

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและนำเสนอดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต
 - 2.1.1 ความหมายของสุขภาพจิต
 - 2.1.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี
 - 2.1.3 การวัดภาวะสุขภาพจิต
 - 2.1.4 เกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพจิต
- 2.2 แนวคิดการเผชิญปัญหา
 - 2.2.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา
 - 2.2.2 วิธีการเผชิญปัญหา
- 2.3 ความรู้เกี่ยวกับชุมชนแออัด
 - 2.3.1 ความหมายของชุมชนแออัด
 - 2.3.2 ปัญหาที่เกิดจากชุมชนแออัด
 - 2.3.3 ปัญหาชุมชนแออัดกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด
 - 2.4.1 ภาวะสุขภาพจิตของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด
 - 2.4.2 วิธีการเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

2.1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน และมีส่วนสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี ความหมายของสุขภาพจิตพบว่าไม่ได้มีเพียงแค่ความหมายเดียวนักวิชาการและผู้รู้หลายสาขาได้พยายามให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพจิต” ไว้มากมาย แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่สามารถสรุปได้เป็นความหมายเดียวที่เป็นสากลโดยทั่วไป (Stuart and

Sundeen, 1991; Kalman and Waughfield, 1993) ทั้งนี้เนื่องจากว่า สุขภาพจิตเป็นแนวคิดที่กว้างและเป็นนามธรรมที่มองไม่เห็นและจับต้องไม่ได้ จึงทำให้ไม่สามารถระบุชัดเจนไปได้ว่าสุขภาพจิตหมายถึงอะไร การให้ความหมายของสุขภาพจิตที่พบนั้นจึงขึ้นกับแง่คิดมุมมองและความเชื่อของแต่ละบุคคลไป แต่อย่างไรก็ตาม ถึงจะมีมุมมองแตกต่างกันออกไป แต่ส่วนใหญ่แล้วเมื่อพูดถึงสุขภาพจิตก็จะกล่าวถึงในแง่ของความสุข ความพึงพอใจ ความสำเร็จ และความผาสุกของชีวิต ซึ่งเป็นลักษณะของความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม แล้วแสดงออกเป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบในสถานการณ์ต่าง ๆ อาจเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ ตลอดจนการกระทำต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เกิดความสมดุลของอารมณ์ ความรู้สึก เช่น การปรับตัว วิธีการเผชิญปัญหา การแก้ไขปัญห ซึ่งความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกจะมีความสอดคล้องผสมผสานกันไป ซึ่งไม่ว่าใครจะให้ความหมายสุขภาพจิตไว้อย่างไรก็ต้องกล่าวถึงความคิด ความรู้สึกที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นเป็นประเด็นสำคัญเสมอ ดังตัวอย่างความหมายต่อไปนี้

WHO (1976) ฝน แสงสิงแก้ว (2522) และผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530) เป็นกลุ่มที่มีความเห็นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต โดยเน้นที่ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลซึ่งได้ให้ความหมายสุขภาพจิตไว้ว่า หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขสามารถมีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้อย่างราบรื่น สามารถทำงานให้เป็นประโยชน์ได้ภายใต้ภาวะสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคมและลักษณะความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตมีความมั่นคงทางจิตใจ วางตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม ปราศจากอาการของโรคจิตโรคประสาท

Perko และ Kreigh (1988) Marmor และ Pumpion-Mudlin (1950 อ้างถึงใน Shives, 1994) มีมุมมองในเรื่องสุขภาพจิตที่แตกต่างจากกลุ่มแรกว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยกล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นกระบวนการในการที่จะสนองตอบต่อความต้องการของบุคคลที่ผสมผสานสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นโครงสร้างของบุคลิกภาพที่เกี่ยวข้องกันเสมอ โดยที่ความกดดันทางสิ่งแวดล้อมจะค่อย ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น

Bohlander และคณะ (1993) เชื่อว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องของความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลโดยให้ความหมายสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ ความรับผิดชอบในสังคม และประสบการณ์ของความพึงพอใจและความสุขสบายที่ได้รับ ซึ่งเป็นความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกพอใจ และความเป็นสุข ซึ่งสุขภาพจิตไม่ใช่ภาวะความรู้สึกที่คงที่ แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงของบุคคล

กับปัญหาที่เกิดขึ้นในทุก ๆ วัน และเป็นความสามารถที่จะไปสู่ความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมาย ตลอดจนความสามารถในการที่จะเข้าใจในตนเอง

จากการให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพจิต” ที่แตกต่างกันไปตามมุมมองและแง่คิดของแต่ละคนนั้น เมื่อพิจารณาโดยสรุปแล้วเป้าหมายสุดท้ายที่ทุกคนต่างก็มีความคิดเห็นในเรื่องสุขภาพจิตที่สอดคล้องกันคือ เชื่อว่าสุขภาพจิตเป็นสภาพจิตใจที่เป็นสุขของบุคคล

2.1.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

สุขภาพจิตของมนุษย์จะดีหรือเลวนั้น ย่อมขึ้นกับปัจจัย 2 ประการคือ ปัจจัยที่เกิดจากตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยจากในร่างกายและจิตใจของบุคคล และอีกปัจจัยคือ จากสิ่งแวดล้อมอันเกิดจากสภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งอื่น ๆ ที่เข้ามากระทบจิตใจ (ฝน แสงสิงแก้ว, 2522) และเนื่องจากสุขภาพจิตเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่น และสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (Bohlander et al., 1993) ดังนั้นในการพิจารณาว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ จึงพิจารณาได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งมีนักวิชาการส่วนใหญ่กล่าวถึงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตดีว่าจะต้องมีการแสดงออกอย่างเหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก สติปัญญา ความรับผิดชอบ การตระหนักรู้ในตนเอง มีความเข้าใจในตนเองและการแสดงออกอย่างเหมาะสมในบทบาททางสังคม (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2526 ; สุรางค์ จันทน์เอม, 2527 ; Meek et al., 1974 อ้างถึงใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527 ; Perko and Kreigh, 1988 ; สุขุ จันทน์เอม, 2531 ; วีระ ไชยศรีสุข, 2533 ; Jahoda, 1958 อ้างถึงใน Stuart and Sundeen, 1991 ; Bohlander et al., 1993 ; มุกดา สุขสมาน, 2537)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะต้องเป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา และสังคม ตลอดจนมีความรู้สึกที่เป็นสุขในชีวิตโดยพฤติกรรมการแสดงออกในลักษณะดังนี้คือ

2.1.2.1 เป็นผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งที่มากระทบ

2.1.2.2 มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตัวของตัวเอง

2.1.2.3 มีความสามารถเผชิญกับปัญหาและแก้ปัญหาได้ สามารถดำเนินชีวิตไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.2.4 มีความรับผิดชอบและพร้อมที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง

2.1.2.5 มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น

2.1.2.6 มีความเข้าใจในตนเองและผู้อื่น ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล

2.1.2.7 เป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับความเป็นจริงแห่งชีวิตได้ดี

2.1.2.8 ความเป็นตัวของตัวเองในการกระทำ และการแสดงความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ

2.1.2.9 มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น

จากความหมายและลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีดังกล่าวมาข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะมีสภาพจิตใจที่เป็นสุขได้ จะต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตดี ซึ่งสุขภาพจิตเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ แต่ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลไม่สามารถประเมินได้โดยตรง เพราะสุขภาพจิตเป็นเรื่องของนามธรรมที่สัมผัสจับต้องไม่ได้ ดังนั้นจึงประเมินได้โดยทางอ้อม จากการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาแล้วอธิบายความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ ด้วยการแปลผล การแสดงออกของพฤติกรรมนั้น โดยพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมานั้นอาจเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงภาวะอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดในทางที่ดีและไม่ดี หรือความรู้สึกนึกคิดในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นได้ในคนทั่วไป ไม่มีบุคคลใดที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่สมบูรณ์โดยแท้ หรือมีสุขภาพจิตที่ดีได้ตลอดเวลา อาจมีช่วงเวลาที่บุคคลประสบกับภาวะความเครียดในชีวิตจากปัญหา หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ทำให้เกิดภาวะอารมณ์ที่ไม่ดีได้ ซึ่งความรู้สึกนึกคิดในด้านบวกที่พบได้โดยทั่วไป ได้แก่ ความรู้สึกตื่นเต้นในชีวิต ความภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกชอบและพอใจ ความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน ความแข็งแรงกระปรี้กระเปร่า สุขภาพทั่วไป ความสุข ความร่าเริง ความสบายใจ ความรักและความปรารถนา และความสนุกสนานในชีวิต ส่วนความรู้สึกนึกคิดในด้านลบ ได้แก่ ความเหงา ซึมเศร้า ไม่มีความสุข หงุดหงิด ไม่สบายใจโดยไม่รู้สาเหตุ ความวิตกกังวล ผิดหวัง เศร้าโศก เสียใจ ความเครียด ความกลัว ความเหนื่อยล้า สับสน อาการต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และการนอนไม่หลับ (Berkman, 1971 ; Williams et al., 1981 ; Veit and Ware, 1983 ; Bryant and Veroff, 1984 ; Burnam et. al, 1984 ; อรพรรณ เมฆสุภา และคณะ, 2529)

สำหรับการศึกษาี้ ประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยประเมินจากภาวะอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดในด้านบวกและด้านลบ

2.1.3 การวัดภาวะสุขภาพจิต

ในการวัดหรือประเมินภาวะสุขภาพจิตนั้นมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมากมายหลากหลายชนิดด้วยกัน แต่ที่แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ คือ เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิต

และเครื่องมือที่วัดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิต ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิตดังนี้

1. Index of Psychological Well-Being

เป็นเครื่องมือวัดสภาวะสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดย Berkman (1971) ใช้ในการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบได้ประเมินความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ และความรู้สึกเชิงบวก จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 8 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 1 คำตอบในแต่ละข้อ

การให้คะแนนการตอบหัวข้อเกี่ยวกับสุขภาพจิตในเครื่องมือนี้มีดังนี้คือ ให้ค่าคะแนนเป็น 0,1 และ 3 ถ้าเลือกตอบว่า "ไม่เคยรู้สึกเลย" "รู้สึกเป็นครั้งคราว" และรู้สึกบ่อย ๆ ตามลำดับ ดังนั้นคะแนนความรู้สึกเชิงลบจึงมีตั้งแต่ 0 ถึง 15 คะแนน และความรู้สึกเชิงบวก จะมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 9 คะแนน

การพิจารณาสภาวะสุขภาพจิตโดยการนำค่าคะแนนรวมของคำตอบความรู้สึกเชิงลบ และคำตอบความรู้สึกเชิงบวก มาพิจารณาระดับของสุขภาพจิต (Index of Psychological Well-being) ตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนความรู้สึกเชิงลบ	คะแนนความรู้สึกเชิงบวก			
	7-9	4-6	3	0-2
0 - 1	1	2	2	3
2 - 3	2	3	4	5
4 - 5	3	4	5	6
6-15	4	5	6	7

การแปลผลระดับสุขภาพจิตของ Berkman มีความหมายดังนี้

ระดับที่ 1 มีความรู้สึกดีเลิศตลอดเวลา

ระดับที่ 2 มีความรู้สึกที่ดีเกือบตลอดเวลา

ระดับที่ 3 มีความรู้สึกที่ดีตลอดเวลา

ระดับที่ 4 มีความรู้สึกที่ดีเป็นส่วนใหญ่

ระดับที่ 5 มีความรู้สึกที่ไม่ดีและความรู้สึกที่ดีพอ ๆ กัน

ระดับที่ 6 มีความรู้สึกที่ไม่ดีเกือบตลอดเวลา

ระดับที่ 7 มีความรู้สึกที่ไม่ดีตลอดเวลา

เครื่องมือวัดสภาวะสุขภาพจิต Psychological well-being ของ Berkman นี้เคยมีผู้นำมาใช้ในประเทศไทยแล้วดังนี้

ในปี พ.ศ. 2527 วิญญู เดชธราดล (อ้างถึงใน อรพรรณ เมฆสุกะ, 2529) ได้นำเครื่องมือวัดสภาวะสุขภาพจิตของ Berkman นี้มาแปลเรียบเรียงและทดลองใช้กับกลุ่มฝึกปฏิบัติธรรมชาวโศก พบว่า เป็นแบบวัดที่สามารถนำมาใช้สำรวจสภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ มีการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่นของเนื้อหา

ปี พ.ศ. 2529 มณีรัตน์ กฤษณพันธ์ (อ้างถึงใน ปณินท์ สกุลทอง, 2531) ได้นำเครื่องมือวัดสภาวะสุขภาพจิตนี้มาใช้กับกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 ของโรงเรียนรัฐบาล แบบสหศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โรงเรียน พบว่า เป็นเครื่องมือวัดที่ดีสามารถนำมาใช้สำรวจสภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักเรียนวัยรุ่นได้โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = 0.80 (Alpha Coefficient) และในปีเดียวกันนี้ อรพรรณ เมฆสุกะ และคณะ ได้นำเครื่องมือวัดสภาวะสุขภาพจิตนี้มาใช้ศึกษาสภาวะสุขภาพจิตของประชาชน อายุ 16 ปีขึ้นไป

ปี พ.ศ. 2531 ปณินท์ สกุลทอง ได้นำเครื่องมือวัดสภาวะสุขภาพจิตนี้ไปใช้กับเด็กนักเรียนวัยรุ่น ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ของโรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี และนักศึกษาวิทยาลัยพาณิชยการเซตุน ชั้นปีที่ 1 และ 2 พบว่า มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = 0.66 ซึ่งได้ค่าต่ำกว่าของ มณีรัตน์ กฤษณพันธ์ ที่เคยหาไว้เมื่อปี พ.ศ. 2529 อาจเนื่องจากช่วงอายุของผู้ตอบแบบวัดต่างกันและระยะเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปทดสอบเครื่องมือเป็นระยะเวลาที่ใกล้กับการหยุดเพื่อให้นักเรียนประกอบกิจกรรมในโรงเรียน อาจมีผลต่อความตั้งใจของนักเรียนในการตอบแบบวัดนี้

2. The General Well-Being Schedule (GWB)

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Dupuy (1977 อ้างถึงใน Bowling, 1991 ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) ใช้ในการสำรวจประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็นการวัดเกี่ยวกับความรู้สึกที่แสดงถึงการมีสภาวะทางสุขภาพที่ดีทางด้านจิตใจ และความเศร้ากังวลใจ ซึ่งเครื่องมือนี้วัดสภาวะสุขภาพจิตทั้งในด้านบวกและลบ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 6 หมวด คือ 1) ความวิตกกังวล 2) ซึมเศร้า 3) สุขภาพทั่ว ๆ ไป 4) สภาวะสุขภาพจิตในด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง 6) ความกระปรี้กระเปร่ามีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นการถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อความ โดย 14 ข้อความแรกใช้มาตราส่วนประเมินค่า 1-6 และอีก 4 ข้อความ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 0-10 การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยการแยกออกเป็นหมวดย่อย 6 หมวด หรือวิเคราะห์โดยการรวมคะแนนคำตอบจากแต่ละข้อ คะแนนต่ำจะแสดงถึงการมีปัญหาทางด้านความเศร้ากังวลใจในระดับที่รุนแรง คะแนนเต็มรวมจะอยู่ระหว่าง 0-110 ซึ่ง Dupuy ได้กำหนดระดับความรุนแรงของความเศร้ากังวลตามระดับของคะแนนดังนี้

คะแนน 0-60 = ความเศร้ากังวลใจที่รุนแรง

คะแนน 61-72 = ความเศร้ากังวลใจขนาดปานกลาง

คะแนน 73-110 = สภาวะสุขภาพจิตที่ดี

3. The Mental Health Inventory (MHI)

เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะความกดดันทางจิตใจ และความผาสุกของจิตใจมากกว่าที่จะใช้วัด หรือคัดกรองผู้มีความเจ็บป่วยทางจิต หรือโรคทางจิตเวช สร้างโดย Ware และคณะ (1979 อ้างถึงใน Veit and Ware, 1983 ; Wilkin et al., 1992 ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) จากแนวคิดของ Viet and Ware ซึ่งอภิปรายถึงข้อจำกัดของเครื่องมือวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นมาก่อนว่าส่วนใหญ่จะเน้นด้านสุขภาพร่างกาย ยังไม่ครอบคลุมจึงเห็นว่าควรจะให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจิตให้กว้างขึ้น โดยควรจะครอบคลุมลักษณะด้านภาวะสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกรื่นเริง ความสนใจ ความสนุกสนานกับชีวิต ซึ่งจะช่วยให้อัตราสุขภาพจิตได้ชัดเจนขึ้น เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือวัดสุขภาพจิตในโครงการการทดลองด้านการประกันสุขภาพของบริษัท Rand Corporation (Viet and Ware, 1983) มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ โดยวัดภาวะอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาโดยวัดในองค์ประกอบเกี่ยวกับ 1) ความวิตกกังวล 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ 4) ความรู้สึกทั่วไปทางบวก และ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ Ware และคณะ เพิ่มเข้าไปใน 4 องค์ประกอบแรกที่ได้จากแบบวัดสภาวะ สุขภาพจิตของ Dupuy ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 1-6 ส่วนใหญ่ มีเพียง 2 ข้อความที่ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 1-5 การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการรวมคะแนนทั้งหมด หรืออาจจะ วิเคราะห์เป็นรายหมวดก็ได้

4: The Affective Balance Scale

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Bradburn (1965 อ้างถึงใน Bowling, 1991 ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) และนำมาปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 1969 โดยมีแนวคิดที่ว่าความรู้สึกสุขสบายของบุคคลสามารถวัดได้ โดยบุคคลระบุว่ามีความรู้สึกใน 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกในทางบวกและทางลบ การที่บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพจิตดีก็หมายถึงว่ามีสภาวะสมดุลระหว่างความรู้สึกในทางบวกและทางลบถ้าความรู้สึกด้านใดด้านหนึ่งมีมากกว่าก็แสดงว่าบุคคลนั้นมีสภาวะความรู้สึกในด้านนั้น ๆ โดยการศึกษาถึงปฏิกิริยาการแสดงออกทางจิตของประชาชนทั่วไปทั้งทางบวกและทางลบต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ก็มีบางการศึกษาที่ใช้เวลา 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิตที่ไม่เกี่ยวกับการค้นหาค้นหาบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 1-3 หรืออาจจะใช้การตอบแบบ "ใช่" และ "ไม่ใช่" ประกอบด้วยข้อคำถาม 10

ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยการรวมคะแนนทั้งหมด หรือแยกเป็นรายหมวดก็ได้

จากการศึกษาถึงเครื่องมือดังกล่าวพบว่า เครื่องมือแต่ละชนิดยังมีข้อจำกัดแตกต่างกันในเรื่ององค์ประกอบที่ใช้วัด ซึ่งไม่ครอบคลุมองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ แต่จะนำมาใช้ประกอบเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามของเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษานี้

2.1.4 เกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพจิต

การประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เพราะไม่สามารถประเมินได้โดยตรง แต่จะประเมินจากพฤติกรรมการแสดงออกแล้วนำมาหาข้อสรุปว่าบุคคลนั้นๆ อยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี และในการพิจารณาว่าสิ่งใดปกติหรือไม่ดีนั้น จำเป็นต้องมีเกณฑ์การตัดสิน ซึ่งในการตัดสินนั้น Kisker (1972 อ้างถึงใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) กล่าวว่า มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินโดย

2.1.4.1 กำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ (The Descriptive Model) เป็นวิธีการตัดสินพฤติกรรมของคนว่าปกติหรือผิดปกติ โดยตั้งมาตรฐานขึ้นมาเป็นเกณฑ์ ถ้าใครประพฤติใกล้เคียงกับมาตรฐานถือว่าปกติ ถ้าประพฤติตนไกลจากมาตรฐานก็ถือว่าผิดปกติ ซึ่งการกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ อาจใช้ตนเองเป็นมาตรฐาน (Subjective Model) ใช้กลุ่มเป็นมาตรฐาน (Normative Model) ใช้สถิติเป็นมาตรฐาน (Statistical Model) หรือใช้ขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นมาตรฐาน (Culture Model)

2.1.4.2 การใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Explanatory Model) ในการที่จะบอกว่าพฤติกรรมของคนใดคนหนึ่งปกติหรือผิดปกตินั้นจะต้องบอกถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ นั้นๆ ได้ด้วย ดังนั้นการใช้ทฤษฎีมาอธิบายถึงความผิดปกติ จึงเป็นวิธีหนึ่งในการที่จะตัดสินพฤติกรรมของบุคคลได้ ซึ่งทฤษฎีที่อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมมีหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการเกิดโรค (The Disease Model) ทฤษฎีกระบวนการทางจิตใจ (Psychodynamic Model) ทฤษฎีการเรียนรู้ (The Learning Model) และทฤษฎีความเครียด (Stress Model)

อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาตัดสินพฤติกรรมอาจจะใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งหรือบางครั้งอาจต้องใช้หลักเกณฑ์หลาย ๆ อย่างมาเป็นเกณฑ์พิจารณาร่วมกันตามความเหมาะสมในแต่ละสภาพการณ์ ซึ่งการมีเกณฑ์พิจารณาก็จะช่วยให้สามารถพิจารณาได้เหมาะสม ถูกต้อง และมีความแม่นยำขึ้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตในการอธิบายถึงความหมายและลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี โดยผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีคือบุคคลที่มีภาวะความ

สมดุลของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดในด้านบวกและด้านลบ และใช้ค่าสถิติของกลุ่มเป็นเกณฑ์ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิต

2.2 แนวคิดการเผชิญปัญหา

2.2.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

ในโลกปัจจุบันที่สังคมมีความซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มากมายหลายด้าน ทั้งด้านวัตถุและเทคโนโลยีต่าง ๆ การดำรงชีวิตของคนเราก็มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ทำให้คนเรารู้สึกความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากความกดดันของสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ความกดดันดังกล่าวนี้อาจเป็นสภาพการณ์บางอย่างที่ผลักดัน หรือเรียกร้อง หรือบังคับให้บุคคลจำต้องกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด อาจจะเป็นความกดดันที่เกิดจากตัวบุคคลเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดหวังและอุดมคติของบุคคลนั้น หรืออาจเป็นความกดดันในสังคมที่บุคคลต้องเผชิญ เช่น ความกดดันจากการแข่งขัน แก่งแย่ง ความกดดันจากความซับซ้อน และอัตราการเปลี่ยนแปลงของสังคม และความกดดันจากครอบครัว ตลอดจนสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้

เมื่อการมีชีวิตอยู่ของคนเราก็คือการที่จะต้องแก้ปัญหา (โสภา ชูพิกุลชัย, ม.ป.ป.) จึงทำให้คนเราทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงต่อปัญหาได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตคนเรานั้นมีตั้งแต่ปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ ประจำวัน ไปจนถึงปัญหาร้ายแรง และตัวปัญหาดังกล่าว อาจเกิดจากความขาดแคลนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีพ การขาดความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ หรือปัญหาที่เกิดจากการสูญเสียต่าง ๆ อาจจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เคยมีเคยได้ หรือเคยมีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่รัก หรือวัตถุที่มีอยู่ก็ตาม นอกจากนี้อาจจะเป็นปัญหาที่เกิดจากอุปสรรคต่าง ๆ ที่ขัดขวาง หรือยับยั้งทำให้ไม่สามารถไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ อุปสรรคดังกล่าวอาจจะเป็นอุปสรรคที่เกิดจากตัวเราเอง หรือบุคคลอื่น หรือในแง่ของวัตถุก็ตาม

การที่บุคคลต้องเผชิญปัญหาและอุปสรรคในชีวิตซึ่งมีอยู่มากมายนั้น โดยเฉพาะถ้าหากปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลมีมากเกินไป พร้อมทั้งขาดการเอาใจใส่ การพักผ่อน ทำให้ชีวิตขาดความสมดุลเป็นเหตุให้เกิดความตึงเครียดได้ (สุชา จันทน์เอม, 2531) ซึ่งถ้าหากความตึงเครียดนี้คงอยู่ไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่ภาวะสุขภาพจิตเสื่อม เกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชได้

โดยปกติเมื่อบุคคลมีปัญหาหรือเกิดความยุ่งยากใจเกิดขึ้น บุคคลก็จะพยายามหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลทางอารมณ์ (Emotional Equilibrium) โดยเร็วที่สุด และวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลส่วนมากเลือกใช้ในการจัดการกับปัญหา คือวิธี

การจัดการกับปัญหาโดยตรงและวิธีการจัดการกับอารมณ์เพื่อลดความตึงเครียด ซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลสนองตอบต่อปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ นั้นจะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ความรู้สึก นึกคิดของบุคคลนั้น (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) และความสามารถในการแก้ปัญหา ก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต บุคลิกภาพของบุคคล แหล่งสนับสนุน ความซับซ้อนของปัญหา ช่วงระยะเวลาที่เกิดปัญหา (Fuller and Schaller-Ayers, 1994)

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของวิธีการเผชิญปัญหาไว้อย่างต่าง ๆ ดังเช่น Lazarus และ Folkman (1984) ได้ให้ความหมายวิธีการเผชิญปัญหาว่าเป็นความพยายามที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงความนึกคิดและการกระทำอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่ประเมินได้ โดยใช้แหล่งประโยชน์ของบุคคลที่มีอยู่ ซึ่งคล้ายคลึงกับความหมายของ Sherman (1991) ที่กล่าวว่าวิธีการเผชิญปัญหาเป็นความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียด โดยเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จากบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมองว่าแหล่งประโยชน์จะทำให้บุคคลมีศักยภาพในการจัดการกับความเครียดได้ ส่วน Chodoff และคณะ (1964 อ้างถึงใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการปรับสมดุลทางอารมณ์ หรือ กลวิธีทางด้านจิตใจเพื่อลดความกดดันทางจิตใจและอารมณ์ นอกจากนี้ Ray, Lindop และ Gibson (1982 อ้างถึงใน กองสิน คติการ, 2534) ได้อธิบายว่าวิธีการเผชิญปัญหาคือการขจัดและบรรเทาสถานการณ์ที่เป็นปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนสถานการณ์ หรือทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หรือขจัดภาวะอารมณ์ที่เป็นแง่ลบเมื่อคนประสบความตึงเครียด หรือความกดดันทางอารมณ์ การเลือกวิธีการเผชิญปัญหาขึ้นอยู่กับประเมินปัญหาของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์นั้น การประเมินปัญหาก็ขึ้นอยู่กับการควบคุมตนเองของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นจะเป็นสิ่งที่คุกคามอันตราย หรือทำลาย

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปแล้ว วิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการทางความคิด หรือการปฏิบัติในการลดหรือขจัดภาวะความกดดันทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดภาวะความสมดุลทางอารมณ์ โดยดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้จัดการกับความกดดันนั้น

2.2.2 วิธีการเผชิญปัญหา

ในการเผชิญปัญหาของบุคคลนั้น ได้มีผู้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาไว้ดังนี้
Smeltzer และ Bare (1992) แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธีคือ

1. วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-Focused Coping) เป็นการจัดการกับปัญหาโดยตรง รวมทั้งหาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี เลือกวิธีที่เหมาะสมแล้วลงมือแก้ปัญหา ซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ไขที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การหาแหล่งประโยชน์ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม หาข้อมูลเพิ่มเติม

2. วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) เป็นกระบวนการที่ลดอารมณ์ตึงเครียด เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น การหลีกเลี่ยง การถอยห่างจากเหตุการณ์ การทำให้เป็นเรื่องเล็ก นำขึ้นความโกรธ ความวิตกกังวล เป็นต้น

Bell (1977 อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกด, 2526) แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 2 วิธีคือ

1. การเผชิญปัญหาระยะยาว (Long-term method) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่มีโครงสร้าง มีลักษณะเป็นจริง และสามารถแก้ไขปัญหาด้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว ได้แก่ การพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ การใช้ประสบการณ์ในอดีต การค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เป็นต้น

2. การเผชิญปัญหาระยะสั้น (Short-term method) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่อาจแก้ไขปัญหาลดความตึงเครียดต่อปัญหาได้ในระดับหนึ่งเพียงชั่วคราว แต่ถ้าวิธีนี้เป็นเวลานานจะไม่ตรงกับสถานการณ์จริงและอาจก่อให้เกิดผลทำลายตัวผู้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาประเภทนี้ได้ เช่น การใช้สุรา การใช้ยา การร้องไห้ เป็นต้น

Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 2 วิธีคือ

1. วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหา (Problem-Focused Coping) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่พยายามจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดหรือความกดดันทางอารมณ์โดยตรง เป็นการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์โดยมุ่งที่ต้นเหตุของปัญหา เช่น การค้นหารายละเอียดเกี่ยวกับปัญหานั้นเพิ่มเติม พยายามทุกวิถีทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น

2. วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นปรับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลแสดงออกเพื่อลดความกดดัน โดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์มากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เช่น การร้องไห้ การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การใช้ยา การหัวเราะ เป็นต้น

จะเห็นว่า วิธีการเผชิญปัญหา ที่แต่ละคนได้แบ่งไว้นั้นจะมีความสอดคล้องกันในหลักการแบ่ง ซึ่งโดยสรุปแล้วก็คือ เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขที่ปัญหาและวิธีการที่จัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้น ซึ่ง Jalowiec (1983) ได้ให้ความสนใจในเรื่องพฤติกรรมการณ์เผชิญปัญหา โดยได้สร้างเครื่องมือชื่อ Jalowiec Coping Scale ขึ้น โดยอาศัยทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ Lazarus และนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการณ์เผชิญปัญหาทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหา (Problem Focused Coping) มีจำนวน 15 ข้อ คือ การคิดวิธีแก้ปัญหาละเอียด ๆ วิธี การปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาละเอียด หรือควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหาละเอียด การอภิปรายปัญหากับผู้อื่น การยอมรับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด การพิจารณาปัญหาละเอียดรอบด้าน การควบคุมสถานการณ์ การค้นหาข้อมูล การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาละเอียด การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็นส่วนตัว การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหาละเอียด การเริ่มต้นทำสิ่งอื่นที่ดีที่สุดในขณะนั้น การพยายามมองเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีความหมาย และการใช้วิธีแก้ปัญหาละเอียด ๆ วิธี

2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นปรับอารมณ์ (Emotion Focused Coping) มีจำนวน 25 ข้อ คือ การวิตกกังวล การร้องไห้ การออกกำลังกาย การมองโลกในแง่ดี การใช้อารมณ์ขัน การรับประทานอาหารมากขึ้นหรือสับบะห์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ยาทำให้จิตใจสบาย การพยายามลืมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความเครียด การฝันกลางวัน การมองโลกในแง่ร้าย โกรธสาปแช่ง การสวดมนต์ไหว้พระ หงุดหงิด พยายามหนีจาก เหตุการณ์ การตำหนิผู้อื่น การระบายความเครียดกับผู้อื่นหรือสิ่งอื่น ๆ การแยกตนเอง การปลงตก เพราะคิดว่าเป็นเรื่องของชะตากรรม การปลอบใจหรือช่วยเหลือจากผู้อื่น การฝึกสมาธิหรือใช้โยคะ การยอมแพ้ต่อสถานการณ์เพราะคิดว่าหมดหวัง

ต่อมาได้มีผู้นำเครื่องมือของ Jalowiec มาใช้กันอย่างแพร่หลาย และในประเทศไทย นิตยา (2531) ได้นำเครื่องมือนี้มาแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมด้านภาษาจากผู้เชี่ยวชาญ และนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.88

2.3 ความรู้เกี่ยวกับชุมชนแออัด

2.3.1 ความหมายของชุมชนแออัด

มีผู้ให้ความหมายของชุมชนแออัด หรือแหล่งเสื่อมโทรมไว้ ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ว่า ชุมชนแออัด หมายถึง แหล่งหรือย่านที่มีอาคารบ้านเรือนอยู่กันอย่างหนาแน่น มีผู้อยู่อาศัยกันอย่างแออัด สภาพของพื้นที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย ความปลอดภัยหรือเป็นแหล่งที่อาจก่อให้เกิดการกระทำที่ขัดต่อกฎหมายหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน (สุพัตรา สุภาพ, 2535, การเคหะแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

2.3.2 ปัญหาที่เกิดจากชุมชนแออัด

การที่ประชาชนมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากในลักษณะชุมชนแออัดนี้ ย่อมก่อให้เกิดปัญหา เกิดความยากลำบาก และความขาดแคลนเป็นอย่างมาก เช่น ขาดบริการสาธารณสุขและสาธารณสุขมูลฐาน ขาดความปลอดภัยในทรัพย์สินและที่อยู่อาศัย เกิดปัญหาความสกปรกโสโครก กลิ่นเหม็น เต็มไปด้วยขยะและสิ่งปฏิกูล ภาวะแวดล้อมเสื่อมโทรม น้ำเน่าอากาศเสีย เกิดโรคภัยไข้เจ็บและโรคระบาด สุขภาพอนามัยเสื่อมโทรม เกิดอาชญากรรม โสเภณีและยาเสพติด ซึ่งเป็นปัญหาที่บั่นทอนความผาสุกและความอยู่ดีกินดีของประชาชนเป็นอย่างมาก (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ, 2531 ; สุพัตรา สุภาพ, 2535) ทั้งนี้เนื่องจากว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณชุมชนแออัดส่วนมากมีการศึกษาน้อย ผู้อยู่อาศัยมักเป็นพวกใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่ รายได้จึงไม่แน่นอน มักจะมุงแต่หารายได้ให้ครอบครัวมีกินมีใช้ ทำให้ขาดความสนใจที่จะพัฒนาตนเองและสิ่งแวดล้อมที่ดำรงอยู่ ตลอดจนมีข้อจำกัดในเรื่องความยากจน จึงทำให้ไม่ได้คำนึงถึงชุมชนและสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด ซึ่งในปัญหาเรื่องความยากจนดังกล่าวนี้มีผลทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ของบุคคลและครอบครัวได้ เช่น น้อยเนื้อต่ำใจ อิจฉา หวาดระแวง มองโลกในแง่ร้าย ไม่ชอบการแข่งขัน ปลอยไปตามโชคชะตา ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (สุพัตรา สุภาพ, 2535) ซึ่งก็มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับสภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อมในชุมชนแออัดของนักวิชาการหลายท่านที่ทำการศึกษามาแล้ว และผลการวิจัยก็ยืนยันในแนวคิดที่กล่าวถึงชุมชนแออัด ตลอดจนสภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดดังกล่าวข้างต้น (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ และคณะ, 2526 ; สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ, 2531 ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และอื่น ๆ, 2536)

2.3.3 ปัญหาชุมชนแออัดกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

จากสภาพปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ความยากจน การศึกษาน้อย ความขาดแคลน สุขภาพสิ่งแวดล้อม และปัญหาสังคมอื่น ๆ ก็ตาม ล้วนเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัดได้ทั้งสิ้นจึงทำให้ประชาชนเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชได้ ซึ่ง ผนแสงสิงแก้ว (2522) และวีระ ไชยศรีสุข (2533) กล่าวถึงปัญหาชุมชนแออัดที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยสรุปได้ดังนี้

2.3.3.1 ปัญหาที่ผู้อยู่อาศัย การอยู่กันอย่างแออัด ขาดการอนามัยที่ดี ไม่มีห้องอาศัยเพียงพอ รอบบ้านมีคนอื่นอยู่แน่นไปหมด มีแต่เสียงรบกวน ซึ่งทำให้คนเป็นโรคประสาทได้ง่าย เพราะขาดการพักผ่อนนอนหลับอย่างมีความสุข การสาธารณสุขมูลฐาน เช่น น้ำประปา ไฟฟ้าก็มิอย่างขาดแคลน การสุขภาพไม่ดี เช่น ไม่มีที่ระบายน้ำทำให้เกิดน้ำเสีย ส่งกลิ่นเหม็นรบกวนอยู่ตลอดเวลา คนที่อาศัยจึงเกิดความหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ทำให้เกิด

การทะเลาะวิวาทกันอยู่เสมอ ซึ่ง Last (1980) กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบได้ในชุมชนแออัด โดยจากการสำรวจในสหรัฐอเมริกาได้ยืนยันว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดก่อให้เกิดผลร้ายเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้อยู่อาศัย และยังพบว่าบุคคลที่อยู่อาศัยในแหล่งชุมชนแออัดป่วยด้วยโรคจิตในอัตราสูง

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยได้ข้อค้นพบลักษณะคล้ายคลึงกันกับผลการศึกษานี้ เช่น การศึกษาของบุญเดิม แสงดิษฐ์ (2528) ที่ศึกษาโรคที่พบในชุมชนแออัด ซึ่งพบว่าปัญหาปวดศีรษะจากความเครียดเป็นปัญหาที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 และปัญหาโรคประสาทเป็นอันดับ 4 ซึ่งโรคประสาทถ้า รวมปัญหาปวดศีรษะจากความเครียดและปัญหาจิตเวชด้วย ก็จะได้จำนวนผู้ป่วยโรคประสาทเป็นอันดับ 2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ (2523 อ้างถึงใน คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติ เรื่องสุขภาพจิต, 2529-2530) ที่สำรวจวัยรุ่นบริเวณสลัมดินแดงและพบว่าปัญหาสุขภาพจิต 10% และมีโรคประสาทสรีระรวมอยู่ด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษาของ อัมพร โอตระกูล และคณะ (2525) ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง ก็พบว่า กลุ่มประชาชนที่อยู่อาศัยอยู่บริเวณแหล่งสลัมมีอารมณ์ผิดปกติมากกว่ากลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แหล่งสลัม เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัชณี ขวัญบุญจัน และคณะ (2522 อ้างถึงใน ศิริพร เกษบุรมย์, 2524) ที่ศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของประชาชนในบริเวณพื้นที่ชลประทานโครงการป่าสักได้กับบริเวณกรุงเทพฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาจากแหล่งเสื่อมโทรมมีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

2.3.3.2 ปัญหาครอบครัว ส่วนใหญ่ครอบครัวในชุมชนแออัดจะมีลักษณะแตกแยก พ่อแม่มีความขัดแย้งและทะเลาะวิวาทกันประจำ เด็กขาดความรักความอบอุ่น ไม่มีคนเอาใจใส่ ขาดการศึกษา ไม่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ทำให้มีบุตรมาก เมื่อคลอดออกมาก็เลี้ยงดูอย่างทั้งๆ ขว้างๆ เด็กจะเกิดความรู้สึกหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจใคร อิจฉาเกลียดมนุษย์ เคียดแค้นสังคมและประท้วงสังคมด้วยการทำผิดกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ซึ่งเป็นรากฐานของความเกร ทาสยาเสพติด การสำล่อนทางเพศ การประกอบอาชญากรรม หรือเป็นโรคจิต โรคประสาทภายหลังได้ ซึ่งผลการศึกษาของโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา (2535) พบว่าปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อูชา ชูชาติ และคณะ (2535) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง มาจากครอบครัวที่มีพ่อแม่อยู่ด้วยกันและทะเลาะกันรุนแรง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี และมีปัญหาขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว นอกจากนี้ Lidz และ Fleck (1968 อ้างถึงใน อูชา ชูชาติ และคณะ, 2535) ได้ศึกษาภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภท 14 ครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ผิดปกติภายในครอบครัวของผู้ป่วย 2 แบบ คือ ครอบครัวที่พ่อแม่มีความขัดแย้งซึ่ง

กันและกัน ทะเลาะโต้แย้งกันเรื่อยโดยไม่มีการประนีประนอม และครอบครัวที่มีพ่อแม่มีความแปรปรวนทางจิตใจ และผลการศึกษาของ Schwarz และ Getter (1980 อ้างถึงใน โสภานุพิกุลชัย และคณะ, 2530) ก็พบว่า เด็กที่มีความวิตกกังวล ไม่สบายใจ และการปรับตัวไม่ดี สูง ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่บิดามารดามีความคิดขัดแย้งกันอย่างรุนแรง

2.3.3.3 ปัญหาการทำงาน ส่วนใหญ่มุ่งทำงานในลักษณะที่ต้องใช้แรงงานเป็นหลัก เพราะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการศึกษาต่ำเป็นส่วนมาก จึงทำให้ไม่มีโอกาสที่จะเลือกประกอบอาชีพได้ นอกจากเป็นงานในลักษณะที่ต้องใช้แรงงานต่าง ๆ เช่น กรรมกร รับจ้าง ถีบสามล้อ ซึ่งรายได้ น้อยไม่เพียงพอกับการดำรงชีวิต ทำให้เกิดการขัดสน และลักษณะงานก็ไม่มี ความมั่นคงถาวร ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต เกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เพราะความไม่มั่นคงต่าง ๆ เป็นภาวะกดดันทางอารมณ์ที่ส่งผลให้เกิดความตึงเครียด และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ ซึ่งจากการศึกษาของโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระยา (2535) พบว่า ปัญหาการประกอบอาชีพเป็นปัญหาหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท นอกจากนี้ปัญหาการว่างงานก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งภักตรา ธีรลาภ (2532) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภท และโรคจิตอื่น ๆ ก็พบว่าส่วนใหญ่ไร้อาชีพเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 64.4 และ 51.9 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา ชูชาติ และคณะ (2535) และนภวัลย์ กัมพลาศิริ (2524 อ้างถึงใน อุษา ชูชาติ และคณะ, 2535) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้และฐานะครอบครัวยากจน

2.3.3.4 ปัญหาอพยพ การเคลื่อนย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเมือง บางครอบครัว มากันทั้งหมดทำให้สามารถรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว และช่วยกันรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณีเดิมไว้ได้ ทำให้มีที่พึ่งทางใจ บางครอบครัวทั้งคนแก่ เด็ก คนป่วย หรือคนพิการ ไร้เบื้องหลัง ซึ่งมีชีวิตอยู่อย่างลำบากยากแค้น ชีวิตของบุคคลเหล่านี้จึงเป็นชีวิตที่หวาดหวาด วิตกกังวล หวาดกลัวและหวาดระแวงอยู่เสมอว่า จะทำมาหากินอย่างไร และจะอยู่อย่างไร จึงมีการใช้ชีวิตด้วยความกลัวในทางที่ผิด เช่น การดื่มสุรา การเล่นเกมพนัน การใช้ยาเสพติด และการผิดประเพณี เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าลักษณะสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชนแออัด ทำให้บุคคลผู้อยู่อาศัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด ซึ่งเป็นบุคคลที่จะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในหลายๆ ด้าน เช่น ปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการทำงาน ปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่องานสุขภาพจิตของหัวหน้าครอบครัวได้ทั้งสิ้น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด

2.4.1 ภาวะสุขภาพจิตของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด

หัวหน้าครอบครัว เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญต่อครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัว อบรมช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว และสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว การที่หัวหน้าครอบครัวจะกระทำบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ดังกล่าวของตนเองได้สมบูรณ์นั้นหัวหน้าครอบครัวจะต้องมีภาวะสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพราะว่าสุขภาพอนามัยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ถ้าเมื่อไรสุขภาพไม่ดีก็จะเป็นอุปสรรคต่อการกระทำกิจกรรม ทั้งที่เป็นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน หน้าที่การงาน ตลอดจนบทบาทอื่น ๆ ในสังคม

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัว ไม่ว่าทางกายหรือทางจิต อาจนำไปสู่การเกิดโรค หรือปัจจัยเสี่ยงต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย ทั้งนี้เนื่องจากว่าครอบครัวเป็นระบบหนึ่งในสังคมที่ประกอบด้วยสมาชิกซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันและร่วมมือประสานกันเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะปกติของครอบครัว เมื่อมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงใด ๆ เกิดขึ้นในครอบครัวจะไม่มีผลกระทบต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ แต่จะมีผลกระทบต่อทุก ๆ คนในครอบครัวด้วย (Friedman, 1986 อ้างถึงใน ปัทมา ทัพเสรีไพ, 2534) และผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็จะขึ้นอยู่กับความสำคัญของบุคคลที่มีต่อครอบครัว ผู้ที่มีความรับผิดชอบน้อยอาจจะมีผลกระทบน้อยกว่าผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงกว่า

ในกรณีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว อบรมช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว และที่สำคัญคือ การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เกิดเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางจิตย่อมมีผลกระทบสูงมากต่อครอบครัวประเด็นนี้ Duff และ Hollingshead (1968 อ้างถึงใน นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535) ได้ศึกษาผลการเจ็บป่วยต่อครอบครัว โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ต้องรับผิดชอบหาเลี้ยงครอบครัว ปัญหาที่พบคือเรื่องการเงิน เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลอื่นต้องรับผิดชอบงานแทน เช่น สามียป่วย ภรรยาต้องดูแลเรื่องเงินทองเพิ่มจากบทบาทเดิมที่ต้องปฏิบัติอยู่ ทำให้ระบบครอบครัวอยู่ในภาวะเสียสมดุลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากการเจ็บป่วยนั้นเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิต โรคประสาท หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ยิ่งจะส่งผลกระทบมากขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตไปรบกวนการทำงานไม่สามารถปรับตัวได้ขาดความกระตือรือร้น และกำลังใจในการทำงาน



ดังนั้นภาวะสุขภาพจิตของหัวหน้าครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากว่า ถ้าเมื่อใดที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตหรือมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อตนเองเท่านั้น แต่สมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบด้วย ดังเช่น ผลการศึกษาของ Bleclin และคณะ (1990 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ, 2535) พบว่า บุตรสาวที่ดูแลพ่อแม่ที่มีอาการเสื่อมทางจิตใจ จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ ในลักษณะรุนแรงระดับสูง เช่น ความรู้สึกไม่เป็นมิตร มีความตึงเครียดอย่างสม่ำเสมอ และการแสดงออกทางอารมณ์ระดับต่ำ เช่น จะมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และมีการวิพากษ์วิจารณ์เล็กน้อย และผลการศึกษาหลายเรื่องพบว่าญาติประสบกับปัญหา หรือความยากลำบากด้านเศรษฐกิจจากการมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท (Evans, 1965 ; Torrey, 1983 ; Lefley, 1987 ; Baker, 1989 อ้างถึงใน ประรณนา บริจันท์ และคณะ, 2536)

สำหรับประเทศไทยมีผลการวิจัยหลายเรื่องที่รายงานเกี่ยวกับผลกระทบต่อครอบครัว จากการมีผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในครอบครัว ดังเช่น การศึกษาของ จารุวรรณ ต.สกุล (2524) พบว่าการมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวคือ เป็นภาระและลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และเศรษฐกิจ คิดเป็นร้อยละ 78.79 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัชณี หัตถพนม และคณะ (2529) ที่พบว่าญาติมีความลำบากใจ และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 84.00 นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ ธนิต โคตมะ และสิวลี เปาโรหิตย์ (2538) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยในลักษณะที่เพิ่มค่าใช้จ่ายทางการเงิน ร้อยละ 82.00 รู้สึกอับอายเพื่อนบ้าน ร้อยละ 66.00 และไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 48.00 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ รจนา กุลรัตน์ (2526 อ้างถึงใน ปัทมา ทัพเสรีไท, 2534) ซึ่งพบว่าญาติผู้ป่วยมีปัญหาความเดือดร้อนจากการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในบ้านเป็นอันดับแรก และรองลงมาคือ ปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องไม่พบว่าได้มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัดโดยตรง แต่ก็พบว่ามีรายงานการศึกษาหลายรายงานที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไปที่อาจจะบอกถึงแนวโน้มของภาวะสุขภาพจิตของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัดได้ว่าอาจจะมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้จากปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาระรับผิดชอบ การประกอบอาชีพ รายได้ และสภาพความเป็นอยู่ในชุมชนแออัด ดังเช่น ผลการศึกษาของ อรพรรณ เมฆสุกะ และคณะ (2529) ที่ศึกษาความชุกของปัญหาจิตเวชในประชาชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มอายุที่มีอัตราโรคทางจิตเวชสูงกว่า กลุ่มอายุอื่น ๆ คือ กลุ่มอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.7 การศึกษาของศิริพร เกษบุรมย์ (2524) พบว่า ประชาชนในชุมชนเมืองของ

กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตในระดับมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 34 ส่วนการศึกษาของอัมพร โอตระกูล และคณะ (2525) ซึ่งศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร ก็พบว่า ผู้ใหญ่วัยครองเรือน 40-49 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุ 20-39 ปี ซึ่งเป็นการยืนยันให้เห็นถึงภาระหน้าที่ ตลอดจนการงานความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมก่อให้เกิดความเครียดหรือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

หัวหน้าครอบครัวมีปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากเป็นทุนอยู่แล้ว และในกรณีที่หัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัดยิ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากว่าส่วนมากแล้วประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดมักเป็นบุคคลที่ไม่มีโอกาสได้รับการศึกษา หรือการศึกษาน้อย (ฝน แสงสิงแก้ว, 2522 ; สุกิตรา สุภาพ, 2535 ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และอื่นๆ , 2536) ทำให้มีโอกาสที่จะเลือกประกอบอาชีพต่าง ๆ น้อย ที่พบส่วนมากแล้วจะประกอบอาชีพในลักษณะใช้แรงงาน และรายได้น้อย ต้องทำให้ดิ้นรนอยู่ตลอดเวลากับการทำมาหาเลี้ยงชีพ ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิตมีหลายปัจจัยด้วยกัน และปัจจัยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับบทบาทหรือเป็นสิ่งที่หัวหน้าครอบครัวต้องเกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบ เช่น

จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในเขตภาษีเจริญและหนองแขมของ สมศรี เชื้อศิริรัฐ (2531) พบว่า ประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 40.5 และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลโดยส่วนรวมแล้ว พบว่ากลุ่มว่างงานมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 56.13 กลุ่มกรรมกรโรงงาน พบร้อยละ 16.67 ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบนั้นรายงานไว้ว่า กลุ่มว่างงานมีปัญหาด้านอารมณ์มากที่สุด ร้อยละ 48.39 รองลงมาคือปัญหาครอบครัว ร้อยละ 32.26 ส่วนกลุ่มกรรมกรโรงงานมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ร้อยละ 66.67 และรองลงมาคือ ปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 46.67

สำหรับรายได้ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่บิบบั้นหรือสร้างความกดดันทางด้านจิตใจให้กับบุคคล และอาจจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของบุคคลได้เช่นกัน ดังเช่น การศึกษาของ อัมพร โอตระกูล และคณะ (2525) และธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยชี้ให้เห็นว่ารายได้ของครอบครัวยิ่งมากขึ้น จำนวนเปอร์เซ็นต์ของการมีอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติจะสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพรรณ เมฆสุกะ และคณะ (2529) ที่สำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอายุ 16 ปีขึ้นไป พบว่ามีสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 42.6 และการมีสุขภาพจิตไม่ดีนี้มีความสัมพันธ์กับการมีรายได้ต่ำ

จะเห็นได้ว่า ภาระรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัว ปัญหาการประกอบอาชีพ รายได้ ตลอดจนสภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ล้วนเป็นภาวะกดดันที่ทำให้หัวหน้าครอบครัวต้องต่อสู้ดิ้นรน

อยู่ตลอดเวลา จึงอาจจะส่งผลให้อารมณ์ตึงเครียดได้ ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไข หรือมีวิธีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โรคจิต โรคประสาทตามมาได้

2.4.2 วิธีการเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด

การศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัดนี้เป็นการศึกษาถึงวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันโดยทั่วไป ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบว่ามีการศึกษาไว้ก่อน แต่พบว่ามีการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน ดังเช่น การศึกษาของ ศิริพร เกษบุรมย์ (2524) ศึกษาการใช้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อมีภาวะกดดันทางอารมณ์ของประชาชนในชุมชนเมือง และชนบทเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า โดยรวมแล้วจะใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ใช้กิจกรรมและการออกกำลังกาย ฟังกิจกรรมและสถาบันทางศาสนา เป็นส่วนใหญ่ และมีบางส่วนที่ใช้วิธีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ฟังวิทยุทางไสยศาสตร์ และพูดคุยกับเพื่อนสนิท ส่วนการศึกษาของ ทิพย์ภา บุรี (2529) ศึกษาพฤติกรรมการศึกษาของประชาชนในชุมชนแออัดบริเวณวัดโคกสมานคุณ จังหวัดสงขลา พบว่า เมื่อมีเรื่องกลุ้มใจวิตกกังวลจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการพักผ่อนอารมณ์ชั่วคราว เช่น ฟังวิทยุ เดินเล่น คิดเป็นร้อยละ 84.8 รองลงมาใช้วิธีการพูดคุยระบายความทุกข์กับผู้ที่ไว้วางใจ คิดเป็นร้อยละ 71.7 ส่วนวิธีการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่พบร้อยละ 23.5

จะเห็นได้ว่า วิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้นั้น พบว่ามีทั้งวิธีการที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหา เช่น พูดคุยกับบุคคลอื่นที่ไว้วางใจ และวิธีการที่มุ่งเน้นปรับอารมณ์ เช่น การออกกำลังกาย ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น