การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*

THE CONFIRMATORY FACTOR ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL WELL - BEING OF MAHASARAKHAM UNIVERSITY STUDENTS

ศุภชัย ตู้กลาง
Supachai Tuklang
ภมรพรรณ์ ยุระยาตร์
Phamornpun Yurayat
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Mahasarakham University, Thailand
E-mail: phamornpun.y@msu.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในวิจัย ได้แก่ นิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีการศึกษา 2563 จำนวน 645 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง พบว่า สุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งโมเดลองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งมีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.714 ถึง 0.995 และผลการตรวจสอบค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่ามีค่าไค - แสควร์ ($\chi 2$) เท่ากับ 1374.981 ที่องศาอิสระ 945 มีความน่าจะเป็น (P - value) เท่ากับ 0.000 ค่าดัชนี χ^2/df เท่ากับ 1.518 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.910 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับค่าแล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.900 ดัชนีความเหมาะสมพอดี

* Received 7 July 2021; Revised 16 October 2021; Accepted 22 October 2021

เปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.968 ซึ่งมีค่าสูงตามเกณฑ์ ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ (SRMR) เท่ากับ 0.038 และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.027 แสดงว่าโมเดลตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน, สุขภาวะทางจิต, นิสิตมหาวิทยาลัย

Abstract

The objectives of this research article were to investigate Mahasarakham University Students' psychological well - being and to validate the consistency of Mahasarakham University Students' psychological well - being model. Sample groups include Bachelor degree Mahasarakham University students, academic year 2020, consisting of 645 people, selected by stratified random sampling. The research instrument was the psychological well - being scale of Mahasarakham University students. The reliability of the instrument was equal to 0.94. The collected data were analyzed through descriptive statistics and the confirmatory factors were analyzed through statistical software package. The results of second order confirmatory factor analysis of model revealed that the psychological well - being of Mahasarakham University students consisted of 6 components. The model of psychological well - being of Mahasarakham University students was congruent with the empirical data. The factor loadings were high at the .05 level, and they were from 0.714 to 0.995. The construct validity of models was consistent with empirical data, with chi - square goodness of fit test at 1374.981; df = 945; p - value = 0.000; χ^2/df = 1.518; Goodness of Fit Index (GFI) = 0.910; Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.900; Comparative fit index (CFI) = 0.968; Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) = 0.038 and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.027. The variables in the psychological well - being of Mahasarakham University Students model were consistent with the empirical data.

Keywords: Confirmatory Factor Analysis, Psychological Well - Being, University Students

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นแพร่หลายอย่างมากทั่วโลก ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Auyeung, L. & Mo, P. K. H., 2019) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกสุขภาพจิต หมายถึง สภาพสุขภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ (Herrman H. et al., 2004) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้คำจำกัดความสุขภาพจิตดังกล่าว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ สภาพจิตใจ (Mental state) สมรรถภาพจิตใจ (Mental capacity) คุณภาพจิตใจ (Mental quality) และปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้มีอายุ 15 - 60 ปี อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าในบริบทของสังคมไทยมองว่าสุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องเดียวกัน จึงได้เปลี่ยนคำว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตเป็นดัชนีชี้วัดความสุขเพื่อให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการเผยแพร่สู่ประชาชน (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2563) จากสถิติพบว่าคนทั่วโลกประมาณ 450 ล้านประสบกับปัญหาสุขภาพจิต (Ferrari, A. J. et al., 2014) ส่วนในประเทศไทยสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 31.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน เป็นผู้มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 63.1 มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 21.1 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 15.8 แนวโน้มผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนมากกว่าค่าเฉลี่ย 10 ปีย้อนหลัง แต่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง คะแนนด้านสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2563) นอกจากนี้สัดส่วนของประชากรทั่วโลกที่เป็นโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2558 คาดว่าจะอยู่ที่ 4.4% และจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นโดยประมาณ 18.4% ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2015) ซึ่งจำนวนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เมื่อเทียบกับอีกสี่ภูมิภาคของ WHO มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดคิดเป็น 27% ของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดในโลก (World Health Organization, 2017) ในฮ่องกง (จีน) นักศึกษามหาวิทยาลัยประมาณ 17.6% มีคะแนนตั้งแต่ 25 ขึ้นไป ในการทำแบบวัด Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES - D) ซึ่งบ่งชี้ถึงโรคซึมเศร้า (Song, Y. et al., 2008) รวมทั้ง WHO นำเสนอข้อมูลไว้ในรายงาน “Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates” ว่าในปี พ.ศ. 2560 ทั้งโลกมีผู้ป่วยซึมเศร้าราว 322 ล้านคน เฉพาะประเทศไทยน่าจะมีประมาณ 2.9 ล้านคน หรือประมาณ 4.4% ของประชากรไทยทั้งประเทศ ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คือ อาจนำไปสู่ “การฆ่าตัวตาย” ได้ กรมสุขภาพจิตเปิดเผยว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีคนไทยพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 ราย หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตราว

4,000 คน ถือเป็นสาเหตุการตายของคนไทยลำดับต้น ๆ รองจากโรคร้ายแรงอื่น ๆ เช่น มะเร็ง หัวใจ ปอด เบาหวาน ฯลฯ ไปจนถึงการประสบอุบัติเหตุ โดยมีวัยรุ่นหรือประชากรที่อายุระหว่าง 15 - 24 ปี ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายราวปีละ 300 คน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

การศึกษาสุขภาพจิตของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยมีความสำคัญต่อนโยบายสุขภาพจิตและการบริการด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัย เนื่องจากความผิดปกติทางจิตส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงที่เรียนมหาวิทยาลัย (Chen, L. et al., 2013) นอกจากนี้การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่านิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยมีอัตราความผิดปกติทางจิตสูงขึ้นมากกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Bayram, N. & Bilgel, N., 2008); (Stewart-Brown, S. et al., 2000) โดยนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยหนึ่งในสี่คนมีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความชุกของโรคซึมเศร้าเป็น 30.6% (Ibrahim, A. K. et al., 2013) ซึ่งสูงกว่าในประชากรทั่วไปอย่างมาก โดยประชากรทั่วไปมีความชุกของโรคซึมเศร้าเป็น 9% ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามมารับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวชเพิ่มขึ้นประมาณ 4 - 5 เท่าจากปี 2558 (ธาณัฐดา สิริโสนแก้ว, 2563) ซึ่งนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตซึ่งเป็นช่วงที่กำลังค้นหาความหมายในชีวิตในแง่ของการเลือกอาชีพที่เหมาะสมและต้องการทำให้พ่อแม่ภาคภูมิใจ (Anand, K. & Nagle, Y. K., 2016) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้นิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีปัญหาสุขภาพจิต (Auerbach, R. P. et al., 2010); (Udhayakumar, P. & Illango, P., 2018) และโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด รวมทั้งชีวิตในมหาวิทยาลัยเป็นช่วงสำคัญของการพัฒนาและเป็นจุดเปลี่ยนจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ (Arnett, J. J., 2004) ซึ่งวัยรุ่นเป็นช่วงวัยแห่งความสับสนซึ่งมีความเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาวะทางจิตได้ (Kleinert, S., 2007) แม้ว่าช่วงนี้จะเป็นช่วงพัฒนาการส่วนบุคคลในเชิงบวก (Evans, N. J. et al., 2009) แต่ในช่วงเรียนระดับมหาวิทยาลัย พบว่า เป็นช่วงเวลาสูงสุดที่เกิดอุบัติการณ์ของอาการความผิดปกติทางจิต Ibrahim, A. K. et al. (Ibrahim, A. K. et al., 2013) พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยประมาณ 12 - 46% ได้รับผลกระทบจากความผิดปกติของสุขภาพจิตไม่ว่าจะศึกษาอยู่ชั้นปีไหนก็ตาม (Auerbach, R. P. et al., 2016); (Auerbach, R. P. et al., 2018); (Eisenberg, D. et al, 2013) ความผิดปกติทางจิตคิดเป็นประมาณครึ่งหนึ่งของการเกิดโรคของคนวัยหนุ่มสาวในประเทศที่มีรายได้สูง (World Health Organization, 2008) และเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์เชิงลบที่ต่อเนื่องยาวนานทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ลดลง (Eisenberg, D. et al., 2009); (Hysenbegasi, A. et al., 2005) ออกจากมหาวิทยาลัยกลางคัน (Ishii, T. et al., 2018); (Kessler, R. C. et al., 1995) และการทำหน้าที่ในชีวิตที่แย่ลงในเวลาต่อมา (Goldman-Mellor, S. J. et al., 2014); (Niederkrotenthaler, T. et al., 2014)

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตของนิสิตนักศึกษาที่มีลักษณะแตกต่างกัน นับตั้งแต่เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยปีแรก โดยนักวิจัยบางคนได้เชื่อมโยงสุขภาวะทางจิตกับการเติมเต็มศักยภาพในชีวิตและความสุข แต่ก็มีนักวิจัยบางคนเชื่อมโยงสุขภาวะกับประสบการณ์ส่วนตัวของแต่ละบุคคล หรือการประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย (Roslan, S. et al., 2017) รวมทั้งความรู้สึกยินดีปรีดาจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่น่าสนใจ สุขภาวะทางจิตที่ยั่งยืนไม่จำเป็นที่บุคคลต้องรู้สึกดีตลอดเวลา ประสบการณ์ของอารมณ์ที่เจ็บปวด (เช่น ความผิดหวัง ความล้มเหลว ความเศร้าโศก) เป็นเรื่องปกติของชีวิต และการที่บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบหรือเจ็บปวดเหล่านี้ได้นั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาวะทางจิตในระยะยาว อย่างไรก็ตามสุขภาวะทางจิตจะลดลงเมื่อบุคคลเกิดอารมณ์เชิงลบในระดับที่รุนแรงหรือต่อเนื่องยาวนาน และอารมณ์เชิงลบนั้นได้รบกวนความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าลักษณะสำคัญประการหนึ่งที่ต้องพัฒนาให้แก่นิสิตนักศึกษา คือ สุขภาวะทางจิต (Psychological well - being) ที่ดี เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกมีความเหมาะสม อันเป็นภูมิคุ้มกันสำคัญต่อการดำรงชีวิตในทุก ๆ ด้าน ยิ่งกว่านั้นการพัฒนาสุขภาวะทางจิตให้มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการพัฒนาด้านอื่น ๆ ตามมาได้ (Marsh, H. W., & Craven, R. G., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับ ไรฟ์ ที่ได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางจิตว่าหมายถึง การประเมินค่าความรู้สึกของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตและกิจกรรมต่าง ๆ ของตนได้อย่างมีความหมาย รวมทั้งสุขภาวะทางจิตเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นการผสมผสานระหว่างความรู้สึกดีหรือสภาวะอารมณ์เชิงบวกและการดำเนินชีวิตทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ (Huppert, F. A., 2009); (Rasulzada, F., 2007); (Winefield, H. R. et al., 2012)

ดังนั้น จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าสุขภาวะทางจิตมีความสำคัญต่อสุขภาพจิต และการมีความหมายในชีวิตของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตของนิสิตนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยค่อนข้างน้อย ทั้ง ๆ ที่กลุ่มของนิสิตนักศึกษาเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาสังคมไทยสู่สังคมคุณภาพ และอยู่ในประชาคมภูมิภาคและโลกอย่างมีศักดิ์ศรี (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2558) รวมทั้งงานวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตซึ่งประกอบด้วยการยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล และการมีอิสระแห่งตน ซึ่งหากพบว่าองค์ประกอบด้านใดของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามอยู่ในระดับต่ำ ก็จะมีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำผลวิจัยนี้ไปวางแผนให้ความช่วยเหลือนิสิตที่มีสุขภาวะทางจิตในระดับต่ำ รวมทั้งพัฒนาให้นิสิตมีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตการเรียนและชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบตัวแปรสุขภาวะทางจิตและองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีการศึกษา 2563 จำนวน 36,579 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ คือ มากกว่า 500 คน (Comrey, A. L., & Lee, H. B., 1992) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง จึงเก็บตัวอย่างมา 700 คน ได้รับกลับมา 645 ชุด คิดเป็นร้อยละ 92.14 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยจำแนกตามกลุ่มของคณะ จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มมนุษยศาสตร์ กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนและครอบคลุมตามคุณลักษณะของกลุ่มย่อย นำกลุ่มตัวอย่างมาทำการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างย่อยทุกหน่วย มีโอกาสถูกเลือกเท่า ๆ กันโดยการเขียนหมายเลขให้เท่ากับจำนวนกลุ่มคณะทั้งหมดม้วนใส่ภาชนะ และทำการจับหมายเลขกับหมวดกลุ่มมนุษยศาสตร์ จำนวน 3 คณะ ได้แก่ คณะการบัญชีและการจัดการ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ และคณะศึกษาศาสตร์ กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี จำนวน 2 คณะ ได้แก่ คณะวิทยาศาสตร์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 1 คณะ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดสุขภาวะทางจิต ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยและคณะ โดยยึดแนวคิดของไรฟ์ (Ryff, C. D., 1989) เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 50 ข้อ ผู้วิจัยนำมาทดลองใช้กับนิสิตที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .200 ถึง .745 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ทั้งฉบับได้เท่ากับ .940 โดยมีเนื้อหา 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปซึ่งลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 5 ข้อ และ

ตอนที่ 2 เป็นส่วนที่วัดสุขภาวะทางจิต ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท โดยวัดทั้งหมด 6 ด้าน 50 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลตามคณะ โดยเริ่มจากสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัด

4. เก็บรวบรวมแบบวัดคืน ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบเพื่อได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับมาคิดคะแนน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลต่อไป

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง/การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 197/2563 วันที่รับรอง 24 กรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อให้ทราบลักษณะของตัวอย่างได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเพื่อให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ แล้วตรวจสอบเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า Bartlett’s Test of Sphericity และค่า Kaiser - Meyer - Olkin Measures of Sampling Adequacy

3. นำเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่มีคุณสมบัติตามการพิจารณาดังกล่าวมาดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีการประมาณค่าความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood: ML) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลสมการโครงสร้างตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้องได้แก่ ค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่

ปรับแก้แล้ว (AGFI) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ (SRMR) ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) โดยจำแนกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรสังเกตได้ในแต่ละองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม แล้วนำมาสร้างสเกลองค์ประกอบจากคะแนนรวมของคะแนนสเกลองค์ประกอบที่ได้จำนวน 6 องค์ประกอบจากตัวแปรสังเกตได้ 50 ตัวแปร

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ของโมเดลองค์ประกอบจำนวน 6 องค์ประกอบ และเปรียบเทียบน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการนำสเกลองค์ประกอบจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Secondary Order Confirmatory Factor Analysis) เพื่อหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทั้ง 50 องค์ประกอบ

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 การศึกษาสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สุขภาวะทางจิต	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. การยอมรับตนเอง (SA)	3.55	0.73	มาก
2. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (PL)	3.42	0.87	มาก
3. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (PR)	3.91	0.64	มาก
4. การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม (EM)	3.85	0.57	มาก
5. ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล (PG)	3.96	0.57	มาก
6. การมีอิสระแห่งตน (AU)	3.80	0.56	มาก
โดยรวม	**3.79**	**0.50**	**มาก**

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า นิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามมีสุขภาวะทางจิตภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.79, S.D. = 0.50) และสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามเมื่อจำแนกเป็นรายด้านโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ลำดับที่ 1 ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล ($\bar{x}$ = 3.96, S.D. = 0.57) ลำดับที่ 2 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ($\bar{x}$ = 3.91, S.D. = 0.64) ลำดับที่ 3 การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ($\bar{x}$ = 3.85, S.D. = 0.57) ลำดับที่ 4 การมีอิสระแห่งตน ($\bar{x}$ = 3.80, S.D. = 0.56) ลำดับที่ 5 การยอมรับ

ตนเอง ($\bar{X}$ = 3.55, S.D. = 0.73) และลำดับที่ 6 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X}$ = 3.42, S.D. = 0.87)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเพื่อให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ แล้วตรวจสอบเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า Bartlett’s Test of Sphericity และค่า Kaiser - Meyer - Olkin Measures of Sampling Adequacy

ตารางที่ 2 แสดงค่า KMO และ Bartlett's Test จากการตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบ

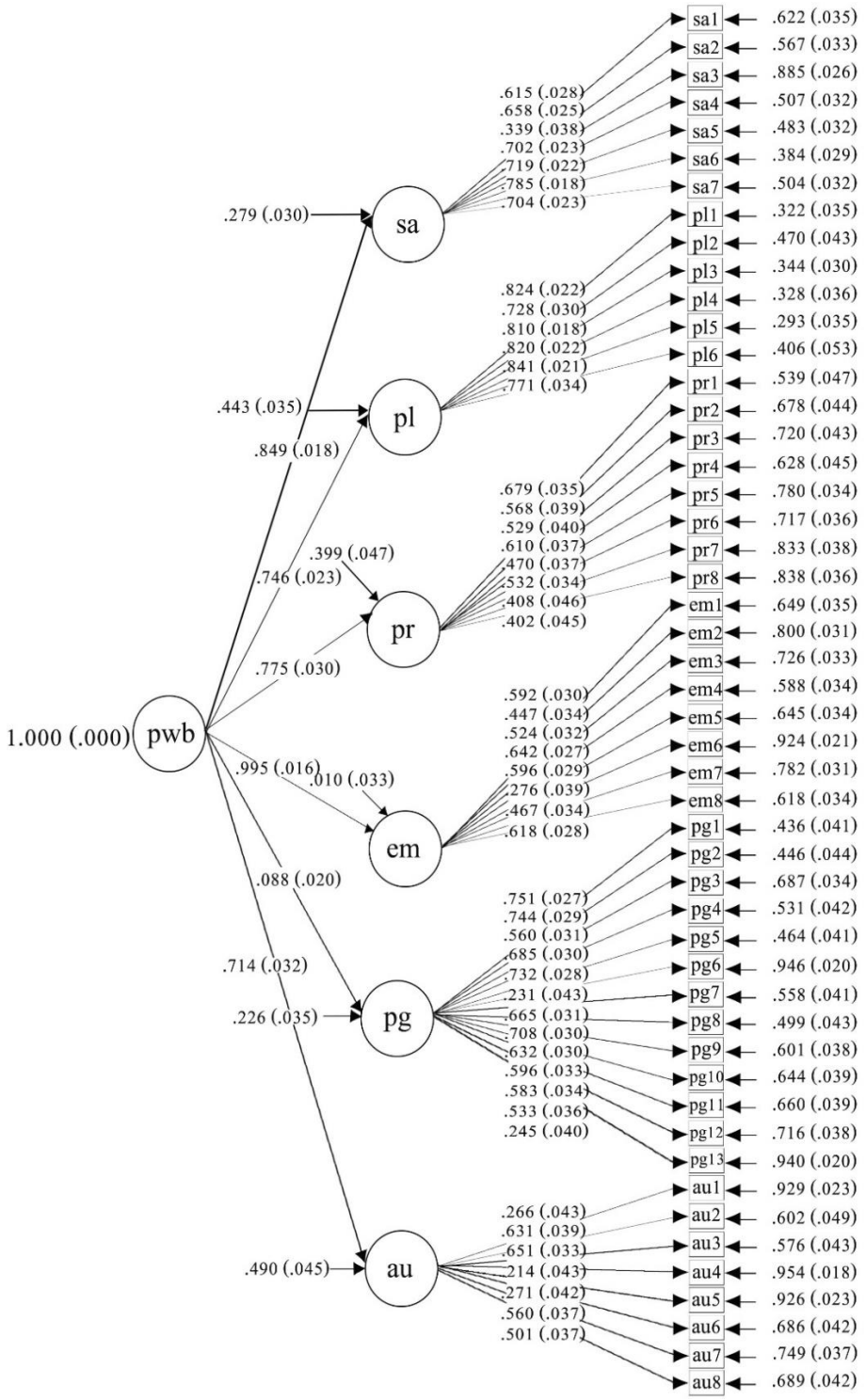
Kaiser - Meyer - Olkin Measure of Sampling Adequacy	Bartlett's Test of Sphericity		
	Chi - Square	df	Prob
.939	36141.018	1225	0.00

จากตารางที่ 2 การตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล (Kaiser - Mayor - Olkin: KMO) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม ถ้าข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันมากหรือมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญจะสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ โดยค่า KMO ควรมีค่าเข้าใกล้ 1 ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า KMO เท่ากับ .939

2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน จากการศึกษา พบว่า องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อสร้างสเกลองค์ประกอบและเปรียบเทียบน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบการยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ความงอกงามส่วนบุคคล และอิสระแห่งตน แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป ได้แก่ องค์ประกอบด้านการยอมรับตนเอง มี 7 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.362 ถึง 0.792 องค์ประกอบด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมี 6 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง 0.699 ถึง 0.918 องค์ประกอบด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นมี 8 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.291 ถึง 0.592 องค์ประกอบด้านการมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม มี 8 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.236 ถึง 0.675 องค์ประกอบด้านความงอกงามส่วนบุคคล มี 13 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.269 ถึง 0.963 และองค์ประกอบด้านอิสระแห่งตน มี 8 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.237 ถึง 0.650

2.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยจัดเรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยดังนี้ ได้แก่ การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ความงอกงามส่วนบุคคล การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และอิสระแห่งตน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.995 , 0.880, 0.849, 0.775, 0.746 และ 0.714 ตามลำดับ ดังภาพที่ 1

2.4 ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการศึกษาพบว่าค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ค่าไค - แสควร์ (χ^2) เท่ากับ 1374.981 ที่องศาอิสระ 945 มีความน่าจะเป็น (P - value) เท่ากับ 0.000 ค่าดัชนี χ^2/df เท่ากับ 1.518 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.910 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับค่าแล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.900 ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.968 ซึ่งมีค่าสูงตามเกณฑ์ ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ (SRMR) เท่ากับ 0.038 และและค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.027 แสดงว่าโมเดลตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ผลปรากฏดังตารางที่ 3



ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของสุขภาวะทางจิต

ตารางที่ 3 ค่าสถิติความกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ค่าสถิติที่ได้	แปลความ	ดัชนีความกลมกลืน
1. Chi - Square	χ^2/df น้อยกว่า 2 2.00 - 5.00	สอดคล้องกลมกลืนดี สอดคล้องกลมกลืนพอใช้ได้	1.498	สอดคล้องกลมกลืนดี
2. ค่าดัชนี GFI	$\geq$0.95 0.90 - 0.95	สอดคล้องกลมกลืนดี สอดคล้องกลมกลืนพอใช้ได้	0.910	พอใช้ได้
3. ค่าดัชนี AGFI	$\geq$0.95 0.90 - 0.95	สอดคล้องกลมกลืนดี สอดคล้องกลมกลืนพอใช้ได้	0.900	พอใช้ได้
4. ค่าดัชนี CFI	$\geq$0.95 0.90 - 0.95	สอดคล้องกลมกลืนดีมาก สอดคล้องกลมกลืนดี	0.968	สอดคล้องกลมกลืนดีมาก
5. ค่า RMSEA	น้อยกว่า 0.05 0.05 - 0.79 0.08 - 0.099 ตั้งแต่ 0.10	สอดคล้องกลมกลืนดีมาก สอดคล้องกลมกลืนดี สอดคล้องกลมกลืนพอใช้ ไม่สอดคล้อง	0.027	สอดคล้องกลมกลืนดีมาก
6. ค่า SRMR	น้อยกว่า 0.05 0.05 - 0.79 ตั้งแต่ 0.08	สอดคล้องกลมกลืนดี สอดคล้องกลมกลืนพอใช้ ไม่สอดคล้อง	0.038	สอดคล้องกลมกลืนดี

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยขอนำเสนอประเด็นในการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 การศึกษาสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า นิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามมีสุขภาวะทางจิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามเมื่อจำแนกเป็นรายด้านก็พบว่ามีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับมากทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม การมีอิสระแห่งตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เนื่องจากนิสิตมหาวิทยาลัยอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่เริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งตามทฤษฎีจิตสังคมของ Erik Erikson มองว่าเป็นวัยที่กำลังค้นหาเอกลักษณ์และอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง (Van Noorden, T. H. J. & Bukowski, W. M., 2017) ดังนั้น จึงมีพัฒนาการด้านสติปัญญา

สูงขึ้น สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ สามารถคิดวิเคราะห์และสังเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น รวมทั้งมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนและมีการวางแผนชีวิตในอนาคต นอกจากนี้ยังสามารถควบคุมตนเองได้ดี และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (ปิยะนุช จิตตนูนท์ และสุมาลี วังธนากร, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นในประเทศต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลางถึงสูง (อัชฌา ชื่นบุญ และชุติมา แสงดารารัตน์, 2560); (Rapuano, V., 2019); (Udhayakumar, P. & Illango, P., 2018) โดยมีประเด็นที่น่าสนใจว่าถึงแม้นิสิตนักศึกษาจะมีคะแนนของสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ และมีคะแนนของความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่นิสิตนักศึกษาก็ยังคงมีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากถึงแม้ว่านิสิตนักศึกษาจะประสบกับปัญหา แต่ก็เป็นความทุกข์ในระยะสั้น ซึ่งไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตและความสามารถในการดำเนินชีวิตของนิสิตนักศึกษาเหล่านั้น รวมทั้งมหาวิทยาลัยมหาสารคามมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตของนิสิตในมหาวิทยาลัย ซึ่งได้แก่ งานให้คำปรึกษา กองกิจการนิสิต ซึ่งมีการกำหนดนโยบายในเรื่องของการให้การปรึกษาแก่นิสิตที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ และโรงพยาบาลสุทธาเวช ซึ่งอยู่ในกำกับของคณะแพทยศาสตร์ที่คอยดูแลและบำบัดรักษานิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิต ดำเนินงานโดยทีมจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช จึงสามารถช่วยเหลือให้นิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามสามารถจัดการกับปัญหาและความเครียดได้ดี นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่เปิดให้บริการช่วยเหลือและฟื้นฟูสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามทั้งในรูปแบบของการป้องกัน ส่งเสริม และสนับสนุน ได้แก่ ศูนย์ความเป็นเลิศทางจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ และคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 จากโมเดลสมมติฐานองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยได้กำหนดว่ามี 6 องค์ประกอบ โดยจัดเรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยดังนี้ ได้แก่ การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ความงอกงามส่วนบุคคล การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และอิสระแห่งตน ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสุขภาวะทางจิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ความงอกงามส่วนบุคคล การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และอิสระแห่งตน (Linley, P. A. et al., 2009); (Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M., 1995); (Kalantarkousheh, S. M. & Navarbafi, F., 2012) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักษณา สกุลทอง และคณะ ซึ่งทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ผลการวิจัย พบว่า ความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยประกอบด้วยองค์ประกอบ 12 ด้าน ถึงแม้จะยึดแนวคิดตามกรอบของ Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. เช่นเดียวกัน (Ryff, C. D. & Keyes, C.

L. M., 1995) แต่ ลักษณา สกุลทอง และคณะ มีการปรับองค์ประกอบออกเป็น 12 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น (ลักษณา สกุลทอง และคณะ, 2560) เช่นเดียวกับ ภมรพรรณ์ ยุระยาตร์ ที่ทำการศึกษาและพัฒนาความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความผาสุกทางจิตใจประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านอิสระแห่งตน ด้านความงอกงามส่วนบุคคล ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการมีจิตวิญญาณ ด้านความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และด้านการสร้างคุณประโยชน์แก่สังคม ซึ่งโมเดลความผาสุกทางจิตใจมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถวัดองค์ประกอบความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ (ความผาสุกทางจิตใจและสุขภาวะทางจิตมาจากภาษาอังกฤษคำเดียวกันว่า Psychological well - being) (ภมรพรรณ์ ยุระยาตร์, 2554)

นอกจากนี้ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มีค่าน้ำหนักมากที่สุด ได้แก่ การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นความสามารถในการสร้างสรรค์หรือปรับเปลี่ยนสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวให้สามารถสนองต่อความต้องการของตนได้ ซึ่งแสดงออกถึงเป็นการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเองได้ ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นการมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ทุกรูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Clarke, P. J. et al. ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กันสูงใน 4 องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตได้แก่ การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ความงอกงามส่วนบุคคล การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง (Clarke, P. J. et al., 2001) รวมทั้งผลการศึกษามีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของภมรพรรณ์ ยุระยาตร์ ที่พบว่าความงอกงามส่วนบุคคลมีค่าน้ำหนักมากที่สุดของสุขภาวะทางจิตของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ที่ความงอกงามส่วนบุคคลมีค่าน้ำหนักอยู่ในอันดับที่ 2 ซึ่งความงอกงามส่วนบุคคลนั้นเป็นการที่บุคคลสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เปิดรับสิ่งใหม่ ๆ พยายามแสดงออกถึงการมีศักยภาพและความสามารถของตนเอง การเปิดใจยอมรับที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ และการมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นคุณลักษณะของผู้เรียนที่จะต้องมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (ภมรพรรณ์ ยุระยาตร์, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Roslan, S. et al. ทำการศึกษาเรื่องสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ซึ่งผลการวิจัยพบว่านักศึกษาปริญญาโท คณะศึกษาศาสตร์มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับสูง โดยองค์ประกอบด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด ได้แก่ ความงอกงามส่วนบุคคลนอกจากนี้องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่มีค่า

น้ำหนักอยู่ในอันดับที่ 3 ได้แก่ การยอมรับตนเองซึ่งเป็นการที่นิสิตมีทัศนะที่ดีต่อตนเอง มีสภาวะจิตที่เป็นบวก สามารถยอมรับชีวิตที่เป็นอยู่ทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเอง มองชีวิตในแง่บวกและเกิดความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Roslan, S. et al., 2017) ซึ่งจากการศึกษาของ Rapuano, V. ทำการศึกษาเรื่องสุขภาวะทางจิตและความสัมพันธ์กับผลการเรียนของนักศึกษาชาวลิทัวเนียผลการศึกษาพบว่าสุขภาวะทางจิตด้านความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม และด้านการยอมรับตนเองเป็นตัวทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rapuano, V., 2019)

สรุป/ข้อเสนอแนะ

ผลการวิเคราะห์โมเดลสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่าประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม การมีอิสระแห่งตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งโมเดลองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถวัดองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามได้ รวมทั้งสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม ความงอกงามส่วนบุคคล การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และอิสระแห่งตน ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 1) มหาวิทยาลัยอื่นสามารถนำแบบวัดสุขภาวะทางจิตไปใช้วัดสุขภาวะทางจิตของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย เพื่อให้ทราบว่านิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับใด แล้วจึงหาแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน และพัฒนาสุขภาวะทางจิตของนิสิตนักศึกษาให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นต่อไป 2) จากการศึกษาพบว่าสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการรายงานผลการรับบริการจากสถานพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในระดับมหาวิทยาลัยและระดับคณะควรหาทางศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งหาแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน และพัฒนาสุขภาวะทางจิตของนิสิตนักศึกษาให้สูงขึ้น ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 1) จากข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกันของระดับสุขภาวะทางจิตและสถิติกับการรับการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการฟื้นตัว เป็นต้น 2) ควรนำโมเดลองค์ประกอบสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามเป็นพื้นฐานในการสร้างรูปแบบหรือโปรแกรม

ในการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสุขภาวะทางจิต โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักสูง เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาวะทางจิตให้สูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2558). บทบาทการส่งผ่านของอัตมโนทัศน์ในการศึกษาอิทธิพลของการคิดเชิงบวกและภูมิหลังของนักศึกษาที่มีต่อสุขภาวะทางจิต. วารสารวิธีวิทยาการวิจัย, 28(1), 49-73.

ธาณัฐดา สิริโสนแก้ว. (2563). รายงานผลข้อมูลนิสิตที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช. ใน มลฤดี เชาวรัตน์ (ประธาน), ประชุมการขับเคลื่อนการให้คำปรึกษานิสิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [Symposium]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ปิยะนุช จิตตนูนท์ และสุมาลี วังธนากร. (2561). สมดุลชีวิตนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38(4), 103-113.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (2563). แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28(2), 121-135.

ภมรพรรณ์ ยุระยาตร์. (2554). การศึกษาและพัฒนาความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ลักษณา สกุลทอง และคณะ. (2560). การพัฒนาโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. วารสารราชพฤกษ์, 16(1), 75-87.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2563. เรียกใช้เมื่อ 15 กรกฎาคม 2563 จาก http://resourcecenter.thaihealth.or.th/files/90

อัชฌา ชื่นบุญ และชุติมา แสงดารารัตน์. (2560). ความผาสุกทางจิตใจ และบรรยากาศในการเรียนที่ส่งผลต่อผลการเรียนรู้ของนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารปัญญาภิวัฒน์, 9(ฉบับพิเศษ), 193-203.

Anand, K. & Nagle, Y. K. (2016). Perfectionism as predictor of psychological wellbeing among college students. Global Journal of Human - Social Science, 16(5), 34-40.

Arnett, J. J. (2004). Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties. New York: Oxford University Press.

Auerbach, R. P. et al. (2010). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. Journal of Abnormal Psychology, 127(7), 623-638.

Auerbach, R. P. et al. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Psychological Medicine, 46(14), 1-16.

Auerbach, R. P. et al. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student project: Prevalence and distribution of mental disorders. Journal of Abnormal Psychology, 127(7), 623-638.

Auyeung, L. & Mo, P. K. H. (2019). The efficacy and mechanism of online positive psychological intervention (PPI) on improving well - being among Chinese university students: a pilot study of the best possible self (BPS) intervention. Journal of Happiness Studies, 20(8), 2525-2550.

Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio - demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43(8), 667-672.

Chen, L. et al. (2013). Depression among Chinese University Students: Prevalence and socio - demographic correlates. PLoS ONE, 8(3), 1-6.

Clarke, P. J. et al. (2001). Measuring psychological well - being in the Canadian study of health and aging. International Psychogeriatrics, 13(s1), 79-90.

Comrey, A. L. & Lee, H. B. (1992). Interpretation and Application of Factor Analytic Results. In Comrey, A. L. & Lee, H. B. (Eds.), A First Course in Factor Analysis (p. 2). Hillsdale: NJ: Lawrence Eribaum Associates.

Eisenberg, D. et al. (2013). Mental health in American colleges and universities: Variation across student subgroups and across campuses. The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(1), 60-67.

Eisenberg, D. et al. (2009). Mental health and academic success in college. The BE Journal of Economic Analysis & Policy, 9(1), 1-40.

Evans, N. J. et al. (2009). Student development in college: Theory, research, and practice. San Francisco: John Wiley & Sons.

Ferrari, A. J. et al. (2014). The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PloS one, 9(4), 1-11.

GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: A systematic

analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet, 388(10053), 1545-1602.

Goldman-Mellor, S. J. et al. (2014). Suicide attempt in young people: A signal for long-term health care and social needs. JAMA Psychiatry, 71(2), 119-127.

Herrman H. et al. (2004). Promotion mental health: concepts - emerging evidence - practice: summary report. Geneva: World Health Organization.

Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. Applied Psychology: Health and Well - Being, 1(2), 137-164.

Hysenbegasi, A. et al. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. Journal of Mental Health Policy and Economics, 8(3), 145-151.

Ibrahim, A. K. et al. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. Journal of Psychiatric Research, 47(3), 391-400.

Ishii, T. et al. (2018). What kinds of factors affect the academic outcomes of university students with mental disorders? A retrospective study based on medical records. Asian Journal of Psychiatry, 32(2018), 67-72.

Kalantarkousheh, S. M. & Navarbafi, F. (2012). Reliability and exploratory factor analysis of psychological well - being in a persian sample. Science Series Data Report, 4(1), 11-27.

Kessler, R. C. et al. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. The American Journal of Psychiatry, 152(7), 1026-1032.

Kleinert, S. (2007). Adolescent health: an opportunity not to be missed. The Lancet, 9567(369), 1057-1058.

Linley, P. A. et al. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well - being measures. Personality and Individual Differences, 47(8), 878-884.

Marsh, H. W. & Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self - concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. Perspectives on psychological science, 1(2), 133-163.

Niederkrotenthaler, T. et al. (2014). Future risk of labour market marginalization in young suicide attempters - A population-based prospective cohort study. International Journal of Epidemiology, 43(5), 1520-1530.

Rapuano, V. (2019). Psychological well - being and its relationship with the academic achievement of Lithuanian students. Socialiniai tyrimai, 42(2), 44-51.

Rasulzada, F. (2007). Organizational creativity and psychological well - being. In Doctoral Thesis. Lund University.

Roslan, S. et al. (2017). Psychological well - being among postgraduate students. Acta Medica Bulgarica, 44(1), 35-41.

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well - being revisited. Journal of personality and social psychology, 69(4), 719-727.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well - being. Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069-1081.

Song, Y. et al. (2008). Depression in college: depressive symptoms and personality factors in Beijing and Hong Kong college freshmen. Comprehensive Psychiatry, 49(5), 496-502.

Stewart-Brown, S. et al. (2000). The Health of students in institutes of higher education: An important and neglected public health problem. Journal of Public Health, 22(4), 492-499.

Udhayakumar, P. & Illango, P. (2018). Psychological wellbeing among college students. Journal of Social Work Education and Practice, 3(2), 79-89.

Van Noorden, T. H. J. & Bukowski, W. M. (2017). Social Development. In Slater, A. & Bremner, J. G. (Eds.), An Introduction to Developmental Psychology. (3th ed.) (pp. 577 - 610). NJ: John Wiley & Sons.

Winefield, H. R. et al. (2012). Psychological well - being and psychological distress: is it necessary to measure both. Psychology of Well - Being: Theory, Research and Practice, 2(1), 1-14.

World Health Organization. (2017). World Health Organization. Retrieved April 21, 2019, from http://apps.who.int/iris/bitst ream/handle/10665/254610 /WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;sequence=1.

World Health Organization. (2008). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008. Switzerland: World Health Organization.