

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพจิต" ไว้หลายท่านดังนี้
องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง ความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจ ซึ่งปราศจากอาการของโรคจิต โรคประสาท หรือลักษณะผิดปกติอื่น ๆ ทางจิตใจ และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ (กมลรัตน์ หล้าสุวงศ์, 2524)

ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว (2522) ได้กล่าวถึงสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิตคือสภาพชีวิตที่เป็นสุข และเป็นอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

แพทย์หญิงคุณหญิงสุภา มาลากุล ณ อยุธยา ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิต คือ คุณสมบัติของจิตใจในการทำงานประสมประสานบุคคลกับสภาพแวดล้อม ทำให้คนรู้สึกรับรู้ในอารมณ์ เกิดความนึกคิด ตัดสินใจและแสดงปฏิกิริยาได้ตอบกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีความคิดเพื่อตัดสินใจได้ดี-เลวเพียงใด ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพความคิดของบุคคลนั้น (กองสุขภาพจิต, 2530)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้ให้ความหมายว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่สามารถปรับปรุงจิตใจให้มีความสุข แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ สุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงได้ตามภาวะการณ์และสิ่งแวดล้อม บางขณะอาจจะทำให้เกิดความทุกข์ หรือความสุขแล้วแต่สุขภาพจิตในขณะนั้น ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีต้องมีลักษณะดังนี้ (สุโขทัย ธรรมาธิราช, 2530)

1. มีสุขภาพกายดี ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน มีความสุขพอใจในตนเอง
2. มีความสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ไม่เป็นโรคประสาท โรคจิต

มาสโลว์ (Maslow) ได้ให้แนวความคิดไว้ว่า ความต้องการของมนุษย์นั้นเป็นลำดับขั้น โดยเริ่มจากความต้องการทางสรีระเป็นพื้นฐาน ความต้องการลำดับต่อมา คือ ความต้องการด้านความปลอดภัย ความเป็นเจ้าของ ความรักชื่อเสียง การสรรเสริญ และลำดับขั้นสูงสุด คือ ต้องการความเข้าใจและยอมรับตนเอง และถ้าความต้องการในด้านหนึ่งไม่ได้รับการตอบสนองให้สมใจก็จะมีอิทธิพลครอบงำบุคคลนั้น ๆ อยู่เรื่อยไป ถ้าไม่สนองตอบจะเกิดภาวะสุขภาพจิต (อรรถัย ชื่นมนุษย์, 2527)

ฟรอยด์ (Freud) มีความเห็นว่า ผู้มีสุขภาพจิตดีก็คือ ผู้ที่สามารถที่จะรักและทำงาน (มรรยาท เจริญสุขโสภณ, 2532)

จาโฮดา (Jahoda) ได้ให้ความหมายผู้มีสุขภาพจิตดีว่า คือ ผู้ที่ประพฤติตนตามแรงควบคุมภายในแห่งตนได้อย่างสม่ำเสมอ และค่อนข้างจะไม่มี ความขัดแย้งของโครงสร้างจิตใจทั้งสามส่วน ได้แก่ Id Ego และ Superego และจาโฮดา (Jahoda) ยังให้กรอบแนวคิดของสุขภาพจิตว่า จะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบของบุคคลดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527)

1. มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ต่อสังคมที่เป็นอยู่ (Competence)
2. เป็นตัวของตัวเอง มีวินัยในตนเอง พึ่งพาตนเองได้ (Autonomy)
3. มีความต้านทานต่อภาวะเครียดได้ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ภายหลังเหตุการณ์คับขันผ่านไป (Resistance to stress)
4. รับรู้สภาวะต่าง ๆ อย่างเป็นจริง (Perception of reality)
5. ใช้ความรู้ความสามารถบำเพ็ญประโยชน์แก่ชุมชน หรือสังคมที่ตนอยู่ (Self-actualization)

จากความหมายของสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่มีความสมดุลของความรู้สึคนึกคิด อารมณ์ พฤติกรรม ไม่มีอาการที่บ่งแสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิตใด ๆ อารมณ์ สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

ได้มีผู้เสนอลักษณะแบบแผนของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้หลายท่าน ขอกล่าวพอสังเขปดังนี้

เอิร์กเบิร์ต (Egbert, 1980) ได้กล่าวว่า ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี คือ

1. รู้จักตนเอง สามารถพัฒนาสมรรถานบุคลิกภาพได้เหมาะสมกับความเป็นจริง
2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางที่เป็นจริงได้
3. เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องชีวิตและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
4. เป็นผู้ที่มีพลังงานในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต
5. มีความสามารถในการปรับความคิด พฤติกรรมตามสถานการณ์ของชีวิตแต่ละช่วงได้
6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

เดนนิส (Dennis, 1967 อ้างตามสุนีย์ เกียรติงแก้ว, 2527) ให้ความเห็นว่า ผู้มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ หรือผู้ที่มีวุฒิภาวะเหมาะสมกับวัยควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่ไม่เห็นการณ์ไกล และมีเป้าหมายชีวิตระยะยาว ไม่คิดแสวงหาความพึงพอใจเพียงเพื่อสนองตอบความต้องการเฉพาะหน้า

2. มีสำนึกผิดชอบชั่วดี ไม่เอา راحتเอาเปรียบผู้ที่อ่อนแอกว่า แม้ว่าโอกาสจะอำนวยรู้จักควบคุมตนเอง มีวินัยในตนเอง ทำแต่สิ่งที่ถูกที่ควรสิ่งที่เหมาะสม

3. มีปรัชญาการดำเนินชีวิต และเป็นปรัชญาที่เป็นไปได้ ไม่ใช่ปรัชญาที่เป็นจินตนาการแต่ปฏิบัติไม่ได้ดังเช่น ปรัชญาของเด็ก ซึ่งมักจะเป็นเรื่องของความเพ้อฝันมากกว่าความเป็นจริง

4. สามารถจัดข้อขัดแย้งในตนเอง เกี่ยวกับความต้องการพึ่งพาผู้อื่นและความต้องการเป็นอิสระได้อย่างสมบูรณ์

5. สามารถให้และรับความรักจากเพศตรงข้ามได้ จะต้องรักตนเองให้หน่อยลง และแบ่งปันความรักที่มีต่อตนเองให้แก่คู่ครอง ครอบครัว และคนรอบข้างได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

6. มีสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบ พร้อมทั้งจะทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว หน่วยงาน และชุมชน เป็นคนมีจุดมุ่งหมายของชีวิต และมีเมื่อมีอุปสรรคก็สามารถแก้ไขได้ด้วยความราบรื่น

สุภาพรรณ โคตรจรัส (2527) ได้กล่าวถึงสุขภาพจิตมีลักษณะดังนี้

1. ด้านปัญญาความคิด ความเข้าใจ เป็นผู้ที่มีความรับรู้ที่ตรงตามความเป็นจริง ใช้สติปัญญาประกอบในการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุผล รับรู้และเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง เต็มใจที่จะหาวิธีแก้ปัญหาโดยตรงในการเผชิญปัญหา

2. ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ สามารถเผชิญความตึงเครียดและความกดดันเป็นอย่างดี เมื่อเผชิญปัญหาจะไม่กระทบกระเทือนเกินกว่าเหตุ รักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอ แสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเอาชนะความขัดแย้งในใจทั้งภายในและภายนอกได้

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว หรือแสวงหากิจกรรมทางสังคมมากเกินไป จนทำให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นเพียง

ผิวเผินหรือฟังผู้อื่นจนกลายเป็นภาระ ไม่ได้คบผู้อื่นเพียงหวังประโยชน์ส่วนตัว ยอมรับและเข้าใจในตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น

4. ด้านการงาน ทำงานได้เต็มความสามารถ เลือกอาชีพได้ตรงกับ ความสนใจและความสามารถของตน รับผิดชอบ และรู้สึกว่าตนเป็นประโยชน์กับสังคม มีคุณค่า มีความกระตือรือร้นในชีวิต มีแรงบันดาลใจ มีพลังในการทำงาน

5. ด้านความรัก สามารถรักได้อย่างแท้จริง เป็นความรักได้อย่างแท้จริง เป็นความรักในมนุษยชาติ เป็นความรักที่ประกอบไปด้วยความเอื้อเฟื้อ เพื่อแม่ ใ่ว่างใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความพึงพอใจเมื่อเห็นผู้อื่นที่ตนรักมีความสุข รวมทั้งความรักทางเพศ

6. ด้านตนเอง มีความเข้าใจในตนเอง รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ว่าตนเองคือใคร ต้องการอะไรในชีวิต ยอมรับข้อบกพร่อง และภาคภูมิใจใน ส่วนดีของตน สามารถเปิดเผยตัวจริงของตนเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยไม่ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างดีที่สุดในศักยภาพ ของตนเอง

7. ด้านการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการ เผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม ใช้สติปัญญาในการเผชิญปัญหา มีอารมณ์มั่นคงสม่ำเสมอ แสดงออกอย่างเหมาะสม

สุขภาพจิตของบุคคลจากแนวคิดต่าง ๆ จะเห็นว่าเกี่ยวข้องกับการปรับตัว ทั้งสิ้น ซึ่งเป็นการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวนี้เป็นองค์ประกอบที่ สำคัญของสภาวะสุขภาพจิตของบุคคล ถ้าบุคคลปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดความเครียด ซึ่งความเครียด (Stress) เป็นประสบการณ์ทางจิต ประการหนึ่งที่คนเราทุกคน เคยพบมาในชีวิต ส่วนจะพบมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์และ เหตุ- การณ์ส่วนตัวที่มีส่วนพัวพันอยู่ด้วย (ลิขิต กาญจนารักษ์, 2530) ความเครียดที่มี มาก ๆ และเป็นอยู่ในระยะเวลานาน ๆ จะเป็นอันตรายต่อการปรับตัว ท้าให้มี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ

ความเครียดจึงเป็นเหตุการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นเสมอในชีวิตประจำวันของมนุษย์ และยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ มีผู้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันดังนี้

เซลย์ (Selye, 1956) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจงของร่างกายต่อความต้องการใด ๆ

ลักแมนน์และซอเรนเซน (Luckman and Sorensen, 1974) ได้สรุปความหมายของความเครียดไว้ว่าเป็นสิ่งที่ถูกคุกคามหรือพยายามที่จะทำลายบุคคล ทำให้บุคคลประสบความไม่พึงพอใจในสิ่งที่เป็นความต้องการพื้นฐาน เป็นสิ่งที่ขัดขวางพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์ และสิ่งที่มาคุกคามนั้นเป็นผลให้สภาวะร่างกายและจิตใจขาดความสมดุลย์

ส่วน ริชาร์ด ลาซาลัส (Richard Lazarus, 1966) อธิบายความเครียดในเชิงจิตวิทยาว่า เป็นภาวะการณั่กระตุ้นภาวะหนึ่งซึ่งเป็นผลมาจากการเสียสมดุลย์ของระบบและส่งผลให้เกิดความตึงเครียดในสภาพใดสภาพหนึ่งซึ่งพร้อมที่จะเปลี่ยนเป็นสภาพอื่นได้ นั่นคือ ทำให้ระบบเกิดการโต้ตอบด้วยกลไกทุกชนิดเพื่อให้เกิดคืนสู่ดุลยภาพ และลาซาลัสยังได้แบ่งรูปแบบการเผชิญกับภาวะเครียดไว้ 2 แบบ คือ

1. การเผชิญภาวะเครียดแบบปฏิกิริยาตรง เป็นความพยายามของบุคคลที่จะเผชิญกับสิ่งคุกคาม โดยมีปฏิกิริยาโต้ตอบสิ่งแวดล้อม 5 แบบ คือ การเตรียมตัวต่อสู้กับสิ่งคุกคาม (Preparing against harm) การสู้ (Attack) การถอยหนี (Withdrawal) การประนีประนอม (compromise) และการเฉยเมยหรือไม่มีปฏิกิริยา (Inactive or apathy)

2. การเผชิญภาวะเครียดแบบปฏิกิริยาโดยอ้อม เป็นกลไกการทำงานของร่างกายและจิตใจ เพื่อภาวะลดอันตรายจากสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 ประการ คือ วิธีบรรเทาอาการโดยตรง (Symptomdirect modes) เป็นการใช้สิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบรรเทาภาวะเครียดโดยตรง เช่น การใช้ยานอนหลับ การใช้ยาผ่อนคลาย รวมถึงวิธีอื่น ๆ ที่ใช้ร่างกายเป็นศูนย์กลาง และวิธีบรรเทาอาการภายในจิตใจ (Intrapsychic modes) เป็นการบรรเทาภาวะเครียด

โดยวิธีการทางจิตวิทยาของจิตใต้สำนึก ฟรอยด์ (Freud) เรียกว่า การใช้กลไกทางจิต (Defense mechanism) ซึ่งเป็นการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและการปรับตัวโดยการใช้อุปสรรคทางจิต เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเผชิญภาวะเครียด ถ้าบุคคลปรับตัวไม่ได้จะเกิดความเครียด มีความแปรปรวนของจิตใจเป็นระยะเวลานาน ก็จะเกิดความผิดปกติขึ้น โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวชที่ซัสแมน (Zusman, 1975) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. ความกลัว (Fear) เป็นลักษณะปกติที่สุดที่เกิดขึ้นกับทุกคนที่มีความเครียด ความกังวล และเมื่อมีวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ ความกลัวนั้นอาจเกิดกับบุคคล กิจกรรมหรือสถานที่ก็ได้ถ้าเกิดกับบุคคล เช่น จะเกิดความหวาดกลัวถ้าเกิดกับบุคคลที่เคยใกล้ชิดหรือบุคคลที่จะเข้าติดต่อด้วย ถ้าเกิดกับกิจกรรมอาจแสดงออกโดยการไม่กล้าทำในสิ่งที่เคยกระทำ ไม่กล้าพูดต่อหน้าคนอื่น หรือถ้าเกิดกับสถานที่ อาจมีอาการกลัวที่แคบ ที่โล่งที่สูง หรือที่ปิดทึบ เป็นต้น การแสดงออกของความกลัวอาจจะออกมาโดยการพูด หรือหลีกเลี่ยงสิ่งทีกลัวนั้น ถ้าหลบไม่ได้ก็จะแสดงอาการหลุนลาน ตัวสั่น หรือเป็นลมหมดสติไป ในทางพยาธิสภาพทางกาย ความกลัวจะแสดงออกมาในรูปของการหายใจเร็ว เจ็บหน้าอก อาจรุนแรงถึงมีอาการทางหัวใจหรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินได้

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นความกลัวที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด หวาดกลัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นข้างหน้า ผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับสูงจะรู้สึกมวนท้อง ปากแห้ง หัวใจเต้นแรงเร็ว หายใจเร็ว และกระสับกระส่าย หากเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของชีวิต อาการจะรุนแรงมาก เช่น อาการแสดงออกโดยการกรีดร้อง ตัวสั่น หรือหมดสติไป

3. ความซึมเศร้า (Depression) เป็นปฏิกิริยาที่เป็นเครื่องหมายสำคัญของความคิดที่จะทำร้ายตนเอง พฤติกรรมซึมเศร้าที่ไม่รุนแรง แสดงออกมาโดยการมีอารมณ์อ่อนไหว สะเทือนใจง่าย มองโลกแง่ร้าย ถ้าความซึมเศร้ามีมากขึ้น อาจแสดงออกมาในรูปของความหมดหวัง หมดอาลัยในชีวิตแยกตัวเอง

จากสังคม นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร เหนื่อยหน่าย หมดความรู้สึกทางเพศ บางคนรู้สึกผิดที่ต้องได้รับการลงโทษ ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นที่มาของความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างหนึ่ง

4. ความคลุ้มคลั่ง (Mania) เป็นปฏิกิริยาที่ตรงข้ามกับภาวะซึมเศร้า บุคคลที่มีปฏิกิริยาด้านนี้มักมีอิสระในการแสดงออกกล้าหาญ สำหรับภาวะคลุ้มคลั่งในระดับที่ไม่เป็นอันตรายจะแสดงออกในรูปของการเล่นกีฬา ออกกำลังกายแรง ๆ หรือวาดภาพด้วยสีสรรที่ฉูดฉาด ส่วนภาวะคลุ้มคลั่งที่เป็นอันตรายจะกระสับกระส่ายอยู่ไม่ติดที่ ไม่สามารถตัดสินใจได้ ไม่สามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ แม้ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารหรือน้ำ

5. ความโกรธ (Anger) เป็นปฏิกิริยาโกรธโดยไม่สมเหตุสมผล อาจแสดงออกโดยการไม่ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น ในระดับรุนแรงอาจมีความคิดว่าทุกคนมีความคิดเป็นศัตรูกับตนเอง ปฏิกิริยาที่แสดงออกจึงรุนแรง และไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์

6. ความสับสน (Confusion) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกสับสน วุ่นวายจากสิ่งต่าง ๆ ไม่ได้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

7. การแยกตัวเอง (Withdraw) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากความรู้สึกหมดความสนใจต่อบุคคล และสภาพแวดล้อมที่เคยเป็นที่สนใจ และเป็นสิ่งสำคัญกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป บางคนอาจจะนอนหลับกลางวันตลอด แต่ตื่นขึ้นในเวลากลางคืน พฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของความเศร้าเสียใจ

นอกจากปฏิกิริยาที่มีผลจากอารมณ์ ความคิดดังกล่าวแล้ว ความเครียด ความวิตกกังวล ยังทำให้เกิดพยาธิสภาพทางร่างกายระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติไป เช่น ระบบทางเดินอาหารเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โรคอ้วน โรคระบบทางเดินหายใจ เกิดอาการหอบหืด หายใจเร็วกว่าปกติ ระบบสืบพันธุ์ เกิดความเสื่อมของสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนผิดปกติ เป็นต้น

สำหรับปฏิกิริยาอื่น ๆ ที่แสดงถึงปัญหาทางอารมณ์ ความคิดของบุคคล เช่น พฤติกรรมซ้ำ ๆ (Obsessive-Compulsive) ต้องทำงานซ้ำ ๆ ตรวจตราสิ่งที่ทำไปแล้วซ้ำแล้วซ้ำอีก พฤติกรรมหวาดระแวง (Paranoid Ideation)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงความคิดไม่เป็นมิตร โทษผู้อื่น ระวังสงสัย หลงผิด ไม่ไว้วางใจผู้อื่น พฤติกรรมอาการโรคจิต (Psychosis) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการที่บ่งชี้ว่าจะมีความผิดปกติหรือป่วยเป็นโรคจิต เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดพอสรุปได้ว่า ความเครียดคือปรากฏการณ์ที่มักจะเกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิต เมื่อถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าใด ๆ ปรากฏการณ์นั้น ๆ อาจแสดงออกมาทางร่างกายหรือจิตใจก็ได้ แต่ทั้งนี้โอกาสเกิดความเครียดระดับของความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดนั้นแตกต่างกันไปตามลักษณะของตัวบุคคล สิ่งกระตุ้น และสภาพแวดล้อม

ความเครียดเป็นส่วนสำคัญพื้นฐานของการมีชีวิต และความเครียดที่มาก และเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้อารมณ์แปรปรวน ความคิดอ่านสับสน การรับรู้บกพร่อง เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ เกิดความวิตกกังวล ทวาระแสวง เมื่อเป็นมากและเรื้อรังทำให้เกิดโรคจิตและโรคประสาทในที่สุด

การประเมินสุขภาพจิต

การพัฒนาระดับของสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ไม่อาจแสดงให้เห็นได้ เนื่องจากขาดดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพจิตโดยตรง และไม่มีเครื่องมือที่จะใช้ตรวจสอบสุขภาพจิต

สுவินีย์ เกี่ยวกิงแก้ว (2527) ได้กล่าวถึงการประเมินสุขภาพจิตจากการแปลพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคล แล้วนำมาตัดสินว่าอยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการตัดสินดังนี้

1. กำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์
2. ใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น ทฤษฎีว่าด้วยแรงกดดัน (The Stress Model) ซึ่งอธิบายว่าบุคคลมีพฤติกรรมผิดปกติ หรือบุคลิกภาพแปรปรวนนั้น เป็นเพราะเขาสนองตอบต่อความเครียดหรือความกดดันของชีวิต เป็นต้น จึงอาจจะกล่าวได้ว่าความเครียดจึงเป็นดรชนี้ที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพจิตของบุคคลได้อย่างหนึ่ง

ในการศึกษาเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพจิตมีหลายวิธี ได้แก่
(สวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2530)

1. การประเมินสภาวะสุขภาพจิตโดยตรง ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือวัด
2. การประเมินสภาวะสุขภาพจิตโดยการศึกษาการปรับตัวด้านบุคคล
ของบุคคล
3. การประเมินสภาวะสุขภาพจิตโดยศึกษาอาการและการแสดงของ
ความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งถ้ามีปรากฏในบุคคลใดมากก็แสดงว่าบุคคลนั้นมีภาวะ
สุขภาพจิตที่ไม่ดี

นอกจากนี้ สก็อต (Scott, 1958 อ้างถึงในทวี ท้าวคำลือ, 2535) ได้รวบรวมเกณฑ์ที่ใช้หรือประเมินสุขภาพจิตของบุคคลไว้ว่า อาจวัดได้จากประสพ-
การณ์การรักษาทางจิต วัดจากปริมาณความมากน้อยที่บุคคลไม่สามารถจะปรับตัว
ทางสังคม ซึ่งหมายถึงบุคคลที่สังคมตัดสินว่า เบี่ยงเบนไปจากที่สฐานของสังคม วัด
จากการตรวจอาการทางจิต วัดจากการให้บุคคลประเมินความรู้สึกส่วนตัว เกี่ยว
กับการไร้ความสุข โดยให้บุคคลประเมินตนเองในสภาพการณ์ปัจจุบัน วัดจากการ
ประเมินพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และอาการทางจิตประเภทต่าง ๆ และสูด
ท้ายวัดด้วยวิธีอื่น ๆ ที่แตกต่างกันไปจากข้างต้น

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตของบุคคลอาจจะประเมินได้ โดยพิจารณาที่
สาเหตุและผลที่เกิดจากสาเหตุซึ่งปรากฏออกมาเป็นอาการทางจิต และอาการ
เจ็บป่วยทางกาย สำหรับในบุคคลที่ไม่ได้เป็นโรคจิต อาจวัดออกมาในรูปอารมณ์
ความรู้สึก และอาการที่แสดงออกทางร่างกาย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว
จนเกินเหตุ อาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เป็นไข้ เบื่ออาหาร ซึ่งเป็นผลจาก
ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนั่นเอง

เครื่องมือในการประเมินสภาวะสุขภาพจิต

การศึกษาสภาวะสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือวัดอาการและอาการแสดง ความเจ็บป่วยทางจิต ในการแปลผลถ้าได้คะแนนอาการเจ็บป่วยสูงก็แสดงถึง สภาวะสุขภาพจิตไม่ดี การศึกษาสภาวะสุขภาพจิตวิธีนี้ Mc Michael และ Hetzel (1975) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "An Epidemiological Study of Mental Health of Australian University Students" ซึ่งทำการศึกษาค้นหาความสัมพันธ์ของอาการความเจ็บป่วยทางจิตที่นักศึกษาประเมินเองกับภาวะความเครียด 19 ประเภท ที่นักศึกษาได้รับขณะศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัย ผลการวิจัยพบว่า สภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีที่ชี้วัดโดยมีอาการแสดงออกซึ่งภาวะความเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์กับจำนวนความเครียดที่นักศึกษาได้รับ

Amiram Vinokun และ Melvin L. Selzer (1975) ได้ศึกษาเรื่อง "Desirable Versus Undesirable Life Events : Their Relationship to stress and Mental Distress" โดยทำการศึกษาสภาวะความเครียดที่มีผลต่อสุขภาพจิต ซึ่งศึกษาสภาวะความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ 46 เหตุการณ์ในระยะเวลา 12 เดือน เครื่องมือที่ใช้คือ Self Administer questionnaire ชนิด 4 point rating scale ในการประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยให้ความหมายของคะแนนดังนี้คือ 1 = มีความเครียดน้อย 2 = มีความเครียดปานกลาง 3 = มีความเครียดมาก และ 4 = มีความเครียดมากที่สุด ได้ศึกษาโดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมความเครียดและพฤติกรรมวิตกกังวล ซึ่งข้อความถามเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า ฯลฯ เป็นต้น ผลของการศึกษาพบว่า ภาวะการณชีวิตที่ไม่พึงปรารถนามีผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล ความก้าวร้าว ความหวาดระแวง ความเศร้า การดื่มเหล้า อุบัติเหตุบนท้องถนน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ภาวะการณชีวิตที่ไม่พึงปรารถนามีผลทางลบต่อสุขภาพจิต คือ ทำให้บุคคลแสดง

ออกซึ่งอาการความเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น และมีพฤติกรรมการทำลายตนเอง เช่น ต้มเหล้าและอุบัติเหตุสูงขึ้น

ในประเทศไทยนั้น งานวิจัยด้านสุขภาพจิตเริ่มมีการนำเครื่องมือมาใช้ ในปี 2518 โดย ยรรยง ศุภรัตน์ และคณะ (2522) ได้นำแบบสอบถามซึ่ง สร้างโดย Broadman และคณะ มีชื่อว่า The Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI) แปลเป็นภาษาไทย และทดลองใช้กับกลุ่ม ประชากรไทยก่อนและพบว่าใช้ได้ ดังนั้นในปี 2519 นายแพทย์ยรรยง และคณะ จึงได้นำแบบสำรวจ CMI นี้ไปสำรวจสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทร- วิโรฒ แบบสำรวจ CMI นี้เป็นแบบสำรวจสุขภาพทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคำตอบว่าไม่ใช่ หรือใช่ 195 ข้อ และข้อคำถาม 38 ข้อ ในแบบสอบถาม จะสอบถามถึงสภาวะทางจิตโดยถามภาวะความเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึก ไรต่อสิ่งเร้า ความรู้สึกโกรธ และความรู้สึกเครียด จึงเป็นแบบวัดสุขภาพจิต ประเภทวัดอาการ และอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งถ้ามีมากในบุคคลใด ก็แสดงว่าบุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ต่อมาในปี 2520 นายแพทย์ธนู ชาติ- นานนท์ ได้สำรวจสุขภาพจิตเด็กนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดชัยนาท ในปี 2522 แพทย์หญิงอัมพร โอตระกุล และคณะ สำรวจสุขภาพจิตของประชากรทั่ว ๆ ไปใน เขตกรุงเทพมหานคร สมศรี เชื้อทิรัญ ก็ได้นำไปใช้ในปี 2521-2522 โดย สำรวจสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และใน ปี 2525 นายแพทย์กวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันไกรพล ก็ได้นำแบบสอบถาม นี้ไปใช้สำรวจสุขภาพจิตนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เช่นกัน จากการที่ใช้ แบบสอบถามนี้พบว่า ประกอบด้วยคำถามค่อนข้างมากถึง 233 ข้อ ถ้าจะนำมาใช้ สำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนใหญ่ ๆ ต้องใช้เวลาอย่างมาก

นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือสำหรับสำรวจความเครียด (Health opinion servey หรือ HOS) ซึ่งเป็นแบบสำรวจที่ถามเกี่ยวกับอาการต่างๆ ทางร่างกาย และจิตใจ อันเป็นผลจากปฏิกิริยาเมื่อร่างกายได้รับความเครียด ใช้ง่าย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีตัวเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เครื่องมือนี้ พันเอก แพทย์หญิงบรรจง สืบสมาน ได้ดัดแปลงมาใช้ในประเทศไทยเป็นท่านแรก โดย

เป็นแบบสำรวจที่สร้างขึ้นมาใช้สำรวจครั้งแรกที่ Stirling Country ในปี ค.ศ.1950-1969 อันเป็นโครงการของจิตเวชทางสังคม (Social Psychiatry) ของมหาวิทยาลัยคอร์แนล สหรัฐอเมริกา (Macmillian 1957 อ้างถึงใน มรรยาท เจริญสุข โสภณ, 2532) แต่เครื่องมือนี้ไม่สามารถแยกแยะความผิดปกติของสุขภาพจิตให้ละเอียดเป็นด้าน ๆ ได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดูแล้ว ปรากฏว่า เครื่องมือที่เหมาะสมคือ แบบทดสอบสุขภาพจิต Symptom Distress check list 90 (SCL-90) เป็นแบบทดสอบที่ละเอียด ชูประยูร (2520) กล่าวว่า เป็นแบบทดสอบที่สามารถวัดอาการทางจิต ซึ่งสร้างโดย Derogatis และคณะ (1973) ที่เริ่มใช้ในปี 1970 แบบทดสอบนี้ประกอบด้วย คำถามสั้น ๆ 90 ข้อ โดยให้บุคคลประเมินตนเองในสภาพที่เป็นจริงขณะนั้น (Self-reporting scale) ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่มีอยู่ในคนปกติ ซึ่งมีระดับความเข้มของอาการไม่ถึงเกณฑ์ของความผิดปกติ การแบ่งระดับอาการหรือ ปัญหาทางจิตฯ ในแต่ละด้านนั้นได้แบ่งเป็นระดับ คือ

- | | | | |
|---|-------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | ไม่เลย | หมายถึง | ไม่มีความทุกข์หรือไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการนี้เลย |
| 1 | เล็กน้อย | หมายถึง | มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอยู่บ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ |
| 2 | ปานกลาง | หมายถึง | มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นค่อนข้างสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนพอประมาณ ไม่รุนแรงนัก |
| 3 | ค่อนข้างมาก | หมายถึง | มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นสม่ำเสมอ และมีจำนวนพอประมาณจนถึงมาก |
| 4 | มากที่สุด | หมายถึง | มีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอย่างมาก ทั้งความถี่และความรุนแรง |

(ตัวอย่างของแบบทดสอบดูรายละเอียดในภาคผนวก)

SCL-90 นี้ ได้มีผู้นำมาใช้ในประเทศไทยเพื่อสำรวจสุขภาพจิตอย่างแพร่หลายดังนี้

1. กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2523) ได้ใช้สำรวจสุขภาพจิตนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ยุกา วิสุทธิโกศล (2524) ได้เลือกเอาข้อคำถามบางส่วนของ SCL-90 ร่วมกับแบบสอบถามที่เขาสร้างขึ้นไปศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในโรงเรียน และสรุปว่าสุขภาพจิตของครูมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของนักเรียน
3. เปรมสุรีย์ เชื้อมทอง (2526) ได้นำแบบทดสอบ SCL-90 นี้ ไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน และพบว่า สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนดีกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคน
4. ส่งศรี จัยสิน และคณะ (2528) ได้สำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถาม HOS และ SCL-90 พบว่ามี 95% Confidence interval ของอัตราความผิดปกติอยู่ระหว่างร้อยละ 27.25 ถึงร้อยละ 30.02 และพบประชากรที่มีอาการทางจิตอย่างชัดเจน ร้อยละ 0.19
5. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และ มัลลวิทย์ อุดลย์วัฒนศิริ (2527) นำไปใช้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าลักษณะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกด้าน
6. สิริวรรณ ภาษานนท์ (2530) ใช้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดชายฝั่งภาคตะวันออก พบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความผิดปกติของสุขภาพจิตทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
7. จันท์ โกศล (2530) ใช้ศึกษาสุขภาพจิตของพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย พบว่า พยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีระดับสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวลเบี่ยงเบนไปจากระดับปกติ ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปกติ

8. จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) ได้ศึกษาปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 และแบบวัดบุคลิกภาพ MMPI พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยมีอาการเด่นชัดที่สุดในกลุ่มอาการซึมเศร้า

9. เทพกร พิทยาภินันท์ (2532) ศึกษาสุขภาพจิตของครูในพื้นที่ซึ่งมีปัญหาชายแดนทางภาคตะวันออกเฉียงใต้ระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน พบว่าครูที่อยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงภัยมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครูนอกเขตพื้นที่เสี่ยงภัยในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธก้าวร้าวทาลาย กลัวปราศจากเหตุผล หวาดระแวง โรคจิต และอาการร่วมอื่น ๆ แต่ภาวะสุขภาพจิตของครูอยู่ในภาวะปกติ

10. กิตติยา จารัสเลิศสัมฤทธิ์ (2535) ได้ศึกษาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียนของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยใช้ SCL-90 พบว่านิสิตแพทย์ที่มีปัญหาการเรียน มีปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกเศร้าและความคิดหวาดระแวงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

11. ทวี ท้าวคาลือ (2535) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์ โดยใช้ SCL-90 พบว่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์คิดเป็นจำนวนร้อยละ 37 ซึ่งน้อยกว่าความชุกปัญหาสุขภาพจิตในประชากรอื่น ๆ ในกรุงเทพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกมีอาการทางกาย (Somatization) พบได้มากที่สุดเป็นจำนวนร้อยละ 21.1

สำหรับในต่างประเทศก็มีการนำแบบทดสอบ SCL-90 ไปศึกษาวิจัย เช่น Zhu CM (1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบ MMPI กับ SCL-90 ในการประเมินอาการทางจิตเวช โดยทดสอบผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 131 คน พบว่าอาการทางจิตเวชทั้ง 9 ด้านใน SCL-90 มีความสัมพันธ์อย่างมากตรงกับอาการใน MMPI แต่ความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ป่วยในการทดสอบ MMPI และ SCL-90 มีความแตกต่างกัน 3 โรค คือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรค

ซึมเศร้า (Depression) และโรคประสาท (Neurosis) แสดงว่าโรคทางจิตเวช 3 โรคที่กล่าวถึงอาจแตกต่างกันในลักษณะของพยาธิสภาพของโรค ซึ่งพบว่าตรงกันกับการปฏิบัติงานทางด้านคลินิก แสดงว่า SCL-90 เป็น Self-Rating Scale ที่มีความเที่ยงตรงสามารถนำไปใช้ได้

จากตัวอย่างที่กล่าวมาทั้งหมดพอสรุปได้ว่า แบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 ได้รับความนิยมนำมาใช้ในหมู่นักวิจัยและนักวิชาการด้านสุขภาพจิตพอสมควร และทำให้การยอมรับว่าสามารถใช้วัดและประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลได้ โดยเฉพาะในชุมชนใหญ่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

- การเกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้นมักจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด

ลออ หุตางกูร (2523) กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีดังต่อไปนี้

1. สาเหตุเฉพาะอย่าง (Specific agent) อาจเกิดจากจุลินทรีย์ เคมี ฟิสิกส์ แมคแคนิค และสาเหตุจากการขาดปัจจัยจำเป็นทางชีวและและการเสียสมดุลเฉพาะอย่างภายในอินทรีย์ เช่น การขาดน้ำ ขาดออกซิเจน ขาดสารอาหารบางอย่าง การตกเลือด เป็นต้น

2. สาเหตุที่ไม่มีตัวตนเฉพาะ (Non-specific stress agent) อาจได้แก่มูลเหตุที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเคร่งเครียดกับงานการทำงานหนัก ความกดดันจากสังคม ความจน การเปลี่ยนแปลงบทบาทของชีวิต เช่น จากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ วัยชรา ความล้มเหลวทางมนุษยสัมพันธ์หรือการทำงาน การสูญเสียต่าง ๆ หรือความคับข้องใจจากการไม่สามารถอนุเคราะห์ให้แก่ความต้องการของตนเอง นับแต่ความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น ความอิ่ม ความสามารถเคลื่อนไหว ความสบาย ความปลอดภัยไปจนถึงความต้องการขั้นสูงขั้นของบุคคล

นงคราญ ผาสุข (2528) ได้สรุปไว้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตมี 3 อย่าง คือ

1. ความเครียดจากพัฒนาการด้านร่างกาย (Development Stress) เมื่อมีพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่งไปสู่วัยหนึ่ง ย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น เด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน และวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น

2. ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological Stress) สาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพที่มีผลทำให้เกิดความเครียดมีดังนี้

- ก. กายภาพทางร่างกาย
- ข. สรีระทางร่างกาย
- ค. องค์ประกอบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ต่อมน้ำนม, เชื้อโรค, สารพิษต่าง ๆ เป็นต้น

3. ความเครียดที่เกิดจากสภาพแวดล้อม (Environment Stress) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น

- ก. ระเบียบประเพณีและวัฒนธรรม
- ข. ลักษณะครอบครัว
- ค. สภาพของโรงเรียน
- ง. ภาวะทางเศรษฐกิจ
- จ. ความไม่สมหวังในอาชีพ
- ฉ. สภาวะทางสงคราม

ส่วนส่วนนี้ เกี่ยวกึ่งแก้ว (2527) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดไว้ดังนี้

1. สาเหตุจากภายนอกและระหว่างตัวบุคคล

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาททั้งห้า เป็นต้นว่า สภาพความร้อน-หนาวของอากาศ แสงสว่างที่จ้าหรือมืดจนเกินไป อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ มีกลิ่น มีควันพิษ เสียงที่ดัง

มากทำให้ประสาทหูได้รับความกระทบกระเทือน เราจะรู้สึกไม่สบาย บวคศีรษะ และอารมณ์เสียได้ง่าย นั่นเป็นเพราะเรากำลังอยู่ในอารมณ์เครียด ซึ่งเป็นความเครียดเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวทางกายภาพที่จะต้องเผชิญอยู่ทุกวัน นอกจากนี้ การขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร-น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นสาเหตุของความเครียดได้ สภาวะต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง โต้เถียงกัน การอิจฉาริษยา การแก่งแย่ง-แข่งขัน การขาดเพื่อน อยู่โดดเดี่ยวทำให้เกิดความเครียด

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ เรามักเข้าใจกันว่าความเครียดทางอารมณ์มักเกิดจากเหตุการณ์ที่เลวร้าย แต่ความเป็นจริงแล้ว เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นต้นว่า การแต่งงาน การมีบุตร การสร้างครอบครัวใหม่ การเลื่อนตำแหน่ง การเข้าทำงานใหม่ ก็เป็นเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดทางอารมณ์ได้เช่นกัน เพราะเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้บุคคลมีการปรับตัว การปรับตัวย่อมก่อให้เกิดความเครียด

นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์อื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดตามมา ได้แก่ การเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ การเปลี่ยนนิสัยการหลับนอน จากที่เคยนอนกลางคืนมานอนกลางวัน เพราะต้องทำงานกลางคืน การบาดหมางระหว่างครอบครัว เป็นต้น

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีระวิทยา ร่างกายที่เจริญเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่มีน้อย ทำให้การแก้ปัญหาไม่ทันถนัด ทนต่อสภาวะความเครียดไม่ได้

2.2 ระดับพัฒนาการ ร่างกายที่มีพัฒนาการไม่ปกติเนื่องจากรับประทานอาหารไม่พอทำให้เติบโตช้า เกิดโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับจิตใจที่พัฒนาการไม่ดี ระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ แปล

เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ และแก้ปัญหาแบบเด็ก ๆ ซึ่งยังผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดความเครียดตามมา หรือเด็กที่อยู่กับความเครียดเนื่องจากพ่อแม่เจ็บป่วยหรือตาย มักมีพัฒนาการคิดอ่านช้า กลายเป็นเด็กมีปัญหาทางพฤติกรรม

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัว โกรธ เกลียด กังวล ตื่นเต้น ถือว่าทำให้เกิดความเครียด การที่มีอารมณ์เหล่านี้ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์อย่างหนึ่ง ทำให้คนสองคนรับรู้ได้ไม่เหมือนกัน และมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่ต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ไม่เหมือนกัน

ปาสกาลิ (Pasquali 1981) กล่าวว่า ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุแห่งความเครียด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1. สิ่งที่คุณค้ำต่อภาพพจน์ของบุคคล เช่น การฆ่าตัด ความพิการ การสูญเสียอวัยวะ ทำให้เกิดความเครียดได้
2. ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดทำให้เกิดความไม่สุขสบาย
3. การเคลื่อนไหวไม่ได้ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาต โรคหัวใจ
4. การสูญเสียและการเปลี่ยนแปลง เช่น การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความสูงอายุ เป็นต้น

จึงอาจกล่าวได้ว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลหรือจากสิ่งแวดล้อม หรือจากสาเหตุทั้งสองอย่างร่วมกันก็ได้ สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีความอดทนต่อความตึงเครียดได้ คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ เมื่อตนเองตกอยู่ในภวะนั้น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ที่เป็นต้นเหตุแห่งความเครียดนั่นเอง

เซลยี (Selye, 1956) พบว่า สาเหตุของโรคมีส่วนสัมพันธ์กับความเครียดและกลุ่มอาการของความเครียด โดยให้ข้อคิดว่า โรคเกือบทุกชนิดมีลักษณะ

และอาการสำคัญเพียง 2-3 ประการ ซึ่งเป็นอาการร่วม เช่น น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย และความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ทั้งนี้เพราะมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพในแนวเดียวกัน จึงเรียกกลุ่มอาการเหล่านั้นว่า "กลุ่มอาการของความเครียด" หรือ "กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome)"

สเลย์ (Slay, 1976) ได้กล่าวสรุปว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากผลของความเครียด อารมณ์จะมีการแสดงออกและย้อนกลับเข้าสู่อวัยวะภายใน เมื่อไม่สามารถระบายความตึงเครียดของอารมณ์โดยการพูดหรือแสดงท่าทางได้

สุพัฒนา เดชาติวงศ์ และคณะ (2520) ได้อธิบายว่า เมื่อบุคคลมีความเครียดจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ

1. ทางร่างกาย ร่างกายจะมีความตึงเครียด (Tension) ของกล้ามเนื้อ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออกโดยเฉพาะฝ่ามือ ฝ่าเท้า ม่านตาขยาย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะบ่อย ท้องเดิน หายใจเร็วแรงและลึก อาจมีอาการแน่นหน้าอก วิงเวียน รู้สึกชาแขนขา กล้ามเนื้อเกร็ง
2. ทางจิตใจ จะมีความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวาดกลัว หงุดหงิด ขาดสมาธิ ตลอดจนถึงกังวลว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับตน บางทีมีความรู้สึกเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความรู้สึกทางเพศลดลง

สำหรับปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีระวิทยาที่มีต่อความเครียด ฮอปลิง (Hopping, 1980) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ปริมาณของโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้น ชีพจรเต้นเร็วและแรง อาจพบว่ามีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias) หรือมีอาการใจสั่น (Palpitation) ได้

2. โลหิตไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายน้อยลง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นซีดและเย็น
3. มีอัตราการหายใจเร็วขึ้น เพื่อให้มีจำนวนออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ มีการเพิ่มจำนวนเม็ดโลหิตแดงด้วย
4. จำนวนปัสสาวะลดน้อยลง จากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกาย และจากการปรับตัวของไต ทั้งนี้เพื่อรักษาระดับโลหิตภายในร่างกาย (Blood Volume) ให้เพียงพอ
5. อัตราการเผาผลาญสารอาหาร (Metabolism) เพิ่มสูงขึ้น ทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ และมักมีอาการขาดน้ำ (Mild dehydration) จากการเผาผลาญสารอาหารสูงอยู่นาน จะพบว่ามีอาการนอนไม่หลับและเมื่อยล้าได้
6. ระดับน้ำตาลในโลหิตเพิ่มสูงขึ้น จากการสร้างอินซูลินน้อยลง มีการหลั่งของกลูคากอน (Glucagon) เพิ่มขึ้น กรดไขมันถูกขับออกมาเพิ่มขึ้น มีการสลายตัวของไกลโคเจน (Glycogen) ในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น
7. การทำงานของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น อาจมีการสั่นกระตุก (Tremors) หน้าบูดเบี้ยว (Grimacing) งุ่มง่าม (Clumsiness) หรือพบว่ามีอาการเมื่อยล้าทั่วร่างกาย นอกจากนี้กล้ามเนื้อจะมีการตึงตัวด้วย
8. ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเนื่องจากต่อมไทมัส (Thymus gland) และเนื้อเยื่อลิมโฟออยด์ (Lymphoid) ลีบลง
9. ร่างกายและจิตใจมีอาการตื่นตัว กระฉับกระเฉง จากประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerve) ถูกกระตุ้น

สำหรับปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่มีต่อภาวะความเครียดเมอร์เลย์ (Murray, 1975) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวแยกตัวเอง ไม่ให้ความร่วมมือ เจอเยชา มีอารมณ์แปรปรวน และพูดถึงความตายบ่อยครั้ง



ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแนวชายแดน

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นในชีวิตประจำวัน บุคคลต้องเผชิญกับความเครียดจากสาเหตุหลาย ๆ ประการ รวมทั้งการอยู่อาศัยในพื้นที่อันตราย ซึ่งตามนิยามของทางการไทยระบุว่า พื้นที่ของหมู่บ้านที่ได้รับผลกระทบหมายถึง พื้นที่ภายในรัศมี 25 กิโลเมตรจากแนวชายแดน (MIDAS, 1992) โดยเฉพาะหมู่บ้านที่อยู่ติดแนวชายแดนไทย-กัมพูชา ซึ่งแม้ว่าขณะนี้จะมีข้อตกลงสันติภาพอย่างเป็นทางการในประเทศไทยแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชายังไม่สงบนัก (MIDAS, 1992) ประชาชนยังต้องเดือดร้อนกับผลกระทบจากการสู้รบในเขมร เป็นต้น แม้จะไม่ใช่วาระสงครามโดยตรง แต่ก็ยังมีผลกระทบเหมือนกับภาวะสงคราม ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตอย่างไม่มีปัญหา

สงครามจัดว่าเป็นวินาศภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ (อัมพร โอตระกูล และคณะ, 2529) และก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทั้งทางร่างกายและจิตใจของคน และชุมชนที่ประสบภาวะนั้น ซึ่งผลกระทบกระเทือนอาจจะเกิดเนื่องจากผู้นั้นได้รับบาดเจ็บ มีการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน ตลอดจนจนตรอกตกใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ในภาวะสงครามจะพบว่า ผู้ที่ได้รับการกระทบกระเทือนรุนแรงจะมีการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและจิตใจของบุคคล โดยแบ่งเป็นระยะดังนี้

1. Impact Phase เกิดความกลัว
2. Interaction Phase มีความรู้สึกถึงความขัดแย้งต่อการตายของอีกฝ่าย
3. Acceptance Phase ยอมจำนนเพื่อการอยู่รอดและหลีกเลี่ยงความบาดเจ็บและความเจ็บป่วย
4. Acquiescence Phase เกิดความรู้สึกไร้สมรรถภาพต่ำต้อย เตื่อตาล และความรู้สึกผิด

นอกจากปัจจัยที่เกิดจากผลกระทบของภาวะสงคราม การสู้รบ โจร
เขมร ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตของประชาชนแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ อีก ได้แก่

1. เพศ

ความแตกต่างทางด้านสรีระของเพศหญิงและเพศชาย มีผลทำให้
เพศหญิงมีโอกาสเจ็บป่วยทางจิตได้สูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง
ทางสรีระแต่ละช่วงอายุของเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (Gove and Tudor,
1973) สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ อัมพร โอตระกุล และคณะ (2529)
ที่ศึกษาปฏิบัติการชุมชนต่อการตอบสนองวินาศภัย พบว่า เพศหญิงมีปฏิกิริยาทาง
อารมณ์มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งวิกินสัน (Wikinson, 1981)
กล่าวว่า ปฏิกริยาบุคคลเมื่อเผชิญวินาศภัยจะมีลักษณะแสดงออกทางอารมณ์และทาง
ร่างกายไปทางเดียวกันในลักษณะที่บ่งชี้ว่า ชีวิตถูกคุกคาม แต่มีความแตกต่างใน
เรื่องปฏิกิริยาตอบสนองมากกว่ากัน และก็พบอย่างเดียวกันกับการวิจัยของ อัมพร
โอตระกุล และคณะ ที่ว่าเพศหญิงมีปฏิกิริยาอาการมากกว่าเพศชายอย่างมีนัย-
สำคัญทางสถิติ

2. อายุ

ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ
และพฤติกรรมของบุคคลตลอดเวลาและตลอดชีวิต จากการศึกษาของ อัมพร
โอตระกุล และคณะ (2529) ที่ศึกษาปฏิบัติการชุมชนต่อการตอบสนองวินาศภัย พบ
ว่าบุคคลเมื่อประสบวินาศภัยไม่ว่าจะแสดงออกทางความรู้สึก อารมณ์ ทางร่างกาย
หรือทางพฤติกรรม มีความแตกต่างกันตามปัจจัยของอายุ โดยอายุมากขึ้นจะมี
ปฏิกิริยาแสดงออกมาก

3. สถานภาพสมรส

การสมรสเป็นจุดเริ่มต้นของครอบครัวอย่างหนึ่งของมนุษย์ก่อให้เกิด
เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกันในฐานะที่เป็นสามีภรรยา (สุพิตรา สุภาพ, 2528

อ้างอิงใน เสนาะ ลินอาษา, 2535) บุคคลที่สมรสแล้วจะรู้สึกว่าตนเองมีเพื่อน
ไม่ว่าแห้ว มีคนช่วยคิดดูแลและประคับประคอง

4. รายได้

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้คนไทยส่วนใหญ่นิยมใช้ชีวิตในสภาพ
ที่รายได้น้อย รสนิยมสูง ทำให้กลุ่มที่กระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจมาก คือ กลุ่มรายได้น้อย
เพราะเกิดการเปรียบเทียบชัดเจนระหว่างคนมั่งมีกับคนจน ปัญหาที่กระทบ
ต่อสุขภาพจิตจึงเกิดขึ้นสูงมาก โดยเฉพาะในสังคมเดียวกันซึ่งเป็นสังคมที่เต็มไปด้วย
ด้วยการแข่งขันในปัจจุบัน (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2530)

5. การศึกษา

การศึกษาคือกระบวนการสั่งสอน อบรม ถ่ายทอด วัฒนธรรม
ความรู้ ความชำนาญ เจตคติและค่านิยม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นการศึกษาจึงเป็นเครื่องส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีขึ้น
(คุณหญิงสุภา มาลากุล ณ อยุธยา, 2522 อ้างถึงใน เสนาะ ลินอาษา, 2535)
หรือให้ปรับตัวดำรงชีวิตด้วยดีมีความสุข สุขภาพจิตของบุคคลจะเสื่อมหรือไม่ขึ้นอยู่กับ
ความง้อเขลา ความไม่รู้หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ (ฝน แสงสิงแก้ว, 2522) การ
ศึกษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพจิต
ของบุคคล

6. ลักษณะครอบครัว

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2523) ได้อ้างอิงบอสซาด (Bossard)
และบอล (Bo11) ซึ่งให้ความเห็นว่า ครอบครัวเป็นศูนย์รวมของระบบปฏิสัมพันธ์
ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของจำนวนสมาชิกในครอบครัว ถ้าในครอบครัวมีจำนวน
สมาชิกเพิ่มขึ้น การติดต่อสัมพันธ์มีวงขยายมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะตึงเครียดบ่อยๆ
มัลลิกา มิติโก (2530) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบสังคมหนึ่งที่นำเอาคนมา
รวมๆ กัน และมีหน้าที่หลักคือเป็นแหล่งอบรมถ่ายทอดระเบียบทางสังคม วัฒนธรรม

ให้กับสมาชิก ตลอดจนสร้างความมั่นคงให้กับสมาชิกที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต ครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งของสังคม ความรักระหว่างบิดาและบุตรเป็นตัวอย่างความรักที่สมบูรณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย ลูกหลาน ยิ่งใกล้ชิดกันมากยิ่งทำให้เกิดความอบอุ่น เกิดพลัง ยิ่งทำให้ความสัมพันธ์ต่างกระชับกันมากยิ่งขึ้น ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว ย่อมทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายขึ้น เนื่องจากขาดการคำจุนช่วยเหลือเมื่อเวลา มีปัญหาต่าง ๆ

7. การมีญาติพี่น้องอยู่ในหมู่บ้าน

ลอว์จ และคณะ (Louge และคณะ, 1981) กล่าวว่า ปัจจัยทางการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือญาติพี่น้อง รวมไปถึงการมีสัมพันธภาพสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นตัวแปรที่ช่วยให้ผลกระทบทางจิตของผู้ประสบวินาศภัยลดน้อยลง เพราะบุคคลจะต้องมีความกังวลห่วงใยญาติพี่น้องเมื่อเกิดอันตราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร โอตระกูล และคณะ (2529) ที่ศึกษาปฏิบัติการชุมชนต่อการตอบสนองวินาศภัย พบว่า ผู้มีญาติพี่น้องอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันจะเกิดปฏิกิริยาอาการมากกว่าผู้ไม่มีญาติพี่น้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. การถูกคุกคามจากประเทศเพื่อนบ้าน

ภัยสงครามที่ชายแดนไทยกัมพูชานั้นไม่ได้เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อประชาชน เพราะเป็นเรื่องรบกวนระหว่างเขมรกับญวนแล้วฝ่ายประชาชนไทยถูกแรงระเบิด ลูกกระสุนปืนใหญ่ตกเข้ามาบ้าง และถูกทหารเขมรที่บุกหนีเข้าแดนไทย ทำการปล้นแย่งอาหารและทรัพย์สิน ลักษณะสงครามนี้เป็นแบบเรื้อรังไม่แน่นอนว่าจะเกิดเมื่อไร และสิ้นสุดเมื่อไร จากการศึกษาของอัมพร โอตระกูล และคณะ (2529) พบว่า หลังจากภัยสงครามแล้วในระยะแรกบุคคลจะแสดงอาการตกใจเสียขวัญ ส่วนในระยะหลังต่อมามีอาการเด่นไปในด้านวิตกกังวล ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ โกรธแค้น คิดมาก เบื่ออาหาร เป็นต้น และจากการ

ศึกษาของวอลเมอร์และโดเรนเวน (Vollmer and Dohren Wend, 1983) ยังพบว่าปฏิกริยาจะแตกต่างกันน้อยตามระยะห่างจากจุดเกิดภัย การสูญเสียชีวิต และทรัพย์สินของผู้ประสบภัยเช่นเดียวกับรายงานของชอร์ (Shores, 1986) และเขายังพบว่าลักษณะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ พบว่า พวกที่ประสบวินาศภัยรุนแรงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และจากการศึกษาของโรเบิร์ต เจ. เออร์ซานอ (Robert J. Ursano, 1981) ที่ศึกษาติดตามทหารอากาศอเมริกันที่เป็นนักโทษถูกกักกันในสงครามเวียดนามที่ถูก จับก่อนและหลังปี 1969 ทำการตรวจสอบสุขภาพจิตอย่างละเอียดโดยจิตแพทย์ และ ทำการทดสอบทางจิตวิทยาด้วย พบว่านักโทษสงครามเหล่านั้นมีอาการป่วยทาง จิตเวช โดยพบว่า กลุ่มที่ถูกกักกันก่อนปี 1969 มีอาการทางจิตรุนแรงกว่านัก โทษที่ถูกกักกันหลังปี 1969 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคคลตกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ คุกคามชีวิตจะเกิดอาการป่วยทางจิตได้

หมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชา ด้านจังหวัดจันทบุรีและตราด

โครงการหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชา (กองกำลังป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด, 2535)

1. ความเป็นมา

โครงการหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนเป็นโครงการที่รัฐบาลจัดทำไว้เพื่อช่วยเหลือราษฎรที่ได้รับผลกระทบจากการสู้รบบริเวณชายแดน จากการกระทำของคอมมิวนิสต์และกองกำลังจากภายนอกประเทศ โดยมีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2521 ได้จัดตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่ง เพื่อแก้ไขปัญหาราษฎรไทยอพยพ โดยมี พล.เอก เปรม ติณสูลานนท์ ขณะดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานกรรมการแก้ไขปัญหาราษฎรไทยอพยพ เนื่องจากการกระทำของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์และกองกำลังจากภายนอกประเทศ คณะกรรมการได้พิจารณาถึงแผนการต่าง ๆ ที่จะช่วยราษฎร

แผนการช่วยเหลือมีทั้งแผนการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและโครงการระยะยาว สำหรับโครงการระยะสั้นนี้ให้มีการจัดตั้งหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนขึ้นและเสนอความคิดเห็นต่าง ๆ ไปยังคณะรัฐมนตรี ซึ่งจากการพิจารณาแล้ว คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2521 ให้จัดตั้งหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชา

2. นโยบายของรัฐบาล

ในการดำเนินงานหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดน รัฐบาลได้กำหนดนโยบายโดยเน้นหนักเพื่อช่วยเหลือราษฎรที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนที่ได้รับความเดือดร้อนจากการกระทำของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ และกองกำลังจากภายนอกประเทศ รวมทั้งปัญหาจากผู้หลบหนีเข้าเมืองและชนกลุ่มน้อยอื่น ๆ ที่อยู่บริเวณชายแดน โดยให้อาศัยอยู่ในหมู่บ้านใกล้ชายแดนเป็นหลัก ทั้งนี้ เพื่อป้องกันฝ่ายตรงข้ามจะเข้ามาใช้พื้นที่บริเวณชายแดนที่ไม่มีราษฎรอาศัยอยู่ได้สะดวกขึ้น

3. โครงสร้างการจัด

3.1 การบริหารงานจากระดับรัฐบาลจะลงมาสู่คณะกรรมการแก้ไขปัญหาราษฎรอพยพในกรณี กรรมการได้จัดตั้งสำนักงานเลขานุการขึ้นที่ศูนย์อำนวยการร่วมกองบัญชาการทหารสูงสุด เพื่อประสานงานกับส่วนราชการต่าง ๆ และให้มีคณะอนุกรรมการประสานและติดตามผลงานโครงการหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดน มีภารกิจในการวางแผน กำหนดนโยบาย ประสาน ควบคุม อำนวยการและกำกับดูแล เพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงไปตามโครงการที่กำหนดไว้

3.2 ในส่วนภูมิภาคมี กองทัพภาค จังหวัด อำเภอ และหมู่บ้าน เรียงตามลำดับ ซึ่งการจัดในแต่ละกองทัพภาคอาจมีการแตกต่างกันเล็กน้อย

3.3 นอกจากคณะกรรมการแก้ไขปัญหาราษฎรไทยอพยพแล้ว จากระดับรัฐบาลลงมาสู่คณะกรรมการประสานงาน การติดต่อกับต่างประเทศ และองค์การระหว่างประเทศ เป็นการประสานขอความร่วมมือหรือการช่วยเหลือจากรัฐบาลต่างประเทศที่จะมาช่วยโครงการนี้ โดยเลขาธิการรัฐสภาควมมั่นคง

แห่งชาติ เป็นประธานกรรมการและมือนุกรรมการดำเนินการช่วยเหลือราษฎรไทยบริเวณชายแดนด้านกัมพูชา ประสานงานกับองค์การระหว่างประเทศต่าง ๆ รัฐบาลต่างประเทศที่ให้ความช่วยเหลือในโครงการช่วยเหลือราษฎรไทยตามบริเวณชายแดนไทย

3.4 เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2526 คณะรัฐมนตรีได้มีอนุมัติให้ตั้งสำนักงานเลขานุการโครงการหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนขึ้นในศูนย์อำนวยการร่วมกองบัญชาการทหารสูงสุด มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

3.4.1 เสนอแนะนโยบาย การวางแผน การปรับปรุงแผน

3.4.2 การประสานกับส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวข้ององค์การระหว่างประเทศและองค์กรเอกชนที่ให้การสนับสนุนโครงการและงบประมาณ

3.4.3 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน

ในสำนักงานเลขานุการโครงการหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่หลายฝ่าย ได้แก่

- ศูนย์อำนวยการร่วม กองบัญชาการทหารสูงสุด
- กองวางแผนเตรียมพร้อมด้านเศรษฐกิจ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติ
- สำนักงานงบประมาณ
- สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการระดับภาค

แม่ทัพภาค (ผู้บัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด)

ประธานคณะกรรมการพัฒนา เพื่อตามระดับพื้นที่ในแต่ละกองทัพ (กองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการในโครงการหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนในเขตพื้นที่อีกชุดหนึ่งเพื่อรับผิดชอบ

คณะกรรมการระดับจังหวัด

ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ผู้แทนกองทัพภาค (กองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด) และกองอำนวยการป้องกันการกระทำอันเป็นคอมมิวนิสต์ หน่วยพัฒนาการเคลื่อนที่และหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในจังหวัดเป็นกรรมการ และหัวหน้าสำนักงานจังหวัดเป็นกรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการระดับอำเภอ

ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ผู้แทนกองทัพภาค (กองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด) และกองอำนวยการป้องกันการกระทำอันเป็นคอมมิวนิสต์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่อำเภอเป็นคณะทำงาน และปลัดอำเภอฝ่ายป้องกันเป็นกรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการระดับหมู่บ้าน

ให้จัดตั้งคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วยราษฎรในหมู่บ้านเป็นกรรมการ

สำนักงานพัฒนาพื้นที่ชายแดนกองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด (สนง. พชด. กปช. จต.)

หมายถึงหน่วยเฉพาะกิจที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นศูนย์ประสานการปฏิบัติทั้งทางด้านพัฒนาและรักษาความปลอดภัย ตลอดจนงานการฝึกอบรมและดำเนินกิจการต่าง ๆ ในเขตรับผิดชอบโดยมีชุดปฏิบัติการพัฒนา (ชป.พัฒนา) เป็นลูกมือในการปฏิบัติงานในหมู่บ้าน

ชุดปฏิบัติการพัฒนา (ชป.พัฒนา)

คือการจัดเจ้าหน้าที่พลเรือน ตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) และทหาร ชุดละ 20 นาย ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่พลเรือนที่ปฏิบัติงานพัฒนาในหมู่บ้าน ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่ร่วมดำเนินงาน และราษฎรในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ชุดปฏิบัติงานจะรับผิดชอบในการจัดระบบรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้าน รวบรวมข้อมูลข่าวสารต่างๆ รายงานต่อ สนง. พชด. กบช. จต. ซึ่งเป็นหน่วยบังคับบัญชา ในขณะที่เดียวกันก็แจ้งให้อำเภอที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้น ๆ ได้ทราบด้วย

4. การจัดตั้งหมู่บ้าน

ระบบการจัดตั้งหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนมีทั้งสิ้น 3 ระบบ ได้แก่

4.1 ระบบประชากร หมายถึง การรวบรวมราษฎรที่อาศัยอยู่กระจัดกระจายในพื้นที่ล่อแหลมต่ออันตรายบริเวณชายแดน มาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่จัดตั้งขึ้นใหม่ใกล้กับหมู่บ้านที่ตนอาศัยอยู่เดิม หรืออาศัยในหมู่บ้านที่มีอยู่แล้ว

4.2 ระบบป้องกัน ได้แก่ การจัดให้ราษฎรในหมู่บ้านสามารถป้องกันตนเองและหมู่บ้านจากภัยของฝ่ายตรงข้ามได้ในขั้นต้น

4.3 ระบบพัฒนา ได้แก่ การช่วยเหลือราษฎรให้มีที่อยู่อาศัย และที่ทำกินเป็นของตนเอง เพื่อยกฐานะความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ราษฎรจะได้รักถิ่นที่อยู่อาศัย ไม่ละทิ้งหมู่บ้าน

5. การเลือกที่ตั้งหมู่บ้าน

พิจารณาจากหลักดังนี้

5.1 เป็นพื้นที่ที่อยู่ในแนวทางเคลื่อนที่ทางทหารของฝ่ายตรงข้าม ตลอดจนกำลังภายนอกประเทศ หรือช่องทางรุกหลักของฝ่ายตรงข้ามที่ไม่อยู่ห่างจากชายแดนมากนัก

5.2 เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากผู้อพยพ หรือคาดว่าจะได้รับผลกระทบจากผู้อพยพ เนื่องจากอยู่ในแนวทางการเคลื่อนที่ของราษฎรที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยด้านกัมพูชา

5.3 เป็นพื้นที่ที่มีการกระทบกระทั่งตามแนวชายแดน ฝ่ายตรงข้ามอาจส่งกำลังขนาดเล็กเข้ามาปฏิบัติการ หรือใช้อาวุธต่อราษฎรตามแนวชายแดนในพื้นที่ต่าง ๆ

5.4 เป็นหมู่บ้านที่ประชาชนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางด้านเศรษฐกิจได้

6. แนวทางการพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

6.1 ด้านความมั่นคงปลอดภัย มุ่งเน้นการจัดองค์การเพื่อรับการฝึกอบรม ด้านการต่อสู้ป้องกันตนเองร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการสืบข่าว การลาดตระเวน และการจัดตั้งเป็นกองกำลังประจำหมู่บ้านที่มีการประสานงานกันอย่างใกล้ชิดกับกำลังระดับจังหวัด อาเภอ ทั้งของฝ่ายปกครอง และฝ่ายทหาร

6.2 การพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมระดับหมู่บ้าน เป็นการเร่งรัดพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถช่วยเหลือตนเองด้านเศรษฐกิจและสังคม ตามความเหมาะสมและความต้องการของชุมชน โดยวางระบบการพัฒนาให้สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาชนบทของประเทศ และเป็นการเสริมโครงการด้านความมั่นคงตามแผนการป้องกันประเทศแบบผืนกกำลัง

ปัจจุบันหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชา ในเขตรับผิดชอบของกองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด มีทั้งหมด 19 หมู่บ้าน เป็นจังหวัดจันทบุรี 12 หมู่บ้าน และจังหวัดตราด 7 หมู่บ้าน

7. การจัดทำโครงการ

7.1 จังหวัดจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามปกติ และให้รวมหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนทุกหมู่บ้านไว้ในแผนพัฒนาจังหวัดด้วย โดยถือเป็นความสำคัญอันดับ 1

7.2 สำนักงานและกรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จะรวบรวมโครงการที่จังหวัดเสนอแล้วจัดทำแผนพัฒนาเพิ่มเติมจากแผนงานปกติ โดยให้ส่วนราชการต่าง ๆ บรรลุไว้ในงบประมาณประจำปี

7.3 จัดทำโครงการพัฒนาเพิ่มเติม โดยใช้เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ และองค์การระหว่างประเทศตลอดจนองค์การภาคเอกชนอื่น ๆ

7.4 งบประมาณสำหรับโครงการหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดน ทั้งสิ้นได้รับงบประมาณประจำปีของรัฐบาล โดยมีประเทศผู้บริจาคองค์การระหว่างประเทศ และองค์การภาคเอกชน ทั้งในประเทศและนอกประเทศ

7.5 หมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนฯ (บชด.) ที่ได้รับการจัดตั้ง ทุกหมู่บ้านจะต้องดำเนินการประกาศจัดตั้งเป็นหมู่บ้านอาสาพัฒนาป้องกันตนเอง (อพป.) โดยถือว่าเป็นความเร่งด่วนอันดับหนึ่ง

ปัญหาชายแดนและผลกระทบ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) พื้นที่ชายแดนจัดว่าเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาเฉพาะ เพราะเป็นพื้นที่ลำหลังท่าทางไกล มีปัญหาความมั่นคง โดยเฉพาะพื้นที่บริเวณชายแดนด้านจังหวัดจันทบุรี และจังหวัดตราดที่ติดต่อกับประเทศกัมพูชาทั้งทางบกและทางทะเล ได้มีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้นเป็นประจำ เป็นเหตุให้ชีวิตและทรัพย์สินของราษฎรที่ตั้งบ้านเรือนอาศัยอยู่ตามพื้นที่บริเวณชายแดนต้องสูญเสีย และเสียหายจากภัยคุกคามและการรุกรานอธิปไตยของกองกำลังต่างชาติอยู่เป็นเนืองนิตย์ (กองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด, มปป.)

สถานการณ์ในประเทศกัมพูชาปัจจุบัน จัดว่าอยู่ในช่วงวิกฤตและเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ เพราะเหตุว่าสันติภาพในประเทศกัมพูชาได้เตรียมการและเริ่มดำเนินการมาเป็นระยะเวลาร่วม 3 ปี และในปัจจุบันสหประชาชาติได้ยื่นมือเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรงแล้วนั้น ยังไม่ทราบว่าจะสัมฤทธิ์ผลและเกิดสันติภาพอย่างแท้จริง (สมเกียรติ ผลประยูร, 2536) สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในกัมพูชาจะ

หนีไม่พ้นการสู้รบ ผลที่จะเกิดตามมาก็คือ จะเกิดผลกระทบกับประชาชนชาวไทย ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา เหมือนที่เคยมาในอดีต เช่น จะมีกระสุนปืนใหญ่ เข้ามาตกในเขตไทย การสู้รบไล่ติดพันล้ำเขตแดน การอพยพหลบหนีภัยสงคราม ของประชาชนเข้ามาในประเทศไทย ความอดอยากของทหารกัมพูชาและเกิดการ ปล้นสะดมก่ตามแนวชายแดนเหล่านี้ เป็นต้น

สถานการณ์ทั่วไปในกัมพูชาภายหลังการเลือกตั้ง ซึ่งจัดขึ้นโดยสหประชาชาติเมื่อวันที่ 23-28 พ.ค.36 ได้มีการจัดตั้งรัฐบาลผสมจากพรรคการเมืองของ เขมรฝ่ายต่าง ๆ โดยไม่มีเขมรแดงเข้าร่วม และเขมรแดงไม่ยอมรับผลการเลือกตั้งครั้งนี้ รัฐบาลผสมของกัมพูชาที่จัดตั้งขึ้น มีเจ้านโรดม สีหนุ เป็นประมุข กัมพูชา นายฮุนเซน และ เจ้านโรดม รณฤทธิ์ เป็นนายกรัฐมนตรีร่วม UNTAC และกองกำลังสหประชาชาติได้เริ่มถอนตัวออกจากกัมพูชา เนื่องจากเสร็จสิ้นภารกิจ ขณะเดียวกันการสู้รบระหว่างรัฐบาลแห่งชาติกัมพูชากับฝ่ายเขมรแดง เพื่อแย่งยึดพื้นที่ของแต่ละฝ่ายยังคงมีอยู่ทั่วไป และมีแนวโน้มว่าจะมีความถี่สูงขึ้น ฝ่ายรัฐบาลผสมกัมพูชามีการเตรียมการที่จะใช้กำลังบุกโจมตีพื้นที่ยึดครองของฝ่าย เขมรแดง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีเขตติดกับชายแดนประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็น เขตยึดครองและพื้นที่อิทธิพลของเขมรแดง หากสถานการณ์ทั่วไปในปัจจุบันไม่คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น คาดว่าการสู้รบในกัมพูชาจะมีความรุนแรงมากขึ้น และจะ ส่งผลกระทบต่อแนวชายแดนไทย เช่น อดีตที่ผ่านมา

สรุปปัญหาชายแดนจากกองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด

1. ปัญหาอาชญากรรม

1.1 โจรเขมรจากภายในประเทศไทย ได้แก่ ผู้ลักลอบอพยพ เข้ามาและจากภายนอกประเทศ ได้แก่ กลุ่มทหารของฝ่ายต่าง ๆ

1.2 ลักลอบค้าอาวุธสงคราม, ขโมยรถยนต์และรถจักรยานยนต์

2. ปัญหาความมั่นคงชายแดน

กองกำลังรัฐบาลแห่งชาติกัมพูชากับฝ่ายเขมรแดงยังคงสู้รบเพื่อแย่งพื้นที่ยึดครองกันอยู่ มีการปะทะกันใกล้เขตแดนไทย ซึ่งมีผลกระทบต่อราษฎรตามแนวชายแดนประเทศไทยจากการที่มีกระสุนตกเข้ามา ทำให้ราษฎรสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน และมีการล่องล้าอหิปไตยตามแนวชายแดนไทย

3. ปัญหาด้านการเมือง

สถานการณ์สู้รบในกัมพูชา การสู้รบระหว่างระบบเฮงซามรินและเวียดนามกับกองกำลังผู้รักชาติ ซึ่งมีสาเหตุอันสืบเนื่องมาจากความขัดแย้งทางอุดมการณ์ทางการเมืองของประเทศคอมมิวนิสต์ของโลก คือ สหภาพโซเวียตและจีน และก่อให้เกิดผลกระทบต่อประเทศไทย ซึ่งมีพรมแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชา ความขัดแย้งในกัมพูชาทำให้ประเทศไทยต้องเกี่ยวข้องกับการแข่งขันอิทธิพลระหว่างจีนกับโซเวียตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากแต่ละฝ่ายพยายามแสวงหาพันธมิตร โดยเฉพาะไทยซึ่งมีพรมแดนติดต่อกับกัมพูชา ซึ่งหากไทยดำเนินนโยบายเพื่อยงพลัง ก็อาจเป็นผลให้ต้องโดดเดี่ยววันที่สุด (สมเกียรติ ผลประยูร, 2536) และก่อให้เกิดความตึงเครียดทางการทูตด้วย

4. ปัญหาผู้อพยพ

สมเกียรติ ผลประยูร (2536) ได้กล่าวว่า ภายหลังจากสงครามปฏิวัติในอินโดจีนได้สิ้นสุดลง โดยฝ่ายคอมมิวนิสต์ได้รับชัยชนะ ทำให้ประเทศในแถบอินโดจีนต้องเปลี่ยนระบอบการปกครอง เศรษฐกิจ สังคมไปสู่สังคมนิยม โดยเริ่มตั้งแต่กัมพูชา เวียดนาม และลาว ตามลำดับ ทำให้มีผลต่อประเทศไทย เพราะมีผู้อพยพเข้าสู่ประเทศไทยเป็นจำนวนถึง 800,000 คน ซึ่งประเทศไทยต้องรับภาระหนัก แม้ว่าปัจจุบันจะมีการส่งกลับผู้อพยพเหล่านี้ไปหมดแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์ที่ไม่น่าไว้วางใจไม่สามารถมีใครคาดเดาได้ว่า จะไม่มีผู้อพยพเข้ามาอีก เพราะการอพยพเข้าสู่ประเทศไทยกระทำทั้งทางบก ทางเรือ และทางอากาศ โดยเฉพาะทางบกมีมากที่สุด เนื่องจากพรมแดนไทยกัมพูชามี

ความยาวประมาณ 825 กิโลเมตร และมีช่องทางหลายจุดที่จะให้ผู้อพยพหลบหนีเข้าประเทศไทยได้ ตั้งแต่จังหวัดอุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, สุรินทร์, ปราจีนบุรี, จันทบุรี และตราด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตได้มีการศึกษาไว้หลายครั้ง แต่ใช้วิธีการ (Methodology) เครื่องมือ (Standardized instrument) และกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน สำหรับปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนยังไม่มีผู้ใดรายงานไว้ แต่มีผู้ศึกษาสำรวจถึงปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ดังนี้

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

มาร์วิน ไพรส์โตน, ผน แสงสิงแก้ว และคณะ (2522) ได้รายงานการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชที่อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปรากฏว่าจากประชากรของบ้านแพะ จอมแจ่ง จำนวน 188 ครัวเรือน ซึ่งเป็นชาย 439 คน หญิง 469 คน รวม 908 คน พบว่า 8 คน เป็นโรคจิตชัดเจน ซึ่งเท่ากับ 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2513

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2523) ได้ทำวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักเรียนในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้ SCL-90 ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 446 คน แยกเป็นชาย 239 คน หญิง 207 คน ผลปรากฏว่า สุขภาพจิตนักเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวกับความกลัว โดยไม่มีเหตุผลพบว่ามีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติเล็กน้อย นักเรียนชายสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านเกี่ยวกับการติดต่อกับคนอื่น ชิมเศร้า กลัว โดยไม่มีเหตุผลและขี้ระแวง แต่นักเรียนหญิงมีสุขภาพจิต

ดีกว่านักเรียนชายในด้านการย่ำคิดย่ำเท้า และพบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงต่ำกว่าคนปกติในด้านเกี่ยวกับความซึมเศร้าและกลัวโดยไม่มีเหตุผล

ถาวร บุตรโสมตา (2525) วิจัยเรื่องสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่รับการรักษาพยาบาลใน รพ.พระมงกุฎเกล้า โดยใช้แบบทดสอบ SCL-90 พบว่าผู้ป่วยราชการสนามมีสถานภาพเสดกับสมรสแล้ว มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ด้านอายุนั้น อายุน้อยกับอายุมากมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ศุภลักษณ์ เกื้อวรกุลชัย (2525) ได้ทำการศึกษาวิจัยสุขภาพจิตของครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าครูในเขตแทรกซึมผู้ก่อการร้ายมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครูนอกเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้าย ครูสตรีในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครูชาย ครูที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครูที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี และ 50 ปีขึ้นไป และครูที่มีจำนวนปีการสอน 1-3 ปี มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าครูที่มีจำนวนปีของการสอน 5-6 ปี และ 10 ปีขึ้นไป

วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ และบุญนา วงศ์เขาวนัวัฒน์ (2526) ได้รายงานการสำรวจเบื้องต้นทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชในหมู่บ้านปลัดเตต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา พบว่าอุบัติการณ์ของโรควิตกกังวลและประสาทซึมเศร้าในชุมชนประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มประชากรตัวอย่าง และพบเพศหญิงมากกว่าชาย

สังศรี จัยสิน และคณะ (2528) ได้สำรวจที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งสำรวจประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 4,114 คน โดยใช้แบบสอบถาม HOS screen ครั้งแรกแล้วนำกลุ่มที่มีความเครียดไปทดสอบด้วยแบบสอบถาม SCL-90 พบว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิต 28.65% จากประชากรทั้งหมด และพบผู้ป่วยโรคจิต 1.9 ต่อประชากร 1,000 คน แยกปัญหาทางโรคประสาทพบว่าวิตกกังวล 14.59% อาการซึมเศร้า 15.52% และปัญหาทางประสาทสรีระ 26.3%

ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ และคณะ (2529) ได้สำรวจสุขภาพจิตของคนในกรุงเทพมหานคร เรื่องอาการและกลุ่มอาการที่บ่งถึงความผิดปกติทางจิตเวชของประชาชน และอาการหลงลืมในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยใช้แบบสอบถาม

CMI พบว่าจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 570 ครอบครัว มีปัญหาอ่อน 1.25% อาการทางจิตเนื่องจากสมองพิการ 0.6% ผู้ที่มีแนวโน้มว่าเป็นผู้วิกลจริตลักษณะของโรคจิตเภท 0.49% หูแว่ว 1.8% ประมาณว่าผู้มีอาการแสดงถึงความผิดปกติของอารมณ์ 2.5% ในเรื่องสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ชายแดนและภัยสงครามมีดังนี้

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2529) ได้ศึกษาปฏิบัติการชุมชนต่อการตอบสนองวินาศภัย โดยศึกษาในพื้นที่เกิดภัยสงคราม อำเภอตาพระยา จังหวัดปราจีนบุรี และภัยจากน้ำท่วมที่ตำบลห้วยม่วง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี โดยทำการสัมภาษณ์ลึกเป็นกลุ่มกับผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน ของหมู่บ้านทัพไทย และหมู่บ้านแสง ที่อำเภอตาพระยา สำหรับพื้นที่ประสบภัยสงครามและสัมภาษณ์ลึกเป็นกลุ่มกับผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ของหมู่บ้านห้วยม่วง อำเภอสวนผึ้ง สำหรับผู้ประสบภัยน้ำท่วม และทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับประชาชนครัวเรือนละ 1 ราย ได้ 160 ราย จากพื้นที่ภัยสงคราม และ 40 รายจากพื้นที่ภัยน้ำท่วม พบว่าปฏิบัติการชุมชนขณะเกิดวินาศภัยส่วนใหญ่ประชาชนตื่นตระหนกต่างคนต่างหนีเอาตัวรอด และ 3-4 วันหลังจากนั้นมีการรวมกลุ่มจัดเวรยามป้องกันภัย ส่วนภัยจากน้ำท่วมพบว่าชุมชนไม่มีปฏิบัติการตอบสนอง เพราะว่าน้ำท่วมเกิดเวลากลางคืนขณะทุกคนนอนหลับ และน้ำท่วมสั้นมากเพียง 6 ชั่วโมง ส่วนปฏิบัติการของบุคคลที่ประสบวินาศภัยมีลักษณะแสดงออกทางอารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรมซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามปัจจัยทางอายุ เพศ การศึกษา การมีญาติพี่น้องในหมู่บ้าน ระยะห่างจากจุดเกิดภัย และการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของผู้ประสบภัย

เทพกร พิทยาภินันท์ (2532) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของครูในพื้นที่ซึ่งมีปัญหาชายแดนทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยศึกษาในครูระดับประถมศึกษาที่ทำการสอนในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในอำเภอรัฐประศาสตร์ และอำเภอตาพระยา จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงภัย จำนวน 124 คน โดยเปรียบเทียบกับครูที่ทำการสอนในโรงเรียนนอกเขตพื้นที่เสี่ยงภัย จำนวน 128 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 252 คน พบว่า ครูที่อยู่ในเขต

พื้นที่เสี่ยงภัยมีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน ครุฑนอกเขตพื้นที่เสี่ยงภัยในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทาลาย กลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง โรควิต และอาการร่วมอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย่ำคิดย่ำเท้า ไม่แตกต่างสำหรับระดับสุขภาพจิตของครูที่สอนอยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัย และนอกเขตพื้นที่เสี่ยงภัยมีระดับสุขภาพจิตทุกด้านอยู่ในระดับปกติ

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ

โรเบิร์ต เจ. เออร์ชานโน (Robert J. Ursano, 1981) ศึกษาติดตามทหารอากาศอเมริกันที่เป็นนักโทษถูกกักกันในสงครามเวียดนามที่ถูกจับก่อนและหลังปี 1969 ทำการตรวจสุขภาพจิตอย่างละเอียดโดยจิตแพทย์ และทำการทดสอบทางจิตวิทยาด้วย พบว่า นักโทษสงครามเหล่านั้นมีอาการป่วยทางจิตเวช โดยพบว่าในกลุ่มนักโทษสงครามที่ถูกกักกันก่อนปี 1969 มีอาการทางจิตรุนแรงมากกว่านักโทษสงครามที่ถูกกักกัน หลังปี 1969 เรื่องนี้สนับสนุนทฤษฎีที่ว่า เมื่อคนเราก่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม ชีวิตจะเกิดอาการป่วยทางจิตได้

เจมส์ เอช. ชอร์ (Jame H. Shore, 1986) รายงานวินาศภัยเกี่ยวกับภูเขาไฟระเบิดที่ชื่อ Mt. St. Helen โดยศึกษาปัญหาสุขภาพจิตผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภูเขาไฟระเบิด 1 ปีหลังจากเกิดเหตุการณ์ กลุ่มที่ศึกษาแยกเป็นกลุ่มที่ได้รับอันตรายรุนแรง กลุ่มที่ได้รับอันตรายน้อยและมีกลุ่มควบคุม และได้ศึกษาหาความสัมพันธ์กับตัวแปรด้านเพศ อายุ รายได้ของครอบครัว การศึกษา สถานภาพสมรสและอาชีพ พบว่าลักษณะปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และอาการเครียดหลังประสบวินาศภัย พวกที่ประสบวินาศภัยรุนแรงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าทั้งในเพศหญิงและเพศชาย อายุมากขึ้นมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอายุน้อย และพวกที่ประสบวินาศภัยรุนแรงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความรุนแรงน้อย พวกที่มีรายได้สูงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าพวกที่มีรายได้ต่ำ