง ประหม่า วิดกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่า ความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรืออาการวิตกกังวล

2) **ด้านสมรรถภาพของจิตใจ** (mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ประกอบด้วย

2.1 **ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา** (confidence in coping) หมายถึง ความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดฝันได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อความเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด ทั้งนี้นอกจากปรับตัวได้กับสภาพการณ์นั้น ๆ แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมอีกด้วย และหากเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องยากที่จะแก้ไข ก็ยังสามารถทำใจยอมรับได้

3) **ด้านคุณภาพของจิตใจ** (mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม ประกอบด้วย

3.1 ความเมตตา กรุณา และความเอื้อเฟื้อ (kindness and altruism) หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้คนอื่นพันทุกข์ สามารถเป็นผู้ให้ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีความเอื้อเฟื้อเพื่อประโยชน์ส่วนรวมหรือประโยชน์ของผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน

3.2 ความภูมิใจในตนเองหรือการเห็นคุณค่าแห่งตน (self esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง เจตคติของการยอมรับตนเอง การประเมินตนเองว่ามีคุณค่าและความนับถือตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

4) **ด้านปัจจัยสนับสนุน** (supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ประกอบด้วย

4.1 การสนับสนุนจากครอบครัว (family support) หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและมีความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ข้อคำถามของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสิ้นปี พ.ศ. 2547 (TMHI-15) ทั้ง 15 ข้อคำถามนี้ เป็นข้อคำถามส่วนหนึ่งในโครงการ “การสำรวจสภาวะทางสังคม และวัฒนธรรม พ.ศ. 2551” ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อศึกษาถึงสภาพสังคมไทยเกี่ยวกับพฤติกรรม ค่านิยม วัฒนธรรม และสุขภาพจิตของคนไทยในปัจจุบัน เพื่อใช้ในการติดตาม และประเมินสถานการณ์ และทิศทางการเปลี่ยนแปลงของสังคมในอนาคต อันเป็นที่มาของแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

การศึกษาและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตพยายามค้นหาคำอธิบายหรือศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผิดปกติทางจิตของบุคคล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแสวงหาแนวทางป้องกันและบำบัดรักษา ไว้ดังนี้

World Health Organization [WHO] (2001: 1-13) เสนอแนวศึกษาด้านสาธารณสุข โดยอธิบายไว้ว่าความไม่เป็นปกติด้านพฤติกรรมและด้านจิต หรือสุขภาพจิตเป็นผลลัพท์จากปฏิสัมพันธ์เชิงซ้อน (the result of a complex interaction) ระหว่างปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทาง

ชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางสังคม (social factors) และปัจจัยทางจิต (psychological factors) กล่าวคือ

1) **ปัจจัยทางชีวภาพ** เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางสมอง ซึ่งสัมพันธ์กับการขัดขวางของการสื่อสารทางระบบประสาทภายในพื้นที่เฉพาะอันหนึ่ง (ภายในสมอง) นอกจากนั้นการสะสมของสารเคมีต่าง ๆ อันเป็นผลจากการใช้ยาบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในร่างกายที่อาจส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลและปัจจัยทางชีวภาพอาจเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมอีกด้วย ตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางชีวภาพได้แก่ เพศและอายุ ซึ่งพบว่าเพศหญิงและชายมีความแตกต่างกันในกายวิภาคของสมองและฮอร์โมนเพศซึ่งมีผลกับอารมณ์และจิตใจ อีกทั้งจะมีผลแตกต่างกันในแต่ละส่วนของสมองโดยขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์ประสาทและชนิดของตัวรับฮอร์โมน (hormonal receptors) สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ของมนุษย์ที่มีเพศแตกต่างกัน ทั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศที่ผ่านการทำงานของสารสื่อประสาทอีกทอดหนึ่ง (ชุดิมา หุ่่มเรื่องวงษ์, 2549: 403) ส่วนอายุพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การทำงานของเซลล์ประสาทภายในสมองจะมีประสิทธิภาพลดลง แต่ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับการดูแลรักษาสุขภาพ และสภาพแวดล้อมของการอยู่อาศัยประกอบกันด้วย (องค์การอนามัยโลก, 2001: 43)

2) **ปัจจัยทางสังคม** เกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างทางสังคม ความยากจน ความเหลื่อมล้ำของรายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความเป็นเมือง หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่าง ๆ จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดความแตกต่างทั้งในด้านเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม และประเพณี ตลอดจนสถานภาพทางสังคมและความเชื่อของบุคคลในแต่ละท้องถิ่น ทั้งนี้หากบุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือโครงสร้างทางสังคมที่ดี ย่อมมีความสมดุลทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต

3) **ปัจจัยทางจิต** แสดงถึงพัฒนาการทางด้านจิตและพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีการเรียนรู้หรือพัฒนาตั้งแต่วัยทารก เกิดจากความสัมพันธ์ของบิดามารดาหรือผู้ดูแลคนอื่น ๆ ที่ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเพื่อให้ทารกหรือเด็กเล็กมีพัฒนาการที่สมวัย จึงส่งผลให้เป็นผู้มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีพัฒนาการสมบูรณ์ทั้งด้านภาษา สติปัญญา และสามารถปรับตัวหรือควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดความเครียดหรือประสบความล้มเหลวที่อาจเกิดจากปัญหาต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต หรือแม้แต่การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ได้เป็นอย่างดี

ส่วน วีระ ไชยศรีสุข (2539: 92) เสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตไว้ในหนังสือสุขภาพจิตว่า แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1) **ปัจจัยทางชีววิทยา** เป็นปัจจัยที่แสดงถึงลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือความผิดปกติของโครโมโซมและต่อมไร้ท่อภายในร่างกาย ภาวะความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ การติดเชื้อในระบบประสาท ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อโครงสร้างทางร่างกาย การรับรู้ทางอารมณ์ และความสามารถในการปรับตัวของแต่ละคน

2) **ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม** เป็นปัจจัยที่แสดงถึงของความมั่นคงในครอบครัว อาชีพในการทำมาหาเลี้ยงชีพ ที่อยู่อาศัย อิทธิพลของเชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยม และปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อความรู้สึก หรือความผิดปกติทางจิตของแต่ละบุคคล เช่นกัน

3) **ปัจจัยทางจิตใจ** เป็นปัจจัยที่แสดงการเอาใจใส่ดูแลหรือความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับทารก บทบาทของพ่อ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ระดับสติปัญญา ความถนัด ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้สึกเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อความรู้สึก และการรับรู้ของแต่ละบุคคล

และ ลักขณา สิริวัฒน์ (2544: 91) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไปในกลุ่มนักจิตวิทยา มี 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1) **อิทธิพลจากพันธุกรรม** หมายถึง ลักษณะต่าง ๆ ของบรรพบุรุษที่ถ่ายทอดทางยีนส์ (genes) มายังรุ่นลูกหลาน ทำให้ลักษณะต่าง ๆ ที่ได้รับการถ่ายทอดจะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาด้านต่างๆ ของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ รูปร่าง สติปัญญา อารมณ์ หรือแม้กระทั่งความบกพร่องบางชนิดทางพันธุกรรม เช่น โรคหอบหืด ลมชัก การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

2) **อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม** หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน ถิ่นที่อยู่อาศัย เชื้อชาติ ศาสนา หรือค่านิยม ความเชื่อต่าง ๆ ของคนในชุมชน ทั้งหมดรวมกันเรียกกันว่า “สังคม” ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลได้ทั้งสิ้น

## 1.5 กรอบแนวคิดของการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิดสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่กล่าวมาข้างต้น และการทบทวนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่จะกล่าวถึงอีกในหัวข้อต่อไป รวมทั้งการพิจารณาถึงข้อมูลที่ปรากฏในโครงการ “การสำรวจสภาวะทางสังคม และวัฒนธรรม พ.ศ. 2551” ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติได้จัดเก็บไว้แล้ว อันเป็นแหล่งที่มาของข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้วางกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ไว้ตามที่ปรากฏในแผนภาพที่ 2 โดยโครงสร้างของกรอบแนวคิดปรับจากองค์การอนามัยโลก (2001: 1-13) ที่กล่าวไว้ข้างต้นโดยถือว่า สุขภาพจิตได้รับ

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่อง “ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย”



ที่มา: ปรับจากแนวคิดของ World Health Organization, 2001: 4.

อิทธิพลจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางจิต ทั้งนี้ตัวแปรแต่ละตัวภายใต้ปัจจัยทั้ง 3 ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล จึงสามารถอธิบายรายละเอียดของกรอบแนวคิดและเหตุผลประกอบดังนี้

1) **ปัจจัยทางชีวภาพ** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท และการสะสมของสารเคมีต่าง ๆ ในร่างกายที่มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในร่างกาย ที่อาจส่งผลต่อการคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลและปัจจัยทางชีวภาพยังเป็นเรื่องของพันธุกรรม

ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร**เพศ** โดยพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันในกายวิภาคของสมองและฮอโมนเพศซึ่งมีผลกับอารมณ์และจิตใจ อีกทั้งจะมีผลแตกต่างกันในแต่ละส่วนของสมองโดยขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์ประสาทและชนิดของตัวรับฮอโมน สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ของมนุษย์ที่มีเพศแตกต่างกัน ทั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับฮอโมนเพศที่ผ่านการทำงานของสารสื่อประสาทอีกทอดหนึ่ง อีกทั้งยังมีผลต่อร่างกายทางโครงสร้างกล่าวคือการเปลี่ยนแปลงของฮอโมนภายในสมองจะทำให้เพศมีโครงสร้างบางส่วนต่างกัน (ซุติมา หุ่มเรืองวงษ์, 2549: 403) และตัวแปร**อายุ** พบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การทำงานของเซลล์ประสาทภายในสมองจะมีประสิทธิภาพลดลง (องค์การอนามัยโลก, 2001: 43) แต่ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับการศึกษาสุขภาพ และสภาพแวดล้อมของการอยู่อาศัยประกอบกันด้วย

2) **ปัจจัยทางสังคม** ดังได้กล่าวแล้วว่าปัจจัยทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างทางสังคม ความยากจน ความเหลื่อมล้ำของรายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความเป็นเมือง หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่าง ๆ จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดความแตกต่างทั้งในด้านเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม และประเพณี ตลอดจนสถานภาพทางสังคมและความเชื่อของบุคคลในแต่ละท้องถิ่น ทั้งนี้หากบุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือโครงสร้างทางสังคมที่ดีย่อมมีความสมดุลทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต ซึ่งตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วยตัวแปร**ระดับการศึกษา** เป็นตัวแปรทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็น ทักษะคิดและการแสดงออกของบุคคล เป็นสิ่งที่แสดงความรู้ ความสามารถ หน้าที่และความรับผิดชอบ ตลอดจนความสามารถปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ ได้แตกต่างกัน และตัวแปร**อาชีพ** แม้ว่าปัจจัยทางสังคมจะกล่าวถึงความเหลื่อมล้ำของรายได้หรือความยากจนซึ่งอาจวัดจากรายได้ที่เป็นตัวเงินซึ่งสะท้อนสถานภาพทางเศรษฐกิจได้ดีกว่าอาชีพ อย่างไรก็ตามการใช้ชีพเพื่อสะท้อนถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจอาจอนุมานได้ว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจไปพร้อมกัน เนื่องจากการมีอาชีพย่อมหมายถึงการมีความสามารถหรือมีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่จำเป็นเชิงสังคมเพื่อสร้างรายได้ในการเลี้ยงชีพ ซึ่งหากบุคคลรู้สึกมีความมั่นคงเกี่ยวกับอาชีพและการทำงานเพื่อเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว ย่อมทำให้บุคคลนั้นมีใจเป็นสุข ในทางตรงข้ามหากไม่มีอาชีพหรืออาชีพไม่มั่นคง ย่อมทำให้บุคคลนั้นวิตกกังวลมีใจที่ไม่เป็นสุข ตัวแปร**สถานภาพสมรส** แสดงถึงสถานะทางสังคมที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันของบุคคล ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรสย่อมต้องมีการปรุงปรับพฤติกรรมและอารมณ์ให้เหมาะสมในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น อีกทั้งยังมีภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงอาจทำให้เกิดความเครียดได้มากกว่าคนโสด ตัวแปร**ศาสนา** แสดงถึงการนับถือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนคุณลักษณะความเชื่อของคนในสังคมนั้น ๆ ซึ่งเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ เป็น

ความรู้สึกหรือความคิดที่บุคคลยึดถือเป็นหลักในการดำเนินชีวิตประกอบด้วย การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้สงบ เช่น ศาสนาอิสลามมักประกอบพิธีต่าง ๆ รวมทั้งมีข้อปฏิบัติที่เคร่งครัดและมีการประกอบพิธีเป็นหมู่คณะเป็นประจำในแต่ละวัน ดังนั้นบุคคลที่ปฏิบัติตามหลักการดำเนินชีวิตดังกล่าวน่าจะมีความพึงพอใจในชีวิตและอาศัยอยู่ในสังคมนั้น ๆ อย่างมีความสุข และยอมส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีด้วย ตัวแปร**จำนวนสมาชิกในครัวเรือน** พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดใหญ่หรือครอบครัวขยายที่ประกอบด้วยครอบครัวเดียว รวมกับเครือญาติอื่นๆ อาศัยอยู่ด้วยกันน่าจะมีการปรุงปรับพฤติกรรม อารมณ์ หรือการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ที่หลากหลายมากกว่าครอบครัวเดียวซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนซึ่งมีจำนวนสมาชิกมากกว่าน่าจะประสบการณืต่าง ๆ ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่อาจเจอในอนาคตและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันเป็นปกติสุขได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า ตัวแปร**เขตที่อยู่อาศัย** แสดงถึงลักษณะสถานที่อยู่อาศัยของคนในสังคมตามเขตการปกครองในปัจจุบัน ซึ่งมีการแบ่งออกเป็นในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ความแตกต่างของเขตที่อยู่อาศัยนอกจากจะแสดงถึงโครงสร้างทางสังคม ยังแสดงถึงความแตกต่างของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองจึงมีโอกาสเข้าถึงสาธารณูปโภคหรือโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท ตัวแปร**ภาคที่อยู่อาศัย** ความแตกต่างของภาคที่อยู่อาศัย นอกจากจะสามารถบอกถึงลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และยังสามารถแสดงถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอีกด้วย ตัวแปร**สัมพันธภาพภายในครัวเรือน** เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวจะเป็นการวางรากฐานของการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครัวเรือน เป็นสื่อกลางในการประสานและเชื่อมความรักใคร่ผูกพันระหว่างสมาชิกในครัวเรือน ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันการเกิดโรคทางจิตใจ และยังสามารถทำหน้าที่บำบัดและเยียวยาให้แก่สมาชิกเมื่อเกิดปัญหา สัมพันธภาพภายในครัวเรือนจึงเปรียบเสมือนหน่วยสุขภาพจิตเบื้องต้นของสังคม ดังนั้นหากสมาชิกในครัวเรือนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันย่อมทำให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครัวเรือนเป็นสุขได้ และตัวแปร**สัมพันธภาพภายในชุมชน** เป็นสิ่งสะท้อนถึงความรู้สึกที่เป็นมิตรและการอาศัยอยู่ร่วมกันภายในสังคมที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เนื่องจากมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม สัมพันธภาพภายในชุมชนที่ดีจึงทำให้จิตใจของบุคคลเป็นสุข

3) **ปัจจัยทางจิต** เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงพัฒนาการทางด้านจิตและพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีการเรียนรู้หรือพัฒนาตั้งแต่วัยทารก จนส่งผลให้เป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีพัฒนาการสมบูรณ์ทั้งด้านภาษา สติปัญญา และสามารถปรับตัวหรือควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดความเครียดหรือประสบความล้มเหลวที่อาจเกิดจากปัญหาต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตหรือแม้แต่การเสียชีวิตของ

บุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ได้เป็นอย่างดี ซึ่งตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางจิตอาจวัดได้จากตัวแปร **ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม** อันเป็นความเชื่อและการยอมรับที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ควรทำหรือสิ่งที่ไม่ควรทำด้านวิถีปฏิบัติและอุดมคติของการมีชีวิตอยู่ เช่น พฤติกรรมไม่สุภาพในที่สาธารณะ และพฤติกรรมทางเพศของคนในสังคม เป็นต้น บุคคลอาจปรับเปลี่ยนค่านิยมโดยยอมรับพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างมีความสุข ตัวแปร **ความมีคุณธรรม-จริยธรรม** เป็นตัวแปรที่แสดงถึงการประพฤติปฏิบัติในเชิงคุณธรรม-จริยธรรมที่แสดงออกถึงการถือคุณทางสังคมภายใต้บริบทสังคมไทยตามหลักคำสอนของพุทธศาสนาที่ว่า การอาศัยอยู่ร่วมกันในสังคมมนุษย์ต้องมีความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน การรู้จักให้อภัย มีเหตุมีผลในการดำเนินชีวิต ทำความดีละเว้นความชั่ว อีกทั้งต้องทำให้จิตใจให้ผ่องใสซึ่งเป็นรากฐานปรัชญาการดำเนินชีวิต ผู้ที่ปฏิบัติตนได้ดังนี้ น่าจะเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี และตัวแปร **การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย** เป็นตัวแปรที่วัดในเชิงจิตวิสัยคือวัดจากความคิดหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่รับรู้สุขภาพกายของตนเองเป็นอย่างไร ซึ่งหากบุคคลมีสุขภาพกายไม่ดีมีการเจ็บป่วย น่าจะส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือมีส่วนทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนตามสุขภาพกายไปด้วย ในทางตรงข้ามหากบุคคลรับรู้สุขภาพกายแข็งแรงก็ย่อมทำให้จิตใจเป็นสุขด้วยเช่นกัน

## 1.6 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หัวข้อนี้เป็นการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรตาม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เพื่อใช้ประกอบการกำหนดว่าตัวแปรใดบ้างที่มีอิทธิพลและมีอิทธิพลอย่างไรต่อสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### ภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิตเป็นการศึกษาเกี่ยวกับสภาพชีวิตที่เป็นสุข ความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาและปรับตัวในการดำเนินชีวิตและมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (อภิชัย มงคลและคณะ, 2543: 55)

การศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2543: 46) เรื่อง สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน พบว่า ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วยลักษณะ 4 ด้าน คือ 1) สุขภาพจิตดี ได้แก่ จิตใจดี มีคุณธรรม จิตใจเยือกเย็น สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาสดชื่น จิตใจร่าเริง สนุกสนาน จิตใจสบาย ไม่โกรธ ไม่ดุด่า และปล่อยวาง 2) สุขภาพกายแข็งแรง ได้แก่ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์ และนอนหลับได้ 3) ความผาสุก ได้แก่



อยู่ดีกินดี มีเงินพอใช้ มีเงินทอง มีความสุข อยู่เป็นสุข ไม่มีปัญหาจากครอบครัว ลูกอยู่ในโอวาท พอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่อยากได้อะไรเกินความพอดี เพื่อนบ้านดี ไม่มีศัตรู มีเพื่อนฝูง และสิ่งแวดล้อมดี และ 4) คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก ได้แก่ เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลานรักใคร่ดูแล เคารพนับถือกัน พูดจาดี พูดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้สารเสพติด และการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2544ก: 57-68) เรื่องการศึกษาทัศนคติที่วัดสุขภาพจิตของคนไทย (ระดับบุคคล) พบว่า องค์ประกอบผู้ที่มีสุขภาพจิตประกอบด้วย 1) สภาพจิตใจ หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต 2) สมรรถภาพของจิตใจ หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข 3) คุณภาพของจิตใจ หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม และ 4) ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตข้างต้นอาจสรุปหมายความว่า สุขภาพจิต คือ ความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจของบุคคล ที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวให้เข้ากับปัญหาและอุปสรรคของชีวิตภายใต้สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้โดยไม่เสียดุลยภาพ สามารถตัดสินใจเลือกทางที่มีผลให้เกิดความพึงพอใจและความสุขในชีวิต มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง อีกทั้งยังมีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่นอีกด้วย

#### เพศ

เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันในกายวิภาคของสมองและฮอร์โมนเพศซึ่งมีผลกับอารมณ์และจิตใจ อีกทั้งจะมีผลแตกต่างกันในแต่ละส่วนของสมองโดยขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์ประสาทและชนิดของตัวรับฮอร์โมน (ซุติมา หุ่มเรืองวงษ์, 2549: 403) โดยฮอร์โมนเพศชายคือ แอนโดรเจน และฮอร์โมนเพศหญิงคือ เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ของมนุษย์ที่มีเพศแตกต่างกัน ทั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศที่ผ่านการทำงานของสารสื่อประสาทอีกทอดหนึ่ง อีกทั้งยังมีผลต่อร่างกายทางโครงสร้าง กล่าวคือการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในสมองจะทำให้เพศมีโครงสร้างบางส่วนต่างกันด้วยเหตุนี้เพศจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของปวีตร วณิชชานนท์ (2550: 158) เรื่องสุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอละลุ จังหวัดสตูล พบว่า เพศชายมีปัญหาสุขภาพจิตใน

สัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 54.00 เปรียบเทียบกับร้อยละ 46.00) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล (2539: 43) เรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ พบว่า นักศึกษาหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่านักศึกษาชาย (หรืออีกนัยหนึ่งคือนักศึกษาเพศชายมีสุขภาพจิตต่ำกว่านักศึกษาเพศหญิงนั่นเอง) และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี ว่องวิวัฒน์ไทยะ (2549: 76) เรื่องสุขภาพจิตของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดนครปฐมที่พบว่า ครูที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดนครปฐมที่เพศต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยครูเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตดีกว่าครูเพศชาย (คะแนนเฉลี่ย 3.77 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 3.52)

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของดุจฤดี ธิาบุชิต (2545: 35) เรื่องปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่านักเรียนชายมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัทธ หนูประดิษฐ์ (2540: 92) เรื่องการศึกษาสุขภาพจิตของอาจารย์ประจำสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของชื่นจิตร คุปต์กาญจนากุล (2543: 101) เรื่องสุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์เพศชายมีระดับสุขภาพจิตดีกว่านักสังคมสงเคราะห์เพศหญิง ( $\bar{X} = 2.58$  เปรียบเทียบกับ  $\bar{X} = 3.25$ ) และมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2551: 38) เรื่องการสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประชาชนเพศหญิงที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าประชาชนเพศชาย (ร้อยละ 31.38 เปรียบเทียบกับร้อยละ 32.39)

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางคือ เพศชายน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าเพศหญิง และเพศหญิงน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าเพศชาย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าเพศหญิงน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงในวัยแรงงานมีช่วงอายุเดียวกันกับหญิงวัยเจริญพันธุ์ คือ อายุระหว่าง 15-49 ปี ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวจะมีความวิตกกังวลหรือการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนภายในร่างกายมากกว่าเพศชาย เช่น การมีประจำเดือน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดบุตร เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจมีผลทำให้เพศหญิงมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาได้ว่า ประชากรวัยแรงงานหญิง น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานชาย

## อายุ

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การทำงานของเซลล์ประสาทภายในสมองจะมีประสิทธิภาพลดลง แต่ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับ การดูแลรักษาสุขภาพ และสภาพแวดล้อมของการอยู่อาศัยประกอบกันด้วย (องค์การอนามัยโลก, 2001: 43) จึงอาจกล่าวได้ว่าประชากรที่มีอายุต่างกันจะมีความคิดและความต้องการในเรื่องต่างๆ แตกต่างกันไป ดังนั้นจึงมีผลต่อพฤติกรรมและความคิดที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ดีกว่า หรือมีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่า ด้วยเหตุนี้อายุจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของกิตติมา รุ่งแดง (2545: 84) เรื่องอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 41-60 ปีจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 20-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชินิจิตร คุปต์กาญจนากุล (2543: 102-103) เรื่องสุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และอายุ 41-50 ปี มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2551: 38) ทำการศึกษาเรื่องการสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 45-60 ปีมีสัดส่วนของผู้ที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี และ 25-44 ปี (ร้อยละ 36.14 เปรียบเทียบกับ 31.77 และ 30.41 ตามลำดับ)

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า สำหรับการศึกษาคำนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตหรือลักษณะการแก้ไขปัญหาชีวิตในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมามีดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาได้ว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่า

## ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นตัวแปรทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็น ทศนคติและการแสดงออกของบุคคล เป็นสิ่งที่แสดงความรู้ ความสามารถ หน้าที่และความรับผิดชอบ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวได้แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงมักจะมองโลกในลักษณะที่กว้าง เพราะการได้รับข้อมูลหรือข่าวสารหลากหลาย ทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมรู้จักใช้

เหตุผลบางอย่างมาประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาจึงน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของชินจิตร์ คุปต์กาญจนากุล (2543: 103) เรื่องสุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี (ค่าเฉลี่ย 2.08) มีระดับสุขภาพจิตดีกกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ค่าเฉลี่ย 3.64) และมีทิศทางคล้ายกับการศึกษาของปวิตร วณิชชานนท์ (2550: 158) เรื่องสุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาสัดส่วนเกินครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิตที่สูงกว่าประชากรที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ปริญญาตรีหรือมากกว่า และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 54.00 เทียบกับ ร้อยละ 24.00 14.00 และ 8.00 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของละออ อนุจันทร์ (2547: 49) เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาสัดส่วนเกินครึ่งหนึ่งมีระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับที่สูงกว่า (ร้อยละ 58.60) และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2551: 39) เรื่องการสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปในสัดส่วนที่สูงกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.94 เปรียบเทียบกับ 33.23 และ 30.31 ตามลำดับ)

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาตั้งสมมติฐานว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงน่าจะมีแนวคิด ทักษะ หรือแสวงหาหนทางในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า

### อาชีพ

อาชีพเป็นตัวแปรทางสังคมที่แสดงถึงความมั่นคงทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ แสดงถึงการมีความสามารถหรือความรับผิดชอบต่อการทำหน้าที่ในทางสังคมเพื่อก่อให้เกิดรายได้ในการเลี้ยงชีพและบุคคลในความดูแล ดังนั้นหากบุคคลรู้สึกมีความมั่นคงเกี่ยวกับอาชีพการทำงานหรือการเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว ย่อมทำให้บุคคลนั้นมีใจเป็นสุข ในทางตรงข้ามหากไม่มีอาชีพหรืออาชีพการงานไม่มั่นคง ย่อมทำให้บุคคลนั้นมีจิตใจที่วิตกกังวล

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของกิตติมา รุ่งแดง (2545: 86-87) เรื่องอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจจะมีภาวะ

สุขภาพจิตดีกว่าอาชีพรับจ้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางคล้ายกับการศึกษาของปวิตร วณิชชานนท์ (2550: 158) เรื่องสุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ประชากรที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีปัญหาสุขภาพจิตในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรที่มีอาชีพประมง รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว งานบ้าน และรับราชการ (ร้อยละ 28.00 เทียบกับ ร้อยละ 20.00 18.00 16.00 12.00 และ 6.00) และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2551: 33) เรื่องการสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีสถานภาพการทำงานเป็นข้าราชการจะมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปในสัดส่วนที่ต่ำกว่าบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 18.15 เปรียบเทียบกับ 24.36 และ 35.09 ตามลำดับ)

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาดังสมมติฐานว่าประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพที่มีใช้ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เนื่องจากผู้ที่มีประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ น่าจะมีความมั่นคงในหน้าที่การงานมากกว่าผู้ที่มีประกอบอาชีพการทำงานอย่างอื่น

#### **สถานภาพสมรส**

ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือแต่งงานแล้วมักมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์ หรือหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นมากกว่าคนโสด ทั้งนี้จากที่เคยอยู่ตัวคนเดียวต้องมีภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลก่อให้เกิดความเครียดมากกว่า ดังนั้นสถานภาพสมรสน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิต

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของวรสรรพ ปรัชญคุปต์ และคณะ (2550: 433) เรื่องการศึกษาความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ต้องขังที่มีสถานภาพสมรสคู่มือมีโอกาสจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงเป็น 1.78 เท่าของผู้ต้องขังที่มีสถานภาพสมรสโสด หมายถึง หย่าร้าง (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางคล้ายการศึกษาของปวิตร วณิชชานนท์ (2550: 158) เรื่องสุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ประชากรที่มีสถานภาพสมรสเป็นสมรสมีปัญหาสุขภาพจิตในสัดส่วนที่สูงกว่าสถานภาพโสด และสถานภาพม่าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 48.00 เปรียบเทียบกับร้อยละ 40.00 และ 12.00 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละออ อนุจันทร์ (2547: 50) เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่มือมีปัญหาสุขภาพจิตที่สูงกว่าสถานภาพโสด และสถานภาพม่าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 69.00 เปรียบเทียบกับร้อยละ 17.20 และ 13.80 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร สาทร (2542: 42) เรื่องสุขภาพจิตของครู-อาจารย์ในวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัด

หนองคาย พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นสมรสมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าสถานภาพโสด และหย่าร้าง (ร้อยละ 19.10 เทียบกับร้อยละ 8.20 และ 1.10 ตามลำดับ) และเช่นเดียวกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2551: 38) เรื่องการสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประชาชนที่มีสถานภาพโสดจะมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปในสัดส่วนที่ต่ำกว่าประชาชนที่มีสถานภาพสมรสเป็นสมรส และสถานภาพสมรสเป็นหย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 29.01 เปรียบเทียบกับ 32.83 และ 46.28 ตามลำดับ)

ในทางตรงข้ามการศึกษาของชินจิตร์ คุปต์กาญจนากุล (2543: 104) เรื่องสุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์ที่มีสถานภาพสมรสมีระดับสุขภาพจิตดีกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ( $\bar{X} = 2.94$  เปรียบเทียบกับ  $\bar{X} = 3.33$ )

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้ศึกษาดังสมมติฐานในการศึกษาได้ว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสสมรสหรือเคยสมรส น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพโสดมีความเป็นอิสระส่วนตัวค่อนข้างสูง อีกทั้งมีหน้าที่แบกรับภาระครอบครัวที่น้อยกว่า และบทบาททางความคิดในการดำเนินชีวิตทั้งบทบาททางสังคม และบทบาทภายในครอบครัวยังไม่แตกต่างไปจากอดีตมากนัก ขณะที่ผู้ซึ่งสมรสหรือเคยสมรสจะมีความเป็นส่วนตัวลดลง เนื่องจากมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น

### ศาสนา

ศาสนาเป็นสิ่งที่แสดงถึงการนับถือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนลักษณะความเชื่อของคนในสังคมนั้น ๆ ซึ่งเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ เป็นความรู้สึกหรือความคิดที่บุคคลยึดถือเป็นหลักในการดำเนินชีวิตประกอบด้วย การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้สงบ ดังนั้นบุคคลที่ปฏิบัติตามหลักการดำเนินชีวิตดังกล่าวน่าจะมีสภาพจิตใจในชีวิตและอาศัยอยู่ในสังคมนั้น ๆ อย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามความเคร่งทางศาสนาของบุคคลที่นับถือศาสนาที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกันด้วย

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของละออ อนุจันทร์ (2547: 49) เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 96.60 เปรียบเทียบกับร้อยละ 3.40) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ทุมแก้ว (2553: 50) เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบผลประเมินสุขภาพครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปกับครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีปัญหาสุขภาพจิต: กรณีศึกษาในตำบลหนองกุงธนสาร อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด

นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) และสอดคล้องกับการศึกษาของกอบภาณูจน์ ศรีประสิทธิ์ และ บุญวดี เพชรรัตน์ (2531: 22) เรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่านักศึกษาพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงสุดคือ 32.58 รองลงมาคือศาสนาพุทธ 30.12 และศาสนาคริสต์ 24.00 ตามลำดับ

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาดังสมมติฐานว่าประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาพุทธ และคริสต์ น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาอิสลาม เนื่องจากศาสนาอิสลามจะมีการประกอบพิธีต่าง ๆ รวมทั้งมีข้อปฏิบัติที่เคร่งครัดและมีการประกอบพิธีเป็นหมู่คณะเป็นประจำในแต่ละวัน จึงทำให้เกิดความสนิทสนมกันมากกว่า อีกทั้งความเชื่อเรื่องพระเจ้าที่ทำให้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีพิธีขอพรจากพระเจ้าในแต่ละวัน และเชื่อว่าจะเกิดความสุขในการดำเนินชีวิต ด้วยเหตุนี้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจึงน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่า ขณะที่ผู้นับถือศาสนาพุทธจะมีการประกอบพิธีต่าง ๆ หรือการประกอบพิธีเป็นหมู่คณะในช่วงเทศกาลวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาหรือกระทำเมื่อมีโอกาสที่เหมาะสม และผู้นับถือศาสนาคริสต์จะรวมตัวกันเพื่อปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาทุกวันอาทิตย์ จึงอาจทำให้ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธหรือคริสต์มีความสนิทสนมกันค่อนข้างน้อย ทำให้มีการแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการดำเนินชีวิตในสังคมค่อนข้างน้อยไปด้วย

#### จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดใหญ่หรือครอบครัวขยายที่ประกอบด้วยครอบครัวเดียว รวมกับเครือญาติอื่นๆ อาศัยอยู่ด้วยกันจะมีการปรุงปรับพฤติกรรม อารมณ์ หรือมีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ที่หลากหลายมากกว่าครอบครัวเดียวซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนซึ่งมีจำนวนสมาชิกมากกว่าน่าจะนำประสบการณ์ต่าง ๆ ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่อาจพบเจอจนสามารถดำเนินชีวิตประจำวันเป็นปกติสุขได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า ดังนั้นจำนวนสมาชิกในครัวเรือนจึงน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิต

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของละออง อนุจันทร์ (2547: 50) เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง พบว่า สัดส่วนของครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดียวจะมีระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 86.20 เปรียบเทียบกับร้อยละ 13.80) และสอดคล้องกับการศึกษาของกอบภาณูจน์ ศรีประสิทธิ์ และบุญวดี เพชรรัตน์ (2531: 26) เรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีจำนวนพี่น้อง 4-6 คน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตสูงสุด รองลงมาได้แก่จำนวนพี่น้อง 7-9 คน จำนวนพี่น้อง 10 คน ขึ้นไป และจำนวนพี่น้อง 1-3 คน (ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต 32.83 29.98 29.75 และ 27.45 ตามลำดับ)

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของวรารมณีย์ ทุมแก้ว (2553: 49) ทำการศึกษาเรื่องการศึกษารียบเทียบผลประเมินสุขภาพครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปกับครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีปัญหาสุขภาพจิต: กรณีศึกษาในตำบลหนองกุงธนसार อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิต ครั้งหนึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 50.00) และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-6 คน (ร้อยละ 73.70)

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางคือครอบครัวขยายซึ่งหมายถึงครอบครัวใหญ่ที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยว รวมกับเครือญาติอื่นๆ อาศัยอยู่ด้วยกัน ผลการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวเดี่ยวประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น ซึ่งผลการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครอบครัวขยาย สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่าจะมีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งสมาชิกในครัวเรือนอาจนำประสบการณ์เหล่านี้ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเจอในอนาคตและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันเป็นปกติสุขได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า ดังนั้นอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาได้ว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า

#### **เขตที่อยู่อาศัย**

เขตที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะสถานที่อยู่อาศัยของคนในสังคมตามเขตการปกครองในปัจจุบัน ซึ่งมีการแบ่งออกเป็นในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ความแตกต่างของเขตที่อยู่อาศัยนอกจากจะแสดงถึงโครงสร้างทางสังคม ยังแสดงถึงความแตกต่างของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองจึงมีโอกาสเข้าถึงสาธารณูปโภคหรือโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่น การศึกษาของคณิต ดวงหัตถ์ (2537: 83) เรื่องสุขภาพจิตกับความพึงพอใจในงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนในเขตเมืองและเขตชนบท ของจังหวัดขอนแก่น พบว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนที่ปฏิบัติงานในเขตเมืองมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของสงคราม เชาวน์ศิลป์ (2542: 33) เรื่องปัจจัยด้านบุคลิกภาพบางประการที่พยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท พบว่า การพิจารณาระดับปัญหาสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับแนวโน้มมีปัญหาถึงระดับมีปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในเขตเมืองมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดเรียงตามลำดับ



ของร้อยละดังนี้ คือ ความคิดหรือการกระทำแบบซ้ำๆ ความรู้สึกที่ไม่ชอบมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความก้าวร้าว และความวิตกกังวล (ร้อยละ 13.00 6.00 2.80 และ 0.90 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมีจำนวนร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในด้านความรู้สึกโทษผู้อื่น ไม่เป็นมิตร (ร้อยละ 4.2)

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางคือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าเขตเทศบาลหรือเขตเมือง จะมีลักษณะของความเป็นเมืองค่อนข้างสูง และมีโอกาสที่จะเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก สาธารณูปโภค หรือแม้กระทั่งโอกาสในการแสวงหารายได้ที่มากกว่านอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท ดังนั้นอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาได้ว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

### ภาคที่อยู่อาศัย

ความแตกต่างของภาคที่อยู่อาศัย นอกจากจะสามารถบอกถึงลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และยังสามารถแสดงถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมที่แตกต่างกันอีกด้วย กล่าวคือ กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงและเป็นศูนย์กลางของความเจริญในทุก ๆ ด้าน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีโอกาสในด้านต่าง ๆ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก สาธารณูปโภค หน้าที่การงาน การศึกษามากกว่าทุกภูมิภาคที่มีใช้ กรุงเทพมหานคร สิ่งเหล่านี้จึงน่าจะตอบสนองความต้องการของบุคคลได้มากกว่า ดังนั้นอาจจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่อาศัยอยู่ในแต่ละภูมิภาคที่แตกต่างกัน

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของอภิชาติ มงคล และคณะ (2551: 39) ทำการศึกษาเรื่องการสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประชาชนที่มีอาศัยอยู่ภาคเหนือ จะมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปในสัดส่วนที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ (ร้อยละ 40.33 เปรียบเทียบกับ 38.81 30.18 27.24 และ 25.45 ตามลำดับ)

ในทางตรงกันข้ามกับการศึกษาของจิราพร วรแสน (2548: 74) เรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า นักศึกษาที่อาศัยอยู่ภาคใต้ และกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีแนวโน้มการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าภาคอื่น ๆ คือ 2.6 เท่า และ 2.4 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของกอบกาญจน์ ศรีประสิทธิ์ และบุญวดี เพชรรัตน์ (2531: 23) ทำการศึกษาเรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่านักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคใต้มีค่าเฉลี่ยของคะแนน

สุขภาพจิตมากกว่านักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้ภาคใต้ (ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต 30.43 เปรียบเทียบกับ 29.41 คะแนน)

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้นพบเป็น 3 แนวทางคือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้ภาคใต้ และผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือมีสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้ภาคเหนือ แม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับภูมิภาคที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน แต่สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครซึ่งมีลักษณะของความเป็นเมืองค่อนข้างสูง และเป็นศูนย์ของความเจริญในทุก ๆ ด้าน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีโอกาสในด้านต่าง ๆ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก สาธารณูปโภค หน้าที่การงาน การศึกษามากกว่าทุกภูมิภาคที่มีใช้กรุงเทพมหานคร ดังนั้นอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาได้ว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้กรุงเทพมหานคร น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

#### **สัมพันธภาพภายในครัวเรือน**

สัมพันธภาพภายในครัวเรือน เป็นการวางรากฐานของการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครัวเรือน เป็นสื่อกลางในการประสานและเชื่อมความรักใคร่ผูกพันระหว่างสมาชิกของครัวเรือนทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันการเกิดโรคทางจิตใจ และยังสามารถทำหน้าที่บำบัดและเยียวยาให้แก่สมาชิกเมื่อเกิดปัญหา ดังนั้นสัมพันธภาพภายในครัวเรือนจึงเปรียบเสมือนหน่วยสุขภาพจิตเบื้องต้นของสังคม ดังนั้นหากสมาชิกในครัวเรือนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันย่อมทำให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครัวเรือนเป็นสุขได้

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของกิตติมา ริวแดง (2545: 88) เรื่องอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรพงษ์ ชูเดช (2545: 225) เรื่องตัวแปรในการทำนายสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี พบว่า สภาพบรรยากาศในครอบครัวด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสุขภาพจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล (2539: 63) เรื่องการศึกษาสุขภาพจิตของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ พบว่า สภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์ในด้านบวกกับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ จิรานนท์ (2547: 95) เรื่องสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติและเพื่อน (Social support) มี

ผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร วรแสน (2548: 73) เรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษาหมาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวของนักศึกษาที่มีความขัดแย้งกันมากมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของอมราวดี ณ อุบล (2544: 107) เรื่องสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีลักษณะครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูและสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน พบว่า วัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาดังสมมติฐานว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่สูงกว่า เนื่องจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นสิ่งสะท้อนถึงความอบอุ่นในการอาศัยอยู่ร่วมกันภายในครอบครัว การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ซึ่งเมื่อมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีหรือมีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับสูง ก็น่าจะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีด้วย ในทางตรงกันข้าม หากมีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับต่ำก็น่าจะทำให้สุขภาพจิตไม่ดีได้

#### **สัมพันธภาพภายในชุมชน**

สัมพันธภาพภายในชุมชน เป็นสิ่งสะท้อนถึงความรู้สึกที่เป็นมิตรและการอาศัยอยู่ร่วมกันภายในสังคมที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เนื่องจากมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทั้งนี้หากชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและมีความรู้สึกที่เป็นมิตรต่อกัน ย่อมทำให้ชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมรอบข้างน่าอยู่ยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีตามมา

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของละออ อนุจันทร์ (2547: 53) เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง พบว่า การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2543: 49) เรื่อง สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ที่สรุปว่าสุขภาพจิตที่ดีในระดับชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกชุมชน คือ การมีความสามัคคีกัน รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือกัน มีการช่วยเหลือกันในกิจกรรมต่าง ๆ มีการเยี่ยมเยียนกันเมื่อเจ็บป่วย มีความเสียสละเพื่อส่วนรวม เคารพผู้อาวุโส มีพฤติกรรมเหมาะสม ถูกกาลเทศะ ไม่ติดสารเสพติด และสมาชิกได้รับการอบรมความรู้

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาดังสมมติฐานว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่า

คนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่สูงกว่า เนื่องจากการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนบ้านหรือชุมชน ย่อมทำให้สมาชิกในชุมชนรู้สึกไว้วางใจ และมีความเชื่ออาทรต่อกันและกันเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้สุขภาพจิตของบุคคลดีขึ้นได้

### ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม

ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม เป็นตัวแปรเกี่ยวกับความเชื่อและการยอมรับต่อพฤติกรรมทางสังคมที่แสดงถึงความสามารถเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำและสิ่งที่ไม่ควรทำด้านวิถีปฏิบัติและอุดมคติของการมีชีวิต เช่น การพูดภาษาไทยคำฝรั่งคำ การใส่เสื้อสายเดี่ยว เกาะอก ounge กางเกงเอวต่ำ การใช้วาจาไม่สุภาพ การที่ผู้ชายผู้หญิงอยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน เป็นต้น ซึ่งการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมนั้นจะต้องเป็นไปในลักษณะที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้การดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมเป็นปกติสุข และนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีตามมา

การทบทวนงานวิจัยไม่พบบางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนี้โดยตรง แต่น่าจะกล่าวได้ว่าผู้ที่ไม่สามารถทำใจยอมรับพฤติกรรมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้น่าจะทำให้เกิดความเครียด ความกดดันที่สะสมได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาตั้งสมมติฐานว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ในระดับที่สูงกว่า เนื่องจากการดำเนินชีวิตในสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีวิถีการดำเนินชีวิตที่หลากหลาย ดังนั้นเราต้องยอมรับหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จึงจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

### ความมีคุณธรรม-จริยธรรม

ความมีคุณธรรม-จริยธรรม เป็นตัวแปรที่แสดงถึงการประพฤติปฏิบัติในเชิงคุณธรรมจริยธรรมที่แสดงออกถึงการถือคุณทางสังคมภายใต้บริบทสังคมไทยตามหลักคำสอนของพุทธศาสนาที่ว่า การอาศัยอยู่ร่วมกันในสังคมมนุษย์ต้องมีความเชื่ออาทรซึ่งกันและกัน การรู้จักให้อภัย มีเหตุมีผลในการดำเนินชีวิต ทำความดีละเว้นความชั่ว อีกทั้งต้องทำให้จิตใจให้ผ่องใสซึ่งเป็นรากฐานปรัชญาการดำเนินชีวิต ผู้ที่ปฏิบัติตนได้ดังกล่าวน่าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในสังคม

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของดุจฤดี ภาอุบชิต (2545: 36) เรื่องปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่า ความใกล้ชิดศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี กนกพัฒนางกูร (2531: 62,67) เรื่องภาวะสุขภาพจิตของคณานโรงงานอุตสาหกรรมประเภทการผลิตภัณฑโหละชั้นมูลฐานในเขตจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า คะแนน

สุขภาพจิตของคนงานเกี่ยวกับการมีจริยธรรมและคุณธรรมประจำใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.88-4.47 คะแนน และคนงานที่มีคะแนนของสวัสดิการและสภาพแวดล้อมในการทำงานสูงมีภาวะสุขภาพจิตในด้านการมีจริยธรรมและคุณธรรมประจำใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มคนงานที่มีค่ารวมของสวัสดิการและสภาพแวดล้อมในการทำงานสูงมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มคนงานที่มีค่ารวมสวัสดิการและสภาพแวดล้อมในการทำงานต่ำ

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้ศึกษาตั้งสมมติฐานว่าประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่สูงกว่า เนื่องจากการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย หากเราใช้คุณธรรม-จริยธรรมเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและรู้จักการใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล ก็จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้

### การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย

การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย เป็นตัวแปรที่วัดเชิงจิตวิสัยโดยวัดจากความคิดหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลว่าสุขภาพกายของบุคคลนั้น ๆ เป็นอย่างไร หากรู้สึว่าสุขภาพกายไม่ดีหรือเจ็บป่วยบ่อยครั้งย่อมส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตน ซึ่งจะมีส่วนทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนตามไปด้วย และในทางตรงข้ามหากรับรู้หรือประเมินว่าสุขภาพกายแข็งแรงก็ย่อมทำให้จิตใจเป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของวรสรรพ ปรัชญคุปต์ และคณะ (2550: 433) เรื่องการศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพมีโอกาสจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงเป็น 4.15 เท่าของผู้ต้องขังที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (ค่า Odds ratio เท่ากับ 4.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร วรแสน (2548: 73) เรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยนักศึกษาที่มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงมีโอกาสการมีปัญหาสุขภาพจิต 2.5 เท่าของนักศึกษาที่มีสุขภาพแข็งแรง

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของชินจิตร คุปต์กาญจนากุล (2543: 106-107) เรื่องสุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีสุขภาพร่างกายแตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมีระดับสุขภาพจิตดีกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ( $\bar{X} = 3.03$  เปรียบเทียบกับ  $\bar{X} = 4.18$ ) และมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2551: 38) เรื่องการสำรวจ

ความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประชาชนเพศหญิงที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าประชาชนเพศชาย (ร้อยละ 31.38 เปรียบเทียบกับร้อยละ 32.39)

ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าประชากรวัยแรงงานที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่สูงกว่า เพราะผู้ที่ประเมินสุขภาพกายในระดับสูงย่อมแสดงถึงศักยภาพของการรับรู้หรือประเมินและตัดสินใจด้วยตนเอง อีกทั้งการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติคือ การรับรู้และการทำให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ จิตใจมีความสุข ความพอใจ ความสมหวังทั้งตนเองและผู้อื่น

### 1.7 สมมติฐานของการศึกษา

สมมติฐานหลักและสมมติฐานรองของการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551 ที่กำหนดขึ้นโดยอาศัยหลักเหตุผลตามที่ได้ทบทวนไว้ในหัวข้อแนวคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

#### สมมติฐานหลัก

ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางจิต มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยที่แตกต่างกัน

#### สมมติฐานรอง

1. ประชากรวัยแรงงานหญิง น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานชาย
2. ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่า
3. ประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า
4. ประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพที่ใช้ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
5. ประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสสมรสหรือเคยสมรส น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด

6. ประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาพุทธและคริสต์ น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาอิสลาม
7. ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า
8. ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล
9. ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้กรุงเทพมหานคร น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
10. ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่สูงกว่า
11. ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่สูงกว่า
12. ประชากรวัยแรงงานที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ในระดับที่สูงกว่า
13. ประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่สูงกว่า
14. ประชากรวัยแรงงานที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่สูงกว่า

## บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย

ในบทนี้จะเป็นการเสนอระเบียบวิธีการวิจัย ประกอบด้วย แหล่งที่มาของข้อมูลของการศึกษา ประชากรและการเลือกตัวอย่าง ขอบเขตของการศึกษา ข้อจำกัดของการศึกษา นิยามศัพท์ นิยามตัวแปรและการวัด และการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 แหล่งที่มาของข้อมูลของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุเคราะห์ข้อมูลจากโครงการ “การสำรวจสภาวะทางสังคม และวัฒนธรรม พ.ศ. 2551” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงสภาพของสังคมไทยเกี่ยวกับพฤติกรรม ค่านิยม วัฒนธรรม และสุขภาพจิตของคนไทยในปัจจุบัน โดยการสำรวจในครั้งนี้ได้ดำเนินการสอบถามจากผู้ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไปในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551

### 2.2 ประชากรและการเลือกตัวอย่าง

#### 1) ประชากรที่ศึกษา

ประชากรเป้าหมายในการศึกษา คือ ประชากรวัยแรงงานไทยที่มีอายุ(เต็ม) 15 – 59 ปี

#### 2) การเลือกตัวอย่าง<sup>2</sup>

โครงการ “การสำรวจสภาวะทางสังคม และวัฒนธรรม พ.ศ. 2551” เก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนทั่วประเทศ โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Stratified Two-Stage Sampling) โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ซึ่งมีทั้งสิ้น 76 สตราตัม และในแต่ละสตราตัมยังแบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยมีชุมชนอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง ครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง

---

<sup>2</sup> การเลือกตัวอย่างของสำนักงานสถิติแห่งชาติไม่ได้กำหนดจำนวนตัวอย่างไว้ก่อน แต่เป็นการเลือกตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งประเทศตามวิธีเลือกตัวอย่างแบบสองขั้นตอนที่กำหนดไว้แล้วดำเนินการนับจุดบุคคลที่เข้าข่ายการเป็นตัวอย่าง จากนั้นสำนักงานสถิติแห่งชาติจึงดำเนินการเจนนับบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างแล้วนำไปคำนวณเพื่อประมาณค่าตัวอย่างให้มีขนาดเท่ากับประชากรที่แท้จริงของประเทศ เพื่อให้สามารถมองภาพรวมของประเทศได้



### การเลือกตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง

จากแต่ละสตราตัมย่อยหรือแต่ละเขตการปกครอง ได้เลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ตัวอย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชนอาคาร/หมู่บ้านนั้น ๆ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,932 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งสิ้นจำนวน 109,966 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ซึ่งกระจายไปตามภาค และเขตการปกครองดังนี้

ตารางที่ 1 การกระจายความถี่ของจำนวนชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาค และเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล
กรุงเทพมหานคร	104	104	-
ภาคกลาง (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร)	656	360	296
ภาคเหนือ	412	232	180
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	432	240	192
ภาคใต้	328	176	152
<b>รวมทั้งราชอาณาจักร</b>	<b>1,932</b>	<b>1,112</b>	<b>820</b>

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552: 207

### การเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง

ในขั้นนี้เป็นการเลือกตัวอย่างครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้น ในบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นดังนี้ คือ

ในเขตเทศบาล กำหนด 15 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อชุมชนอาคาร

นอกเขตเทศบาล กำหนด 12 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อหมู่บ้าน

ทั้งนี้ก่อนที่จะทำการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง ได้มีการจัดเรียงรายชื่อครัวเรือนส่วนบุคคลใหม่ตามขนาดครัวเรือน ซึ่งวัดด้วยจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และประเภทครัวเรือนเชิงเศรษฐกิจ

ดังนั้นจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้นที่ตกเป็นตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามภาค และเขตการปกครองได้ดังนี้ คือ

**ตารางที่ 2** การกระจายความถี่ของจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาค และ เขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	1,560	1,560	-
ภาคกลาง (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร)	8,952	5,400	3,552
ภาคเหนือ	5,640	3,480	2,160
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5,904	3,600	2,304
ภาคใต้	4,464	2,640	1,824
<b>รวมทั้งราชอาณาจักร</b>	<b>26,520</b>	<b>16,680</b>	<b>9,840</b>

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552ข: 208

กรณีตัวอย่างของโครงการสำรวจครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 28,524 ราย จากนั้นผู้วิจัยได้นำกรณีตัวอย่างทั้งสิ้นมาถ่วงน้ำหนัก<sup>3</sup> ให้มีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากร และเลือกศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่างที่มีอายุ (เต็ม) ระหว่าง 15 – 59 ปีที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้กรณีตัวอย่างทั้งสิ้น 19,168 ราย ดังตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 3** การกระจายความถี่ของจำนวนกรณีตัวอย่างของการศึกษา จำแนกตามภาค และ เขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	2,082	2,082	-
ภาคกลาง (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร)	4,636	1,542	3,094
ภาคเหนือ	3,517	716	2,801
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6,392	1,038	5,354
ภาคใต้	2,541	633	1,908
<b>รวมทั้งราชอาณาจักร</b>	<b>19,168</b>	<b>6,011</b>	<b>13,157</b>

<sup>3</sup> ค่าถ่วงน้ำหนักในที่นี้จะแตกต่างไปจากค่าถ่วงน้ำหนักของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ต้องการให้จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับจำนวนประชากรของประเทศ แต่การถ่วงน้ำหนักใหม่เป็นการปรับให้จำนวนตัวอย่างมีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากร โดยใช้สูตร

$$\text{ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่} = \frac{\text{ค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ} \times \text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่สัมภาษณ์}}{\text{จำนวนประชากรที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว}}$$

## 2.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551” มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางจิตที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยที่มีอายุ (เต็ม) ระหว่าง 15 - 59 ปี โดยเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ของข้อมูล

## 2.4 ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากโครงการ “การสำรวจสภาวะทางสังคม และวัฒนธรรม พ.ศ. 2551” ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคมโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนั้นการคัดเลือกตัวแปรจึงคัดเลือกจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว และเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับรู้และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว นอกจากนี้การสำรวจดังกล่าวเป็นการสำรวจในทางสังคมจึงทำให้ตัวแปรบางตัว เช่น อาชีพในงานวิจัยนี้อาจสะท้อนฐานะทางเศรษฐกิจไม่ชัดเจนเท่าที่ควร แต่ทั้งนี้ได้ให้เหตุผลประกอบคำอธิบายไว้ในส่วนนิยามตัวแปรในหัวข้อที่จะกล่าวถึงอีกต่อไป

## 2.5 นิยามศัพท์

นิยามศัพท์ในการศึกษานี้มีดังนี้

**ประชากรวัยแรงงาน** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ (เต็ม) ระหว่าง 15 - 59 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานที่มีสถานภาพการทำงานเป็นผู้มีงานทำ ผู้ว่างงาน หรือผู้รอฤดูกาล รวมทั้งผู้ที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ได้ทำงานและไม่พร้อมที่จะทำงาน เนื่องจากเป็นผู้ทำงานบ้าน เรียนหนังสือ เป็นต้น

## 2.6 นิยามตัวแปรและการวัด

สำหรับตัวแปรตาม 1 ตัว และตัวแปรอิสระ 14 ตัว ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 แล้วนั้น ผู้วิจัยได้กำหนดคำนิยามไว้ ดังนี้ (โปรดดูข้อคำถามจากแบบสอบถามในภาคผนวก ก)

### ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ คือ **ภาวะสุขภาพจิต** หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาและปรับตัวในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นการวัดเชิงจิตวิสัยที่คำนวณจากผลคะแนนรวมเกี่ยวกับการประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมี 4 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 สภาพจิตใจ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ ความรู้สึกในทางที่ดี ข้อ F70, F71 และความรู้สึกในทางที่ไม่ดี ข้อ F72, F73 และ F74

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบย่อย คือ ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ข้อ F75, F76 และ F77

องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพจิตใจ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ ความเมตตา กรุณาและความเอื้อเฟื้อ ข้อ F78, F79 และ F80 และการนับถือตนเอง ข้อ F81

องค์ประกอบที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบย่อย คือ การสนับสนุนจากครอบครัว ข้อ F82, F83 และ F84

ข้อคำถามจากองค์ประกอบต่าง ๆ นี้ให้ถือว่าเป็นระดับการวัดแบบจัดช่วง ได้จากข้อคำถามรายการ F70 – F84 จำนวน 15 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามตามมาตรฐานของเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี พ.ศ. 2547 (TMHI-15) โดยข้อคำถามรายการเป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวก (F70-F71, F75-F84) จำนวน 12 ข้อ และเชิงลบ (F72-F74) จำนวน 3 ข้อ ใช้หลักเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนดังนี้

	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
ข้อคำถามรายการเชิงลบ	3	2	1	0
ข้อคำถามรายการเชิงบวก	0	1	2	3

ดังนั้นผลรวมของคะแนนสุขภาพจิต มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 45 คะแนน เพื่อหาระดับสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย ใช้เกณฑ์การแปลความหมายของกรมสุขภาพจิต (2553: ออนไลน์) ดังนี้

- ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (หรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับต่ำ)  
มีช่วงคะแนนเท่ากับ 0 – 27 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (หรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับปานกลาง)  
มีช่วงคะแนนเท่ากับ 28 – 34 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (หรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับสูง)  
มีช่วงคะแนนเท่ากับ 35 – 45 คะแนน

เกณฑ์นี้จะใช้สำหรับการตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ของการศึกษาหรือเพื่อพรรณนาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย ผู้วิจัยพิจารณาว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปหรือดีกว่าคนทั่วไป เป็นผู้มีสุขภาพจิตปกติ ขณะที่บุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หมายถึง ผู้ที่มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต ดังที่มีคำแนะนำของกรมสุขภาพจิต (2553: ออนไลน์) ที่ระบุว่า หากคะแนนอยู่ในกลุ่มภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

หรือมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป อาจขอรับบริการปรึกษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเบื้องต้น จากสถานบริการสาธารณสุข ด้วยเหตุนี้จึงนำผลรวมคะแนนสุขภาพจิตที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบ ด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

- ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (หรือมีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต)  
มีช่วงคะแนน 0-27 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไป (หรือมีสุขภาพจิตปกติ)  
มีคะแนน 28 คะแนนขึ้นไป

### ตัวแปรอิสระ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 14 ตัว ภายใต้ปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางจิต รายละเอียดของตัวแปรในแต่ละปัจจัยมีดังนี้

#### ปัจจัยทางชีวภาพ

ปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ ตัวแปรเพศ และอายุ มีรายละเอียด ดังนี้

- **เพศ** หมายถึง รูปลักษณะที่แสดงว่าเป็นชายหรือหญิง เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ F4 ในแบบสอบถาม ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม
  - ชาย
  - หญิง
- **อายุ** หมายถึง อายุเต็ม (ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดนับจนถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันตอบแบบสอบถาม) เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ F5 ในแบบสอบถาม ซึ่งมีระดับการวัดแบบอัตราส่วน มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 15 และค่าสูงสุดเท่ากับ 59 ปี ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว ได้แบ่งกลุ่มของอายุออกเป็น 3 กลุ่ม มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ คือ
  - วัยแรงงานช่วงต้น มีอายุระหว่าง 15-24 ปี
  - วัยแรงงานช่วงกลาง มีอายุระหว่าง 25-39 ปี
  - วัยแรงงานช่วงปลาย มีอายุระหว่าง 40-59 ปี

โดยวัยแรงงานช่วงต้น กำหนดจากช่วงอายุที่แบ่งเด็กและเยาวชน ขณะที่วัยแรงงานช่วงปลาย กำหนดจากช่วงอายุของวัยก่อนการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ (Pre-ageing) สำหรับช่วงอายุระหว่างทั้งสองกลุ่มข้างต้นจึงเป็นวัยแรงงานช่วงกลาง

#### ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย 9 ตัวแปร คือ ตัวแปรระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพภายในครัวเรือน และสัมพันธภาพภายในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

- **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาที่ผู้ตอบแบบสอบถามจบสูงสุด ในระดับการศึกษาต่าง ๆ ตามระบบการศึกษาที่กำหนดในกฎกระทรวง เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัส รายการ F10 ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดอันดับ แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม คือ

- ไม่เคยเรียน
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปวส. ปวท. อนุปริญญา
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

- **อาชีพ** หมายถึง งานหรือหน้าที่ที่บุคคลทำเป็นประจำในสถานที่ทำงานหรือ การประกอบธุรกิจเพื่อเลี้ยงชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ F12 ใน แบบสอบถาม ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 8 กลุ่มคือ

- ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน
- ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว
- เกษตรกร
- รับจ้างทั่วไป/กรรมกร
- นักเรียน/นักศึกษา
- แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- อื่น ๆ (ภาวะการทำงานที่นอกเหนือจากภาวะการทำงานข้างต้น)

- **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพของการใช้ชีวิตคู่ เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ F11 ในแบบสอบถาม ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- โสด
- สมรส (หมายถึง ผู้ที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา ไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม และแม้ว่าจะห่างไปสั้มภษณัสามีภรรยาจะไม่ได้อยู่ด้วยกันแต่ยังมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา)

- เคยสมรส (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่) ในที่นี้ **ม่าย** หมายถึง ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่ **หย่า** หมายถึง สามีภรรยาที่หย่ากันโดยถูกต้องตามกฎหมายแล้ว และ**แยกกันอยู่** หมายถึง ผู้ที่มีได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้วแต่ยังไม่ได้หย่ากันตามกฎหมาย รวมทั้งผู้ที่มีได้สมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมายแต่ไม่ได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว

- **ศาสนา** หมายถึง ลัทธิความเชื่อถือที่ผู้ตอบแบบสอบถามนับถือ เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ F13 ในแบบสอบถาม ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- พุทธ
- อิสลาม
- คริสต์

- **จำนวนสมาชิกในครัวเรือน** หมายถึง จำนวนสมาชิกทั้งหมดที่อาศัยอยู่ประจำในครัวเรือนเดียวกับผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ Members ซึ่งมีระดับการวัดแบบอัตราส่วน โดยมีค่าต่ำสุดเป็น 0 คน ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียวได้แบ่งกลุ่มของจำนวนสมาชิกในครัวเรือนออกเป็น 3 กลุ่ม มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ คือ

- จำนวนสมาชิกในครัวเรือนอยู่ระหว่าง 1-2 คน
- จำนวนสมาชิกในครัวเรือนอยู่ระหว่าง 3-4 คน
- จำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป

- **เขตที่อยู่อาศัย** หมายถึง เขตทางการปกครองอันเป็นสถานที่ที่อยู่อาศัยของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ Area ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ในเขตเทศบาล
- นอกเขตเทศบาล

- **ภาคที่อยู่อาศัย** หมายถึง ภาคพื้นที่ตามภูมิศาสตร์ที่ผู้ตอบแบบสอบถามอยู่อาศัยในบริเวณเขตภาคใดของประเทศไทย เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ Reg ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

- กรุงเทพมหานคร
- ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)
- ภาคเหนือ
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ภาคใต้

- **สัมพันธภาพภายในครัวเรือน** หมายถึง ระดับความเกี่ยวข้องหรือความผูกพันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันของสมาชิกภายในครัวเรือน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูโทรทัศน์ และการเที่ยวพักผ่อนนอกบ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบจัดช่วง 4 ระดับ จากรหัสรายการ H1 – H3 โดยเกิดจากข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ มีค่าต่ำสุดเป็น 0 และค่าสูงสุดเป็น 3 คะแนน โดยใช้หลักเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนดังนี้

	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่ทำเลย/ไม่ทราบ/ไม่ตอบ
ระดับคะแนน	3	2	1	0

ทั้งนี้ผลรวมคะแนนของสัมพันธภาพภายในครัวเรือนจึงมีค่าคะแนนต่ำสุดเป็น 0 และค่าสูงสุดเป็น 9 คะแนน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว คำนวณจากผลรวมของคะแนนสัมพันธภาพภายในครัวเรือน ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ โดยผู้ศึกษาคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้นที่ต้องการ ซึ่งผลการแบ่งอันตรภาคชั้น เป็นดังนี้

- สัมพันธภาพไม่ดี มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน
- สัมพันธภาพปานกลาง มีช่วงคะแนนระหว่าง 4-6 คะแนน
- สัมพันธภาพดี มีช่วงคะแนนระหว่าง 7-9 คะแนน

- **สัมพันธภาพภายในชุมชน** หมายถึง ระดับความเกี่ยวข้องหรือความผูกพันของสมาชิกภายในครัวเรือนที่ได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน ได้แก่ การให้ยืมของใช้ การให้ข้าวของเครื่องใช้ และการช่วยดูแลทรัพย์สินและคนในบ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบจัดช่วง 4 ระดับ จากระดับรายการ H4 – H6 โดยเกิดจากข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ มีค่าต่ำสุดเป็น 0 และค่าสูงสุดเป็น 3 คะแนน โดยใช้หลักเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนดังนี้

	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่ทำเลย/ไม่ทราบ/ไม่ตอบ
ระดับคะแนน	3	2	1	0

ทั้งนี้ผลรวมคะแนนของสัมพันธภาพภายในชุมชนจึงมีค่าคะแนนต่ำสุดเป็น 0 และค่าสูงสุดเป็น 9 คะแนน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว คำนวณจากผลรวมของคะแนนสัมพันธภาพภายในชุมชน ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ โดยผู้ศึกษาคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้นที่ต้องการ ซึ่งผลการแบ่งอันตรภาคชั้น เป็นดังนี้

- สัมพันธภาพไม่ดี มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน
- สัมพันธภาพปานกลาง มีช่วงคะแนนระหว่าง 4-6 คะแนน
- สัมพันธภาพดี มีช่วงคะแนนระหว่าง 7-9 คะแนน

### ปัจจัยทางจิต

การวัดตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางจิตเป็นการวัดเชิงจิตวิสัยจากข้อคำถามที่สร้างขึ้นซึ่งอาจไม่ครอบคลุมทุกด้านนิยามความรู้สึกหรือการยอมรับทุกพฤติกรรมของบุคคล ทำให้ค่าคะแนนต่ำสุดที่ได้ในแต่ละตัวแปรนั้นไม่ใช่ศูนย์ที่แท้จริง กล่าวคือ ผู้ที่ได้คะแนน 0 คะแนนของสเกล ไม่ได้หมายความว่า ผู้นั้นไม่มีค่านิยมความรู้สึกหรือการยอมรับพฤติกรรมของบุคคล สำหรับตัวแปรภายใต้ปัจจัยนี้ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ ตัวแปรค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย มีรายละเอียดดังนี้



- **ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม** หมายถึง ระดับความเชื่อและการยอมรับเกี่ยวกับพฤติกรรมโดยทั่วไปทางสังคม ได้แก่ การพูดภาษาไทยคำฟุ้งคำ การแต่งกาย การแสดงพฤติกรรมไม่สุภาพในที่สาธารณะ รวมทั้งการยอมรับเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศแบบต่าง ๆ ของบุคคลภายในสังคม เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบจัดช่วง 4 ระดับ จากรหัสรายการ F29 – F40 โดยเกิดจากข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีค่าต่ำสุดเป็น 0 และค่าสูงสุดเป็น 3 คะแนน โดยใช้หลักเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนดังนี้

	รับได้	รับไม่ค่อยได้	รับไม่ได้เลย	เฉย ๆ/ไม่มีความเห็น/ไม่ทราบ/ไม่ตอบ
ระดับคะแนน	3	2	1	0

ทั้งนี้ผลรวมคะแนนของการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมจึงมีค่าคะแนนต่ำสุดเป็น 0 และค่าสูงสุดเป็น 36 คะแนน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ คำนวณจากผลรวมของคะแนนการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยผู้ศึกษากำหนดให้พฤติกรรมที่รับไม่ค่อยได้เป็นการยอมรับไม่ได้ ซึ่งจากการคำนวณจะได้ค่าคะแนนไม่เกิน 24 คะแนน ส่วนพฤติกรรมที่รับไม่ได้เลย และเฉย ๆ/ไม่มีความคิดเห็นเป็นการยอมรับไม่ได้เลย ซึ่งจากการคำนวณจะได้ค่าคะแนนไม่เกิน 12 คะแนน ดังนั้นการยอมรับได้จึงมีค่าคะแนนมากกว่า 24 คะแนนขึ้นไป ซึ่งผลการแบ่งอันตรภาคชั้น เป็นดังนี้

- ยอมรับไม่ได้เลย	มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน
- ยอมรับไม่ได้	มีช่วงคะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน
- ยอมรับได้	มีช่วงคะแนนระหว่าง 25-36 คะแนน

- **ความมีคุณธรรม-จริยธรรม** หมายถึง ผลรวมคะแนนของการประพฤติปฏิบัติที่แสดงถึงความมีคุณธรรม-จริยธรรมและความยับยั้งชั่งใจ มีเหตุมีผลในการดำเนินชีวิต รู้จักเลือกบริโภคสิ่งต่าง ๆ ด้วยปัญญา พร้อมทั้งสามารถปรับแรงบังคับทางจิตใจให้เกิดความสมดุลกัน เพื่อให้สามารถมีชีวิตอย่างเป็นสุข เช่น การให้ความช่วยเหลือคนที่ต้องการความช่วยเหลือแม้ไม่ใช่ญาติ การตอบแทนผู้มีพระคุณหรือช่วยเหลือเรา การยอมรับผิด การซื้อสินค้าใหม่ การใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย การรู้จักเก็บออมเงิน ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบจัดช่วง 5 ระดับ จากรหัสรายการ F41 – F53 โดยเกิดจากข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าต่ำสุดเป็น 0 และค่าสูงสุดเป็น 4 คะแนน และเป็นข้อคำถามทั้งเชิงลบ (F46-F47 และ F49-F52) และเชิงบวก (F41-F45, F48 และ F53) โดยใช้หลักเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนดังนี้

	ทำทุกครั้งที่มีโอกาส	ทำเป็นส่วนใหญ่	ทำเป็นบางครั้ง	ทำน้อยครั้ง	ไม่ทำ/ไม่มีโอกาสที่จะทำ/ไม่ทราบ/ไม่ตอบ
ข้อคำถามเชิงบวก	4	3	2	1	0
ข้อคำถามเชิงลบ	0	1	2	3	4

ทั้งนี้ผลรวมคะแนนของควมมีคุณธรรม-จริยธรรมจึงมีค่าคะแนนต่ำสุดเป็น 0 และค่าสูงสุดเป็น 52 คะแนน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว คำนวณจากผลรวมของคะแนนควมมีคุณธรรม-จริยธรรม ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ โดยผู้ศึกษาคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนอันดับภาคชั้นเป็นลำดับแรก จากนั้นพิจารณาการกระจายของข้อมูลประกอบการจัดอันดับภาคชั้น ซึ่งผลการแบ่งอันดับภาคชั้น เป็นดังนี้

- ระดับต่ำ มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-26 คะแนน
- ระดับปานกลาง มีช่วงคะแนนระหว่าง 27-38 คะแนน
- ระดับสูง มีช่วงคะแนนระหว่าง 39-52 คะแนน

- **การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย** หมายถึง การรับรู้จากการประเมินสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อถามเชิงจิตวิสัย<sup>4</sup> และเป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ F56 ในแบบสอบถาม มีระดับการวัดแบบจัดช่วง 11 ระดับ โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 หรือสุขภาพแย่มาก และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนนหรือสุขภาพดีมาก สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยผู้ศึกษาคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนอันดับภาคชั้นที่ต้องการเป็นลำดับแรก จากนั้นพิจารณาการกระจายของข้อมูลประกอบการจัดอันดับภาคชั้น ซึ่งผลการแบ่งอันดับภาคชั้น เป็นดังนี้

- สุขภาพกายไม่ดี มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน
- สุขภาพกายปานกลาง มีช่วงคะแนนเท่ากับ 5-7 คะแนน
- สุขภาพกายดี มีช่วงคะแนนระหว่าง 8-10 คะแนน

## 2.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

### 1. การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา กล่าวคือ ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical Data) ได้แก่ ตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา เขตที่อยู่อาศัย และภาคที่อยู่อาศัย จะวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงอัตราร้อยละและ

<sup>4</sup> ข้อคำถามนี้เป็นการวัดเชิงจิตวิสัย เป็นการวัดในลักษณะเดียวกับการวัดความอยู่ดีมีสุขเชิงจิตวิสัย (subjective wellbeing) ของ Cummins and others (2003: 162-169) ที่ให้บุคคลประเมินการรับรู้จาก 2 ระดับ คือตัวเลข 0 หมายถึงไม่พอใจมากหรือแย่มาก และตัวเลข 10 หมายถึงพอใจมากหรือดีมาก ซึ่งการวัดลักษณะนี้ให้ถือว่าสามารถแสดงถึงความแตกต่างของการรับรู้ในแต่ละบุคคลได้

ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงตัวเลข (Numerical Data) ได้แก่ ตัวแปรอายุ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สัมพันธภาพภายในครัวเรือน สัมพันธภาพภายในชุมชน ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย จะวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงอัตรา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

## 2. การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย

การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย เป็นการคำนวณจากผลรวมของคะแนนเกี่ยวกับข้อคำถามภาวะสุขภาพจิต ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบจัดช่วง 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อคำถาม นำเสนอการอธิบายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงอัตรา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสำหรับการคำนวณภาวะสุขภาพจิต เพื่อหาระดับสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย ใช้เกณฑ์การแปลความหมายดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ดังนี้

- ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับต่ำ  
มีช่วงคะแนนเท่ากับ 0 – 27 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปหรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับกลาง  
มีช่วงคะแนนเท่ากับ 28 – 34 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปหรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับสูง  
มีช่วงคะแนนเท่ากับ 35 – 45 คะแนน

## 3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) เนื่องจากเป็นวิธีวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการศึกษาที่มีตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับกลุ่มซึ่งมี 2 กลุ่ม และมีตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ระดับจัดอันดับ ระดับจัดช่วง และระดับอัตราส่วน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551:104) โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร (bivariate analysis) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาค เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ในระดับสองตัวระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัวและตัวแปรอิสระ 1 ตัวว่ามีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบสมมติฐานของการศึกษา

## 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร (multivariate analysis)

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัว กับตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัว โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้เท่าใด และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระแต่ละตัวยังคงมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามหรือไม่ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการวิเคราะห์พร้อมกันทุกตัวแปร

2.2 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรเช่นเดียวกับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค แต่วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อค้นหาตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด และเพื่อให้ทราบว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวสามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใดในแต่ละขั้นตอน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษา จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 1 และส่วนสุดท้ายเป็นผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 2 โดยมีรายละเอียดของแต่ละส่วน ดังนี้

#### 3.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

การนำเสนอลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง จะนำเสนอแตกต่างกันไปตามระดับของตัวแปร กล่าวคือในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา เขตที่อยู่อาศัย และภาคที่อยู่อาศัย จะนำเสนอด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ แต่หากเป็นข้อมูลเชิงตัวเลข ได้แก่ อายุ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สัมพันธภาพภายในครัวเรือน สัมพันธภาพภายในชุมชน ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย จะนำเสนอด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ดังปรากฏผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### 3.1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

ปัจจัยทางชีวภาพประกอบด้วย เพศ และอายุ มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

###### 1) เพศ

ตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 19,168 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 50.70 เปรียบเทียบร้อยละ 49.30)

###### 2) อายุ

ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.70 ปี มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.31 ปี โดยเป็นผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 15 ปี และอายุมากที่สุดคือ 59 ปี และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของวัยแรงงาน พบว่าอยู่ในวัยแรงงานช่วงปลายหรือมีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี เป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 40.17) รองลงมาคือวัยแรงงานช่วงกลางหรือมีอายุอยู่ระหว่าง 25-39 ปี (ร้อยละ 36.35) และวัยแรงงานช่วงต้นหรือมีอายุอยู่ระหว่าง 15-24 ปี (ร้อยละ 23.48) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 การกระจายอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n = 19,168)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ
<b>ปัจจัยทางชีวภาพ</b>	
<b>เพศ</b>	
ชาย	49.30
หญิง	50.70
<b>อายุ</b>	
แรงงานช่วงต้น (15-24 ปี)	23.48
แรงงานช่วงกลาง (25-39 ปี)	36.35
แรงงานช่วงปลาย (40-59 ปี)	40.17
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.70 ปี	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.31 ปี
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 15 ปี	ค่าสูงสุดเท่ากับ 59 ปี
<b>ปัจจัยทางสังคม</b>	
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ไม่เคยเรียน	2.48
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	48.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	19.71
มัธยมศึกษาตอนปลาย (สายสามัญและสายอาชีพ)	16.35
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	4.23
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8.83
<b>อาชีพ</b>	
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5.96
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	22.11
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	18.45
เกษตรกร	26.90
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	5.04
นักเรียน/นักศึกษา	9.80
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11.00
อื่น ๆ (สถานภาพการทำงานอื่นนอกเหนือจากข้างต้น เช่น พนักงานพาลูกค้าไปยังที่นั่น พนักงานดูแลบริเวณจัดงาน เป็นต้น)	0.74

(ยังมีต่อ)

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ
<b>ปัจจัยทางสังคม (ต่อ)</b>	
<b>สถานภาพสมรส</b>	
โสด	26.46
สมรส	66.12
เคยสมรส (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่)	7.42
<b>ศาสนา</b>	
พุทธ	94.38
อิสลาม	4.78
คริสต์	0.84
<b>จำนวนสมาชิกในครัวเรือน</b>	
1 – 2 คน	26.95
3 – 4 คน	47.47
5 คนขึ้นไป	25.58
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 คน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.69 คน
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 คน	ค่าสูงสุดเท่ากับ 18 คน
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>	
ในเขตเทศบาล	31.36
นอกเขตเทศบาล	68.64
<b>ภาคที่อยู่อาศัย</b>	
กรุงเทพมหานคร	10.86
ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)	24.18
ภาคเหนือ	18.35
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	33.35
ภาคใต้	13.26
<b>สัมพันธภาพภายในครัวเรือน</b>	
สัมพันธภาพไม่ดี (0 – 3 คะแนน)	11.63
สัมพันธภาพปานกลาง (4 – 6 คะแนน)	32.26
สัมพันธภาพดี (7 – 9 คะแนน)	56.11
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.24 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.41 คะแนน
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน	ค่าสูงสุดเท่ากับ 9.00 คะแนน

(ยังมีต่อ)

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป		ร้อยละ
<b>ปัจจัยทางสังคม (ต่อ)</b>		
<b>สัมพันธภาพภายในชุมชน</b>		
สัมพันธภาพไม่ดี (0 – 3 คะแนน)		32.43
สัมพันธภาพปานกลาง (4 – 6 คะแนน)		43.31
สัมพันธภาพดี (7 – 9 คะแนน)		24.26
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.96 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58 คะแนน	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน	ค่าสูงสุดเท่ากับ 9.00 คะแนน	
<b>ปัจจัยทางจิต</b>		
<b>ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม</b>		
ยอมรับไม่ได้เลย (0 – 12 คะแนน)		28.38
ยอมรับไม่ได้ (13 – 24 คะแนน)		51.76
ยอมรับได้ (25 – 36 คะแนน)		19.86
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.64 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.16 คะแนน	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน	ค่าสูงสุดเท่ากับ 36.00 คะแนน	
<b>ความมีคุณธรรม-จริยธรรม</b>		
ระดับต่ำ (0 – 26 คะแนน)		3.88
ระดับปานกลาง (27 – 38 คะแนน)		53.20
ระดับสูง (39 – 52 คะแนน)		42.92
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 37.36 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.12 คะแนน	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน	ค่าสูงสุดเท่ากับ 52.00 คะแนน	
<b>การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย</b>		
สุขภาพกายไม่ดี (0-4 คะแนน)		3.33
สุขภาพกายปานกลาง (5-7 คะแนน)		38.08
สุขภาพกายดี (8-10 คะแนน)		58.59
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.68 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.75 คะแนน	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน	ค่าสูงสุดเท่ากับ 10.00 คะแนน	



### 3.1.2 ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพภายในครัวเรือน และ สัมพันธภาพภายในชุมชน มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

#### 1) ระดับการศึกษา

ตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษาเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 48.40) รองลงมาคือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 19.71) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 16.35) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 8.83) การศึกษาระดับ ปวส./ปวท./อนุปริญญา (ร้อยละ 4.23) และไม่มีการศึกษา (ไม่เคยเรียน) (ร้อยละ 2.48) ตามลำดับ

#### 2) อาชีพ

ตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรมีสัดส่วนสูงสุดคือร้อยละ 26.90 รองลงมาคือเป็นพนักงาน/ลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 22.11) ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 18.45) แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 11.00) นักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 9.80) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 5.96) รับจ้างทั่วไป/กรรมกร (ร้อยละ 5.04) และอาชีพอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น เช่น พนักงานพาลูกค้าไปยังที่หนึ่ง พนักงานดูแลบริเวณจัดงาน เป็นต้น อีกจำนวน 141 ราย (ร้อยละ 0.74) ตามลำดับ

#### 3) สถานภาพสมรส

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้ว โดยมีสัดส่วนสูงกว่าตัวอย่างที่เป็นโสดและมีสถานภาพสมรสเคยสมรส(ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่) ค่อนข้างมาก (ร้อยละ 66.12 เปรียบเทียบ ร้อยละ 26.46 และ 7.42) ตามลำดับ

#### 4) ศาสนา

ตัวอย่างส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.38) รองลงมาคือนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 4.78) และนับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 0.84) ตามลำดับ

#### 5) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ตัวอย่างอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ย 3.62 คน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.69 คน โดยตัวอย่างอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกต่ำสุดเท่ากับ 1 คน (อยู่คนเดียว) และสูงสุดถึง 18 คน และเมื่อแบ่งจำนวนสมาชิกในครัวเรือนออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของตัวอย่างอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิก 3-4 คนหรือเป็นครัวเรือนที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูก (ร้อยละ 47.47) รองลงมาคือ

ตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 1-2 คน (ร้อยละ 26.95) และตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 5 คนขึ้นไป (ร้อยละ 25.58) ตามลำดับ

#### 6) เขตที่อยู่อาศัย

ตัวอย่างอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลประมาณ 2 เท่าเศษ (ร้อยละ 68.64 เปรียบเทียบร้อยละ 31.36)

#### 7) ภาคที่อยู่อาศัย

ตัวอย่างอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นสัดส่วนสูงสุด คือ ร้อยละ 33.35 รองลงมาคือ ตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) (ร้อยละ 24.18) อาศัยอยู่ในภาคเหนือ (ร้อยละ 18.35) อาศัยอยู่ในภาคใต้ (ร้อยละ 13.26) และอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 10.86) ตามลำดับ

#### 8) สัมพันธภาพภายในครัวเรือน

ตัวอย่างอยู่อาศัยในครัวเรือนที่มีคะแนนสัมพันธภาพภายในครัวเรือนเฉลี่ย 6.24 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.41 คะแนน โดยตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพภายในครัวเรือนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน และเมื่อแบ่งคะแนนสัมพันธภาพภายในครัวเรือนออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า เกินครึ่งหนึ่งเล็กน้อยตัวอย่างอยู่อาศัยในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนที่ดี (ร้อยละ 56.11) รองลงมาคืออาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพปานกลาง (ร้อยละ 32.26) และอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพไม่ดี (ร้อยละ 11.63) ตามลำดับ

#### 9) สัมพันธภาพภายในชุมชน

ตัวอย่างอยู่อาศัยในชุมชนที่มีคะแนนสัมพันธภาพภายในชุมชนเฉลี่ย 4.96 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58 คะแนน โดยตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพภายในชุมชนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน และเมื่อแบ่งคะแนนสัมพันธภาพภายในชุมชนออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างอยู่อาศัยในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับปานกลางเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 43.31) รองลงมาคืออาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพไม่ดี (ร้อยละ 32.43) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 24.26 เป็นตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพดี ตามลำดับ

### 3.1.3 ปัจจัยทางจิต

ปัจจัยทางจิตประกอบด้วย ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

### 1) ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม

ตัวอย่างมีคะแนนค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมโดยเฉลี่ย 17.64 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.16 คะแนน โดยตัวอย่างมีคะแนนค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 36 คะแนน และเมื่อแบ่งคะแนนค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างที่ยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมไม่ได้มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 51.76) รองลงมาคือยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมไม่ได้เลย (ร้อยละ 28.38) และยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ (ร้อยละ 19.86) ตามลำดับ

### 2) ความมีคุณธรรม-จริยธรรม

ตัวอย่างมีคะแนนของความมีคุณธรรม-จริยธรรมโดยเฉลี่ย 37.36 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.12 คะแนน โดยตัวอย่างมีคะแนนของความมีคุณธรรม-จริยธรรมต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 52 คะแนน และเมื่อแบ่งคะแนนของความมีคุณธรรม-จริยธรรมออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งเล็กน้อยมีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.20) รองลงมาคือมีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับสูง (ร้อยละ 42.92) และมีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับต่ำ (ร้อยละ 3.88) ตามลำดับ

### 3) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย

ตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายของตนเองโดยเฉลี่ย 7.68 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.75 คะแนน โดยตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายของตนเองต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน และเมื่อแบ่งคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายของตนเองออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายของตนเองที่ดี (ร้อยละ 58.59) รองลงมาคือมีสุขภาพกายปานกลาง (ร้อยละ 38.08) และมีสุขภาพกายไม่ดี (ร้อยละ 3.33) ตามลำดับ

### 3.2 ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย

ตารางที่ 5 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย เพื่อตอบวัตถุประสงค์แรกของการศึกษาโดยมีรายละเอียดของข้อค้นพบดังนี้

**ตารางที่ 5** การกระจายอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของคะแนนภาวะสุขภาพจิตของตัวอย่าง (n = 19,168)

ระดับสุขภาพจิต	ร้อยละ
ต่ำกว่าคนทั่วไปหรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับต่ำ (0-27 คะแนน)	17.18
เท่ากับคนทั่วไปหรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับกลาง (28-34 คะแนน)	55.21
ดีกว่าคนทั่วไปหรือเกณฑ์สุขภาพจิตระดับสูง (35-45 คะแนน)	27.61
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.86 คะแนน    ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.98 คะแนน	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน    ค่าสูงสุดเท่ากับ 45.00 คะแนน	

ตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับ 31.86 คะแนนจากคะแนนเต็ม 45 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.98 คะแนน ค่าต่ำสุดอยู่ที่ 4 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 45 คะแนน และเมื่อพิจารณาตามระดับของสุขภาพจิต พบว่า ประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเป็นปกติ (หมายถึง เท่ากับหรือดีกว่าคนทั่วไป) โดยประชากรวัยแรงงานเกินกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 55.21) มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป และร้อยละ 27.61 มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าคนทั่วไป อย่างไรก็ตามก็ยังมีประชากรวัยแรงงานอีกร้อยละ 17.18 ที่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งถือได้ว่าควรได้รับคำปรึกษาหรือเยียวยาบำบัดจากผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป

นอกจากนั้นผลการศึกษาคั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอภิชัย มงคลและคณะ (2551: 32, 38) ซึ่งเป็นการศึกษาโดยใช้ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยจำนวน 15 ข้อ (THI-15) เพื่อศึกษาความสุขของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปที่สุ่มจากพื้นที่เขตตรวจราชการที่มีหน่วยงานของกระทรวงตั้งอยู่ โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการศึกษาในระดับประเทศที่พบว่า บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปร้อยละ 20.70 ขณะที่พบว่าประชาชนมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปร้อยละ 31.86 ก็อาจสรุปว่าการศึกษาคั้งนี้มีสัดส่วนของประชาชนผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปต่ำกว่าการศึกษาของอภิชัย มงคลและคณะในปี 2551 เล็กน้อย (ร้อยละ 17.18 เปรียบเทียบกับร้อยละ 31.86) อาจเป็นเพราะว่าแม้จะเป็นการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิต

ของประชาชนในระดับประเทศด้วยกัน แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะประชากรวัยแรงงานเท่านั้น จึงอาจไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด

อีกทั้งเมื่อศึกษาแผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) พบว่า กรมสุขภาพจิตได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 1 คือ เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต โดยกำหนดให้หนึ่งในตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของเป้าประสงค์หลักเมื่อสิ้นแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตคือ ร้อยละ 70 ของประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งก็เป็นที่น่ายินดีที่การศึกษาครั้งนี้สามารถสนับสนุนได้ว่าเป้าหมายดังกล่าวนี้น่าจะบรรลุได้ตามวัตถุประสงค์ แต่ทั้งนี้ก็มีข้อสังเกตว่าเป็นเพียงกลุ่มของประชากรวัยแรงงานเท่านั้น ซึ่งอาจยังไม่สามารถสะท้อนภาวะสุขภาพจิตของประชาชนโดยทั่วไปในประเทศได้ อีกทั้งปัญหาสุขภาพจิตก็ยังมีได้หมดไปจากปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชน ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรจะต้องแสวงหาวิธีที่สามารถทำให้ปัญหาดังกล่าวหมดสิ้นไปหรือคงเหลือให้น้อยที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อประชาชนจะได้มีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งจะส่งผลไปถึงสุขภาพโดยรวมที่ดีต่อไปในอนาคต

### 3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย ซึ่งเป็นการตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 2 นั้น ด้วยเหตุที่ผู้ศึกษาพิจารณาภาวะสุขภาพจิตของบุคคลจากคำแนะนำของกรมสุขภาพจิตที่แบ่งออกเป็น บุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปหรือดีกว่าคนทั่วไป อันหมายถึงผู้มีสุขภาพจิตปกติ ขณะที่บุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หมายถึง ผู้ที่มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นตัวแปรตามของการศึกษานี้จึงมี 2 กลุ่ม ทำให้ผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาคในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ดังกล่าว ทั้งนี้กำหนดให้กลุ่มที่ภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปเป็นกลุ่มอ้างอิงหรือเท่ากับ 0 และกลุ่มที่ภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นกลุ่มสนใจหรือเท่ากับ 1

นอกจากนั้นการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค ยังมีเงื่อนไขว่าตัวแปรอิสระจะต้องเป็นตัวแปรที่มีการวัดในระดับไม่ต่ำกว่าระดับช่วง หากตัวแปรอิสระมีการวัดต่ำกว่าระดับช่วงต้องแปลงค่าให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) เสียก่อนจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ (เพชรน้อยสิงห์ช่างชัย, 2546: 113) ตัวแปรอิสระที่ต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่นในการศึกษานี้มี 7 ตัวแปร คือ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา เขตที่อยู่อาศัย และภาคที่อยู่อาศัย ดังนี้

#### 1. เพศ

กำหนดให้	ชาย	มีค่าเป็น	0
	หญิง	มีค่าเป็น	1

## 2. ระดับการศึกษา

กำหนดให้	อุดมศึกษา (ปวส./ปวท./อนุปริญญาและปริญญาตรีหรือสูงกว่า)	มีค่าเป็น	0
	มัธยมศึกษา (ตอนต้นและตอนปลาย)	มีค่าเป็น	1
	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและไม่เคยเรียน	มีค่าเป็น	2

## 3. อาชีพ

กำหนดให้	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	มีค่าเป็น	0
	อาชีพอื่นที่มีใช้ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	มีค่าเป็น	1

## 4. สถานภาพสมรส

กำหนดให้	โสด	มีค่าเป็น	0
	สมรส	มีค่าเป็น	1
	เคยสมรส (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่)	มีค่าเป็น	2

## 5. ศาสนา

กำหนดให้	อิสลาม	มีค่าเป็น	0
	พุทธและคริสต์	มีค่าเป็น	1

## 6. เขตที่อยู่อาศัย

กำหนดให้	ในเขตเทศบาล	มีค่าเป็น	0
	นอกเขตเทศบาล	มีค่าเป็น	1

## 7. ภาคที่อยู่อาศัย

กำหนดให้	กรุงเทพมหานคร	มีค่าเป็น	0
	ภูมิภาคอื่นที่มีใช้กรุงเทพมหานคร	มีค่าเป็น	1

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคีให้ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระว่ามีทิศทางของความสัมพันธ์เป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด ในเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง เป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ และเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวอธิบายได้ด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds ratio) ที่คำนวณจากโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มสนใจของตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งหารด้วยโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรนั้น ทั้งนี้ความหมายของค่าอัตราส่วนโอกาสมี 3 ลักษณะดังนี้ คือ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551:104)

ค่าอัตราส่วนโอกาสสูงกว่า 1 หมายถึง กลุ่มสนใจมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปเมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปสูงกว่ากลุ่มอ้างอิง

ค่าอัตราส่วนโอกาสเท่ากับ 1 หมายถึง กลุ่มสนใจมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปเมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปไม่แตกต่างจากกลุ่มอ้างอิง

ค่าอัตราส่วนโอกาสต่ำกว่า 1 หมายถึง กลุ่มสนใจมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปเมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิง

การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปกับตัวแปรอิสระ 14 ตัว ภายใต้ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางจิต ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาคปรากฏดังตารางที่ 6 สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาคปรากฏดังตารางที่ 7 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

### 3.3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร

ตารางที่ 6 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาค มีรายละเอียดดังนี้

#### ก. ปัจจัยทางชีวภาพ

##### 1) เพศ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานพบว่า ประชากรวัยแรงงานหญิงมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 1.0138 เท่าของประชากรวัยแรงงานชาย (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.0138) แสดงว่า ประชากรวัยแรงงานหญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานชาย ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ประชากรวัยแรงงานหญิง น่าจะมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานชาย แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่าแม้ประชากรวัยแรงงานจะมีเพศที่แตกต่างกัน แต่ไม่ได้ทำให้ประชากรวัยแรงงานทั้งสองเพศมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแม้ประชากรวัยแรงงานหญิงและประชากรวัยแรงงานชายที่อาจมีความแตกต่างกันในกายวิภาคของสมองและฮอร์โมนเพศซึ่งมีผลกับอารมณ์และจิตใจ และมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ของมนุษย์ (ชุตินา หุ่มเรืองวงษ์, 2549: 403) แต่ในปัจจุบันผู้หญิงได้รับการสร้างเสริมพลังในเรื่องต่าง ๆ จนทำให้มีความเสมอภาคทางเพศมากขึ้น จึงอาจทำให้ทั้งผู้หญิงและผู้ชายไม่มีความแตกต่างในความคิด/ความเชื่อและการจัดการเรื่องต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตในสังคม เป็นผลให้ประชากรวัยแรงงานที่มีเพศแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินจิตร์ คุปต์กาญจนากุล (2543: 101) ที่พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 6 อัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปของประชากร  
วัยแรงงานไทย (n = 19,168)

คุณลักษณะ ของประชากรวัยแรงงาน	การวิเคราะห์การถดถอย	ผลการทดสอบ
	โลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาค	
	Odds ratio	
<b>ปัจจัยทางชีวภาพ</b>		
เพศ		✓
ชาย	=====	
หญิง	1.0138	
อายุ	0.9956*	✓*
<b>ปัจจัยทางสังคม</b>		
ระดับการศึกษา		✓*
อุดมศึกษา	=====	
มัธยมศึกษา	2.2408*	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2.6246*	
อาชีพ		✓*
ข้าราชการ/พนักงาน		
รัฐวิสาหกิจ	=====	
อาชีพอื่นที่ไม่มีข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.0530*	
สถานภาพสมรส		✓ x*
โสด	=====	
สมรส	0.6831*	
เคยสมรส (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่)	1.6356*	
ศาสนา		✓
อิสลาม	=====	
พุทธและคริสต์	1.1583	
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.9144*	✓*

(ยังมีต่อ)



## ตารางที่ 6 (ต่อ)

คุณลักษณะ ของประชากรวัยแรงงาน	การวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาค		ผลการทดสอบ
	Odds ratio		
<b>ปัจจัยทางสังคม (ต่อ)</b>			
เขตที่อยู่อาศัย			✓*
ในเขตเทศบาล		====	
นอกเขตเทศบาล		1.1421*	
ภาคที่อยู่อาศัย			✓*
กรุงเทพมหานคร		====	
ภูมิภาคอื่น		1.1511*	
สัมพันธภาพภายในครัวเรือน		0.8721*	✓*
สัมพันธภาพภายในชุมชน		0.9178*	✓*
<b>ปัจจัยทางจิต</b>			
ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม		1.0087*	✗*
ความมีคุณธรรม-จริยธรรม		0.9310*	✓*
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย		0.8342*	✓*

## คำอธิบายสัญลักษณ์

====	หมายถึง	กลุ่มอ้างอิง
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
✓	หมายถึง	มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้
✗	หมายถึง	มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้
✓✗	หมายถึง	มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน

## 2) อายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปเป็น 0.9956 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่มีอายุน้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.9956) แสดงว่าภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์เท่ากับ/ดีกว่า

คนทั่วไปแปรผันตามอายุ ขณะที่ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปแปรผันกับอายุ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่าแม้ว่าการทำงานของเซลล์ประสาทภายในสมองจะมีประสิทธิภาพลดลง แต่ประชากรเหล่านี้จะมีความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ รอบตัวได้ดีกว่า หรือมีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุน้อยกว่า จึงทำให้อายุที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา ริวแดง (2545: 84) ที่พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 41-60 ปีจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 20-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชินจิตร์ คุปต์กาญจนากุล (2543: 102-103) ที่พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และอายุ 41-50 ปี มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี

## ข. ปัจจัยทางสังคม

### 1) ระดับการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ประถมศึกษามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 2.6246 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (ค่า Odds ratio เท่ากับ 2.6246) แสดงว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา และประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 2.2408 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (ค่า Odds ratio เท่ากับ 2.2408) แสดงว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา และเมื่อพิจารณาในแต่ละระดับการศึกษาของประชากรวัยแรงงาน จะพบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่

สูงกว่า และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่ามีข้อจำกัดในการใช้ความรู้ ความสามารถ และความรับผิดชอบต่างๆ ในหน้าที่การงานที่สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา หรือมีโอกาสในการใช้องค์ความรู้ต่าง ๆ น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า จึงอาจทำให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตมากกว่า ดังนั้นจึงทำให้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินจิตร์ คุปต์กาญจนากุล (2543: 103) ที่พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ค่าเฉลี่ย 2.08) มีระดับสุขภาพจิตดีกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ค่าเฉลี่ย 3.64)

## 2) อาชีพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพที่มีใช้ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 2.0530 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ค่า Odds ratio เท่ากับ 2.0530) แสดงว่าประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพที่มีใช้ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพที่มีใช้ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพที่มีใช้ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ อาจมีความมั่นใจเกี่ยวกับความมั่นคงของอาชีพ รายได้ และสวัสดิการต่างๆ ที่ตนเองได้รับอยู่ในปัจจุบันค่อนข้างน้อย จนทำให้เกิดความเครียดเพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่ประกอบอาชีพที่แตกต่างกันจึงมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา รุ่งแดง (2545: 86-87) พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจจะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าอาชีพรับจ้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2551: 33) พบว่า บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีสถานภาพการทำงานเป็นข้าราชการจะมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปในสัดส่วนที่ต่ำกว่าบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 18.15 เปรียบเทียบกับร้อยละ 24.36 และ 35.09 ตามลำดับ)

### 3) สถานภาพสมรส

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็น 0.6831 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.6831) แสดงว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปต่ำกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด และประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสเคยสมรส (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่) มีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 1.6356 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.6356) แสดงว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสเคย (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่) มีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด และเมื่อพิจารณาในแต่ละสถานภาพสมรสของประชากรวัยแรงงานจะพบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสสมรสมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปต่ำกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสเคยสมรส (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่) และประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสสมรสมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปต่ำกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสสมรสหรือเคยสมรส น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสดเพียงบางส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันย่อมมีประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกันและมีความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาได้แตกต่างกันด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรสมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปต่ำกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด อาจเนื่องจากยังคงมีคู่ชีวิตไว้คอยปรึกษาหรือเป็นกำลังใจให้กันและกันในขณะที่เกิดปัญหาต่างๆ เข้ามาในชีวิต สำหรับผู้ที่มีสถานภาพสมรสเคยสมรสมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด อาจเป็นเพราะว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสเคยสมรสเมื่อกลับไปเป็นม่ายหรือหย่าหรือแยกกันอยู่จะมีลักษณะการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปจากอดีตจากเคยมีคู่ชีวิตคอยให้ความรักและกำลังใจซึ่งกันและกัน กลับต้องดำเนินชีวิตและเผชิญปัญหาต่าง ๆ เพียงลำพัง จนก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลได้สูงกว่า และผู้ที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรส อาจเนื่องจากมีลักษณะการดำเนินชีวิตอยู่เพียงลำพัง ไม่มีคู่ชีวิตคอยช่วยตัดสินใจหรือให้คำปรึกษา จึงทำให้มีความกดดันต่าง ๆ ค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจึงมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันด้วย ซึ่งมีทิศทางขัดแย้งกับการศึกษาของปวิตร วณิชชานนท์ (2550: 158) ที่พบว่า ประชากรที่มีสถานภาพสมรสเป็นสมรสมีปัญหาสุขภาพจิตในสัดส่วนที่สูงกว่า

สถานภาพโสด และสถานภาพม่าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 48.00 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 40.00 และ 12.00 ตามลำดับ) และมีทิศทางขัดแย้งกับการศึกษาของละออ อนุจันทร์ (2547: 50) ที่พบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่จะมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าสถานภาพโสด และสถานภาพม่าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 69.00 เปรียบเทียบกับร้อยละ 17.20 และ 13.80 ตามลำดับ)

#### 4) ศาสนา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาพุทธและคริสต์มีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 1.1583 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาอิสลาม (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.1583) แสดงว่าประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาพุทธและคริสต์มีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาพุทธและคริสต์ น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาอิสลาม จึงสรุปได้ว่าการนับถือศาสนาของประชากรวัยแรงงานที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแม้การนับถือศาสนาของประชากรวัยแรงงานจะมีความแตกต่างกัน อีกทั้งยังมีหลักคำสอน ความเคร่งและวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ น่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของการนับถือศาสนาของประชากรวัยแรงงาน อาจเป็นเพราะว่าหลักคำสอนของทุกศาสนาล้วนแต่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นสุขที่ได้ปฏิบัติหรือนำแนวความคิดดังกล่าวมาใช้เป็นหลักในการดำรงชีวิต เช่น การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้สงบ เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่าศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยประสานความสัมพันธ์ให้สังคมสามารถอาศัยอยู่ร่วมกันและประสานความสัมพันธ์ของมนุษย์ให้อยู่ร่วมกันได้อย่างเป็นปกติสุข ด้วยการให้หลักการ วัฒนธรรมและวิถีทางที่มนุษย์เลือกใช้ในการดำรงชีวิต เป็นต้น ดังนั้นจึงทำให้การนับถือศาสนาของประชากรวัยแรงงานที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิต

#### 5) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็น 0.9144 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า (ค่า Odds ratio

เท่ากับ 0.9144) แสดงว่าภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์เท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปแปรผันตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ขณะที่ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปแปรผันกับจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่แตกต่างกันและมีความหลากหลายในแต่ละรุ่นปีเกิดจะมีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ตลอดจนการสร้างการไว้วางใจซึ่งกันและกันในครัวเรือนที่แตกต่างกัน เช่น หากอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่าโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ที่มีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือนลดน้อยลง จนอาจก่อให้เกิดความรู้สึกทุกขใจ คับข้องใจ และมีความรู้สึกด้านลบเกิดขึ้นในครัวเรือน ดังนั้นจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของละอ อุนุจันทร์ (2547: 50) ที่พบว่า สัดส่วนระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าของครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวจะสูงกว่าครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 86.20 เปรียบเทียบกับร้อยละ 13.80) และมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของกอบกาญจน์ ศรีประสิทธิ์และบุญวดี เพชรรัตน์ (2531: 26) พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีจำนวนพี่น้อง 4-6 คน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตสูงสุดหรือดีที่สุด รองลงมาคือจำนวนพี่น้อง 7-9 คน จำนวนพี่น้อง 10 คนขึ้นไป และจำนวนพี่น้อง 1-3 คน (ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต 32.83 29.98 29.75 และ 27.45 ตามลำดับ)

#### 6) เขตที่อยู่อาศัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 1.1421 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.1421) แสดงว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ที่ว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสที่จะเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก และมีโอกาสในการแสวงหารายได้จากการประกอบอาชีพค่อนข้างน้อยจึงอาจก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคณิต ดวงหัสดี (2537:

83) ที่พบว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนที่ปฏิบัติงานในเขตเมืองมีระดับสุขภาพดีกว่าเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 7) ภาคที่อยู่อาศัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาคที่อยู่อาศัยกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้กรุงเทพมหานครมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 1.1511 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.1511) แสดงว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้กรุงเทพมหานครมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ที่ว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้กรุงเทพมหานคร น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้อธิบายได้ว่าภาคที่อยู่อาศัยของประชากรวัยแรงงานเป็นสิ่งที่ช่วยบ่งบอกถึงการประกอบอาชีพที่เหมาะสมตามลักษณะภูมิประเทศที่อาศัยอยู่ กล่าวคือ หากลักษณะภูมิประเทศที่ติดกับแม่น้ำหรือทะเล อาจมีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการประมง ล่าสัตว์ และวางกับดักสัตว์ต่าง ๆ หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการประมงน้ำจืดและประมงชายฝั่งทะเล เป็นต้น และหากลักษณะภูมิประเทศเป็นทุ่งหญ้า อาจมีอาชีพเป็นผู้เลี้ยงสัตว์เพื่อการค้าขาย หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการปลูกพืชแบบผสมผสาน เป็นต้น ซึ่งการประกอบอาชีพที่ต่างกันย่อมทำให้มีรายได้และความมั่นคงทางอาชีพแตกต่างกัน หากรายได้และอาชีพไม่มั่นคง ย่อมก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลในการดำเนินชีวิต ดังนั้นทำให้ภาคที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2551: 39) เพียงบางส่วนที่พบว่า ประชาชนที่มีอาศัยอยู่ภาคเหนือจะมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปในสัดส่วนที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ (ร้อยละ 40.33 เปรียบเทียบกับ 38.81 30.18 27.24 และ 25.45 ตามลำดับ)

### 8) สัมพันธภาพภายในครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพภายในครัวเรือนกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่สูงกว่า กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่สูงกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็น 0.8721 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่ต่ำกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.8721)

แสดงว่าภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์เท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปแปรผันตามสัมพันธภาพภายในครัวเรือน ขณะที่ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปแปรผันกับสัมพันธภาพภายในครัวเรือน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่สูงกว่า ทั้งนี้เพราะสัมพันธภาพภายในครัวเรือนเป็นรากฐานของการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครัวเรือน เป็นสื่อกลางในการประสานและเชื่อมความรักใคร่ผูกพันระหว่างสมาชิกในครัวเรือน ทำหน้าที่เป็นทั้งที่สร้างภูมิคุ้มกันและบำบัด เยียวยาให้แก่สมาชิกเมื่อเกิดปัญหา ดังนั้นหากสมาชิกในครัวเรือนมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีหรือมีสัมพันธภาพในระดับต่ำจะทำให้สมาชิกในครัวเรือนขาดความอบอุ่น ไม่มีความสุข จนอาจกระทบต่อความสุขในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม จึงทำให้สัมพันธภาพภายในครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา รุ่งแดง (2545: 88) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของสุรพงษ์ ชูเดช (2545: 225) พบว่า สภาพบรรยากาศในครอบครัวด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสุขภาพจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของอมราวดี ณ อุบล (2544: 107) พบว่า วัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ภายในครัวเรือนยิ่งแน่นแฟ้นหรือมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันย่อมทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่อาศัยอยู่ภายในครัวเรือนเดียวกันดีตามไปด้วย

### 9) สัมพันธภาพภายในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพภายในชุมชนกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่สูงกว่า กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่สูงกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็น 0.9178 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่ต่ำกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.9178) แสดงว่าภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์เท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปแปรผันตามสัมพันธภาพภายในชุมชน ขณะที่ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปแปรผันกับสัมพันธภาพภายในชุมชน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากร



วัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่สูงกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากการอาศัยอยู่ร่วมภายในชุมชนเดียวกัน บุคคลย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้นหากบุคคลที่อาศัยอยู่ภายในชุมชนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมทำให้การใช้ชีวิตร่วมกันของบุคคลนั้นมีความสุขได้ จึงทำให้สัมพันธภาพภายในชุมชนมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละอออนุจันทร์ (2547: 53) ที่พบว่า การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2543: 49) ที่สรุปว่าสุขภาพจิตที่ดีในระดับชุมชนที่เกี่ยวกับสมาชิกชุมชน คือ การมีความสามัคคีกัน รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือกัน มีการช่วยเหลือกันในกิจกรรมต่าง ๆ มีการเยี่ยมเยียนกันเมื่อเจ็บป่วย มีความเสียสละเพื่อส่วนรวม เคารพผู้อาวุโส มีพฤติกรรมเหมาะสม ถูกกาลเทศะ ไม่ติดสารเสพติด และสมาชิกได้รับการอบรมความรู้ จึงสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ภายในชุมชนยิ่งแน่นแฟ้นหรือมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันย่อมทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่อาศัยอยู่ภายในชุมชนเดียวกันดีตามไปด้วย

### ค. ปัจจัยทางจิต

#### 1) ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปต่ำกว่าประชากรที่มีค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมในระดับที่สูงกว่า กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานที่มีค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมในระดับที่สูงกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงเป็น 1.0087 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่มีค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.0087) แสดงว่าภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์เท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปแปรผกผันกับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ขณะที่ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปแปรผันตามค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่มีค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมในระดับที่สูงกว่า จึงสรุปได้ว่าค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมของประชากรวัยแรงงานมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ทั้งนี้อาจเนื่องจากตัวแปรนี้แสดงถึงทัศนคติการยอมรับพฤติกรรมทางสังคมที่ช่วยสะท้อนถึงความคิดและความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความเหมาะสมในการประพฤติปฏิบัติตัวของบุคคลใน

สังคมที่ค่อนข้างใหม่ในสังคมไทยและเริ่มพบเห็นในสังคม อีกทั้งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการแสดงออกของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับตนเองค่อนข้างน้อย จึงอาจเป็นไปได้ที่ผู้ตอบคำถามเหล่านี้จะตอบเพื่อแสดงให้เห็นว่าตนเองยอมรับกับพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งอาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง จึงส่งผลให้บุคคลที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ในระดับที่สูงกว่ามีโอกาสมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าบุคคลที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ในระดับที่ต่ำกว่า สรุปได้ว่าการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมในระดับที่ดีหรือยังมีการยอมรับในระดับสูงยิ่งทำให้ภาวะสุขภาพจิตลดลง

## 2) ความมีคุณธรรม-จริยธรรม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณธรรม-จริยธรรมกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่สูงกว่า กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่สูงกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่ต่ำกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.9310 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่ต่ำกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.9310) แสดงว่าภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์เท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปแปรผันตามความมีคุณธรรม-จริยธรรม ขณะที่ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปแปรผันกับความมีคุณธรรม-จริยธรรม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่สูงกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากการอยู่ร่วมกันในสังคมต้องมีความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีการรู้จักให้อภัย มีเหตุมีผลในการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลในการดำเนินชีวิตทั้งสิ้น ในทางตรงข้ามกันหากเรามีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับต่ำ ไม่มีเหตุผลในการครองชีวิตอาจทำให้ประชากรเหล่านั้นมีชีวิตที่ไม่ปกติสุขนัก ดังนั้นจึงทำให้ความมีคุณธรรม-จริยธรรมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดุจฤดี ธาอุปชิต (2545: 36) ที่พบว่า ความใกล้ชิดศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี กนกพัฒนางกูร (2531: 48) พบว่า คะแนนสุขภาพจิตของคนงานเกี่ยวกับการมีจริยธรรมและคุณธรรมประจำใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.88-4.47 คะแนน และคนงานที่มีคะแนนของสวัสดิการและสภาพแวดล้อมในการทำงานสูงมีภาวะสุขภาพจิตในด้านการมีจริยธรรมและคุณธรรมประจำใจแตกต่างกันที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มคนงานที่มีค่ารวมของสวัสดิการและสภาพแวดล้อมในการทำงานสูงมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มคนงานที่มีค่ารวมสวัสดิการและ

สภาพแวดล้อมในการทำงานต่ำ จึงสรุปได้ว่าหากบุคคลมีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่ดีหรือในระดับสูงย่อมทำให้ภาวะสุขภาพจิตดีตามไปด้วย

### 3) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่สูงกว่า กล่าวคือประชากรวัยแรงงานที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่สูงกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็น 0.8342 เท่าของประชากรวัยแรงงานที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่ต่ำกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.8342) แสดงว่าภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์เท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไปแปรผันตามการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายของตนเอง ขณะที่ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปแปรผกผันกับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายของตนเอง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่ต่ำกว่า น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่สูงกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่มีการรับรู้สุขภาพกายของตนที่ดีนั้นมีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองจึงทำให้จิตใจเป็นสุขในทางตรงกันข้ามหากรับรู้สุขภาพกายของตนไม่ดีย่อมเกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ที่ไม่เป็นสุขจนส่งผลทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนตามไปด้วย จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรสรรพ ปรัชญคุปต์ และคณะ (2550: 433) พบว่า ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพมีโอกาสจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงเป็น 4.15 เท่าของผู้ต้องขังที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (ค่า Odds ratio เท่ากับ 4.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร วรแสน (2548: 73) พบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยนักศึกษาที่มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงมีโอกาสการมีปัญหาสุขภาพจิต 2.5 เท่าของนักศึกษาที่มีสุขภาพแข็งแรง จึงสรุปได้ว่าหากบุคคลมีการประเมินสุขภาพทางกายของตนเองในระดับที่ดีหรือในระดับสูงแล้วย่อมทำให้ภาวะสุขภาพจิตดีตามไปด้วย

### 3.3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค ซึ่งมีเงื่อนไขว่าตัวแปรอิสระแต่ละคู่ต้องเป็นอิสระต่อกันหรือไม่ควรมีความสัมพันธ์ต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548: 150) หากตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์ต่อกันสูง ไม่ควรนำตัวแปรคู่ดังกล่าวมาวิเคราะห์ในรูปแบบจำลองเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุเชิงเส้น (Multicollinearity) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละคู่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าไม่มีค่าเกิน 0.75 (ดังปรากฏในภาคผนวก ข) ดังนั้นจึงใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคได้โดยไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น

ตารางที่ 7 เป็นผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### ก. ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาคแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยกับตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรเพศ และอายุ ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ตัวแปรระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพภายในครัวเรือน และสัมพันธภาพภายในชุมชน และปัจจัยทางจิต ประกอบด้วย ตัวแปรค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 14 ตัวดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้ร้อยละ 11.76 ( $R^2 = 0.1176$ ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้วพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานเหลือเพียง 9 ตัว ได้แก่ ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพภายในครัวเรือน สัมพันธภาพภายในชุมชน ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ซึ่งตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะสุขภาพจิตได้ 5 ตัวแปร รองลงมาคือ ปัจจัยทางจิต จำนวน 3 ตัวแปร และปัจจัยทางชีวภาพ จำนวน 1 ตัวแปร ทั้งนี้ตัวแปรสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานเพียงบางส่วนและตัวแปรค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่ทั้ง 2 ตัวแปรนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับตัวแปรอาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือนและภาคที่อยู่อาศัยซึ่งเดิมพบว่ามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน

ตารางที่ 7 อัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปของประชากรวัยแรงงานไทยจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค (n = 19,168)

คุณลักษณะ ของประชากรวัยแรงงาน	การวิเคราะห์ การถดถอย โลจิสติกเชิงพหุ แบบทวิภาค	การวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกเชิงพหุขั้นตอน แบบทวิภาค	R <sup>2</sup>
	Odds ratio	Odds ratio	
<b>ปัจจัยทางชีวภาพ</b>			
เพศ			
ชาย	====		
หญิง	1.0467		
อายุ	0.9885*	0.9885*	0.1161 <sup>7</sup>
<b>ปัจจัยทางสังคม</b>			
ระดับการศึกษา			0.1016 <sup>4</sup>
อุดมศึกษา	====	====	
มัธยมศึกษา	2.0879*	2.1313*	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2.6799*	2.7572*	
อาชีพ			
ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	====		
อาชีพอื่นที่ไม่ใช่ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.1510		
สถานภาพสมรส			0.1091 <sup>5</sup>
โสด	====	====	
สมรส	0.8001*	0.7970*	
เคยสมรส (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่)	1.4166*	1.4410*	
ศาสนา			
อิสลาม	====		
พุทธและคริสต์	1.0005		

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

คุณลักษณะ ของประชากรวัยแรงงาน	การวิเคราะห์ การถดถอย โลจิสติกเชิงพหุ แบบทวิภาค	การวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกเชิงพหุขั้นตอน แบบทวิภาค	
	Odds ratio	Odds ratio	R <sup>2</sup>
<b>ปัจจัยทางสังคม (ต่อ)</b>			
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.9782		
เขตที่อยู่อาศัย			0.1171 <sup>9</sup>
ในเขตเทศบาล	=====	=====	
นอกเขตเทศบาล	1.1167*	1.0975*	
ภาคที่อยู่อาศัย			
กรุงเทพมหานคร	=====		
ภูมิภาคอื่น	0.9672		
สัมพันธภาพภายในครัวเรือน	0.9075*	0.9045*	0.0697 <sup>2</sup>
สัมพันธภาพภายในชุมชน	0.9406*	0.9394*	0.1135 <sup>6</sup>
<b>ปัจจัยทางจิต</b>			
ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม	1.0068*	1.0068*	0.1168 <sup>8</sup>
ความมีคุณธรรม-จริยธรรม	0.9417*	0.9419*	0.0450 <sup>1</sup>
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย	0.8460*	0.8452*	0.0888 <sup>3</sup>
	-2 Log Likelihood	16181.77	16187.40
	R <sup>2</sup>	0.1176	0.1171
<b>คำอธิบายสัญลักษณ์</b>			
=====	หมายถึง	กลุ่มอ้างอิง	
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	
1,2,3,..., 9	หมายถึง	ลำดับความสำคัญในการอธิบายการแปรผันของการเกิด ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไป	
R <sup>2</sup>	หมายถึง	ร้อยละที่สามารถอธิบายการแปรผันของการเกิด ภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไป	

ในระดับ 2 ตัวแปร แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาคกลับพบว่าตัวแปรอาชีพ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรภาคที่อยู่อาศัยมีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประการสุดท้ายตัวแปรเพศ และศาสนาก็ยังคงไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตเช่นเดียวกับที่พบในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาค

ข้อค้นพบดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และภาคที่อยู่อาศัย ที่ต่างก็มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตที่พบในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาคอาจเป็นความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลมาจากตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการประกอบอาชีพของประชากรวัยแรงงานในสังคมไทยในปัจจุบันนั้นไม่ว่าตนเองจะประกอบอาชีพใดก็ตามอาจย่อมมีทัศนคติ มีความมั่นใจหรือเชื่อว่าอาชีพที่กำลังปฏิบัติอยู่นั้นต่างก็ให้ความมั่นคงหรือให้รายได้ที่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ดังนั้นจึงทำให้อาชีพที่แตกต่างกันไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิต

นอกจากนั้นสังคมในปัจจุบันการมีจำนวนสมาชิกอาศัยอยู่ในครัวเรือนมากหรือน้อยไม่ทำให้มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน เพราะการมีสมาชิกภายในครัวเรือนมากก็อาจไม่ทำให้สมาชิกภายในครัวเรือนอบอุ่นหรือร่วมมือร่วมใจกันเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงข้ามการดำเนินชีวิตที่ยากลำบากในสังคมปัจจุบันกลับทำให้สมาชิกในครัวเรือนต่างก็ต้องดิ้นรนในการดำรงชีพ ดังนั้นจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่แตกต่างกันจึงไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ส่วนภาคที่อยู่อาศัยหรือลักษณะภูมิประเทศที่อาจมีความแตกต่างกัน แต่กลับไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตนั้น อาจเป็นเพราะปัจจุบันได้มีการพัฒนาภูมิภาคต่างๆ ให้ความเจริญทัดเทียมกันไปมากแล้ว ไม่ว่าจะเป็นสิ่งอำนวยความสะดวก สาธารณูปโภค การให้การศึกษา และงานอาชีพต่างๆ ทำให้ภูมิภาคต่าง ๆ สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการอาศัยอยู่ต่างภูมิภาคจึงไม่ทำให้มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

## ข. ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระในระดับหลายตัวแปร เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด ตัวแปรอิสระตัวใดสามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามในลำดับถัดไป และตัวแปรอิสระเหล่านี้ร่วมกันอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้จะถือว่าสมการที่ได้จากการเลือกตัวแปรนี้เป็นสมการที่อธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาคสอดคล้องกับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค กล่าวคือ ตัวแปรอิสระที่อธิบายการแปรผันของ

การเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 9 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพภายในครัวเรือน สัมพันธภาพภายในชุมชน ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย โดยตัวแปรอิสระดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้ร้อยละ 11.71 (ค่า  $R^2 = 0.1171$ ) ทั้งนี้ตัวแปรความมีคุณธรรม-จริยธรรมเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้ดีที่สุด โดยเป็นตัวแปรแรกที่เข้าสู่สมการการวิเคราะห์ซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้ประมาณร้อยละ 4.5 (ค่า  $R^2 = 0.0450$ ) และเมื่อนำตัวแปรสัมพันธภาพภายในครัวเรือน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สัมพันธภาพภายในชุมชน อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม และเขตที่อยู่อาศัย มาร่วมพิจารณาในสมการการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค พบว่า สามารถอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.47, 1.91, 1.28, 0.75, 0.44, 0.26, 0.07 และ 0.03 ตามลำดับ (ค่า  $R^2 = 0.0697, 0.0888, 0.1016, 0.1091, 0.1135, 0.1161, 0.1168,$  และ  $0.1171$  ตามลำดับ) ทั้งนี้ตัวแปร 2 ตัวสุดท้ายเกือบจะไม่เพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตเลย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 4

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้เป็นการสรุปผลการศึกษา พร้อมนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปกำหนดนโยบายและวางแผน และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงวิชาการให้กับนักวิชาการหรือผู้สนใจได้ศึกษาต่อไปดังนี้

#### 4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยใน พ.ศ. 2551 ผู้ศึกษาอ้างอิงแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของ World Health Organization (2001) ในการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยมีตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานและตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย เพศ และอายุ ตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพภายในครัวเรือน และสัมพันธภาพภายในชุมชน และตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางจิตประกอบด้วย ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย สำหรับข้อมูลในการศึกษาค้นคว้านี้ได้รับความอนุเคราะห์จากสำนักงานสถิติแห่งชาติจากโครงการ “การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551” ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

##### 4.1.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

กรณีตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยประมาณ 35 ปี ลักษณะทางสังคมพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร มีสัดส่วนของผู้สมรสแล้วมากที่สุด กรณีตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ยประมาณ 4 คน ประมาณ 2 ใน 3 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นสัดส่วนสูงที่สุด ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนระดับดี เกือบครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนระดับปานกลาง สำหรับลักษณะทางจิต พบว่า ตัวอย่างที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมไม่ได้มีสัดส่วนมากที่สุด เกินครึ่งหนึ่งเล็กน้อยตัวอย่างมีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ตัวอย่างมีการประเมินสุขภาพกายของตนเองว่ามีสุขภาพกายที่ดี

#### 4.1.2 ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย

ข้อค้นพบของการศึกษา พบว่า คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของประชากรวัยแรงงาน เท่ากับ 31.86 คะแนนซึ่งอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปหรือมีสุขภาพจิตระดับกลาง ทั้งนี้ ยังพบว่าประชากรวัยแรงงานไทยร้อยละ 82.82 มีสุขภาพจิตเท่ากับ/ดีกว่าคนทั่วไป ส่วนผู้มีสุขภาพจิตที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปมีจำนวนไม่มาก โดยมีเพียงร้อยละ 17.18 กล่าวได้ว่า ข้อค้นพบนี้เป็นสัญญาณที่ดีที่บ่งบอกว่าประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่น่าจะยังทำงานได้เต็มตาม ศักยภาพของตน หรือพร้อมที่จะก่อให้เกิดผลผลิตในด้านเศรษฐกิจได้โดยไม่เป็นภาระแก่ผู้ใด แต่อย่างไรก็ดียังคงมีประชากรวัยแรงงานอีกราว 1 ใน 5 ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปที่ยังคงต้อง ได้รับการปรึกษาหรือบรรเทาเยียวยาให้สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ จนสามารถ ก่อให้เกิดผลิตภาพและเป็นที่ยึดพิงให้แก่ประชากรวัยเด็กและประชากรวัยสูงอายุได้ต่อไป

#### 4.1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย ทั้งในระดับ 2 ตัวแปรและหลายตัวแปร ปรากฏตามตารางที่ 8 ซึ่งสรุปได้ดังนี้

##### ก. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาค

ผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายแบบทวิภาค ซึ่งเป็นการทดสอบสมมติฐานในระดับ 2 ตัวแปร มีดังนี้

**กรณีที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่เป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ

**อายุ:** ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่า

**ระดับการศึกษา:** ประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า

**อาชีพ:** ประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพที่มีชั่วโมงราชการ/รัฐวิสาหกิจมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

**จำนวนสมาชิกในครัวเรือน:** ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า

ตารางที่ 8 สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย

คุณลักษณะ ของประชากรวัยแรงงาน	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค			
	อย่างง่าย	เชิงพหุ	เชิงพหุขั้นตอน	
	สมมติฐาน	สมมติฐาน	สมมติฐาน	ลำดับที่
<b>ปัจจัยทางชีวภาพ</b>				
เพศ	✓	✓		
อายุ	✓*	✓*	✓*	7
<b>ปัจจัยทางสังคม</b>				
ระดับการศึกษา	✓*	✓*	✓*	4
อาชีพ	✓*	✓		
สถานภาพสมรส	✓ x*	✓ x*	✓ x*	5
ศาสนา	✓	✓		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	✓*	✓		
เขตที่อยู่อาศัย	✓*	✓*	✓*	9
ภาคที่อยู่อาศัย	✓*	x		
สัมพันธภาพภายในครัวเรือน	✓*	✓*	✓*	2
สัมพันธภาพภายในชุมชน	✓*	✓*	✓*	6
<b>ปัจจัยทางจิต</b>				
การยอมรับพฤติกรรมทางเพศ	x*	x*	x*	8
ความมีคุณธรรม-จริยธรรม	✓*	✓*	✓*	1
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย	✓*	✓*	✓*	3
<b>คำอธิบายสัญลักษณ์</b>				
✓	หมายถึง	มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้		
x	หมายถึง	มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้		
✓ x	หมายถึง	มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน		
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05		
1,2,3,..., 9	หมายถึง	ลำดับที่อธิบายการแปรผันของการเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปของประชากรวัยแรงงานไทย		

**เขตที่อยู่อาศัย:** ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

**ภาคที่อยู่อาศัย:** ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นที่มีใช้กรุงเทพมหานครมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

**สัมพันธภาพภายในครัวเรือน:** ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนในระดับที่สูงกว่า

**สัมพันธภาพภายในชุมชน:** ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนในระดับที่สูงกว่า

**ความมีคุณธรรม-จริยธรรม:** ประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับที่สูงกว่า

**การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย:** ประชากรวัยแรงงานที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่สูงกว่า

**กรณีที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่เป็นไปตามสมมติฐานเพียงบางส่วน และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ

**สถานภาพสมรส:** ประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสเคยสมรสมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด แต่ประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสสมรสมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปต่ำกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด

**กรณีที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ

**ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม:** ประชากรวัยแรงงานที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ในระดับที่สูงกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตใน

เกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการยอมรับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมได้ในระดับที่ต่ำกว่า

**กรณีที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ

**เพศ:** ประชากรวัยแรงงานหญิงและชายมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปไม่แตกต่างกัน

**ศาสนา:** ประชากรวัยแรงงานที่นับถือศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลามมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปไม่แตกต่างกัน

#### ข. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค

ผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรมีดังนี้

**กรณีที่ 1** เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามเป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพภายในครัวเรือน สัมพันธภาพภายในชุมชน ความมีคุณธรรม-จริยธรรม และตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย

**กรณีที่ 2** เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามเป็นไปตามสมมติฐานเพียงบางส่วน แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรสถานภาพสมรส

**กรณีที่ 3** เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม

**กรณีที่ 4** เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่เหลือมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรเพศ อาชีพ ศาสนา และตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

**กรณีที่ 5** เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่เหลือมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรภาคที่อยู่อาศัย

นอกจากนั้นตัวแปรอิสระทั้ง 14 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานได้ร้อยละ 11.76 (ค่า  $R^2 = 0.1176$ )

### ค. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุขั้นตอนแบบทวิภาค พบว่ามีตัวแปรอิสระทั้งหมด 9 ตัว ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยได้ร้อยละ 11.71 (ค่า  $R^2 = 0.1171$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเรียงลำดับความสามารถของตัวแปรในการอธิบายการแปรผันภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ตัวแปรความมีคุณธรรม-จริยธรรม สัมพันธภาพภายในครัวเรือน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สัมพันธภาพภายในชุมชน อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม และเขตที่อยู่อาศัย ตามลำดับ ทั้งนี้ตัวแปร 2 ตัวสุดท้ายเกือบจะไม่เพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของภาวะสุขภาพจิตเลย

## 4.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการที่ได้จากข้อค้นพบของการศึกษานี้ มีดังนี้

### 4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางนโยบายหรือกำหนดเป็นแผนพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น เพื่อการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเพิ่มมากขึ้น มีดังนี้

1) การศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับสูง อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนที่ดี อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนดีมีโอกาสการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีคุณธรรม-จริยธรรมในระดับต่ำ อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพภายในครัวเรือนที่ไม่ดี และอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพภายในชุมชนไม่ดี ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจประสานขอความร่วมมือจากสถานประกอบการหรือสถานศึกษาส่งเสริมให้พนักงานหรือนักเรียน/นักศึกษา ร่วมกันทำบุญ ตักบาตร ฟังเทศน์ หรือปฏิบัติธรรมเป็นหมู่คณะในวันสำคัญทางศาสนา หรืออาจมีกิจกรรมส่งเสริมให้พนักงานและนักเรียน/นักศึกษาผ่อนคลายด้วยการนั่งสมาธิในสถานประกอบการ/สถานศึกษา อาจมีการใช้สื่อเพื่อส่งเสริมคุณธรรม-จริยธรรมของพนักงานในสถานประกอบการ บุคคลทั่วไปในชุมชน หรือสถานศึกษา เช่น เสียงธรรมะตามสาย การจัดทำแผ่นพับหรือปฏิทินของสถานประกอบการ/สถานศึกษา/ชุมชนที่กำหนดกิจกรรมในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา เป็นต้น นอกจากนี้ควรมุ่งส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวเป็นหลัก เช่น การส่งเสริมการ

พบปะระหว่างเครือญาติ การพูดคุยปรึกษาหารือกันในเรื่องต่างๆ การให้เวลากับครอบครัว การทำอาหารร่วมกันในช่วงวันหยุด การรับประทานอาหารนอกบ้าน การเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ต่างๆ ร่วมกันเป็นครั้งคราว เป็นต้น เนื่องจากครอบครัวเปรียบเสมือนหน่วยรักษาพยาบาลเบื้องต้นของสังคม หากเรามีกิจกรรมที่ช่วยให้สัมพันธ์ภาพภายในครัวเรือนที่ดี มีความอบอุ่นภายในครัวเรือน สมาชิกในครัวเรือนย่อมมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในชุมชนได้เป็นปกติสุขด้วยเช่นกัน พร้อมทั้งการส่งเสริมให้นำหลักศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต รู้จักการใช้เหตุผลในการดำเนินชีวิตก็ล้วนแต่เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันทั้งสิ้น

2) ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิต กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า แสดงว่าหากประชากรวัยแรงงานมีการศึกษาสูงขึ้นโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปย่อมลดน้อยลง ซึ่งอาจเป็นเพราะสามารถเพิ่มโอกาสในการแสวงรายได้หรืออาจมีโอกาสมีหน้าที่การงานในการเลี้ยงชีพที่สูงและดีกว่าเดิมได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายส่งเสริมการศึกษาไม่ว่าจะเป็นแบบในหรือนอกระบบให้กับแรงงานในหน่วยงานของตน ทั้งนี้อาจรวมไปถึงนโยบายแห่งรัฐที่อาจขยายการศึกษากาบบังคับออกไปเป็นสิบสองปี การขยายการศึกษาขั้นพื้นฐานให้เท่ากับอุดมศึกษา และมีการประกันรายได้ตามระดับการศึกษา เป็นต้น

3) สถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิต โดยประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปต่ำกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพโสด และเคยสมรส (ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่) ข้อค้นพบนี้แสดงว่าหากประชากรวัยแรงงานมีคู่รักหรือคู่ชีวิตน่าจะทำให้การดำเนินชีวิตมีความสมบูรณ์เนื่องจากมีคู่ชีวิตให้คำปรึกษาในยามเกิดปัญหาต่าง ๆ ดังนั้นควรส่งเสริมให้คู่รักสมรสกันมากขึ้น จากนั้นอาจส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น เพิ่มเวลาที่มีคุณค่าให้กับครอบครัวด้วยการทำอาหารรับประทานร่วมกันในวันหยุด การรับประทานอาหารนอกบ้าน ร่วมกันเป็นครั้งคราว หรือการเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ต่างๆ ร่วมกัน เป็นต้น หากสถาบันครอบครัวเข้มแข็งและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันแล้ว การดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ของสมาชิกในครัวเรือนย่อมไม่ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต

4) เขตที่อยู่อาศัยเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่สะท้อนการเกิดภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าในเขตเทศบาล อาจเพราะว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลยังมีโอกาสเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก และมีโอกาสในการแสวงหารายได้จากประกอบอาชีพค่อนข้างน้อย

จึงก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลในชีวิตมากกว่า นอกจากนั้นหน่วยงานภาครัฐส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่เฉพาะในเขตเมือง ทำให้การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจไม่ครอบคลุมหรือยังมีบริการที่ไม่ทั่วถึง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงการได้รับบริการของประชาชน หรือควรกระจายความหลากหลายของอาชีพไปสู่ชนบท เพื่อเพิ่มทางเลือกในการประกอบอาชีพและเป็นการประกันรายได้ให้มากขึ้น

5) จากที่พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุแรกเริ่มเข้าสู่วัยแรงงานหรือวัยแรงงานช่วงต้นจะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่า อาจเป็นเพราะว่าประชากรวัยแรงงานกลุ่มนี้ยังขาดประสบการณ์หรือมีความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวค่อนข้างน้อย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการฝึกอบรมอาสาสมัครด้านการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับประชากรวัยแรงงานเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ให้ประชากรวัยแรงงานเหล่านี้ อีกทั้งการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะการทำงานอาจเป็นสิ่งสำคัญในการทำงานปัจจุบัน เพราะหากแรงงานมีทักษะการทำงานที่ดีแล้วย่อมเกิดความเชี่ยวชาญในการทำงาน อันเป็นผลให้ความกดดันจากการทำงานลดลง ซึ่งเท่ากับช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น

อนึ่ง ข้อค้นพบของการศึกษานี้ พบว่า มีประชากรวัยแรงงานจำนวนหนึ่งที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งมีตัวเลขร้อยละ 17.18 นั้น แม้จะน้อยกว่าเป้าที่กรมสุขภาพจิตตั้งไว้ (กำหนดให้ร้อยละ 70 ของประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีหรืออีกนัยหนึ่งคือมีสุขภาพจิตไม่ดีไม่ควรเกินร้อยละ 30) นั้น แต่ผู้เกี่ยวข้องก็สามารถรณรงค์เพื่อลดตัวเลขของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปลงให้น้อยที่สุดได้ ทั้งนี้อาจอาศัยกระแสการรณรงค์ที่ใช้วันที่ 10 ตุลาคมของทุกปีเป็น “วันสุขภาพจิตโลก” เพื่อรณรงค์การรณรงค์เป็นรอบ ๆ ไปได้

#### 4.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การศึกษาค้างนี้เป็นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของโครงการ “การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551” ที่ดำเนินการเก็บรวบรวมจากตัวอย่างในระดับประเทศโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนั้นจึงศึกษาได้เฉพาะตัวแปรที่มีอยู่แล้วเท่านั้น ซึ่งแม้การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทยใน พ.ศ. 2551 แต่ข้อค้นพบของการศึกษานี้ก็นับว่าเป็นสัญญาณที่ดีที่บ่งบอกว่าประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่น่าจะสามารถทำงานได้ตามศักยภาพของตน แต่อย่างไรก็ดียังคงมีประชากรวัยแรงงานอีกราว 1 ใน 5 ที่มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งแม้ว่าจะน้อยกว่าเป้าที่กรมสุขภาพจิตตั้งไว้ แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องก็สามารถรณรงค์เพื่อลดตัวเลขของผู้ที่มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิตลงให้น้อยกว่านี้ได้ เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตมักจะเกิดทีละเล็กละน้อยเมื่อมีภาวะกดดันและความเครียดสะสมในการปรับตัว



ต่อสภาพแวดล้อมการทำงานหรือสังคม นอกจากนั้นผู้สนใจศึกษาเรื่องในทำนองเดียวกันนี้ หากจัดเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับประชากรและตัวอย่างในระดับที่เล็กกว่าอาจเพิ่มตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตเข้าร่วมศึกษาด้วย เช่น รายได้ของครัวเรือนและ/หรือรายได้ของตนเอง ลักษณะที่อยู่อาศัย ประวัติการเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตของผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือประสบการณ์ในวัยเด็กเช่น การถูกทำร้ายจากบิดามารดา หรือผู้ปกครอง การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การเสียชีวิตของบิดามารดาหรือบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น นอกจากนั้นก็อาจเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสังเกตพฤติกรรมของกรณีตัวอย่างประกอบไปด้วย เป็นต้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. 2554. **สหพันธ์สุขภาพจิตโลก** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

[http://www.dmh.go.th/sty\\_libnews/news/view.asp?id=14193](http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=14193) [2554, มกราคม 5]

กรมสุขภาพจิต. 2553. **ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย-15** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.dmh.go.th/test/qtest/> [2553, กรกฎาคม 19]

กอบภาณูจน์ ศรประสิทธิ์ และบุญวดี เพชรรัตน์. 2531. **สุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.

กิตติมา รุ่งแดง. 2545. **อิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์**.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

กุลวดี กนกพัฒนางกูร. 2531. **ภาวะสุขภาพจิตของคณาจารย์ในสถานประกอบการประเภทการผลิตภัตตาคารในเขตจังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โกศล วงศ์สุวรรณ และเลิศลักษณ์ วงศ์สุวรรณ. 2551. **สุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท รวมสาส์น (1977) จำกัด.

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2551. **การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

คณิต ดวงหัดดี. 2537. **สุขภาพจิตกับความพึงพอใจในงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนในเขตเมืองและเขตชนบท ของจังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. 2537. **สรุปรายงานการวิเคราะห์นิยามความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบสุขภาพจิต**. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต.

จิรา เต็มจิตอารีย์. 2553. **สุขภาพจิต** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.ramamental.com/m10.html> [2553, กรกฎาคม 19]

จิราพร วรแสน. 2548. **สุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง**. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยรามคำแหง, ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-เม.ย. 2548): 64-80.

- จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี. 2549. **สุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: บริษัทนำศิลป์โฆษณา จำกัด.
- ชื่นจิตร คุปต์กาญจนากุล. 2543. **สุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์**  
กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชุตินา หุ่มเรื่องวงษ์. 2549. **โรคทางจิตเวชในสตรี และความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเพศ**.  
จุฬาลงกรณ์เวชสาร, ปีที่ 50 ฉบับที่ 6 (มิ.ย. 2549): 403.
- ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. 2539. **รายงานวิจัยการศึกษาสุขภาพจิตของนักศึกษาสถาบัน  
เทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ**. สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระ  
นครเหนือ.
- ดุจฤดี ธานีชิต. 2545. **ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้น  
มัธยมศึกษาปีที่ 5**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เต็มศักดิ์ คทวณิช. 2546. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน).
- นภาพร สาธ. 2542. **สุขภาพจิตของครู-อาจารย์ในวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา  
จังหวัดหนองคาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย  
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าคุณทหารลาดกระบัง.
- เบญจพร สมใสภณ. 2550. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต: กรณีศึกษาพนักงานและ  
ลูกจ้างของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
สุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปวีตร วณิชชานนท์. 2550. **สุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอละงู จังหวัดสตูล**.  
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ก.ค. -  
ก.ย. (ฉบับเสริม 3) 2550.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2549. **หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการ  
การวิจัยทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3.
- ไพบุลย์ ไหล่สุนทร. 2550. **ระบาดวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝน แสงสิงแก้ว. 2522. **เรื่องของสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: ชวนการพิมพ์.

- วรสรรพ์ ปรัชญคุปต์ และคณะ. (2550). **การศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น.**  
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2550 ; 52(4): 429-438.
- วราภรณ์ จิธานนท์. 2547. **สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ ทุมแก้ว. 2553. **การศึกษาเปรียบเทียบผลประเมินสุขภาพครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปกับครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีปัญหาสุขภาพจิต: กรณีศึกษาในตำบลหนองกุงธนसार อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น.** การศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไลพรรณ ศรีสงคราม และคณะ. 2549. **จิตวิทยาทั่วไป.** กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทริปปี้ด กรุ๊ป จำกัด.
- รัชณี ว่องวิวัฒน์ไวยยะ. 2549. **สุขภาพจิตของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วีระ ไชยศรีสุข. 2539. **สุขภาพจิต.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ต้นอ่อน แกรมมี่ จำกัด.
- ละออ อนุจันทร์. 2547. **สุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ลักขณา สิริวัฒน์. 2544. **จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- สงคราม เชาวน์ศิลป์. 2542. **ปัจจัยด้านบุคลิกภาพบางประการที่พยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท.** คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2548. **เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- สุวพัชร หนูประดิษฐ์. 2540. **สุขภาพจิตของอาจารย์ประจำสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน. 2551. **คู่มือการวัดทางจิตวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุรพงษ์ ชูเดช. 2545. **ตัวแปรในการทำนายสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี**. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2545.
- สุวรรี ศิวะแพทย์. 2549. **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรีนติ้งเฮ้าส์. สำนักพัฒนาการพลศึกษา สุขภาพ และนันทนาการ กรมพลศึกษา. 2545. **สุขภาพจิตนั้นสำคัญไฉน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ๒๕๔๓-๒๕๖๘**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552ก. **รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2552**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552ข. **การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2552. **การสาธารณสุขไทย 2548 – 2550**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อมราวดี ณ อุบล. 2544. **สุขภาพจิตของนักเรียนที่มีลักษณะครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู และสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อภิชัย มงคล และคณะ. 2543. **สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอิสาน**. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชัย มงคล และคณะ. 2544ก. **การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย (ระดับบุคคล)**. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชัย มงคล และคณะ. 2544ข. **ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2546; 46(3): 227-232.
- อภิชัย มงคล และคณะ. 2547. **การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่**. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชัย มงคล และคณะ. 2551. **การสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อัมพร โอตระกูล. 2540. **สุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิทยพัฒน์ จำกัด.

## ภาษาอังกฤษ

- Cummins, .A. Robert and others. 2003. Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing index. **Social Indicators Research** 64: 159–190, 2003.
- Jahoda, Marie. 1958. **Current concepts of positive mental health**. New York: Basic book Inc.
- World Health Organization. 2001. **The world health report 2001-Mental health: New understanding, new hope**. France: World Health Organization.
- World Health Organization. 2010. **Strengthening mental health promotion** [Online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> [2010, September 12]



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

ข้อคำถามจากแบบสอบถามการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551

ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกข้อคำถามที่นำมาปรับใช้เป็นตัวแปรในงานวิจัยนี้เท่านั้น นอกจากนี้  
ได้ปรับข้อความบางประการตามแบบสอบถามเดิมออก เพื่อให้สอดคล้องกับการนำมาใช้ในการ  
การศึกษานี้ รายละเอียดของข้อคำถามทั้งหมดมีดังนี้

ข้อ 1 ภาคที่อยู่อาศัย

- กรุงเทพมหานคร
- ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)
- ภาคเหนือ
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ภาคใต้

ข้อ 2 เขตที่อยู่อาศัย

- ในเขตเทศบาล
- นอกเขตเทศบาล

ข้อ 3 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ..... คน

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน

ข้อ F4 เพศ

- ชาย
- หญิง

ข้อ F5 อายุ (บันทึกอายุเต็มปี)..... ปี

ข้อ F10 “...(ชื่อ)...จบการศึกษาสูงสุดระดับใด”

- ไม่เคยเรียน
- ก่อนประถมศึกษา
- ประถมศึกษา



- มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย
  - สายสามัญ
  - สายอาชีพ
- ปวส. ปวท. อนุปริญญา
- ปริญญาตรี
- สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่น ๆ (ระบุ)

ข้อ F11 สถานภาพสมรส

- โสด
- สมรส
- ม้าย
- หย่า
- แยกกันอยู่
- เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพ

ข้อ F12 “ในรอบปีที่แล้ว ...ชื่อ... ทำงานอะไร

- ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน
- ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว
- เกษตรกร
- รับจ้างทั่วไป/กรรมกร
- นักเรียน/นักศึกษา
- แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- อื่น ๆ (ระบุ)

ตอนที่ 2 ศาสนา

ข้อ F13 “...(ชื่อ)... นับถือศาสนาใด”

- พุทธ
- อิสลาม
- คริสต์
  - นิกายคาทอลิก
  - นิกายอื่น ๆ

- ศาสนาอื่น ๆ
- ไม่มีศาสนา

### ตอนที่ 3 การยอมรับพฤติกรรมทางสังคม

คำตอบ

รับได้

รับไม่ค่อยได้

รับไม่ได้เลย

เฉย ๆ / ไม่มีความเห็น

“...(ชื่อ)... ยอมรับพฤติกรรมเหล่านี้ได้มากน้อยเพียงใด”

ข้อ F29 พูดภาษาไทยคำฝรั่งคำ

ข้อ F30 ใส่เสื้อสายเดี่ยว เกาะอก เปิดหน้าท้อง นุ่งกางเกงเอวต่ำ

ข้อ F31 แสดงพฤติกรรมไม่สุภาพในที่สาธารณะ เช่น ส่งเสียงดัง ใช้วาจาไม่สุภาพ

ข้อ F32 แสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผย

ข้อ F33 ชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน

ข้อ F34 หญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน

ข้อ F35 ชายหญิงอยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน

ข้อ F36 ผู้ชายทำตัวเป็นผู้หญิง

ข้อ F37 ผู้หญิงทำตัวเป็นผู้ชาย

ข้อ F38 ชายรักร่วมเพศ

ข้อ F39 หญิงรักร่วมเพศ

ข้อ F40 ชายหญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี

### ตอนที่ 4 คุณธรรม-จริยธรรม

คำตอบ

ทำทุกครั้งที่มีโอกาส

ทำเป็นส่วนใหญ่

ทำเป็นบางครั้ง

ทำน้อยครั้ง

ไม่ทำเลย

ไม่มีโอกาสที่จะทำ

“ในรอบปีที่แล้ว...(ชื่อ)... ได้ทำสิ่งต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด”

- ข้อ F41 ให้ความช่วยเหลือคนที่ต้องการความช่วยเหลือแม้ไม่ใช่ญาติ
- ข้อ F42 ตอบแทนผู้มีพระคุณหรือช่วยเหลือเรา
- ข้อ F43 ยอมรับผิดและขอโทษในความผิดที่ทำหรือมีส่วนรับผิดชอบ
- ข้อ F44 ให้โอกาสผู้อื่นก่อนตัวคุณเอง
- ข้อ F45 ยกโทษและให้อภัยอย่างจริงใจต่อผู้ที่สำนึกผิด
- ข้อ F46 แขงคิว
- ข้อ F47 ทิ้งขยะในที่สาธารณะ
- ข้อ F48 หาความรู้เพิ่มเติม
- ข้อ F49 ใช้จ่ายในการรับประทานอาหารร้านที่มีราคาแพง
- ข้อ F50 ใช้จ่ายในการตัด/ซื้อเสื้อผ้าใหม่
- ข้อ F51 ใช้จ่ายในการซื้อของใช้ (กระเป๋า รองเท้า นาฬิกา ฯลฯ) ที่มียี่ห้อดัง
- ข้อ F52 ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย
- ข้อ F53 เก็บออมเงิน

#### ตอนที่ 5 สุขภาพกาย

ข้อ F56 “ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา...(ชื่อ)... มีสุขภาพกายอยู่ในระดับใด”

สุขภาพแย่มาก .....0

.....1

.....2

.....3

.....4

.....5

.....6

.....7

.....8

.....9

สุขภาพดีมาก .....10

### ตอนที่ 7 สุขภาพจิตคนไทย

“ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ... (ชื่อ)... ได้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด”

#### คำตอบ

ไม่เลย

เล็กน้อย

มาก

มากที่สุด

ข้อ F70 รู้สึกพึงพอใจในชีวิต

ข้อ F71 รู้สึกสบายใจ

ข้อ F72 รู้สึกเบื่อหน่ายต่อทั้งกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

ข้อ F73 รู้สึกผิดหวังในตัวเอง

ข้อ F74 รู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์

ข้อ F75 สามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)

ข้อ F76 มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น

ข้อ F77 มั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต

ข้อ F78 รู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อผู้อื่นมีทุกข์

ข้อ F79 รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา

ข้อ F80 ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส

ข้อ F81 รู้สึกภูมิใจในตนเอง

ข้อ F82 รู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว

ข้อ F83 เมื่อป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างดี

ข้อ F84 สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน

### ตอนที่ 8 ข้อคำถามของครัวเรือน

ความสัมพันธ์ในครัวเรือน และความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

#### คำตอบ

เป็นประจำ

เป็นบางครั้ง

นาน ๆ ครั้ง

ไม่ทำเลย

“โดยปกติ สมาชิกในครัวเรือนได้ทำกิจกรรมเหล่านี้พร้อมหน้ากันบ่อยแค่ไหน”

ข้อ H1 รับประทานอาหารมือใดมือหนึ่ง

ข้อ H2 ดูโทรทัศน์

ข้อ H3 ไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้าน

“โดยปกติ ครัวเรือนของท่านและเพื่อนบ้านได้ทำกิจกรรมเหล่านี้ระหว่างกันบ้างหรือไม่”

ข้อ H4 ให้ยืมของใช้

ข้อ H5 ให้ข้าวของเครื่องใช้

ข้อ H6 ช่วยดูแลบ้าน/ทรัพย์สินและคนในบ้าน



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ข

## การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาค

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1.000													
2	0.022**	1.000												
3	0.042**	0.346**	1.000											
4	0.050**	-0.086**	0.300**	1.000										
5	0.151**	0.531**	0.264**	-0.002	1.000									
6	0.006	0.045**	-0.023**	-0.014	0.026**	1.000								
7	0.100**	-0.088**	0.036**	0.071**	0.008**	-0.118**	1.000							
8	-0.021**	-0.019**	0.232**	0.102**	0.038**	-0.017**	0.107**	1.000						
9	-0.022**	-0.034**	0.146**	0.028**	0.026**	0.014	-0.006	0.516**	1.000					
10	0.062**	-0.023**	-0.005	0.034**	0.085**	-0.046**	0.291**	0.041**	0.000	1.000				
11	0.007	0.049**	0.099	0.004	0.044**	-0.010	0.110**	0.211**	0.120**	0.161**	1.000			
12	-0.004	-0.106**	-0.092**	-0.024**	-0.056**	0.089**	-0.026**	0.017**	0.025**	-0.023**	-0.012	1.000		
13	0.045**	0.131**	-0.014	-0.071**	0.059**	-0.039**	0.013	-0.016*	-0.035**	0.078**	0.142**	-0.055**	1.000	
14	-0.084**	-0.286**	-0.177**	-0.031**	-0.197**	-0.043**	0.027**	-0.024**	0.026**	0.065**	0.009	0.024**	0.045**	1.000

หมายเหตุ \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. เพศ 2. อายุ

6. ศาสนา 7. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

11. สัมพันธภาพภายในชุมชน 12. ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม

3. ระดับการศึกษา

8. เขตที่อยู่อาศัย

13. ความมีคุณธรรม-จริยธรรม

4. อาชีพ

9. ภาคที่อยู่อาศัย

14. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย

5. สถานภาพสมรส

10. สัมพันธภาพภายในครัวเรือน

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายพลากร ดวงเกตุ เกิดที่จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2522 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนสุวรรณภูมิพิทยไพศาลในปีการศึกษา 2540 จากนั้นได้เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาและสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสถิติประยุกต์ สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์ด้วยคะแนนเฉลี่ยสะสม 3.42 (เกียรตินิยมอันดับ 2) ในปีการศึกษา 2544 และสำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพครู มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชในปี พ.ศ. 2545 ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 เข้ารับราชการในตำแหน่งนักสถิติ ที่กลุ่มบูรณาการข้อมูลสถิติ สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และในปี พ.ศ. 2552 ได้ขออนุญาตลาศึกษาต่อในระดับปริญญาโทบัณฑิต หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำเร็จการศึกษาดังกล่าวในปีการศึกษา 2553



ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย