

กรอบแนวคิด ทฤษฎี และวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

สภาพทั่วไปขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ

ปัจจุบันองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (Bangkok Mass Transit Authority=BMTA) หรือที่เรียกย่อๆว่า "ขสมก." จัดเป็นบริการสาธารณะการ ในรูปรัฐวิสาหกิจ โดยอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงคมนาคม มีหน้าที่ดำเนินการรถโดยสารประจำทางในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียงหรือที่เรียกว่า บริเวณพล อันได้แก่ 5 จังหวัดใกล้เคียง คือ นนทบุรี สมุทรปราการ สมุทรสาคร นครปฐม และปทุมธานี

ก. ความเป็นมาขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ

สำหรับกิจการรถเมล์ในกรุงเทพมหานครนั้น ได้เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2450 โดยมี นายเลิศ เศรษฐบุตร (พระยาภักดีนครเศรษฐ) เป็นผู้ริเริ่มเปิดกิจการรับส่งผู้โดยสารระหว่างสะพานยศเสกับประตูน้ำ ซึ่งสภาพรถเมล์ในสมัยนั้นใช้ม้าลากจูงรถ ต่อมาในปี พ.ศ.2456 จึงได้มีรถเมล์ที่ขับเคลื่อนด้วยเครื่องจักรเข้ามาวิ่งแทนม้า และเมื่อมีผู้โดยสารนิยมใช้รถเมล์มากขึ้นตามลำดับ กิจการรถเมล์ก็เริ่มมีบริษัทเอกชนอื่น ๆ เข้ามาประกอบกิจการแข่งขันมากขึ้น ซึ่งในขณะนั้นมีบริษัทที่ประกอบกิจการโดยสารรถเมล์รวมทั้งสิ้น 26 บริษัท (เป็นบริษัทเอกชน 24 บริษัท และเป็นรัฐวิสาหกิจ 2 บริษัท) แต่ด้วยเหตุที่ว่ากิจการขนส่งสาธารณะ เป็นกิจการที่มีความเกี่ยวข้องกับประโยชน์สุขของประชาชนโดยตรง รัฐบาลจึงจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในกิจการประเภทนี้ ประกอบกับในระยะหลัง ๆ การให้บริการรถเมล์มักจะทำให้เกิดความสับสน มีการเดินรถทับเส้นทาง และการให้บริการของแต่ละบริษัทไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้เกิดปัญหาความคับคั่งของการจราจร เนื่องจากจำนวนรถในท้องถนนบางช่วง บางถนน มีมากกว่าที่ควรจะเป็น ผลเสียทั้งหมดจึงตกอยู่กับผู้ใช้บริการทั้งสิ้น พอถึงปี พ.ศ.2516 ผู้ประกอบการทั้งหลายก็ประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น อันเกิดเนื่องมาจากราคาน้ำมันในตลาดโลกสูงขึ้นอย่างฉับพลัน แต่ผู้ประกอบการไม่สามารถปรับอัตราค่าโดยสารให้สมดุลกับราคาน้ำมันและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นผลทำให้หลายบริษัทมีฐานะทรุดลง จนไม่สามารถจะรักษาระดับการให้บริการที่ดีแก่ประชาชนได้ ด้วยเหตุนี้เอง จึงเป็นที่มาของแนวความคิดในการรวมกิจการรถโดยสารจากบริษัทต่าง ๆ ให้เหลือเพียงหน่วยงานเดียว ดังนั้น ในเดือนกันยายน พ.ศ.2518 ซึ่งตรงกับสมัยรัฐบาลที่มี ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช

เป็นนายกรัฐมนตรี จึงได้มีมติของคณะรัฐมนตรีให้รวมกิจการรถโดยสารประจำทางในกรุงเทพมหานครเป็นบริษัทเดียว เรียกว่า "บริษัทมหานครขนส่ง จำกัด" อันเป็นรูปของรัฐวิสาหกิจประเภทบริษัท จำกัด มีรัฐถือหุ้นร้อยละ 51 และเอกชนถือหุ้นร้อยละ 49 โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2518 เป็นต้นมา

เมื่อบริษัทมหานครขนส่ง จำกัด ดำเนินกิจการรถโดยสารประจำทางในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงแต่ผู้เดียวได้ระยะหนึ่ง ก็เกิดมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลจึงก่อให้เกิดปัญหาการขาดเงินทุน ปัญหาข้อกฎหมายในการจัดตั้งบริษัท และปัญหาการเรียกร้องในด้านผลประโยชน์ต่าง ๆ ของพนักงาน รัฐบาลจึงได้ทบทวนนโยบายใหม่ ในที่สุดได้ตัดสินใจเลิกบริษัทมหานครขนส่ง จำกัด และจัดดำเนินการรถเมล์ใหม่ในรูปรัฐวิสาหกิจของรัฐซึ่งเรียกว่า "องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ" ใช้ชื่อย่อว่า "ขสมก" เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ.2519 โดยให้อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงคมนาคม และองค์การฯ ได้เริ่มดำเนินการสืบทอดจากบริษัทมหานครขนส่ง จำกัด โดยมีการรับโอนหนี้ ทรัพย์สิน ตลอดจนพนักงานของบริษัท มาเป็นองค์การฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2519 เป็นต้นมา (พริ้มเพรา ลากมาก, 2534)

ข. โครงสร้างองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ

ปัจจุบันองค์การฯ จัดแบ่งส่วนงานเพื่อให้บรรลุผลถึงนโยบายสำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) ลดการขาดทุนด้วยการลดรายจ่าย และเพิ่มรายได้โดยมีเหตุผล
- 2) ปรับปรุงด้านบริการประชาชน และให้ความปลอดภัยสูงสุด
- 3) ส่งเสริมขวัญและกำลังใจให้กับพนักงานทุกระดับ
- 4) ดำรงตนให้เป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ

ดังนั้น ทางองค์การฯ (2534 ก) ได้แบ่งส่วนงานออกเป็น 4 ฝ่ายใหญ่ๆ คือ

1. ฝ่ายบริหาร
2. ฝ่ายการเดินรถ 1
3. ฝ่ายการเดินรถ 2
4. ฝ่ายการเดินรถ 3

ฝ่ายบริหาร มีหน้าที่เกี่ยวกับงานธุรการขององค์การฯ การจัดซื้อ การบริการภายใน การสื่อสาร การวางแผนงาน การจัดระบบงาน การจัดทำโครงการ การวิเคราะห์และประเมินผล การงบประมาณ การดำเนินการกรรมวิธีข้อมูลอัตโนมัติ การบริหารงานบุคคล งานสวัสดิการและพนักงานสัมพันธ์ การร้องทุกข์และวินัย การให้บริการทางการแพทย์ งานกฎหมายและคดี งานนิติกรรม งานอุบัติเหตุ งานการคลัง และประสานงานกับฝ่ายการเดินรถ โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการ เป็นผู้บังคับบัญชาและรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

ฝ่ายการเดินรถ 1 2 และ 3 มีหน้าที่เกี่ยวกับสิ่งการควบคุม กำกับ ดูแล วางแผน การเดินรถขององค์การฯ รวมทั้งรถร่วม รถเช่า รถเหมาซ่อม รถเมล์เล็ก และรถเมล์ในซอย การซ่อมบำรุงรักษารถให้เป็นไปโดยมีประสิทธิภาพตรงตามนโยบายและ เป้าหมายที่องค์การฯ กำหนด ควบคุมและจัดการรายได้ให้เป็นไปตามประมาณการที่วางไว้ ควบคุมและกำกับดูแลการใช้จ่ายให้เป็นไปตามงบประมาณ ระเบียบข้อบังคับและคำสั่งต่าง ๆ และประสานงานกับฝ่ายบริหาร โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการเดินรถ ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการ เป็นผู้บังคับบัญชาและรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

ค. ลักษณะการดำเนินงาน

ถึงลักษณะการดำเนินงานขององค์การฯ

เป็นแบบกระจายอำนาจ กล่าวคือ องค์การฯ ได้มีการจัดแบ่งตามเขตการเดินรถออกเป็นเขต ๆ ซึ่งในปัจจุบันมีเขตการเดินรถทั้งหมด 10 เขต แบ่งเป็นเขตเดินรถชนิดธรรมดา 9 เขต คือ เขต 1-6 และ 8-10 (เขต 7 ไม่มี) และเขตการเดินรถโดยสารปรับอากาศ 1 เขต คือเขตการเดินรถที่ 11 โดยเขตการเดินรถที่ 2 9 และ 10 ขึ้นกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการเดินรถ 1 เขตการเดินรถที่ 1 4 และ 5 ขึ้นกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการเดินรถ 2 และเขตการเดินรถที่ 3 6 และ 8 ขึ้นกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการเดินรถ 3 เขตการเดินรถต่าง ๆ เหล่านี้จะกระจายกันอยู่ในแต่ละส่วนของทั้ง 6 จังหวัด ที่เป็นจังหวัดที่องค์การฯ ได้ให้บริการ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร บhumธานี นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสาคร และนนทบุรี และเพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและเกิดความคล่องตัวมากที่สุด ทางองค์การฯ จึง ได้กำหนดให้เขตการเดินรถหนึ่ง ๆ รับผิดชอบงานเดินรถทั้งหมดของสายการเดินรถที่ได้รับมอบหมายให้อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของเขตนั้น ๆ ซึ่งในแต่ละ เขตก็กระจายความรับผิดชอบไปยังระดับกองปฏิบัติการเดินรถ ระดับแผนกเดินรถ จนกระทั่งถึงระดับสายการเดินรถที่มีผู้จัดการสายเป็นผู้ควบคุมดูแลโดยตรง (องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ [ชสมท], 2534 ข)

ง. การให้บริการ

องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ กำหนดเวลาการวิ่งให้บริการของรถโดยสารประจำทางไว้ คือ เทียวแรกจะเริ่มออกวิ่งบริการตั้งแต่ 04.25 น. และหลังจากนี้จะมีรถออกวิ่งบริการต่อเนื่องกันไปตลอดทั้งวัน จนกระทั่งถึงเที่ยงสุดท้าย เวลาประมาณ 23.30 น. ต่อมาเมื่อสภาพเศรษฐกิจและธุรกิจต่างๆของประเทศเจริญรุดหน้าขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทำให้มีความต้องการในการใช้บริการรถเมล์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น องค์การฯ จึงได้จัดให้มีรถยนต์โดยสารประจำทางที่ออกวิ่งให้บริการตลอดคืน หรือเรียกว่า "รถกะสว่าง" ซึ่งในปัจจุบันมีรถกะสว่างจำนวนทั้งสิ้น 26 เส้นทาง ซึ่ง พนักงานขับรถเมล์ทุกคน จะถูกกำหนดให้ปฏิบัติงาน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนตามกะ หรือช่วงเวลาที่เหมาะสมกัน อาจมี พนักงานขับรถเมล์บางส่วนที่ปฏิบัติงานกะใดกะหนึ่ง โดยเฉพาะ หรือเป็นเวลานานๆเพื่อความเหมาะสม-จำเป็น หรือความสะดวกในการปฏิบัติงาน

จ. พนักงาน

สำหรับพนักงานทั้งหมดขององค์การฯนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ

(1) พนักงานด้านปฏิบัติการ คือ พนักงานที่มีความรับผิดชอบโดยตรงในการดำเนินงานบริการรถยนต์โดยสารประจำทาง ซึ่งได้แก่ พนักงานขับรถ พนักงานเก็บค่าโดยสาร นายทํานายตรวจ ผู้จัดการสายและผู้ช่วย และพนักงานล้างรถ โดยมีจำนวนเท่ากับ 8,216 8,699 767 806 142 และ 8 คน ตามลำดับ รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 18,638 คน

(2) พนักงานซ่อมบำรุง ได้แก่ ช่างซ่อมและพนักงานขับรถช่าง ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 549 และ 6 คน ตามลำดับ รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 555 คน

(3) พนักงานประจำสำนักงาน ได้แก่ พนักงานอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากพนักงานทั้ง 2 ประเภทข้างต้น เช่น พนักงานธุรการ พนักงานการเงิน พนักงานขับรถสำนักงาน เป็นต้น ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 3,457 คน

จะเห็นได้ว่า พนักงานขับรถเมล์ หรือ "พชร". ถือเป็นพนักงานส่วนใหญ่ รองจากพนักงานเก็บค่าโดยสาร อาจถือเป็นบุคลากรหลักในการปฏิบัติงานให้แก่องค์การฯ ถ้าหากไม่มี "พชร" ก็คงไม่มีการเดินรถ และไม่มียุทธศาสตร์ขนส่งมวลชนกรุงเทพ นอกจากจะมีความสำคัญเป็นปัจจัยพื้นฐานให้แก่องค์การฯ แล้ว โดยเฉพาะ พนักงานขับรถชนิดธรรมดา ยังมีความสำคัญส่งผลกระทบต่อผู้คนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครปริมณฑล โดยเฉพาะในด้านการสัญจร คมนาคม และความปลอดภัยบนท้องถนน เพราะประชาชนส่วนใหญ่ในเมืองหลวง ต้องอาศัยการบริการจากองค์การฯ

สำหรับการรับสมัครพนักงานขับรถเมลล์นั้น จะต้องมีคุณสมบัติของผู้สมัครและหลักฐานการสมัคร ดังนี้

1. อายุอยู่ระหว่าง 25-45 ปี
2. เป็นเพศชายหรือเพศหญิง
3. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 12 รูป
4. สำเนาทะเบียนบ้าน
5. บัตรประจำตัวประชาชน
6. ใบรับรองการศึกษา วุฒินั้นต่ำชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
7. ใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ชนิดที่ 2 (ทุกประเภท) จากกรมการขนส่งทางบก
8. ใบรับรองผ่านการเกณฑ์ทหาร
9. ใบรับรองผลการเอกซเรย์บอด
10. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่า สุขภาพแข็งแรง สายตาปกติ
11. ค่าใบสมัคร 10 บาท
12. ค่าทำเนียมในการสอบ 50 บาท

ผู้สมัครจะต้องผ่านการสอบสัมภาษณ์จากคณะกรรมการ ซึ่งมาจากสำนักงานการเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร หรือคณะกรรมการระดับหัวหน้าแผนก หัวหน้ากอง ประมาณ 4 ท่าน เป็นผู้สัมภาษณ์เพื่อดูบุคลิกลักษณะความเหมาะสมต่าง ๆ รวมทั้งสืบประวัติทางการขนส่ง หลังจากนั้นผู้สมัครที่ผ่านการสัมภาษณ์ต้องได้รับการสอบการขับรถเมลล์อีกครั้งแล้วจึงตัดสินใจรับเข้าทำงาน (องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ, 2534 ข)

สำหรับหน้าที่ของพนักงานขับรถเมลล์นั้น ตามคำสั่งองค์การฯ ที่ 609/2534 กำหนดไว้ดังนี้

หน้าที่หลัก มีหน้าที่รับผิดชอบขับรถโดยสารขององค์การฯ เพื่อให้บริการแก่ประชาชน

ผู้ให้บริการ ดูแลรักษาความสะอาดของรถ แกะไขข้อขัดข้องเล็ก ๆ น้อย ๆ

เกี่ยวกับเครื่องยนต์และส่วนประกอบของเครื่องยนต์เท่าที่จำเป็น

งานที่ต้องปฏิบัติ

1. ลงชื่อและรับใบทำงาน พชร. (ขสมก. 1 - 20) จากพนักงาน
จ่ายงาน

2. ตรวจสอบความเรียบร้อยของรถยนต์โดยสาร อุปกรณ์ประจำรถให้ครบถ้วน ถูกต้องก่อนนำรถออกบริการ หากพบข้อบกพร่องให้รีบรายงานผู้บังคับบัญชา เพื่อสั่งการแก้ไข
3. ขับรถโดยสารเพื่อให้บริการผู้โดยสารตามเส้นทางที่รับผิดชอบด้วยความ สุภาพเรียบร้อยและถูกต้องตามกฎหมายจราจรตามคำสั่งนายท่า ในกรณีที่ เป็นรถที่มี ประตูเปิด-เปิดอัตโนมัติต้องปิดประตูตลอดเวลา เปิดประตูรับ-ส่งผู้โดยสาร เฉพาะป้ายหยุดรถประจำทาง
4. อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้โดยสารในเส้นทางที่รับผิดชอบ
5. ดูแลรักษาความสะอาดภายในรถที่รับผิดชอบ ตามสมควร
6. ดูแลและ ระวังรักษามิให้รถยนต์โดยสารที่รับผิดชอบเกิดความเสียหายหรือ อาจจะทำให้เกิดความเสียหายได้
7. แก้ไขข้อขัดข้อง เล็ก ๆ น้อย ๆ เกี่ยวกับเครื่องยนต์เท่าที่จำเป็น
8. รายงานความบกพร่อง ชำรุด เสียหายหรือสูญหายเกี่ยวกับรถยนต์โดยสาร อุปกรณ์ประจำรถให้ผู้บังคับบัญชาทราบ
9. รายงานปัญหาในการปฏิบัติงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบทุกครั้ง เพื่อหาทางแก้ไข
10. ตักเตือนแนะนำ พนักงานเก็บค่าโดยสาร (พกล) เมื่อพบข้อบกพร่องในการ ปฏิบัติงาน
11. ให้มีการรับ-ส่งมอบรถยนต์โดยสาร และอุปกรณ์ประจำรถทุกครั้งก่อน เริ่มหรือ สิ้นสุดการปฏิบัติงาน
12. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

พนักงานขับรถเมล์จะกระจายกันปฏิบัติงานตามเขตการเดินรถขององค์การฯ แต่ละเขต ทั้ง 10 เขต คือ เขต 1-6 และ 8-11 ในจำนวนที่ใกล้เคียงกันในแต่ละเขต ตั้งแต่ประมาณ 800 - 1100 คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนรถเมล์และจำนวนเที่ยววิ่งของแต่ละเขต จำนวนเฉพาะ พนักงานขับรถเมล์ชนิดรถธรรมดา ทั้ง 9 เขต (ยกเว้นเขต 11) จะมีจำนวน "พร" ทั้งหมด ประมาณ 7500 คน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

พจนานุกรมราชบัณฑิต (พระยาอนุนานราชธน, 2507) ได้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพจิต ดังนี้.

สุขภาพ หมายถึง ความไม่มีโรค ความเป็นสุข
จิต หมายถึง ความนึกคิด

ดังนั้น สุขภาพจิตตามความหมายของศัพท์จึงหมายถึง ความนึกคิดที่เป็นสุข ปราศจากโรค
องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตว่า ผู้มีสุขภาพจิตดีนั้นมิได้หมาย
เพียงว่าบุคคลนั้น ๆ ปราศจากอาการโรคจิต โรคประสาทที่เห็นได้ชัด เท่านั้น แต่จะสามารถปรับ
ตัวมีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพดีงามกับบุคคลอื่น มีชีวิตอยู่ด้วยความ
สบาย สมดุลย์ สามารถสนองความต้องการของตนในโลกที่เปลี่ยนนี้ได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายใน
จิตของตนเอง (ผน แสงสิงแก้ว, 2510)

สุจริต สุวรรณชีพ (ชูศรี หลักเพชร และคนอื่นๆ, 2531) ได้อธิบายและให้ความหมาย
ของสุขภาพจิตไว้ว่า

1. สุขภาพจิต เป็นสภาพของจิตใจ ที่มีความเข้มแข็ง สามารถ แก้ปัญหา และปรับ
จิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต
2. สุขภาพจิตของมนุษย์โดยทั่วไป มีลักษณะไม่คงที่ มักจะเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา
สุขบ้าง ทุกข์บ้าง ได้เสมอจากแรงผลักดันทั้งภายในตัวเราเองและจากผู้อื่นในสังคมนรอบตัวเรา
3. ผู้มีสุขภาพจิตดีนอกจาก เป็นผู้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งร่างกายและจิตใจแล้วยังต้อง
มีความสามารถที่จะผูกพันกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและว่าตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม
4. สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้หรือ ทำหน้าที่มีคุณค่าได้ในสภาพของสังคม และ
สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ไปจากเดิม
5. เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการก็สามารถหาทางออกที่ราบรื่นถูกต้องกับทำนอง
คลองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่ได้รับนั้น ๆ ด้วย

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพจิตใจ
ที่เป็นสุข เป็นสถานภาพของจิตใจที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สุขภาพจิต เป็นความ
สามารถส่วนบุคคลที่จะแก้ปัญหของตนในแบบฉบับอันตั้งอยู่ในบนรากฐานของความเป็นจริง โดยอยู่
ในกรอบของขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของตน (ชูศรี หลักเพชร และคนอื่นๆ, 2531)

ผน แสงสิงแก้ว (2522) ให้ความหมายของคำ "สุขภาพจิต" ว่าเป็นสภาวะของชีวิตที่มี
สุขภาพ และผู้มีสุขภาพจิตดี คือผู้สามารถปรับตัวเองอยู่ได้ด้วยมีความสุขในโลกซึ่ง เปลี่ยนแปลงอย่าง
รวดเร็วนี้ได้ นอกจากนี้ สุขภาพจิตอาจจะหมายถึง สภาพจิตใจที่มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหา



และปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสถานะที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต หรือนัยหนึ่งคือ คุณสมบัติของจิตใจในการทำงาน ผลผสมผสานบุคคลกับสภาพแวดล้อม คือทำให้คนรู้สึกรับรู้อารมณ์ ความนึกคิด การตัดสินใจ และการแสดงออกได้ตอบกับสิ่งแวดล้อมได้

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิตคือ คุณสมบัติของจิตใจในการทำงานประสมประสานบุคคลกับสภาพแวดล้อม ทำให้คนรู้สึก รับรู้ในอารมณ์ เกิดความนึกคิด ตัดสินใจและแสดงปฏิกิริยาได้ตอบกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีความคิดเพื่อตัดสินใจได้ดี-เร็วเพียงใด ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพความคิดของบุคคลนั้น (กองสุขภาพจิต, 2530)

Kirkpatrick and Michael (1962) ให้นิยามคำว่า "สุขภาพจิต" ว่าเป็นการ อีละระจากอาการทางจิตและการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดีที่สุดของบุคคลในสังคมของตน

Maslow (1954) ได้กล่าวว่า "สุขภาพจิต" หมายถึง การเป็นอีละระจากอาการที่ แสดงถึงการไร้ความสามารถและ เป็นทุกข์ซึ่งจะกีดกันประสิทธิภาพของสมอง ความมั่นคงทางอารมณ์ หรือความสงบของจิตใจ (อ้างถึงใน ผน แสงสิงแก้ว, 2510)

Freud มีความเห็นว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีก็คือ ผู้ที่สามารถที่จะรักและทำงาน (มรรยาท เจริญสุข โสภณ, 2532)

Jahoda ได้ให้ความหมายผู้ที่มีสุขภาพจิตดีว่า คือผู้ที่ประพฤติปฏิบัติตนตามแรงควบคุมภายในแห่งตนได้อย่างสม่ำเสมอ และค่อนข้างจะ ไม่มีความขัดแย้งของบุคลิกภาพทั้งสามส่วน ได้แก่ Id Ego และ Superego และกล่าวว่า สิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาเพื่อตัดสินว่าบุคคลสุขภาพจิตดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของบุคคลดังนี้คือ (Gillis ,1976 อ้างถึงใน สุณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว ,2527) ความมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ต่อสังคมที่อยู่ (Competence) ความเป็นตัวของตัวเอง มีวินัยในตัวเองพึ่งพาตนเองได้ (Autonomy) ความมีความต้านทานต่อภาวะ เครียดได้ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ภายหลังที่เหตุการณ์ซับซ้อนผ่านไประหว่าง (Resistance to Stress) การรับรู้สภาพการณ์ ต่าง ๆ อย่างเป็นจริง (Perception of Reality) และการใช้ความรู้ความสามารถ บำเพ็ญประโยชน์แก่ชุมชน หรือสังคมที่ตนอยู่ (Self -Actualization)

ส่วนนักจิตวิทยา บางกลุ่มก็ให้ความหมาย ของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีก็คือ ผู้มีความสุขสามารถประพฤติปฏิบัติตนได้ตามความคาดหวังของสังคม สามารถใช้สติปัญญา และสัมพันธ์กับความเป็นจริง โดยใช้เหตุผลและความเป็นกลาง ไม่บิดเบือนการรับรู้ เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสร้างสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ด้วยความรัก เป็นผู้ที่สามารถใช้พลังความสามารถของความเป็นคน สร้างสรรค์ประโยชน์ และ

แสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่คำนึงถึงสังคม (Meninger, 1950) และนักจิตวิทยาากลุ่มอัตถิภาวะมนุษย์นิยม ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับผู้มีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่สนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างพอเพียง มีความรู้สึกสุขสบายกับตัวเอง รับรู้สภาวะทางอารมณ์ได้อย่างอิสระ แต่ก็ไม่ถูกครอบงำด้วยอารมณ์ รับรู้ภาวะความไม่สมหวังในชีวิต ได้ด้วยท่าทีที่สงบ โดยไม่จำเป็นต้องประ เหมินตนเอง เกินเลยหรือต่ำกว่าความเป็นจริงสามารถสนองตอบความต้องการของชีวิต ใช้ความสามารถในตนเองอย่างเต็มที่ และเมื่อจะทำอะไรก็จะพยายามทำดีที่สุด ตามจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ บรรจุสิ่งแวดล้อมเมื่อทำได้และถ้าจำเป็นเขาก็จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เปิดใจรับความคิดและประสบการณ์ใหม่ ๆ และจะจัดการกับปัญหา หากมีปัญหากเกิดขึ้นเขาจะยอมรับภาวะความรับผิดชอบ มีความคิดเห็นเป็นของตนเองและตัดสินใจได้ (Gillis, 1976 อ้างถึงในสุนีย์ เกียรติแก้ว, 2530)

จะเห็นได้ว่า จากความหมายสุขภาพจิต ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการให้ความหมายขึ้นอยู่กับแนวความคิด และทฤษฎีที่ผู้ให้ความหมายนิยมและมีความเชื่อทำให้เกิดแนวคิด และทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพจิตต่าง ๆ มากมาย

กล่าวโดยสรุป ความหมายของสุขภาพจิต นั้นอาจกล่าวโดยสั้นๆ ว่า เป็นสภาวะดุลยภาพหรือความสมดุลย์ ของความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม บราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โรคจิตโรคประสาท สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้อย่างเหมาะสม และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นหรือสังคมได้อย่างมีความสุข

กลุ่มคนในสังคมโดยทั่วไป อาจแบ่งตามระดับสภาพจิตใจได้ 3 กลุ่ม (คณะกรรมการประสานงานวิชาการ และพัฒนากำลังด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2530) คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นพวกที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อมีปัญหาข้อขัดแย้งอุปสรรคและเรื่องราวต่างๆ ที่ไม่สบายใจจะสามารถแก้ปัญหา ปรับตัวปรับใจได้เป็นอย่างดี สภาพจิตใจที่เป็นทุกข์วิตกกังวลมีไม่นานจนเกินไ้ การดำเนินชีวิตจึง เป็นไปอย่างราบรื่นและมีความสุข

กลุ่มที่ 2 เป็นพวกที่เริ่มมีปัญหาด้านจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ข้อขัดแย้งใดๆ จะต้องทุ่มเททั้งเวลา และความคิดอย่างมากเพื่อแก้ไขปัญหา หรือปรับจิตใจให้ทนอยู่ต่อไปได้ อาจมีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นเช่น นอนไม่ค่อยหลับ สมาธิไม่ดี ตกใจง่าย หงุดหงิดหรือรู้สึกหดหู่ใจ โดยมีอาการเหล่านี้ไม่รุนแรงจนถึงกับทำงานไม่ได้ เพียงแต่ประสิทธิภาพของการทำงานลดต่ำลง มีอาการไม่ยาวนานเป็นเดือนๆ รู้สึกตนเองอยู่ตลอดเวลา อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเอง หรือจากความช่วยเหลือแนะนำของผู้อื่น

กลุ่มที่ 3 เป็นพวกที่มีปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจ ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการรักษา อาจไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล แต่ก็ต้องพบแพทย์เพื่อรับการรักษาย่างสม่ำเสมอ

ความสำคัญของสุขภาพจิต

เนื่องจาก มนุษย์เรากำหนดอย่างกว้างๆ แล้ว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ ๆ คือ องค์ประกอบทางด้านชีวภาพ หรือด้านร่างกาย (Biology) ด้านจิตใจ (Psychology) และด้านสังคมหรือสิ่งแวดล้อม (Social or Environment) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบ มีความเกี่ยวข้องกันรวมกันเป็นมนุษย์ ที่มีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งไม่สามารถจะแยกเอาองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่ง ได้อย่างชัดเจนออกจากความเป็นมนุษย์ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ก็มีผู้ที่ให้ความสำคัญและสนใจ องค์ประกอบด้านจิตใจ หรือให้ความสำคัญของสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก เพราะเชื่อว่า ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกหรือการตัดสินใจเรื่องใดๆ ก็ตาม มักจะมีพื้นฐานมาจากจิตใจ ดังคำลึกลับของ Hamilton ได้กล่าวไว้ว่า "บนผืนแผ่นดิน ไม่มีอะไรยิ่งใหญ่ไปกว่ามนุษย์และในมนุษย์ไม่มีอะไรยิ่งใหญ่ไปกว่าจิตใจ" (วิรัช วิเชียรโชติ , 2515)

ความเป็นผู้ที่มีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ถือได้ว่าเป็นประชากรหรือบุคคลที่มีคุณภาพ ที่เป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกในการที่จะพัฒนาประเทศชาติไปสู่ความเจริญก้าวหน้า สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและส่วนรวมได้อย่างดี มีชีวิตที่เป็นสุข ในขณะที่เดียวกันกับ คนที่มีสุขภาพไม่ดี หรือสุขภาพจิตเสื่อม ก็จะทำให้เกิดความไม่สบายใจต่าง ๆ เกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ เป็นทุกข์ มีความวิตกกังวล จนอาจกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาขึ้นในสังคมรอบข้างมากมาย เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาครอบครัวการหย่าร้าง เด็กถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ดังที่ แพทย์ ผู้วางรากฐาน สุขภาพจิตและจิตเวชของไทย นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว (2521) เคยกล่าวไว้ว่า

"ประเทศชาติต้องการคนที่มีสุขภาพดี มีสมรรถภาพทางอารมณ์ และจิตใจ ความมั่นคงของชาติขึ้นอยู่กับคน จิตใจและสุขภาพของคน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพัฒนา ผู้ที่ได้ชื่อว่ามีสุขภาพจิตดีนั้นต้องมีร่างกายและจิตใจที่เป็นสุข คนที่สุขภาพไม่ดีย่อมถ่วงความเจริญทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ส่วนคนที่ร่างกายแข็งแรง แต่จิตใจไม่ปกติก็เป็นเครื่องถ่วงความเจริญ และบางครั้งก็อาจทำลายเศรษฐกิจของชาติอีกด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะผู้มีสุขภาพจิตเสื่อมหรือมีปัญหาทางจิต ย่อมไม่สามารถประกอบกิจการงานได้

เต็มความสามารถ หรือ ไม่สามารถทำงานเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ทำให้เป็นภาระแก่สังคมที่ต้องคอยดูแล รักษาเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีค่าสูญเสียเวลา และสิ้นเปลืองเงินที่จะใช้ในการพัฒนาประเทศด้านอื่น"

ในทางอาชีวศึกษานั้นระบุว่า ปัญหาทางกายภาพและปัจจัยทางสังคมจะมีส่วนผลักดันให้เกิดอาชญากรรม ก็ต่อเมื่อปัจจัยทั้งสองนี้ผ่านตัวแปรทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางกายภาพหรือปัจจัยทางสังคมแต่เพียงอย่างเดียว ย่อมไม่ทำให้เกิดอาชญากรรม แต่ถ้าเมื่อใดที่ปัจจัยทั้งสองนี้มีอิทธิพลทำให้จิตใจของบุคคลเปลี่ยนแปลง ไปแม้แต่เพียง เล็กน้อยก็อาจมีส่วนผลักดันให้มีการก่ออาชญากรรมขึ้นได้ สภาพจิตใจของบุคคลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะปัจจัยทางจิตเพียงอย่างเดียวก็อาจนำไปสู่สภาพอาชญากรรมได้เสมอ ไม่ว่าปัจจัยทางสังคมและทางกายภาพจะมีอิทธิพลอยู่หรือไม่ก็ตาม (อริย์ สุวรรณบุบผา, 2518) สภาพจิตของคนจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาชญากรรมเป็นอย่างมาก ดังจะ เห็นว่าอาชญากรจำนวนไม่น้อยเป็นคนที่มีความสุขจิตบกพร่อง

ปัจจุบันรัฐบาลไทย ได้ให้ความสำคัญแก่สุขภาพจิตของประชาชนอย่างชัดเจน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 หรือ เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนางานเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 เป็นต้นมา ดังที่มีข้อความในแนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 และร่างฉบับที่ 7 ไว้ว่า "เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจมีสภาพเปลี่ยนแปลง ไปสู่การบรรลุสภาวะสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในระยะยาว และในระยะอันใกล้" ตามลำดับ (กองสุขภาพจิต, 2534)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สุขภาพจิต เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล และส่งผลกระทบต่อบุคคลคนนั้น สังคม และประเทศชาติ งานที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม ป้องกัน สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีจึง เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง และเป็นสิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย เริ่มตั้งแต่ ตัวบุคคลครอบครัวชุมชน สังคม หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ทุกคน ๆ เป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี และเป็นการพัฒนา สังคม ประเทศชาติต่อไป

การประเมินสุขภาพจิตของบุคคล

โดยทั่วไปการประเมินสุขภาพจิต เป็นเรื่องที่ทำได้ลำบากเพราะ ไม่สามารถประเมินสุขภาพจิตได้โดยตรง และ ไม่มีเครื่องมือที่จะใช้ตรวจสอบสภาพจิต เหมือนการประเมินสุขภาพทางร่างกาย แต่เราสามารถประเมินสภาพจิตโดยอาศัยการแปลพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคล

แล้วนำมาหาข้อสรุปว่าบุคคลนั้นๆ อยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่คืออย่างไร ในการพิจารณาตัดสินว่าพฤติกรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งผิดปกติ โดยใช้เกณฑ์เพียงหนึ่งหรือสองอย่าง เท่านั้นยังไม่เพียงพอ หลักเกณฑ์ในการตัดสินพฤติกรรมนั้นมีหลายอย่าง ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มคือ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2527)

1. การกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์

2. การใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งมีหลายทฤษฎี ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงทฤษฎีว่าด้วยแรงกดดัน (The Stress Model) ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมผิดปกติหรือบุคลิกภาพแปรปรวนนั้น เป็นเพราะเขาสงวนตอบสนองต่อความเครียดหรือความกดดันของชีวิต ซึ่งความเครียด หรือความกดดันนี้ บุคคลไม่สามารถจัดออกไปจากวิถีชีวิตของตนได้เป็นที่พอใจ ความเครียดนี้มีหลายอย่าง เช่น ความเครียดทางสรีรภาพ (Physical stress) อย่างเช่น ความร้อน แสง เสียง ที่ก่อให้เกิดภาวะไม่สบายทางร่างกาย และส่งผลกระทบต่อความสงบสุขทางจิตใจ ภาวะกดดันหรือความเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) และภาวะกดดันหรือความเครียดทางสังคม (Social stress) ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อจิตใจทำให้เสียสมดุลย์ทางอารมณ์และจิตใจ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการแสดงออกของบุคคลที่ผู้อื่นดูผิดปกติแปรปรวนไปนั้น เป็นเพราะการที่บุคคลมีความพยายามที่จะรักษาอารมณ์ให้สมดุลย์ ในขณะที่เขาเผชิญกับความเครียดทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นความเครียดด้านสรีรภาพ จิตใจ และสังคม ความเครียดนี้มีความหมายทางจิตวิทยาอยู่ 2 ความหมาย ดังนี้

2.1 ความเครียดคือ ภาวะอารมณ์ปั่นป่วนหรืออารมณ์ไม่สมดุลย์ที่บุคคลประสบ

2.2 ความเครียด คือ สิ่งเร้าที่คุกคามต่อสวัสดิภาพทางกายและทางใจของบุคคล ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ และเป็นเหตุให้มีพฤติกรรมแปรปรวนในที่สุด

จากความหมายของความเครียดดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นสิ่งเร้าที่คุกคามบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจให้เสียสมดุลย์ และเป็นเหตุให้พฤติกรรมแปรปรวน ผิดปกติ ซึ่งในการพิจารณาว่าสิ่งใดปกติหรือผิดปกติจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์ ซึ่งโฮม (Holme, 1972) ได้จำแนกมาตรการสำหรับตัดสินพฤติกรรมว่าผิดปกติหรือไม่ไว้หลายอย่าง เช่น การใช้สถิติเป็นมาตรการวัด โดยอาศัยความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติการใช้ความรู้สึกไม่สบายส่วนบุคคลเป็นมาตรการเพราะโดยทั่วไปตัวเราเองจะเป็นผู้บอกตนเอง ได้ดีที่สุดว่า เราผิดปกติจากเดิมหรือไม่ ความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกเครียด หวาดวิตก กังวล อึดอัดไม่สบาย กลัว เหล่านี้เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายในตนเองที่เจ้าตัวจะรู้สึกได้ดีกว่าคนอื่น ความรู้สึกเหล่านี้ถ้ามีมากจนเลย

ขีดความสามารถที่จะควบคุมได้ ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือแปรปรวนอันเป็นสิ่งที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ง่าย เพราะพฤติกรรมเหล่านี้แสดงออกในสิ่งที่คนปกติไม่กระทำ เช่น ประสาทหลอน หลงผิด เป็นต้น

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด การจะตัดสินพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลว่าปกติหรือผิดปกติเป็นเรื่องสำคัญ จึงควรอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่นำเชื่อถือไว้เป็นเครื่องช่วยความเครียดจึงเป็นกรณีซึ่งถึงสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลได้อย่างหนึ่งว่าเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสมดุลสุขภาพดี สภาวะสุขภาพจิตของบุคคลก็สามารถประเมินได้จากความเครียดที่บุคคลได้รับความต่อเนื่อง และความยาวนานของความเครียดและแหล่งที่จะช่วยบรรเทาระดับระคายเคืองเกิดความเครียด (สุวณีย์ เกียรติกัณฑ์, 2527)

การศึกษาในเรื่องของการประเมินสภาวะสุขภาพจิตนั้น มีวิธีการศึกษาอยู่หลายวิธี ได้แก่ (สุวณีย์ เกียรติกัณฑ์, 2530)

1. การประเมินสภาวะสุขภาพจิตโดยตรง ซึ่งทำโดยการใช้เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพหรือศึกษาถึงสภาวะสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งอย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าที่มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์นั้นยากกว่าการศึกษาระดับความเจ็บป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่เห็นได้ชัดเจน เมื่อขาดความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับลักษณะคนที่มีภาวะสุขภาพจิตสมบูรณ์ทำให้ขาดหลักการในการประเมินผู้มีสุขภาพจิตดี ดังนั้นเครื่องมือวัดคน ภาวะสุขภาพจิตดีจึงมีน้อย เช่น Index of Psychological Well Being

2. การประเมินสภาวะสุขภาพจิตโดยการศึกษาการปรับตัวด้านสังคมของบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประเภทนี้ ได้แก่ เครื่องมือวัดการประพฤติปฏิบัติตนในสังคมที่แปรปรวน (Indicators related to social disorganization) ในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การปรับตัวในสังคมด้านครอบครัว ตลอดจนสังคมภายในที่ทำงาน การศึกษาสุขภาพจิต โดยเครื่องมือประเภทนี้สืบเนื่องมาจากแนวความคิดที่ว่า สุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวได้และมีความสุข ซึ่งเครื่องมือประเภทนี้ พบว่ามีไม่มากนัก เช่น The Structured and Scaled Interview to assess Maladjustment

3. การประเมินสภาวะสุขภาพจิต โดยศึกษาอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งถ้ามีปรากฏในบุคคลใดมาก ก็แสดงว่าบุคคลนั้นมีสภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี เครื่องมือประเภทนี้พบมากที่สุด เช่น เครื่องมือวัดอาการวิตกกังวล วัดภาวะความซึมเศร้า วัดความเครียด วัดภาวะความย่ำคิด ย้ำทำ เป็นต้น

Jahoda (1970 อ้างถึงใน ควงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจวบจันทึก, 2524) ได้รวบรวมความหมายที่ใช้พิจารณาสุขภาพจิตของบุคคลเป็น 6 ประการ คือ

ประการแรก คือ สุขภาพจิตในแง่ของ "ตน" (Self) ซึ่งหมายถึง การยอมรับตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การยึดตนเองเป็นที่พึ่ง ความภาคภูมิใจในตน และความเคารพตนเอง

ประการที่สอง คือ ในแง่ของความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง ความเป็นอิสระจากอิทธิพลของสังคม ในการที่บุคคลจะตัดสินใจ โดยยึดมาตรฐานที่เป็นหลักประจำใจของตน มากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับกรอบค้ำของอิทธิพลภายนอก และผลของการตัดสินใจของผู้มีความเป็นตัวของตัวเองสูง จะปรากฏในรูปของการกระทำอย่างอิสระ

ประการที่สามคือ ความสามารถควบคุมสภาพแวดล้อม ซึ่งมีความหมายสองประการ คือ ความสำเร็จและการปรับตัว ซึ่งอาจปรากฏในรูปของความสามารถที่จะรัก ความพอใจในการทำงาน การเล่นเกม และการมีความรักความพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพในการสนองตอบการเรียกร้องของสถานการณ์ต่างๆ ความสามารถในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง และประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา

ประการที่สี่ สุขภาพจิต อาจหมายถึง ความเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคลไปสู่ระดับสูง แสดงความเป็นจริงแห่งตน (Self - actualization) โดยการพัฒนาความสามารถของตนจนเต็มที

ประการที่ห้า สุขภาพจิตคือ การรับรู้ตามความเป็นจริง ซึ่งหมายถึงการรับรู้ที่ปราศจากความต้องการที่จะบิดเบือนความจริง มีความไวในการเข้าใจสังคม และความสามารถในการเอาใจเขามาใส่ใจเราได้ (empathy)

ประการที่หก ซึ่งเป็นความหมายทางจิตวิทยาของสุขภาพจิต คือ บูรณาการของบุคลิกภาพ ซึ่งหมายถึง ความผสมผสานเกี่ยวกับของกระบวนการทางจิต และคุณสมบัติต่างๆ ของบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดหน่วยรวม และความต่อเนื่องของบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ความหมายนี้เน้นความสมดุลง่ายของหลักจิตต่าง ๆ ของบุคคล การที่บุคคลจะมองชีวิตในแง่มุมมองที่สอดคล้องกันเป็นหน่วยรวม และความสามารถที่จะต้านทานความเครียดได้

จะเห็นได้ว่าความหมายของสุขภาพจิตที่ Jahoda รวบรวมมานี้เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพจิตดีมากกว่าสุขภาพจิตเสื่อม และเน้นที่สาเหตุและกระบวนการทางจิตในการกำหนดสุขภาพของบุคคล จึงทำให้การศึกษาและการสร้าง เครื่องมือวัดระดับสุขภาพจิตตามความหมายเหล่านี้ยากลำบาก นักวิจัยทางจิตวิทยาสุขภาพจิตจึงพยายามที่จะกำหนดความหมายของสุขภาพจิต โดยใช้

ผลที่เกิดขึ้นคือ อาการหรือลักษณะทางจิตของบุคคลเป็นเกณฑ์ เพื่อสะดวกในการวัดและการศึกษา
 สุขภาพจิตของบุคคลเป็นจำนวนมากในคราวเดียวกัน ทั้งนี้ เนื่องจากอาการและลักษณะทางจิตของ
 บุคคลเป็นสิ่งที่สามารถศึกษาและสร้าง เครื่องมือ ได้ดีกว่า

นอกจากนี้ Scott (1958) ได้รวบรวมเกณฑ์ที่ใช้หรือประเมินสุขภาพจิตของบุคคลไว้
 6 ประการ คือ

1. สุขภาพจิตอาจจะวัดได้จากประสิทธิภาพการบำบัดรักษาทางจิต ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้น
 เคยป่วยเป็น โรคจิตและเคยอยู่ในความดูแลของจิตแพทย์มาก่อน การประเมินเช่นนี้ จะจำกัด
 จำนวนผู้ป่วยทางจิตที่มีอยู่ในแต่ละชุมชนอย่างแท้จริง และ ไม่ได้สะท้อนให้เห็นธรรมชาติทางจิตของ
 บุคคล

2. สุขภาพจิต วัดได้จาก ปริมาณความมากน้อยที่บุคคลไม่สามารถที่จะปรับตัวทางสังคม
 ซึ่งหมายถึงบุคคลที่สังคมตัดสินว่าเป็นผู้ที่เบี่ยงเบนไปจากพื้นฐานของสังคม เช่น เป็นอาชญากร
 ดิคาเสพติด เคยฆ่าตัวตาย เคยหย่าร้าง หรือเคยทำความผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ อื่น ๆ เช่น หนี
 ออกจากบ้าน พาลเกเร ปฏิบัติตนผิดกฎระเบียบ เป็นต้น สุขภาพจิตในความหมายที่ผิดพื้นฐาน
 ของแต่ละสังคมนี้ จึงอาจแตกต่างกันไปได้ในแต่ละสังคมด้วย เช่น บางสังคมอาจเห็นว่าการมี
 ความรักร่วมเพศเป็นสิ่งที่ขัดต่อสังคม แต่ในบางสังคมก็ยอมรับและถือ เป็นประเพณีที่ปฏิบัติกันมาใน
 สังคมนั้น

3. สุขภาพจิตอาจวัดได้ด้วยการตรวจอาการทางจิต และอาจแบ่งบุคคลได้ตามระดับ
 ตามความรุนแรงและชนิดของอาการทางจิต อย่างไรก็ตามการใช้การตรวจสุขภาพจิตเป็นเกณฑ์
 ก็ยังขึ้นอยู่กับความรู้ความชำนาญของผู้ตรวจแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม

4. สุขภาพจิตประเมินได้จากความรู้สึกส่วนตัวเกี่ยวกับการไร้ความสุขของบุคคล วิธีวัด
 ชนิดนี้ คือ การขอให้บุคคลประเมินตนเองในสภาพการณ์ปัจจุบัน ว่าตนมีความสุขมีพลัง มีความมั่น
 ใจ และมีความกินดีอยู่ดีเพียงใด มีความพอใจหรือไม่พอใจในหน้าที่การงาน และในครอบครัว
 ของตน และอาจเกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองด้วย อย่างไรก็ตามการให้บุคคลประเมินตนเองนั้น
 อาจได้ข้อมูลที่ไมตรงกับความเป็นจริง เพราะความสามารถของผู้ตอบแต่ละคนในการประเมินตน
 เองนั้นแตกต่างกัน บางคนก็ต้องการจะบิดบังความจริง บางคนอาจต้องการรายงานในเรื่องนี้ให้
 สอดคล้องกับรายงานของตนในเรื่องอื่น ๆ ด้วย คำตอบจึงอาจต่างจากที่เป็นจริงได้มาก นอกจากนั้น
 ยังมีผู้ให้ความเห็นว่า การที่บุคคลรายงานว่าตนเองมีความสุขมากในสภาพที่เลวร้าย ก็ย่อมแสดงว่า
 บุคคลนั้นมีสุขภาพจิตที่ผิดปกติ เพราะมีความสามารถที่จะรับรู้ความจริงทางสังคมได้ค่า ตามความ

หมายทางจิตวิทยาที่ได้กล่าวมาแล้ว ฉะนั้นการวัดสุขภาพจิตด้วยการให้บุคคลประเมินตนเอง จึงให้ข้อมูลที่อาจผิดพลาดได้มาก แต่อย่างไรก็ตามได้มีการพยายามที่จะทำให้เครื่องมือวัดสุขภาพจิตประเภทนี้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น ด้วยการตั้งคำถามในรายละเอียดเป็นด้านๆ ไป

5. การประเมินสุขภาพจิตของบุคคล โดยการถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และอาการทางจิตประเภทต่างๆ โดยให้บุคคลรายงานตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตน แต่มิได้ให้ผู้ตอบประเมินสถานภาพหรือสุขภาพจิตของตน เช่นในการประเมินชนิดที่สี่ที่ได้กล่าวมาแล้ว เมื่อได้รับรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมแล้วอาการทางจิตของผู้ตอบแล้ว ก็จะนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ได้จากผู้่วยทางจิตเวช และ เกณฑ์จากการวิจัยอื่นๆ เพื่อให้ความหมายว่าบุคคลนั้นมีระดับสุขภาพจิตอย่างไร ในการให้คะแนนสุขภาพจิตแก่ผู้ตอบแต่ละคนนั้น ก็อาจมีวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละการวิจัย เช่น การรวมคำตอบรับเกี่ยวกับอาการบกคิของบุคคลกับคำตอบปฏิเสธเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่าง ๆ โดยให้น้ำหนักแก่แต่ละอาการเท่าเทียมกัน หรือให้คะแนนแก่พฤติกรรมซึ่งเป็นพฤติกรรมปกติหรือพฤติกรรมที่นิยมในหมู่คนปกติ เป็นต้น

6. การประเมินสุขภาพจิตโดยวิธีการอื่นๆที่แตกต่างไปจากที่กล่าวข้างต้น

จะเห็นได้ว่าสุขภาพจิตของบุคคลอาจศึกษาได้ โดยพิจารณาที่สาเหตุกระบวนการและผลที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งปรากฏออกมาเป็นอาการทางจิตและอาการทางสรีระ การวัดสุขภาพจิตโดยวิธีที่ผลซึ่งเกิดกับบุคคลก็มีหลายวิธี และหลายระดับ ตั้งแต่การศึกษามูลรณแรงที่มีอาการชัดเจนเป็นโรคจิตโรคประสาท ต้องเข้ารับการรักษา ไปจนถึงผลที่ยังไม่รุนแรง ไม่ปรากฏอาการเด่นชัดก็อาจวัดสุขภาพจิตได้ โดยการให้ผู้ชำนาญทางจิตเวชได้ตรวจอาการ ส่วนในบุคคลปกติก็อาจวัดอารมณ์และความรู้สึกซึ่งปรากฏในรูปของความวิตกกังวล ความหวาดกลัวจนเกินเหตุ และอาการทางสรีระ เช่น อ่อนเพลีย บาดศีรษะ เป็นไข้ เบื่ออาหาร อันมีสาเหตุมาจากความเครียดที่เกิดขึ้นสมในชีวิตประจำวันของบุคคล โดยอาจอธิบายได้ว่าอารมณ์เครียดเป็นสาเหตุของอาการทางสรีระของบุคคล

สำหรับงานวิจัยทางด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย ได้เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2518 โดย ยรรยง ศุภรัตน์ และคนอื่นๆ (2522) ได้นำแบบสอบถามที่สร้างโดย Broadman และคนอื่นๆ ซึ่งมีชื่อว่า The Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI) แปลเป็นภาษาไทยและทดลองใช้กับกลุ่มผู้่วยไทยก่อนและพบว่าใช้ได้ ดังนั้นในปี 2519 นายแพทย์ยรรยง และคนอื่นๆ จึงได้นำแบบสำรวจ CMI นี้ ไปสำรวจสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแบบสำรวจ CMI นี้ เป็นแบบสำรวจสุขภาพทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคำตอบว่า ใช่หรือ

ไม่ใช้ 195 ข้อ และข้อคำถาม 38 ข้อ ในแบบสอบถามจะสอบถามถึงสภาวะทางจิต คือจะถาม สภาวะความเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้า ความรู้สึกโกรธ และ ความรู้สึกเครียด แบบสำรวจ CMI จึงเป็นแบบวัดสุขภาพจิตประเภทวัดอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งถ้ามีมากในบุคคลใด ก็แสดงว่าบุคคลนั้นมีสภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ภายหลังจากที่นายแพทย์บรรจง ได้นำผลการวิจัย เสนอที่ประชุมวิชาการกองสุขภาพจิตแล้วก็ได้มีการใช้แบบสำรวจ CMI นี้ไปสำรวจ สุขภาพจิตในประชากรกลุ่มอื่น ๆ อีกคือในปี 2520 นายแพทย์ธนู ซาติชานนท์ ได้สำรวจสุขภาพจิต เด็กนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดชัยนาท ในปี 2522 แพทย์หญิงอัมพร โอตระกูล และคณะ สำรวจสุขภาพจิตของประชากรทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อปี 2521-2522 สมคร เชื้อศิริฤทธิ์ ได้ทำ การสำรวจสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และในปี 2525 นายแพทย์กวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันโกรผล ก็ได้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้สำรวจสุขภาพจิต นักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เช่นกัน จากการใช้แบบสอบถามนี้พบว่าประกอบด้วยคำถามที่ ค่อนข้างสมบูรณ์ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ อันเป็นการถามประวัติ "คนทั้งคน" แต่ก็พบว่าแบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วยคำถามค่อนข้างมาก ถ้าจะใช้สำรวจสุขภาพจิตของประชา ชนในชุมชนใหญ่ ๆ ต้องใช้เวลานาน

นอกจากนี้ยังมีแบบสำรวจความเครียด (Health opinion survey หรือ HOS) ซึ่ง เป็นแบบสำรวจที่ถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจอันเป็นผลจากปฏิกิริยาเมื่อร่างกายได้รับความเครียด ใช้ง่าย เหมาะสำหรับชุมชนใหญ่ๆ เพราะประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แต่ไม่สามารถแยกแยะความผิดปกติของสุขภาพจิตเป็นด้านๆได้

นอกจากการใช้แบบทดสอบ CMI และ HOS ในการสำรวจสุขภาพจิตแล้ว สำหรับการ วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดูแล้ว ปรากฏว่าเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับ การวิจัยนี้ คือ แบบทดสอบสุขภาพจิต Symptom Distress check list (SCL-90) เป็น แบบทดสอบที่ ละเอียดย ชูประยูร (2520) กล่าวว่า เป็นแบบทดสอบที่สามารถวัดอาการทางจิต เบื้องต้น 9 ด้าน (Dimension) โดยดัดแปลงมาจากแบบทดสอบสุขภาพจิตของ Derogatis และคนอื่นๆ (1973) ที่เขาเริ่มใช้ในปี 1970 แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยคำถามสั้นๆ 90 ข้อ โดย ให้บุคคลประเมินตนเองในสภาพที่เป็นจริงขณะนั้น (self-reporting scale) ซึ่งอาการ เหล่านี้เป็นอาการที่มีอยู่ในคนปกติทั่วไปด้วยเหมือนกัน โดยมีการหามาตรฐานของแบบทดสอบนี้ใน คนปกติ ซึ่งมีระดับความเข้มของอาการไม่ถึงเกณฑ์ของความผิดปกติ การแบ่ง ระดับอาการหรือ ปัญหาทางจิตในแต่ละด้านนั้น ได้แบ่งเป็นระดับ คือ

0	ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความทุกข์หรือไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการนี้เลย
1	เล็กน้อย	หมายถึง	มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอยู่บ้างแต่ไม่ล้าเมื่อยและ เป็นจำนวนพอประมาณไม่รุนแรงนัก
2	ปานกลาง	หมายถึง	มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นค่อนข้างล้าเมื่อยและเป็นจำนวนพอประมาณไม่รุนแรงนัก
3	ค่อนข้างมาก	หมายถึง	มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นล้าเมื่อยและมีจำนวนพอประมาณไปจนถึงมาก
4	มากที่สุด	หมายถึง	มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอย่างมากทั้งความถี่และความรุนแรง

ซึ่งตัวอย่างของแบบทดสอบนี้ มีรายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก

แบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 นี้ ได้มีผู้เคยนำมาใช้ในประเทศไทย เพื่อทำการสำรวจสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างต่างๆ กล่าวคือ

จำลอง ดิษยวณิช และคนอื่นๆ (2522) ได้มีการเลือกเอาบางส่วนชอบแบบทดสอบมาใช้ในการสำรวจ ความแปรปรวนทางจิตใจในกลุ่มนักศึกษา ที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่านักศึกษามีความแปรปรวนทางด้านจิตใจ ด้านความรู้สึกมีอาการทางกาย และความวิตกกังวล กนกรัตน์ สุขะคงคะ (2523) ได้ใช้ทำการสำรวจสุขภาพจิตนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตแทรกซึมของผู้ออกการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดบราจันบุรี พบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมา ยุพา วิสุทธิโกศล (2524) ได้เลือกเอาข้อคำถามบางส่วนของ SCL-90 ร่วมกับแบบสอบถามที่เขาสร้างขึ้น ใ้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในโรงเรียนโดยได้สรุปว่า สุขภาพจิตของครูมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของนักเรียน เบรมสุรีย์ เชื่อมทอง (2526) ได้นำแบบทดสอบ SCL-90 นี้ ไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน และพบว่าสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนดีกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน น่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และ มัลลวิทย์ อดุลย์วัฒนศิริ (2527) ได้ใช้ในการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าลักษณะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกด้าน และ ลีวีรรณ ภาษานนท์ (2530) ใช้ในการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดชายฝั่งภาคตะวันออกเฉียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ หรือมีความผิดปกติของสุขภาพจิตทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตัวอย่างที่กล่าวมาทั้งหมด ย่อมแสดงให้เห็นว่า แบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 ได้

รับความนิยมแพร่หลายในหมู่นักวิจัย นักวิชาการ ทางด้านสุขภาพจิตมากพอสมควร และให้การยอมรับว่า สามารถใช้วัดและประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลได้

สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้านจิตใจ หรือเกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้น ต่างกับความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งมักจะมาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง เช่น เกิดจากเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ สารเคมี สารพิษ ความประมาทเลินเล่อ เป็นต้น ส่วนการเจ็บป่วยทางจิตนั้น มาจากหลายๆ ปัจจัยรวมกัน (Multifactorial cause) มีความสลับซับซ้อน อาการเกิดขึ้นได้ทันทีทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไปแล้วทำให้เกิดความกังวลคับข้องใจ ความเครียด ตลอดจนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทในที่สุด โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบัน มีปัจจัยที่ชักจูงให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจได้มากขึ้น

มีผู้จำแนกสาเหตุของความเครียด หรือปัญหาสุขภาพจิต ไว้ดังนี้

สวานีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527) ได้จำแนกสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตไว้ว่า

1. สาเหตุจากภายนอกและระหว่างตัวบุคคล

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาททั้งห้า เป็นต้นว่าสภาพความร้อน-หนาวของอากาศ แสงสว่างที่จ้าหรือมืดจนเกินไปอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ มีกลิ่น มีควันพิษ เสียงที่ดังมากทำให้ประสาทหูได้รับความกระทบกระเทือน เราจะไม่สามารถตีระ และอารมณ์เสียได้ง่าย นั่นเป็นเพราะเรากำลังอยู่ในอารมณ์เครียด ซึ่งเป็นความเครียดเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวทางกายภาพที่จะต้องเผชิญอยู่ทุกวันนอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร-น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นสาเหตุของความเครียดได้ สภาวะต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์

1.2 สังคมและสัมพันธ์สภาพกับบุคคลอื่น ๆ ความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง ได้เถียงกัน การอิจฉาริษยา การแก่งแย่ง-แข่งขัน การขาดเพื่อน อยู่โดดเดี่ยวทำให้เกิดความเครียด

1.3 สภาวะการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ เรามักเข้าใจกันว่า ความเครียดทางอารมณ์มักเกิดจากเหตุการณ์ที่เลวร้าย แต่ความเป็นจริงแล้ว เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นต้นว่า การแต่งงาน การมีบุตร การสร้างครอบครัวใหม่ การเลื่อนตำแหน่ง การเข้าทำงานใหม่ ก็เป็นเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดทางอารมณ์ได้เช่นกัน เพราะเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้บุคคลมีการปรับตัว การปรับตัวย่อมก่อให้เกิดความเครียด

นอกจากนี้ ยังมีเหตุการณ์อื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดตามมา ได้แก่ การเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ การเปลี่ยนนิสัยการหลับนอน จากที่เคยนอนกลางคืนมานอนกลางวัน เพราะต้องทำงานกลางคืน การบาดหมางระหว่างครอบครัว เป็นต้น

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีระวิทยา ร่างกายที่เจริญเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแงอยู่มีน้อย ทำให้การแก้ปัญหาไม่คืบหน้า ทนต่อสภาวะความเครียดไม่ได้

2.2 ระดับพัฒนาการ ร่างกายที่มีพัฒนาการไม่ปกติ เนื่องจากรับประทานอาหารไม่พอทำให้เติบโตช้า เกิดโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับจิตใจที่พัฒนาการไม่ดี ระดับพัฒนาการที่ไม่ดี ทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ แบลเหตุการณ์แบบเด็ก ๆ และแก้ปัญหาแบบเด็ก ๆ ซึ่งยังผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดความเครียดตามมา หรือเด็กที่อยู่กับความเครียดเนื่องจากพ่อแม่เจ็บป่วยหรือตาย มักมีพัฒนาการคิดอ่านช้า กลายเป็นเด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรม

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัว โกรธ เกลียด กังวล ตื่นเต้น ถือว่าทำให้เกิดความเครียด การที่มีอารมณ์เหล่านี้ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์อย่างหนึ่งทำให้คนสองคนรับรู้ได้ไม่เหมือนกันและมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่ต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ไม่เหมือนกัน

นงคราญ ผาสุข (2528) ได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและสภาวะสุขภาพจิตไว้ 3 ปัจจัย

1. ความเครียดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย (Developmental stress) เมื่อมีพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่ง ไปสู่วัยหนึ่งย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น เด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน และวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น

2. ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological stress) สาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ที่มีผลทำให้เกิดความเครียดได้มีดังนี้

ก. กายภาพทางร่างกาย

ข. สรีระทางร่างกาย

ค. องค์ประกอบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ต่อมไร้ท่อ, เชื้อโรค สารพิษต่าง ๆ การเผาผลาญยีน (gene) ต่าง ๆ

3. ความเครียดที่เกิดจากสภาพแวดล้อม (Environmental Stress) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น

- ก. อิทธิพลของระ เเบียบประ เพณีและวัฒนธรรม
- ข. อิทธิพลของลักษณะครอบครัว
- ค. สภาพของโรงเรียน
- ง. ภาวะทางเศรษฐกิจ
- จ. ความไม่สมหวังในอาชีพ
- ฉ. ภาวะทางสงคราม



สมชาย จักรพันธ์ (2523) กล่าวถึงสาเหตุของโรคจิต โรคประสาทว่ามีผู้ตั้งทฤษฎีต่างๆ ไว้ 3 ประการ ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มใดจะมีความเชื่อ เน้นหนักไปด้านใด

กลุ่มที่ 1 เชื่อในเรื่องความผิดปกติทางกาย เช่น พยาธิสภาพทางสมอง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือระบบเผาผลาญอาหาร จิตแพทย์กลุ่มนี้จะไม่สนใจอิทธิพลของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย การจำแนกอาการของโรคและการวินิจฉัยโรคเป็นไปในแนวทางเดียวกับอายุรศาสตร์ทั่วไป

กลุ่มที่ 2 เชื่อในความผิดปกติทางพันธุกรรม โดยได้รับอิทธิพลจากแนวความคิดของชาร์ล ดาร์วิน (Charles Darwins) เชื่อว่า ผู้ป่วยโรคจิตจะมีความผิดปกติทางพันธุกรรม และสมองซึ่งเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และยอมรับว่าส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวให้เข้ากับสังคมยุคใหม่ไม่ได้ และ เป็นวิถีทางธรรมชาติที่จะขจัดเผ่าพันธุ์ที่อ่อนแอและความผิดปกติให้หมดไป การป้องกันจึงทำได้โดยการห้ามย่ายีนฐาน และสนับสนุนทฤษฎีชาติพันธุ์บริสุทธิ์ ในต้นศตวรรษที่ 20 นี้ หลายรัฐในสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายให้ทำหมันคนใช้โรคจิต และอาชญากรรมบางพวก จิตแพทย์กลุ่มนี้เข้าใกล้ชุมชนมากขึ้น เพราะถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องป้องกันสังคมให้พ้นจากคนวิกลจริต

กลุ่มที่ 3 เชื่อในอิทธิพลของสังคม ระเบียบและวัฒนธรรม กลุ่มนี้ยอมรับว่าความผิดปกติทางกายและทางกรรมพันธุ์ มีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต แต่ในเวลาเดียวกัน สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนการศึกษาก็เป็นองค์ประกอบ ซึ่งอาจสำคัญกว่าในสองทฤษฎีแรก จิตแพทย์ในกลุ่มนี้เชื่อว่า ความผิดปกติทางจิตอาจมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคม ความบีบคั้นในด้านต่าง ๆ หรือตัวผู้ป่วยเองที่อยู่ในวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยในวัยชรา วัยเด็กเข้าโรงเรียน ฯลฯ

Neuman (1982) เป็นผู้ให้นำเอาทฤษฎีระบบมาใช้เป็นพื้นฐานในการสร้างความรู้ใหม่ เพื่อสร้างรูปแบบแนวทางการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เผชิญความเครียดหรือมีปัญหาลุกลามจิต โดยกล่าวไว้ว่า "บุคคลเป็นระบบหนึ่งซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม"

ล่อมที่ทำให้เกิดความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับความเครียด ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยา "โต้ตอบ" ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2529) และ Ziegler (1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) ที่ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด หรือปัญหาสุขภาพจิต นั้น ประกอบด้วยตัวแปร 4 ด้านคือ ด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม และพัฒนาการ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับเมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบของมนุษย์ที่ประกอบด้วย กาย ใจ และสังคม ผู้วิจัยจึง ได้แบ่งปัจจัยหรือสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้ 3 ด้าน พอสรุปได้ดังนี้คือ

1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factors) ซึ่งได้แก่

1.1 ลักษณะทางด้านพันธุกรรม (Hereditary Indowment) เป็นลักษณะที่ถูกถ่ายทอดมาตั้งแต่กำเนิด แล้วส่งผลกระทบต่อจิตใจทั้งทางตรงและทางอ้อม ความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางยีน (Gene) เช่น กลุ่มอาการที่เรียกว่า Klinifelter Syndrome ที่มี Sex chromosome เกินมา 1 ตัว (xxy) ที่ทำให้การพัฒนาการทางกายและทางเพศผิดปกติ ส่งผลต่อความเบี่ยงเบนทางจิตใจในเวลาต่อมา ตลอดจนความผิดปกติอื่นที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจในลักษณะคล้ายๆกัน เช่น Mental Retardation, Schizophrenia นอกจากนี้ ยังมีลักษณะที่ถ่ายทอดตั้งแต่กำเนิด (constitutional) โดยไม่มีความผิดปกติทาง chromosome แต่สามารถถ่ายทอดมาจากพ่อแม่โดยสารเคมี หรือเอนไซม์ในนิวเคลียส ซึ่งมีหน้าที่ถ่ายทอดลักษณะอารมณ์บางอย่างจากบรรพบุรุษได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในเรื่องนี้ยังไม่ได้รับการยืนยันแน่นอน

1.2 ต่อมไร้ท่อ (Endocrine) มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนที่จำเป็นต่อกระบวนการต่างๆ ของมนุษย์ ซึ่งในร่างกายของคนเรามีต่อมไร้ท่อต่างๆมากมาย เช่น ต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) ต่อมเพศ (Gonad gland) ต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) ต่อมใต้สมอง (Hypothalamus Gland) ต่อมไทรอยด์ (Tyroid Gland) แต่ละต่อมจะมีอิทธิพลทำให้มีผลต่อบุคลิกภาพและจิตใจของคนเราได้ และโรคทางจิตบางชนิด มีความสัมพันธ์กับระดับสารที่ผลิตจากต่อมไร้ท่อเหล่านี้ เช่น cathecolamine, serotonin ที่เกี่ยวข้องกับโรค schizophrenia, depression เป็นต้น

1.3 ด้านอาหารและโภชนาการ (Nutrition) สารอาหารต่างๆมีความจำเป็นต่อร่างกายและสมอง สารอาหารบางอย่างมีผลต่อความผิดปกติของสมอง-ประสาท มีผลต่อจิตใจความมาได้ เช่น การขาดวิตามิน บี 1 บี 6 บี 12 และ Nicotinic Acid จะทำให้เป็นโรค

เห็นบชา และมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง นอกจากนี้ ยังพบว่าโรค Dementia และลมชัก มีส่วนสัมพันธ์กับการขาด Nicotinic Acid และวิตามิน บี 6 ตามลำดับ สารอาหาร และแร่ธาตุต่างๆ เป็นพื้นฐานที่สำคัญของโครงสร้างและขบวนการการทำงานของร่างกาย คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และแร่ธาตุ ล้วนแต่เป็นสารที่โบมีส่วนร่วมในโครงสร้างของร่างกาย ถ้าขาดสารอาหารเหล่านี้เป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดความเชื่องซึม ทำให้ใจเหี่ยวแห้ง หงุดหงิด การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายต่ำกว่าปกติ การเจริญเติบโตช้า ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ได้ (มุกดา สุขสมาน, 2528) นอกจากนี้ การมีอุปสรรคต่างๆ ที่ให้การได้รับอาหารไม่เพียงพอ ถูกต้อง เช่น ความเร่งรีบในการทำงานแข่งกับเวลาในชีวิตประจำวัน ฐานะ เศรษฐกิจต่ำ ยากจน ด้อยการศึกษา การไม่มีความรู้เรื่องโภชนาการ เป็นต้น ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติของจิตใจและอารมณ์ตามมา

1.4 การพัฒนาการเจริญเติบโตของสมอง (Brain Development) สมองของคนเรานั้นจะมีการพัฒนาเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนกระทั่งคลอด และเจริญเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อพัฒนาความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสม ตามลำดับ นั้นหมายถึงถึงจิตใจก็พัฒนาตามไปด้วย ถ้ามีปัจจัยอาจด้วยสาเหตุใดก็ตาม ที่ทำให้การพัฒนาการเจริญเติบโตของสมอง ไม่ได้เต็มที่หรือหยุดชะงักลง ก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจเช่นเดียวกัน

1.5 ปัญหาการคลอดและการตั้งครรภ์ (Pregnancy & Labour Problem) ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะการตั้งครรภ์และการคลอด ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อจิตใจบุคลิกภาพตามมา เช่น การเป็นโรคหัดเยอรมัน การได้รับยาบางชนิด แสงเอกซ์เรย์ ขณะตั้งครรภ์ การมีระยะการคลอดที่ยาวนาน การได้รับยาสลบขณะคลอด อาจทำให้ทารกขาดออกซิเจน การคลอดก่อนกำหนดหรือเกินกำหนดมากเกินไป ซึ่งส่งผลต่อความผิดปกติของการพัฒนาการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง และมีปัญหาทางด้านจิตใจตามมา

1.6 ความพิการแต่กำเนิดและมีความพิการทางร่างกาย (congenital anomalies & physical defects) เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด มักจะรู้สึกด้อยกว่าคนอื่น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง (self esteem) ต่ำ ขาดความมั่นใจ มีมมด้อย ชอบเก็บตัวเข้ากับคนอื่นไม่ค่อยได้ เกิดปัญหาทางด้านจิตใจแก่บุคคลคนนั้น

1.7 ความเจ็บป่วยทางกาย (Physical Illness) กรณีที่เด็กหรือบุคคลได้รับอันตรายเจ็บป่วยทางกาย อุบัติเหตุเจ็บป่วยอย่างรุนแรง จะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดผลกระทบ เทือนนั้นทอนต่อจิตใจอย่างยิ่ง ในลักษณะเดียวกันกับการที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่เรื้อรัง

เวลานาน ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับความทุกข์ทรมาน หรือตรงกันข้าม ถูกทอดทิ้ง ถูกรังเกียจจากสังคม ส่งผลให้เกิดความเบี่ยงเบนทางจิตใจได้ ตัวอย่าง ความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจที่ต้องพักอยู่กับที่นอน ทำงานไม่ได้ อัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ เหล่านี้เป็นสิ่งที่คุกคามต่อร่างกายบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียดได้ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527)

1.8 การได้รับสารพิษ สารเคมี ยาเสพติด เมื่อร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้เข้าไป มักมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ เช่น สารบรอปท พบว่าเป็นสาเหตุโรคลมชัก (ADHD) ในเด็กได้ อัลกอฮอล์ ก็อาจทำให้เป็น Alcoholism มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือเมื่อเป็นนาน ๆ มีอาการทางจิตประสาทได้

2. ปัจจัยด้านจิตใจ-อารมณ์ (Emotional or Psychological Factors)

โดยปกติมนุษย์จะมีรูปแบบการพัฒนาอารมณ์จะแตกต่างกันไปในรายละเอียด เป็นลักษณะเฉพาะตัวที่เป็นมาแต่กำเนิด (temperament) แต่อย่างไรก็ตาม โดยหลักกว้าง ๆ แล้ว องค์ประกอบที่เกี่ยวกับด้านจิตใจ-อารมณ์ จะมีลักษณะคล้ายๆกัน ได้แก่

2.1 ความต้องการด้านอารมณ์พื้นฐาน (Basic Emotional Needs) ที่สำคัญต่อการพัฒนาการ ซึ่ง ได้แก่

- ความต้องการด้านความรัก (Affection)
- ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย (security)
- ความต้องการยอมรับ (Recognition)
- ความเป็นอิสระ (Independency)

2.2 ปัจจัยพื้นฐานด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (Basic Factor of Emotional Responses) ซึ่งจะมีปัจจัยต่างๆที่ทำให้มีผลต่อการตอบสนองความรู้สึก อารมณ์ ออกมาเป็นพฤติกรรมที่ต่างกันไป ซึ่งปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ อายุ หรือระดับพัฒนาการของเด็ก (Maturity) การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีต ตลอดจน สภาวะแวดล้อมในวัยเด็ก เป็นต้น

2.3 รูปแบบอารมณ์พื้นฐาน (Common Emotional pattern) อันเป็นอารมณ์ที่พบได้ในเด็กหรือบุคคลปกติโดยทั่วไป ที่มีความเหมาะสมกับวัยและสถานการณ์เป็นไปเพื่อการตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น

- อารมณ์กลัว เกิดเมื่อมีเสียงดัง, อยู่ในที่สูง, ที่มืด, เจอคนแบลกรหน้า
- อารมณ์โกรธ : อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อเด็กถูกขัดใจ, ไม่สามารถทำได้ดัง

ที่หวังไว้

- อารมณ์ฉุนเฉียว : ซึ่งอาจพบได้บ่อยๆ ในเด็กแรกอายุ 3 ขวบ หรือวัยก่อนเข้าเรียน ซึ่งช่วงนี้ เด็กอาจมีน้องใหม่ กลัวน้องใหม่จะแย่งความรักที่พ่อแม่มีต่อตนไป หรือน้อยลง
- อารมณ์เศร้า เสียใจ ไม่พอใจ ร้องไห้ เป็นต้น

ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานดังกล่าวข้างต้นหาก มีการพัฒนาไปในทางที่ดี มีการตอบสนอง ทั้งการรับและการให้จากสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้องเหมาะสม ก็จะไม่เกิดปัญหาทางด้านพัฒนาการ และจิตใจตามมา แต่หากมีการขาดการกระตุ้นทางอารมณ์ที่เหมาะสม พัฒนาการด้านอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น มีลักษณะอารมณ์โกรธ-กลัวที่มากเกินไป ความอิจฉาริษยาที่ฝังแน่นก็มักจะเกิดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตในวัยต่อ ๆ มาได้

คັນสนีย์ ไชยวานิช (2526) ได้กล่าวถึง ลักษณะที่เป็นสาเหตุความเครียดที่สำคัญที่เกิดจากปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความคับข้องใจ (Frustration) และความขัดแย้ง (Conflict)

1. ความคับข้องใจ เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ ไม่สบายใจ เมื่อมีอุปสรรค ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้มี 2 ชนิด

1.1 ความคับข้องใจที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก (External Frustration) ได้แก่ ความคับข้องใจที่เกิดจากอุปสรรคที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล เช่น

- ก. การขาดแคลน เช่น ความยากจน ขาดประสบการณ์ ขาดเพื่อน หรือการศึกษาไม่เพียงพอ
- ข. การสูญเสีย เช่น การสูญเสียเงินทองจากการถูกโจรปล้น สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน บ้านถูกทำลายจากน้ำท่วม หรือการตายของผู้ที่เป็นที่รัก เป็นต้น
- ค. สิ่งกีดขวาง เช่น กฎ ระเบียบต่างๆ ความเข้มงวดของผู้ปกครอง ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีทางสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถทำในสิ่งที่ปรารถนาได้

1.2 ความคับข้องใจที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในจิตใจ (Internal Frustration) เป็นความคับข้องใจที่เกิดจากอุปสรรคที่มีอยู่ในตัวบุคคล แต่บุคคลอาจมีความบกพร่องทางร่างกาย หรือระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ จึงไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างที่คนปกติทำได้

2. ความขัดแย้งในใจ (Conflict) เป็นภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ รู้สึกท้อแท้ไม่แน่ใจ แบ่งออกเป็น 3 ชนิดคือ

2.1 ความขัดแย้งที่เกิดจากการตัดสินใจเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง ในจำนวนของ สิ่งที่มีความพึงพอใจเท่าๆกัน (Approach-Approach Conflict) เป็นความขัดแย้งที่ เรียกว่า รักพี่เสียดายน้อง

2.2 ความขัดแย้งที่เกิดจากการตัดสินใจเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง ในจำนวนสอง สิ่งที่บุคคลไม่ต้องการเท่า ๆ กัน (Avoidance-Avoidance Conflict) เป็นความขัดแย้งที่ เรียกว่า หนีเสือปะจระเข้

2.3 ความขัดแย้งที่เกิดจากการเลือกเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งผลที่ตามมา มี ทั้งความพอใจและความไม่พอใจควบคู่กันอยู่เสมอ (Approach-Avoidance Conflict) เช่น การตัดสินใจแต่งงานกับบุคคลที่ไม่ได้รัก เพื่อตอบแทนผู้มีพระคุณ ความขัดแย้งชนิดนี้เกิดขึ้นบ่อยที่สุดใน ชีวิตประจำวัน

3. ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ความสำคัญของสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพจิต ออดอฟ เมเยอร์ (Adolf Meyer) มีความ เชื่อในทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม หรือ I+S=R (Individual and surrounding = Reaction) กล่าวถึงปฏิกิริยาที่คนแสดงออกมานั้นเกิดจากผลของการปะทะกัน ระหว่าง ตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ นายแพทย์ ผน แสงสิงแก้ว ที่ว่า ถ้าสังคมมี ความตึงเครียด เช่น มีสงครามและการบ่อนทำลาย ก็จะทำให้กระทบกระเทือนต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ใน สังคมนั้น ๆ (ผน แสงสิงแก้ว, 2521 ข)

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจิตนั้น Freeman (1978) ได้กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจิตว่า ยัง ไม่มีความสัมพันธ์แบบเหตุและผล (cause & effect) โดยตรง ระหว่างกัน แต่สิ่งแวดล้อมก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการ บำบัดด้วยที่ยังไม่รู้ว่าจะทั้งสองทำงานด้วยกลไกอย่างไร

สำหรับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของคนเรานั้น แบ่ง ได้ดังนี้

3.1 ครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต สมาชิกในครอบครัวมีได้มากมาย ที่สำคัญ ได้แก่ ลักษณะ โครงสร้างของครอบครัว ฐานะ เศรษฐกิจ ลักษณะ อาชีพ ของบิดา-มารดา สมาชิกในครอบครัว จำนวน-ลำดับที่ของพี่น้อง ความสัมพันธ์ ระหว่าง พ่อ แม่ ลูก ปัญหาระหว่างบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งกัน ที่สับสนและความ คาดหวัง ของครอบครัวต่อบุคคลหลาน ตลอดจนวิธีการฝึกหัด การอบรมสั่งสอนในครอบครัว

ครอบครัว เป็นหน่วยหนึ่งของสังคม ไม่มีหน่วยใดที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการแบบพื้นฐานของมนุษย์ได้โดยตรงเหมือนครอบครัว ความรักระหว่างบิดา - มารดาและบุตร เป็นตัวอย่างของความรักที่สมบูรณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ บิดา-มารดา บุตร บุย่า ตายาย ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันได้มากเท่าใด ก็ย่อมเกิดพลัง ได้มากเท่านั้น บุย่า ตายาย เมื่อได้รับความรัก ความดูแลเอาใจใส่ ตามขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามที่เคยมีมา ก็ยิ่งทำให้ความสัมพันธ์ต่างๆ กระชับกันได้มากยิ่งขึ้น ทำให้มนุษย์มีคุณค่าและเจริญขึ้น ถ้าความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เป็นลักษณะครอบครัวแบบจุลภาค แยกย่อยกันออกไป ย่อมทำให้เกิดความเครียดขึ้น นอกจากนี้ ทศนคติของพ่อแม่ต่อการเลี้ยงดูบุตรมีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของเด็กในวันข้างหน้า พ่อแม่ที่คาดหวังมากเกินไป หรือพ่อแม่ที่เลี้ยงดูอย่างปล่อยปละละเลย ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมในวันข้างหน้า (ผน แสงสิงแก้ว, 2522)

3.2 โรงเรียน ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่สำคัญคือ

- บรรยากาศ การเรียน การสอน ของโรงเรียน
- ครู และ กลุ่มเพื่อน ที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยกัน
- ความสำเร็จต่างๆ เช่น การเรียน, การยอมรับในสังคม
- ระเบียบวินัย, ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ของโรงเรียน
- โอกาสในการแสดงออกของนักเรียน ทั้งทางด้านการเรียนและด้านสังคมทั่วไป

ซึ่งหากปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความเหมาะสมกับเด็ก ก็จะทำให้เกิดปัญหาการเรียนตกต่ำ ความไม่เข้าใจกันระหว่างครู-นักเรียน เด็กมีบวมค้อย หนีโรงเรียน เป็นต้น บั่นทอนต่อสุขภาพจิตของนักเรียน มีปัญหาพฤติกรรม และปัญหาสุขภาพจิตได้ในที่สุด

3.3 ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ ของชุมชนและสังคมนั้นๆ ในสังคมปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีมากขึ้น มีการรับเอาขนบธรรมเนียมประเพณีใหม่ๆ จากต่างประเทศเข้ามาใช้ในหมู่มคนรุ่นใหม่ ในขณะที่คนรุ่นพ่อแม่ปู่ย่าตายาย ยังยึดถือในสังคมประเพณีวัฒนธรรมเก่าๆ จึงทำให้เกิดช่องว่างของความไม่เข้าใจกัน ชัดแย้งกัน ทำให้เกิดความคับข้องใจทั้งสองฝ่าย เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตตามมา

3.4 ลักษณะรูปแบบ วิธีการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ การทำงาน ระบบเศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง

เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบัน ที่มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมมากขึ้น มีแนวโน้มของ ประเทศอุตสาหกรรมหรือที่เรียกว่า "นิค"(NIC) มีความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุ ด้านวิทยาศาสตร์ และ เทคโนโลยี ทำให้ลักษณะสภาพของสังคมต้องดิ้นรนต่อสู้ทุกรูปแบบ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด แก่ตัวเอง ค่านิยมที่บูชาวัตถุ ทรัพย์สินเงินทองเข้ามาแทน ความเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือกัน ซึ่ง นับวันจะลดลงเรื่อยๆ บางครั้งเมื่อไม่ได้ในสิ่งที่หวัง ไม่ทัดเทียมผู้อื่น เกิดความคับแค้นใจในชีวิต ชะตา สภาพของจิตใจจึงเสื่อมลง (สุรางค์ จันท์เอม, 2527) และจากสภาพสังคมในเขตเมือง ประกอบด้วยกลุ่มคนระดับต่างๆ ทั้งด้านเพศ อายุ ความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และบางครั้ง เชื้อชาติ ตลอดจนลักษณะความเป็นอยู่ของสังคมที่แตกต่างกัน จึงมักเกิดความขัดแย้งกัน (บัณฑิต จุลาสัย, 2523) รวมทั้งจากสถานการณ์ในปัจจุบันที่สับสนวุ่นวาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม ทำให้เกิดการเอารัดเอาเปรียบ ประชาชนจำเป็นต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด และเตรียมพร้อมที่จะ เผชิญปัญหาในด้านต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบต่อจิตใจจนอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิต ภาวะจิต แปรปรวน หรือโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจได้ (นิภากรณ์ บุญยประวีตร และคนอื่นๆ, 2528)

นอกจากนี้ในเรื่องของความปลอดภัยในชีวิต-ทรัพย์สิน การจัดสวัสดิการทางสังคมของ รัฐที่ให้แก่ประชาชน ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชาชนด้วย ในประเทศไทยเรานั้น ได้มีความสนใจในเรื่องของการให้สวัสดิภาพแก่ประชาชนของประเทศ มาตั้งแต่สมัย จอมพล บ.พิบูล สงคราม แต่ได้เริ่มใช้กันอย่างจริงจัง เมื่อรัฐบาลได้มีพระราชบัญญัติประกันสังคม ขึ้น ในปี 2533 มานี้เอง แต่อย่างไรก็ตามก็ให้ความคุ้มครองช่วยเหลือแก่ประชาชนยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด ในคน บางกลุ่มบางอาชีพเท่านั้น ยังไม่มีประสิทธิภาพและทั่วถึงมากนัก เมื่อผนวกกับปัญหาอาชญากรรม โจรผู้ร้ายชุกชุม อัคคีภัย อุบัติเหตุ ของคนในเมืองหลวง ตลอดจนความไม่ปลอดภัยในชีวิตอันเนื่อง มาจากสิ่งแวดล้อมเบียดเบียน เช่น การเจ็บของสารพิษในอาหาร เชื้อรา ควันจากท่อไอเสียจากการ จราจร และ โรงงานอุตสาหกรรม ต่างก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของ ประชาชนลดน้อยลง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2529) ทำให้ประชาชนมีความเครียดมากขึ้น

3.5 สื่อมวลชน แหล่งข้อมูลข่าวสาร บางครั้งข้อมูลข่าวสารที่บุคคลได้รับก็สร้าง ปัญหาต่อสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะข้อมูลที่ไม่ตรงกับความจริง วิธีการการสื่อสารต่างๆที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ที่ได้รับข่าวสารเกิดความตื่นตระหนก สับสน วุ่นวาย บั่นบั่น ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และความเครียดได้

แต่อย่างไรก็ตาม บัจจัยทั้ง 3 ด้าน มักจะ เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันตลอดเวลา จนบางครั้ง

ยากในการที่จะแยกว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบนั้นมาจากปัจจัยทางด้านใด ดังตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ อันเนื่องมาจากสาเหตุทั้งด้านชีวภาพและสังคมสิ่งแวดล้อม

1) การคุกคามต่อความนิยมนับถือและคุณค่าแห่งตน ความนิยมนับถือเป็นการวัดความสัมพันธ์ ระหว่างตนเอง กับสภาพแวดล้อม เป็นการแสดงให้เห็นคุณค่าที่ได้รับจากสังคม การมีงานทำ และการคุ้มครองให้ปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย (มรรยาท เจริญสุข โสภณ, 2532) นอกจากนี้อาจรวมถึงความมั่นคงในหน้าที่การงาน การได้รับสวัสดิการ การคุ้มครองขณะปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพหรือชนิดของงานที่ทำอย่างมีเกียรติ ได้รับการยอมรับ ย่อมทำให้ความเครียดน้อยลงและสร้างความพอใจให้แก่ตน แต่ในทางตรงข้าม การเกิดปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาสาธารณสุขโรคปัญหาอาชญากรรมที่เพิ่มขึ้น ความมั่นคงในหน้าที่การงาน สังคมไม่ยอมรับ งานที่ไม่มีหลักประกันใดๆ ให้แก่ตนและครอบครัว ก็เป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และคุกคามต่อความนิยมนับถือ และคุณค่าแห่งตน ซึ่งมักจะพบได้ในสังคมที่มีการแข่งขันสูง (อานนท์ อากาภิรม, 2518)

2) แบบแผนการปรับตัว การปรับตัวทำให้คนเราเกิดความเครียด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ใหม่ การเปลี่ยนนิสัยการหลับนอน เนื่องจากเวลาการทำงานที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจากกลางวันเป็นกลางคืน จากกลางคืนเป็นกลางวัน (มรรยาท เจริญสุข โสภณ, 2532) โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวชนบทที่อพยพเข้ามาอยู่ในเมืองหลวงเพื่อมาหางานทำ ที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตจากความแตกต่างในเรื่องความเป็นอยู่ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน พบกับคนแปลกหน้า ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมใหม่ๆ บางคนปรับตัวไม่ได้ เกิดอาการที่เรียกว่า "Culture shock syndrome" มีอาการแสดงต่างๆ กังวล กลัว ซึมเศร้า มั่วสุมยาเสพติด หรือเป็นอาชญากร หรืออาจเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ในที่สุด

3) ความคับข้องใจและความขัดแย้งในใจ การเกิดภาวะนี้ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ فروยด์ เชื่อว่า อิโก้ทำหน้าที่ล้มเหลว โดยนำกลไกทางจิตที่ผิดปกติมาใช้ ทำให้ระดับความกังวลสูงขึ้น (สุวนีย์ เกียวกิงแก้ว, 2527) ในสังคมที่ซับซ้อนวุ่นวาย ทำให้คนเราไม่ได้รับสิ่งที่ตนต้องการและ ไม่สามารถปรับตัว เพื่อแก้ไขความขัดแย้งได้ จึงเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

แนวความคิดเกี่ยวกับความเครียดในการทำงาน - ความเครียดจากอาชีพ

ความเครียดในการทำงาน หมายถึง ภาวะที่มีปัจจัยในการทำงานส่งผลให้ผู้ที่ทำงานเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดความสูญเสียความสมดุลของร่างกาย มีทั้งผลในแง่บวกและแง่ลบ ในแง่บวกทำให้เกิดผลผลิต ประสิทธิภาพขององค์กรในแง่ลบ ส่งผลให้เกิดการเสีย

สมคูลย์ รวบรวมงานต่อบุคคล เป็นต้น (Beehr & Newman, 1974 อ้างถึงใน รัชดา เอี่ยมยั้งพานิช, 2531)

Albrecht (อ้างถึงใน สมบัติ คาบัญญา, 2527) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดในการทำงานไว้ 5 องค์ประกอบ

1. สภาพแวดล้อม
2. องค์ประกอบทางด้านจิตใจ
3. งาน
4. แรงกดดันทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง
5. สัมพันธภาพกับผู้อื่น และพฤติกรรมแสดงออก หรือบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งความแตกต่างในลักษณะบุคลิกภาพนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความเครียดแตกต่างกัน

นอกจากนี้ Davidson and Cooper (ม.ป.ป. อ้างถึงใน รัชดา เอี่ยมยั้งพานิช, 2531) ได้เสนอรูปแบบของความเครียดโดยแบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านครอบครัว (Family factors) ด้านสังคม (Social factors) ด้านการทำงาน (Work factors) และด้านลักษณะส่วนตัว (Individual factors) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นต้น
2. ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ความแออัด เป็นต้น
3. ปัจจัยทางด้านการทำงาน ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ จำนวนปีในการทำงาน ลักษณะและปริมาณงาน บทบาทในที่ทำงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์กับบุคลากรในที่ทำงาน
4. ปัจจัยทางด้านลักษณะส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ เป็นต้น

รูปแบบการปรับตัวเมื่อเกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต

การดำรงชีวิตของมนุษย์ จะต้องมีการเผชิญปัญหาและความเครียดต่าง ๆ มากมาย ความรุนแรงของปัญหา-ความเครียดมากน้อยแตกต่างกันไป การปรับตัวได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อม ภูมิหลัง พื้นฐานสุขภาพจิตและประสบการณ์ในการปรับตัวต่อความเครียดที่ได้รับของแต่ละบุคคล ซึ่งการเผชิญต่อความเครียดนั้น จะออกมาในรูปของพฤติกรรม โดยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด (Coping Behavior) ซึ่งหมายถึง กลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมคูลย์ของจิตใจที่ถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Lazarus (1969) ได้แบ่งรูปแบบของการเผชิญภาวะเครียดไว้เป็น 2 ทาง คือ

1. การเผชิญภาวะเครียดแบบปฏิกิริยาโดยตรง (Direct action) คือ ความพยายามของบุคคลที่จะเผชิญกับสิ่งคุกคาม และสิ่งที่ทำลายบุคคลในการมีปฏิกิริยาโต้ตอบ กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ประการ คือ

1.1 การเตรียมตัวต่อสู้กับสิ่งคุกคาม (Preparing against harm) เมื่อเผชิญภาวะอันตราย บุคคลจะพยายามกำจัดหรือบรรเทา โดยการเตรียมตัวต่อสู้กับสิ่งคุกคาม และมีปฏิกิริยาโต้ตอบที่เหมาะสม เมื่อประสบความสำเร็จอันตรายก็จะลดลง สิ่งคุกคามก็ถูกจำกัดหรือลดไปทำให้จิตใจกลับสู่สภาวะสมดุลย์ แต่ถ้าประสบความสำเร็จล้มเหลว ทำให้สิ่งคุกคามเพิ่มมากขึ้นก็จะเกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ตามมา เช่น วิตกกังวล โกรธ กลัว ละอาย

1.2 สู้ (Attack) คือการสู้เพื่อขจัดอุปสรรคออกไป แล้วก่อให้เกิดความพึงพอใจ บุคคลจะสู้ด้วยกำลังกาย ด้วยวาจา หรือเก็บความแค้นเคืองไว้เพื่อรอโอกาสที่จะระเบิดออกมาในรูปใดรูปหนึ่ง การสู้นี้มี 2 แบบคือ.-

ก) แบบสร้างสรรค์ เช่น การต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งความยุติธรรม

ข) แบบทำลาย เช่น การฆ่าฟัน คบตี เพื่อเอาชนะกัน

1.3 ถอยหนี (Withdrawal) บุคคลจะหนีอุปสรรคซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยการทำเป็นลืมเหมือนว่าไม่มีอะไรเกิดขึ้น หรือหันไปสร้างวิมานในอากาศ หรือชดเชยโดยใช้ยาเสพติดเป็นเครื่องช่วย การถอยหนีเกิดจากการเรียนรู้ มี 2 รูปแบบ คือ.-

ก) แบบสร้างสรรค์ เช่น เมื่อถูกกล่าวหาว่ามีความประพฤติบางอย่างไม่เหมาะสม ก็ยอมรับฟังไว้ก่อน แล้วนำไปไตร่ตรอง ถ้าเป็นความจริงก็จะแก้ไขต่อไป ถ้าไม่จริงก็จะไม่ใส่ใจ

ข) แบบทำลาย เช่น เมื่อมีอารมณ์เศร้า ก็จะหนีสังคม เช่น โดยการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

1.4 ประนีประนอม (Compromise) ในสถานการณ์บางอย่างไม่สามารถจะใช้การสู้หรือถอยหนีได้ ก็อาจใช้การประนีประนอมโดยเปลี่ยนเป้าหมายเดิมมาสู่เป้าหมายใหม่ การประนีประนอมมี 2 แบบ

ก) แบบสร้างสรรค์ เช่น การเลือกนักเรียนสองคนให้ทำหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่ง แต่ทั้งสองคนไม่ยอมรับหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เราก็ประนีประนอมหางานใหม่ เช่น ให้เป็นประชาสัมพันธ์หรือเหรัญญิกแทน

ข) แบบทำลาย เช่น คนพยายามจะฆ่ากัน เราก็เข้าไปประนีประนอม ก็ไม่เกิดประโยชน์ ผลก็คือ คนๆนั้นจะถูกเขาฆ่าก่อน

1.5 การเฉยเมย หรือไม่มีปฏิกิริยา (Inactive or apathy) เป็นแบบลึ้นหวัง ไม่มีกำลังใจที่จะต่อสู้ หรือหลีกเลี่ยงสิ่งคุกคาม ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

2. การเผชิญภาวะเครียดแบบปฏิกิริยาโดยอ้อม (Palliation) คือ กลไกการทำงานของร่างกายและจิตใจ เพื่อบรรเทาภาวะอันตรายจากสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ

2.1 วิธีการบรรเทาอาการโดยตรง (Symptom-direct modes) คือการใช้สิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อบรรเทาความเครียดโดยตรง ได้แก่ ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ แอลกอฮอล์ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และวิธีอื่น ๆ ที่ใช้ร่างกายเป็นศูนย์กลาง

2.2 วิธีการบรรเทาภายในจิตใจ (Intrapsychic modes) เป็นการบรรเทาความตึงเครียด โดยใช้วิธีการทางจิตวิทยาของจิตใต้สำนึก ที่บุคคลหลอกกลางตนเอง เกี่ยวกับสิ่งคุกคาม หรืออันตรายจากภายนอก ซึ่งเป็นเพียงความคิดของบุคคล และไม่เป็นตามความจริง Freud เรียกว่าวิธีการใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism) จะพบว่าสุขภาพจิตของบุคคลนั้น เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและการปรับตัวนี้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสภาวะสุขภาพจิตของบุคคล ถ้าบุคคลปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดความเครียด มีความแปรปรวนของจิตใจ ถ้าบุคคลนั้นปรับตัวได้ อาการและความเครียดต่างๆจะหมดไป แต่หากปรับตัวไม่ได้ เกิดความเครียดและอาการแปรปรวนทางจิตใจเป็นระยะเวลาอันยาวนาน เกิดความผิดปกติ ชื่น มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจที่ผิดปกติรุนแรงขึ้น

ปฏิกิริยาที่เป็นปัญหาสำคัญที่ทางจิตเวช Zusman (1975) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. ความกลัว (Fear) เป็นลักษณะปกติที่สุดที่เกิดแก่ทุกคนที่มีความเครียด ความกังวล และเมื่อมีวิกฤติการณ์ทางอารมณ์ ความกลัวนั้นอาจเกิดกับบุคคล กิจกรรมหรือสถานที่ก็ได้ ถ้าเกิดกับบุคคล เช่น จะเกิดความกลัวบุคคลที่เคยใกล้ชิดหรือบุคคลที่จะเข้าติดต่อด้วย ถ้าเกิดกับกิจกรรม อาจแสดงออกโดยการไม่กล้าทำในสิ่งที่เคยกระทำ ไม่กล้าพูดต่อหน้าคน หรือถ้าเกิดกับสถานที่อาจมีอาการกลัวที่แคบ ที่โล่ง ที่สูง หรือที่มืดทึบ เป็นต้น การแสดงออกของความกลัวอาจจะออกมาโดยการพูด หรือการหลีกเลี่ยงสิ่งๆที่กลัวนั้น ถ้าหลบไม่ได้ก็จะแสดงอาการหลุนลาน ตัวสั่น หรือเป็นลมหมดสติไป ในทางพยาธิ สภาพทางร่างกาย ความกลัวแสดงออกในรูปของการหายใจเร็ว เจ็บหน้าอก อาจรุนแรงถึงมีอาการทางโรคหัวใจ หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินได้

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นความกลัวที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด หวาดกลัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นข้างหน้าผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับสูงจะรู้สึกมวนท้อง บากแห้ง หัวใจเต้นเร็วแรง หายใจเร็ว และกระสับกระส่าย หากเป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของชีวิต อาการจะรุนแรงมาก เช่น แสดงออกโดยการกรี๊ดร้อง ตัวสั่น หรือหมดสติไป

3. ความซึมเศร้า (Depression) เป็นพฤติกรรมที่เป็นเครื่องหมายที่สำคัญของความคิดที่จะทำร้ายตนเอง พฤติกรรมซึมเศร้าที่ไม่รุนแรงแสดงออกโดยการมีอารมณ์อ่อนไหว สะเทือนใจง่าย มองโลกในแง่ร้าย ถ้าความซึมเศร้ามีมากขึ้นอาจแสดงออกในรูปของความหมดหวัง หมดอาลัยในชีวิต แยกตัวเองจากสังคม นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร เหนื่อยหน่าย หมดความรู้สึกทางเพศ บางคนรู้สึกว่าคุณมีความผิดที่ต้องได้รับการลงโทษซึ่งความรู้สึกนี้เป็นที่มาของความคิดฆ่าตัวตายได้ประการหนึ่ง

4. ความคลุ้มคลั่ง (Mania) เป็นพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับ ภาวะซึมเศร้า บุคคลที่มีพฤติกรรมทางด้านนี้ มักมีอิสระในการแสดงออก กล่าวหาผู้อื่น สำหรับภาวะคลุ้มคลั่งในระดับที่ไม่เป็นอันตรายจะแสดงออกในรูปของการเล่นกีฬาหนักๆ ออกกำลังกายแรงๆ หรือวาดภาพด้วยสีสรรที่ฉูดฉาด ส่วนภาวะคลุ้มคลั่งในระดับที่เป็นอันตราย จะกระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ ไม่สามารถตัดสินใจได้ ไม่สามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ แม้ว่าจะ เป็นเพียงการรับประทานอาหารหรือน้ำ

5. ความโกรธ (Anger) เป็นพฤติกรรม โกรธโดยไม่สมเหตุผล อาจแสดงออกโดยการไม่ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ในระดับรุนแรงอาจมีความคิดว่า ทุกคนมีความคิดเป็นศัตรูกับตนเอง พฤติกรรมที่แสดงออกจึงรุนแรงและไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์

6. ความสับสน (Confusion) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกสับสน วุ่นวาย จำสิ่งต่าง ๆ ไม่ได้ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

7. การแยกตัวเอง (Withdraw) เป็นพฤติกรรม ที่เกิดจากความรู้สึกหมดความสนใจต่อบุคคล และสภาพแวดล้อมที่เคยเป็นที่สนใจ และเป็นสิ่งสำคัญ กิจกรรมประจำวันเปลี่ยนแปลงไป บางคนอาจจะนอนหลับกลางวันตลอด แต่ตื่นขึ้นในเวลากลางคืนพฤติกรรมแยกตัวดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของความเศร้าเสียใจ

นอกจากพฤติกรรม ที่มีผลมาจากอารมณ์ และความคิดดังกล่าวแล้ว ความเครียด ความวิตกกังวลซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพจิต ยังทำให้เกิดพยาธิสภาพทางร่างกายระบบงานต่าง ๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติไปได้ เช่น ระบบทางเดินอาหารเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โรคอ้วน ระบบทางเดินหายใจ เกิดอาการหอบหืด หายใจเร็วกว่าปกติ ระบบสืบพันธุ์ เกิดความเสื่อมของสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนผิดปกติ เป็นต้น



ส่วนปฏิบัติการอื่น ๆ ที่แสดงถึงปัญหาทางอารมณ์ ความคิดของบุคคล เช่น พฤติกรรมซ้ำ ๆ (Obsessive-Compulsive) ต้องทำงานซ้ำ ๆ ตรวจตราสิ่งที่ทำไปแล้วซ้ำแล้วซ้ำอีก พฤติกรรมความหวาดระแวง (Paranoid ideation) เป็นพฤติกรรมที่แสดงแนวคิดไม่เป็นมิตรโทษผู้อื่น ระแวงสงสัย หลงผิด ไม่ไว้วางใจผู้อื่น พฤติกรรมอาการโรคจิต (Psychosis) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงบุคคลที่มีแนวโน้มจะมีอาการทางจิต เป็นต้น

Clare and Carrey (1986) ได้ศึกษาถึงความเครียดในการทำงานส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจเป็นลำดับดังต่อไปนี้

เกิดอาการทางจิต (Psychotic)	2.3 %
อาการทางประสาท (Neurotic)	9.0 %
อาการทางจิตสรีระ (Psychosomatic)	11.1 %
อื่น ๆ (others)	11.4 %

นอกจากนี้ มีผู้ศึกษาวิจัยมากมาย ได้ศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ระดับความเครียดในการทำงานสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การเจ็บป่วยทางจิต การฆ่าตัวตาย ความเครียดทางระบบประสาท ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและอาการหงุดหงิด (รัชดา เอี่ยมยิ่งพานิช, 2527)

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2523) ได้สนับสนุนเพิ่มเติมว่า บุคคลที่อยู่ในกลุ่มพฤติกรรมที่มีโอกาสเกิดความเครียดได้ง่าย ได้แก่ บุคคลพวกที่มีเบมด้อย รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย มีความรู้สึกแข่งขันสูง ขาดความยืดหยุ่นทางความคิด บุคลิกภาพอ่อนแอ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ชี้อารมณ์เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง เกือบกต ไม่เป็นตัวของตัวเอง เบื่อตัวเอง เบื่อชีวิตประจำวัน อยู่ในภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ต้องอยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยนาน ๆ อยู่ร่วมกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ เช่น ควัน เขม่า เชื้อโรค เป็นต้น

ผลกระทบของความเครียดในการทำงานต่อภาวะจิตใจที่เกิดได้ง่าย และบ่อย ได้แก่ ความไม่พึงพอใจในงาน (Job dissatisfaction) ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายหงุดหงิด วิตกกังวล ก้าวร้าวหรือซึมเศร้า ท้อแท้ ลาออก ฆ่าตัวตาย เปลี่ยนอาชีพ ความคิดสร้างสรรค์น้อยลง งานประสิทธิผลน้อยลง (รัชดา เอี่ยมยิ่งพานิช, 2527)

จากการศึกษาของ Dohrenwend (1974) ยังพบว่า ความเครียดในการทำงานสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่จัด และมีผลให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง และความเครียดในการ

ทำงานมีผลต่ออัตราการใช้จ่าย โดยพบว่าการใช้จ่ายานอนหลับบางชนิด จะช่วยลดความเครียดในการทำงานได้เช่นกัน ถึงแม้ว่าการใช้จ่ายานาน ๆ จะทำให้เกิดการเสพยาได้

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความชุกของปัญหาสุขภาพจิต

สำหรับในประเทศไทยและต่างประเทศ การศึกษาวิจัยความชุกปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์ ยังไม่มีผู้ใดรายงานไว้ แต่มีผู้ศึกษาสำรวจถึงปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มประชากรต่างๆ กล่าวคือ

ขจร อันตระการและคนอื่นๆ (2523) พบผู้ป่วยโรคจิต 0.16% ในจังหวัดชลบุรี นครราชสีมา และชัยภูมิ ในปี 2503

มาร์วิน ไพร่สะโดน และพน แสงสิงแก้ว (2522) พบ Severe Psychiatric illness 0.88% ที่แม่สะเรียง ในปี 2513

วรัญ ดันชัยสวัสดิ์ และ บุญนำ วงศ์เขาวินวัฒน์ (2526) พบประชากร ประมาณ 1 ใน 3 ในหมู่บ้านภาคใต้ของไทย มีอาการตรงกับโรคประสาทชนิดซึมเศร้า หรือวิตกกังวล และส่งศรี จัยสิน (2528) พบปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างประชากร จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 28.85 แต่ไม่ได้แยกประเภทของปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว

ส่วนในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาของ จิระ สิตะสุวรรณ และคนอื่นๆ (2519) พบร้อยละ 23 อัมพร โอตระกูล และคนอื่นๆ (2525) พบพลเมืองในกรุงเทพฯ มีปัญหาทางจิตประมาณ 30% และอาการโรคประสาท ในกลุ่มอายุ 7-15 ปี พบร้อยละ 8.4 และผู้ใหญ่ อายุเกิน 16 ปี ขึ้นไป พบร้อยละ 15.8 ในปี 2520 และภิรมย์ สุนธธาภิรมย์ ณ พัทลุง และคนอื่นๆ (2526) พบร้อยละ 42.6-57.6 ต่อมา อัมพร โอตระกูล, อรพรรณ เมฆสุระ, และ สุวัฒน์ ศรีสรณ์ (2533) ได้สำรวจ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มอายุ 16 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 48.7 ความแตกต่างนี้ อาจเนื่องมาจากวิธีการศึกษา และระดับความเครียดในขณะนั้นๆ

อาการโรคจิต จากการศึกษาของอัมพร โอตระกูล และคนอื่นๆ (2533) พบว่า ในกลุ่ม 7-15 ปี และ 16 ปีขึ้นไป พบในอัตราใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 1.1 และ 1.3 ตามลำดับ การศึกษาของ จิระ สิตะสุวรรณ และคนอื่นๆ พบร้อยละ 1.0 สง่า มาร์วิน ไพร่สะโดน และ พน แสงสิงแก้ว พบร้อยละ 0.9 ภิรมย์ สุนธธาภิรมย์ และคนอื่นๆ พบร้อยละ 1.09-2

และอัตราความชุกของ โรคจิตเวชที่พบมากที่สุดในเมืองหลวงของเทศชาย คือ ภาวะติดสารเสพติดสูงที่สุดถึงร้อยละ 55 ของปัญหาสุขภาพจิต-จิตเวช ทั้งหมด รองลงมาคือ โรคประสาทประมาณ 14.8% และ โรคประสาทสมอง 10.2% ส่วนโรคจิตพบ 1.3%

ในต่างประเทศมีผู้ทำการวิจัยในลักษณะคล้ายๆกันอยู่หลายแห่ง เช่น Takala และคนอื่นๆ (1979) พบว่า 21% ของประชากรตัวอย่าง อายุระหว่าง 40-64 ปี ในฟินแลนด์มีปัญหาทางสุขภาพจิต Meninger (1950) พบ 29% ช่วงอายุระหว่าง 40-55 ปี ในอังกฤษมีปัญหาทางสุขภาพจิต Nandi และคนอื่นๆ (1979) พบอัตราการป่วยทางจิตในอินเดีย 10% ซึ่งจะเห็นว่ามีความแตกต่างของตัวเลขบ้างในบางราย ทั้งนี้ขึ้นกับวิธีการที่ใช้ในการวิจัยและรายละเอียดที่ต้องการจะหา และในหลายๆรายงานก็มีความใกล้เคียงกันมากคือ ประมาณ 28-31% ของประชากรตัวอย่างจะมีปัญหาทางสุขภาพจิต (สังศรี จัยสิน และคนอื่นๆ, 2528)

2. ปัจจัยด้านลักษณะ เฉพาะบุคคลกับสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยอันเป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกันนั้น ที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง ก็คือ ปัจจัยทางด้านลักษณะเฉพาะบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภูมิสำเนาเดิม และประเภทของพนักงานขับรถเมล์

ด้านอายุและสถานภาพสมรส : จากการศึกษาของสังศรี จัยสิน และคนอื่นๆ (2528) พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นก็มีความเครียดสูงขึ้น ซึ่งตรงกับผลงานวิจัยของ Takala และคนอื่นๆ (1979) Nandi และคนอื่นๆ(1979) พบว่า คนที่มีอายุมากขึ้น โอกาสป่วยทางจิตจะมากขึ้น ซึ่งคาดกันว่าอาจมาจากความรับผิดชอบ และภาระหน้าที่ทางครอบครัว และสังคม และผู้ที่มีอายุน้อยสามารถยอมรับในสิ่งใหม่ ๆ ได้เร็วกว่าผู้สูงอายุ และมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่า กล่าวคือ ในกลุ่มคนอายุน้อยซึ่งอาจยังไม่มีครอบครัว อยู่ในวัยเรียน ไม่มีภาระรับผิดชอบทั้งทางครอบครัว และสังคมมากนัก รวมทั้งยังสามารถพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เช่น บิดามารดา ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ ในเวลาที่เกิดปัญหาต่าง ๆ อีกด้านหนึ่งคือ เรื่องการปรับตัว และการมีกิจกรรมผ่อนคลายความตึงเครียดในกลุ่มคนอายุน้อยมีกิจกรรมนันทนาการมาก และยังมีการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองอยู่เสมอ ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยลดความเครียดลงได้ (สังศรี จัยสิน และคนอื่นๆ, 2528) และพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส หย่า หรือหม้าย จะมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่น

ในด้านเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้: ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ปัญหาความยากจนของประชาชนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในปัจจุบัน และสาเหตุที่ผลักดันให้เกิดการย้ายถิ่นของ

ชาวชนบทเข้ามาในเมืองหลวง ส่วนใหญ่มีสาเหตุทางด้านเศรษฐกิจ เช่น การขาดแคลนรายได้ ความแห้งแล้งของพื้นดิน เพาะปลูกไม่ได้ ขาดผลผลิตและรายได้ (อหิตยา นาลศรี, 2528) ใน ขณะเดียวกันชีวิตในเมืองหลวงจะสร้างความเห็นแก่ตัวมากขึ้น ชื่นชอบกับเทคโนโลยีใหม่ๆ สินค้า จากต่างประเทศ นิยมชมชอบในวัตถุสิ่งของในราคาแพง ๆ จนทำให้คนที่มียาได้น้อย และแม้แต่ ชาวชนบทที่อพยพเข้ามาในเขตเมือง ที่หาเงินไม่ค่อยได้เกิดการสร้างหนี้สินขึ้น จะเห็นได้ว่าสิ่งหนึ่ง ที่ทำให้คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตเสื่อม มาจากปัญหาเศรษฐกิจ คือ หักคณคิการครองชีพ และค่านิยม ของคนไทย ที่ผิดพลาดมาโดยตลอด เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่ใช้ชีวิตในสภาพที่ "รายได้น้อย รสนิยมสูง" ทำให้กลุ่มที่กระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจมากคือ กลุ่มรายได้น้อย เพราะ เกิดการเปรียบเทียบระดับเงินระหว่างคนมั่งมีกับคนจน ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพจิตจึงเกิดขึ้นสูงมาก โดยเฉพาะใน สังคมเดียวกัน ซึ่งเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยการแข่งขันในปัจจุบัน (อุคมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2530)

เกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่ารายได้สูงขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้นด้วย ซึ่งเข้าใจว่าผู้ที่มี รายได้ดี คงสามารถอำนวยความสะดวกด้านสาธารณสุขโรคให้ดีขึ้น ตลอดจนสามารถส่งเสริม นันทนาการแก่ตนเอง อันเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (อัมพร โอวตระกูล และคนอื่นๆ, 2525) หากพิจารณาประกอบกับอาชีพแล้ว ก็พบว่า อาชีพที่มีความเครียดสูง คือ อาชีพรับจ้าง แม่บ้านและ เกษตรกรรม ซึ่งมักเป็นอาชีพที่ทำรายได้ค่อนข้างต่ำและไม่แน่นอน พบว่าในกลุ่มรายได้ เฉลี่ยของประชาชนในเขตเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ต่ำกว่า 2000 บาท/คน/เดือน มีความเครียดสูง มีปัญหาสุขภาพจิต และผลการวิจัยของ สุชาติ ตรีทิพย์ธิดุณ และคนอื่นๆ (2528) ได้สำรวจสภาวะ สุขภาพจิตของครอบครัวแรงงานไทย ที่จะไปทำงานตะวันออกกลาง โดยเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตกับอัตราเงินเดือน พบว่า อัตราเงินเดือนที่ต่างกัน ทำให้สุขภาพจิตเปลี่ยนแปลง ไป แยกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยของฟาริสและตันแฮม (Faris & Dunham) ในปี ค.ศ. 1939 ฮอลลิงส์เฮด และเลดลิช (Hollingshead & Redlich) ในปี ค.ศ. 1958 รายงานว่า พบความสัมพันธ์แปรกลับ ระหว่างระดับฐานะทางสังคม และอัตราการเกิด การเจ็บป่วยทางจิต หมายความว่า การเจ็บป่วยทางจิตพบมากขึ้น ในคนที่ มี ภาวะทางสังคมและ เศรษฐกิจตกต่ำ

บังอร ชูพงศ์ (2523) ได้กล่าวถึง การศึกษาของ Redlich และคนอื่นๆ ซึ่ง ได้ศึกษา จากคนที่ใช้ที่มอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่ามีคนไข้ที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจต่ำ ร้อยละ 78 Ringness (1968) สรุปการศึกษาของ Warner และคนอื่นๆ ซึ่งได้ใช้แบบสอบถามวัตถุประสงค์ พบว่าชนชั้นกลาง เป็นคนที่มีความมั่นคงทางอารมณ์เป็นตัวของตัวเอง ขณะที่กลุ่มคนที่มีฐานะ เศรษฐกิจ

คำมีแนว โนม์ขาดความอบอุ่นหงุดหงิดง่าย และมีอาการทางประสาท เช่น กัดเล็บ กลุ่มนี้มีความลำบากในการควบคุมอารมณ์ มีความวิตกกังวล ปรับตัวเข้าสังคมไม่ค่อยได้มากกว่ากลุ่มชั้นกลาง และชนชั้นสูง

Hurlock(1964) ได้ศึกษาและพบว่า การปรับตัวของมนุษย์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับขนาดครอบครัว แต่ขึ้นอยู่กับชนิดของครอบครัว ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดี สมาชิกในครอบครัวมีความกลมเกลียวกัน มีความเป็นอยู่ที่ดีก็ไม่เกิดปัญหา

ระดับการศึกษา : การศึกษา มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพราะการศึกษาเป็นวิธีการที่มนุษย์ถ่ายทอดความรู้ ทักษะคิด แบบของความประพฤติและมรดกทางสังคม แก่ชนรุ่นต่อไป (จินตนา ยูนิพันธ์, 2526) การศึกษาเป็นการเสริมสร้างเข้าปัญญา เรียนรู้ และเกิดความเข้าใจในสิ่งรอบข้าง ถ่ายทอด-รับรู้ ประสบการณ์ต่างๆ เป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การศึกษาก็เป็นเครื่องมือที่จะยกระดับ ฐานะทางสังคมให้แก่บุคคล เมื่อบุคคลที่การศึกษาที่สูงขึ้น โอกาสในสร้างฐานะ เศรษฐกิจ และสังคมก็สูงขึ้น มีบทบาท อาชีพ การงานที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดความเจริญแก่ตัวเอง เป็นบุคคลที่มีคุณภาพ ตลอดจนการศึกษายังเป็นเครื่องส่งเสริมให้คนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น หรือให้ปรับตัวดำรงชีวิตด้วยดี มีสุข (สุภา มาลากุล ณ อยุธยา, 2522)

สังศรี จัยสิน และคนอื่นๆ(2528) ได้ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างคะแนนความเครียดเฉลี่ยในกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาต่างๆ กัน ที่ระดับของความเชื่อมั่น .0001 และพบว่า ผู้ที่ไม่มีการศึกษา มีความเครียดสูงสุด คะแนนความเครียดจะต่ำลงเมื่อการศึกษาสูงขึ้น นอกจากนี้ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ผน แสงสิงแก้ว (2522) กล่าวเช่นเดียวกันว่า "สุขภาพจิตของบุคคลจะเสื่อม หรือไม่ขึ้นอยู่กับความโง่เขลา ความไม่รู้ หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์"

ภูมิลาเนาเดิม การอพยพย้ายถิ่น ประสบการณ์การปรับตัว : นอกจากระยะเวลาของการเข้ามาอยู่อาศัยในเขตที่อยู่อาศัยแห่งใหม่ การเปลี่ยนแปลงขอบเขตที่อยู่อาศัย เปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงจากการเกษตรกรรมมาสู่การอุตสาหกรรม ทำให้ชาวชนบทอพยพเข้ามาทำมาหากินในเขตเมืองมากขึ้นเพราะผลผลิตทางการเกษตรไม่เพียงพอ จึงหันหน้าเข้าหาโรงงานอุตสาหกรรม มาประกอบอาชีพต่างๆ ในเมืองหลวง โดยคาดว่าจะได้รับสวัสดิการต่างๆ และต้องการเปลี่ยนชีวิตชนบทซึ่งจำเจ แต่เมื่อเข้า

มาอยู่ในเขตเมืองแล้ว กลับพบปัญหาเกิดขึ้นมากมาย เพราะการอพยพย้ายถิ่นนั้นมิได้เป็นการเปลี่ยนสถานที่ แต่เป็นการเปลี่ยนสังคม และสภาพแวดล้อมใหม่ ดังนั้นผู้ย้ายถิ่นจึงจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสังคมนั้นๆได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยทั้งเวลาและประสบการณ์ รวมทั้งลักษณะส่วนตัวของผู้ย้ายถิ่นประกอบกัน เพื่อให้ผู้ย้ายถิ่นปรับตัวในแต่ละด้าน และการปรับตัวเพื่อให้คงความสมดุลย์อยู่ได้ในชุมชนนั้น ๆ ย่อมทำให้เกิดความเครียด (ผน แสงสิงแก้ว, 2522)

โฮมและเรย์ (Holmes & Rahe) กล่าวว่า เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตในรอบ 2 ปีที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาบ่งชี้ถึงความสามารถในการปรับตัว และการปรับตัวนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อม (Bouge, 1959; Haber, 1982 อ้างถึงใน อุษณีย์ พึ่งบาน, 2529) ก็มีความเห็นว่า การปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นเป็นกระบวนการที่อาศัยระยะเวลา บางครั้งอาจนานกว่าช่วงอายุคน จนเกิดความผสมผสานกลมกลืนกัน ระหว่างประชากรผู้ย้ายถิ่นและประชาชนในท้องถิ่นนั้น อุษณีย์ พึ่งบาน ได้ทำการศึกษาวิจัยที่มีผลกระทบต่อปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นเข้าเขตเมือง ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่แล้ว ผู้ที่ย้ายเข้ามาอยู่ก่อนมิได้ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ย้ายเข้ามาภายหลัง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะเลือกสรรของประชากรที่เข้ามาอยู่ใหม่ กล่าวคือเป็นประชากรที่มีคุณสมบัติดีกว่า เช่นมีการศึกษาสูง มีอาชีพดี และมีประสบการณ์มาจากท้องถิ่นเดิมหรือท้องถิ่นอื่นๆ เหล่านี้เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากเขตเมืองจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากชนบท

บางครั้งการปรับตัวต่อสังคมใหญ่ก็เป็นเรื่องยากสำหรับผู้ย้ายถิ่น ซึ่งอาจจะ เนื่องจากความไม่พร้อมในบางประการ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ ความแตกต่างระหว่างสภาพแวดล้อมเดิมและสภาพแวดล้อมใหม่ ดังนั้นส่วนหนึ่งของผู้ย้ายถิ่นก็อาจจะปรับตัวด้วยการสร้างชุมชนแบบเดิมขึ้นในชุมชนใหญ่ ซึ่งช่วยป้องกันผู้ย้ายถิ่นจากความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วเกินไปได้ (อติชยา นวลศรี, 2528)

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใช้เวลา 3-4 ปี หลังจากการย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ ผู้ย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยอยู่นานกว่าจะมีความคิดเห็นที่ก้าวร้าวน้อยกว่าผู้ที่พียงย้ายมาจากชนบท (Rieger and Beegle, 1974 อ้างถึงใน อติชยา นวลศรี, 2528)

จากการศึกษาของ วิทวัส คงคากุล (2519 อ้างถึงใน อติชยา นวลศรี, 2528) พบว่า ระยะเวลาที่เข้ามาอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ จะมีผลต่อแบบแผนชีวิตและการปรับตัวมาก ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ เกินกว่า 5 ปี จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี และมีความพึงพอใจต่อชีวิตในกรุงเทพฯ มากกว่าผู้ที่พียงจะเข้ามาอยู่ใหม่ แม้กระทั่งอาจจะมากกว่าผู้ที่มิภูมิลำเนา

เดิมอยู่ในกรุงเทพฯ แต่กำเนิดด้วย เนื่องจากการตื่นรนจากสภาพความเป็นอยู่ที่ขาดแคลนในชนบทกับการได้รับโอกาสมีชีวิตที่ดีกว่าในเมือง ทำให้รู้สึกมีความหวังในอนาคต แต่ผู้มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในกรุงเทพฯ จะต้องเผชิญอยู่กับภาวะค่าครองชีพที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สอดคล้องกับการเพิ่มของรายได้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร นานกว่า น่าจะสามารถปรับตัวทางเศรษฐกิจได้ดีกว่า เนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ นานกว่าน่าจะรู้ถึงลู่ทางในการทำมาหากินได้ดีกว่า เพราะมีประสบการณ์และความคุ้นเคยมากกว่า

ในด้านประเภทของงานที่ทำ : ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตต่างกัน กล่าวคือ ถ้ามีอาชีพการงานที่มีความมั่นคงกว่า มีเกียรติมากกว่า ก็จะสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ทำงาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้น อัมพร โอตระกูล และคนอื่นๆ (2525) ได้เปรียบเทียบ ร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติตามอาชีพ พบว่า ข้าราชการ และข้าราชการวิสาหกิจสุขภาพจิตปกติ 66% ซึ่งนับว่าสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ ในกลุ่มที่ทำงานแล้ว

3. ปัจจัยทางด้านการทำงาน และสิ่งเสพติด กับสุขภาพจิต

ด้านระยะเวลาในการทำงาน: การทำงานตราครุฑ เป็นระยะต่าง ๆ กัน จะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตหรือไม่ยัง ไม่มีผู้ใดยืนยัน และศึกษาไว้ชัดเจนนัก แต่ก็พบว่า การทำงานตราครุฑหรือทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน มีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้า (Fatigue) และความเมื่อยล้าจากการขับขี่ยานยนต์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงาน ทั้งด้านสรีระร่างกายและจิตใจของคนขับได้ ทำให้สมาธิ การตอบสนองความถูกต้องแม่นยำลดลง เชื่องช้า (Bartlett, 1953; Brown and Paulton, 1961; Grandjean 1968; Mcforland 1968; Roberts, 1971; Stave, 1977) นั้นหมายถึงว่าโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจากขับขี่ยานยนต์มากขึ้น และเมื่อเกิดความเมื่อยล้ามากๆ บ่อยๆ ก็จะทำให้เกิดอาการทางจิตที่เรียกว่า "Psychosomatic Disorder" ได้ (Saito and Kashiwagi, 1970; Wolf, 1967)

องค์ประกอบที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) ในการทำงาน คือ งานที่หนักเกินไป ระยะเวลาการทำงานที่ยาวนาน และงานที่มีลักษณะซ้ำซากๆ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งสรีระและจิตใจ ซึ่งเป็นผลให้เกิดผลการทำงานของบุคคลเป็นไปในทางที่ไม่ดีได้

จากการศึกษาของ Grandjean (1968) ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ พบว่า 4 ชั่วโมงของการขับขี่ยานยนต์ติดต่อกัน จะทำให้ระดับของการตื่นตัวของร่างกายลดลง และทำให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้น ซึ่งระดับ

ของความเหนื่อยล้าในการขับขี้น้อยอยู่กับปัจจัยหลายประการที่สำคัญที่สุดคือ ขอบเขตความรุนแรง และช่วงเวลาของความเครียดทางจิตใจ ความเบื่อหน่าย และ Circadian Rhythm

จากการศึกษาของวนิดา กำจัดัดสกร (2529) พบว่า ระยะเวลาในการขับขี้นมีผลต่อ อัตราการเกิดอุบัติเหตุในการขับขี้นที่ต่างกัน คือ ร้อยละ 67 ของจำนวนของการเกิดอุบัติเหตุ จะ เกิดในช่วง 1-30 นาทีแรกของการขับขี้น และจะลดลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาในการขับขี้นที่นานขึ้น จนกระทั่ง มากกว่า 2 ชั่วโมง อัตราการเกิดอุบัติเหตุในการขับขี้นมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น

ความง่วง พบได้ เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรอันดับสองรองจากความมึนเมา สุรา ซึ่งความง่วงจากความเหนื่อยล้า ความอ่อนเพลียทั้งหลายมีโอกาสนำให้เกิดอาการหลับใน หรือที่เรียกว่า Reactive Inhibition หรือ Involuntary Rest pause ได้ง่าย โดยเฉพาะการขับขี้นบนเส้นทางที่คุ้นเคย (วนิดา กำจัดัดสกร, 2529)

จากความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนชั่วโมงที่ทำงานขับรถและแต่ละคนก็แตกต่างกันไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องของความเหนื่อยล้า และการทำงานของสรีระวิทยา ด้วย (Hamelin, 1987) ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ Pokorny และคนอื่น ๆ (1987) การขับ ขยวดยานภายใน 8 ชั่วโมง พบว่า อัตราเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ จะ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่ม ปฏิบัติงาน และจะสูงสุดในชั่วโมง ที่ 3 และ 4 ของการทำงาน แล้วลดลง และต่อมาจะเพิ่มขึ้น อีกในชั่วโมงท้ายๆ ของการทำงาน

Drory (1985) ได้ศึกษาในพนักงานขับรถ อายุ 24-35 ปี ที่ทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน พบว่าพนักงานเหล่านี้ จะมีความเมื่อยล้า (Fatigue) มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อได้ยินเสียง รบกวานหลายๆ ในขณะขับรถ แสดงว่า นอกจากระยะเวลาในการทำงานแล้ว เสียงหรือสิ่งรบกวาน ภายนอกมีส่วนทำให้เกิดความเมื่อยล้าได้

Fuller (1984) ได้ศึกษาผลของการขับรถเป็นระยะเวลานานๆ กับความรู้สึกเมื่อยล้า และแรงจูงใจในคนขับรถบรรทุก โดยให้มีการขับรถวันละ 11 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 วัน/สัปดาห์ พบว่า พนักงานขับรถเหล่านี้ มีอาการที่บ่งถึงความแย่งลง, ง่วงซึม หมดแรง อ่อนเพลียเมื่อยล้า และต้องการจะหยุดขับรถ ซึ่งอาการเหล่านี้ จะพบได้มากขึ้นในคนขับรถที่มีอายุมากขึ้นด้วย

ในด้านประสิทธิภาพการขับรถ : หรือการขับขยวดยานมาก่อน เป็นระยะเวลาต่าง ๆ กัน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ขับขี้นด้วยหรือไม่นั้น ในเมือง ไทยยัง ไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ แต่จากการศึกษา ของ กุลวดี กนกพัฒนางกูร (2531) พบว่า คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีอายุการทำงานแตกต่างกันจะมีคะแนนสุขภาพจิตต่างกัน โดยคนงานที่มีอายุการทำงานมากกว่า 7 ปี จะมีคะแนนมี

ความผิดปกติของสุขภาพจิตมากกว่าคนงานที่มีอายุการทำงานน้อยกว่า 1 ปี อาจเนื่องมาจากการทำงานเป็นเวลานานทำให้เกิดความเบื่อหน่ายขึ้น ประกอบกับงานที่ทำอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม คือ ความร้อน แสงสว่างไม่พอเหมาะ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และพบว่า อายุการทำงานมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ คือ คนงานที่เพิ่งเริ่มทำงานจะเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากขาดทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมือ Tillman (1949) และ WHO (1975 อ้างถึงใน ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี, 2529) ได้ให้ข้อเสนอว่า อายุ ประสบการณ์ในการขับขี่ และ Psychosociological profile ของคนขับขี่ยานก็เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุจราจร

ด้านประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจร: ส่วนในด้าน ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอุบัติเหตุจราจรของผู้ขับขี่ยานกับสุขภาพจิตนั้น ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ชัดเจน

ธนพล บิยะอิศรากุล และคนอื่นๆ (2533) ได้มีการศึกษา ถึงคุณสมบัติทางจิตใจของพลขับรถยนต์ที่เกิดอุบัติเหตุสูง และในกลุ่มพลขับรถยนต์ที่ขับรถดี บลอคภัย โดยศึกษาองค์ประกอบทางจิตวิทยา 4 ด้าน คือ บุคลิกภาพ การทนต่อแรงกดดัน สมาธิการรับรู้ และเข้าวิสัย ผลการศึกษาปรากฏว่า คุณสมบัติทางจิตใจ ทั้ง 4 ด้าน มีผลการเกิดอุบัติเหตุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

อุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นนั้น เนื่องจากสาเหตุสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านบุคคล ยานพาหนะ และสภาพแวดล้อม ถนนหนทาง แต่องค์ประกอบที่สำคัญที่สุด คือ บุคคล โดยเฉพาะคนขับซึ่งก็มีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับตัวคนขับ ดังนี้คือ อายุ ประสบการณ์ สภาพของร่างกาย รวมถึงการใช้ยาเสพติด พฤติกรรมทางอารมณ์ และการเป็นโรคจิต ด้วย (Psychotic) (วิจิตร บุญยะ โหตระ, 2529) สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ Tiwari (1983) ได้ศึกษาในคนขับรถเมล์ 30 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจร กับกลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติการเกิดอุบัติเหตุจราจร แล้ววัด ความวิตกกังวล (Anxiety) โดยใช้ State - trait Anxiety Inventory พบว่าระดับ Anxiety โดยเฉพาะชนิด Trait มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว

Brandaleone and Flamm (1955) ได้เสนอแนะว่าน่าจะมีการใช้ Psychological Scale ตรวจสอบคนขับรถเมล์ที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thurstone (1953) และ Maslow และคนอื่นๆ (1952) เมื่อเขาใช้ Thurstone Temperament Schedule และ Maslow Security-Insecurity Inventory ตามลำดับในการคัดเลือกคนขับรถเมล์ ในบริษัทแห่งหนึ่งใน New York แล้วพบว่าอุบัติเหตุในการขับรถลดลง และมีการศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะบุคลิกภาพกับอุบัติเหตุของการขับขี่ยาน พบว่าใน

กลุ่มคนขับที่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุสูง จะมีลักษณะบุคลิกภาพเป็นแบบ ก้าวร้าว, ตัดสุรา เก็บตัว (Low Extraversion) (Roy and choudhary, 1985)

จากอุบัติเหตุจากรถโดยสารองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ และรถสองแถวมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี รวมทั้งความรุนแรงก็เพิ่มขึ้นด้วย รถโดยสารประจำทางเกิดอุบัติเหตุบ่อย จากสถิติอุบัติเหตุในการขับรถเมล์ของพนักงานเหล่านี้ พบว่าในปี พ.ศ.2531 องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ ต้องเสียค่าใช้จ่ายไป 34,012,461 บาท (องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ, ม.บ.บ.) และส่วนใหญ่แล้วจากการลุ่มตัวอย่างของอุบัติเหตุ 4,964 ครั้ง ของปี 2528 บปรากฏว่า ช่วงเวลา 06.00 น. - 09.00 น. และ 15.00 น. - 18.00 น. จะมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นสูง ทั้งนี้อาจจะ เป็นเพราะช่วงการจราจรคับคั่ง อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมักมาจากคนขับรถโดยสารองค์การฯ ขับไบชนท้าย เผลว เบียดรถอื่น ๆ (วิจิตร บุญยะโหดระ, 2531) ทำให้เป็นที่น่าสนใจและศึกษาว่า การเกิดอุบัติเหตุจราจรของพนักงานขับรถเมล์เหล่านี้ มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของเขาหรือไม่

ด้านสิ่งแวดล้อมในกลุ่มพนักงานขับรถเมล์ นั้น อัมพร โอวตระกูล และคนอื่นๆ (2531) ได้มีการศึกษา การตัดสุรา โดยใช้แบบสำรวจ Michigan Alcoholism Screening test กับพนักงานขับรถประจำทางของ องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2530 จากกลุ่มตัวอย่าง 150 ราย พบว่ามีพนักงานขับรถ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการแก่ชุมชนนั้น มีแนวโน้มในการเป็นผู้ที่ตัดสุราค่อนข้างสูง ถึงร้อยละ 32 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นได้ และจากการศึกษาของ Walsh(1982) การดื่มสุราเกี่ยวข้องกับปัจจัยลักษณะบุคลิกภาพของผู้ดื่มสุราที่ซับซ้อนด้วย เช่น ลักษณะก้าวร้าว (Aggression) หรือหุนหันพลันแล่น (Impulsive) (อ้างถึงใน สุพัฒน์ เดชาดิวงศ์ ฌ อยุธยา, 2531)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย