

การทบทวนวรรณกรรมแบบวัดการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ สำหรับบุคลากรในองค์กร สาธารณสุขของประเทศไทย

สิริกร นาคมนิ¹, นัยนา บุรณชาติ², ชรรินชร เสถียร^{3*} และ นพรัตน์ เผ่าพัฒน์⁴

1 พยาบาลวิชาชีพ, ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์, มหาวิทยาลัยมหิดล (วิทยาเขตนครสวรรค์), นครสวรรค์

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง, คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ

3 อาจารย์, ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม

4 นักวิจัย, อีวแมน วิสดอม คอนซัลติ้ง, นนทบุรี

คำสำคัญ :

แบบวัด, สุขภาวะ, บุคลากร
ด้านสาธารณสุข, องค์กร
สาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบบทความ* :

ชรรินชร เสถียร
ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา,
มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม
Email:
chararinchon.sat@mahidol.edu

Received: 28 April 2024

Accepted: 30 April 2024

Published: 1 May 2024

ที่มา ความสำคัญ และวัตถุประสงค์: การมีสุขภาพดีของบุคคลมิได้หมายถึงความปราศจากโรคหรือความไม่ทุกข์ทรมานเท่านั้น หากแต่หมายถึงการมีสุขภาวะอันสมบูรณ์ในความเป็นอยู่ดี (Well-being) ทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมของบุคคลด้วย บทความนี้มุ่งเน้นศึกษาแบบวัดที่สามารถสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาวะที่สมบูรณ์ในระดับบุคคลที่ปฏิบัติงานในองค์กรสาธารณสุขของประเทศไทย

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับนิยามด้านสุขภาวะที่สมบูรณ์และแบบวัดด้านสุขภาวะที่มีการนำไปใช้ในประเทศไทย โดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน (Meta - analysis)

ผลการศึกษา: จาก 14 แบบวัดเกี่ยวกับสุขภาวะที่มีการนำไปใช้ในประเทศไทย พบว่า มี 3 แบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถามในการประเมินสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา แต่ไม่เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้กับบริบทของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุข และมี 2 แบบวัดที่แม้จะมีข้อคำถามในการประเมินสุขภาวะที่สมบูรณ์ไม่ครบทุกด้าน แต่มีการประเมินสุขภาวะทางปัญญาเป็นสำคัญ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในบริบทของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุขได้

สรุป: การมีแบบวัดที่สะท้อนผลลัพธ์ได้ครบทุกมิติว่าบุคคลนั้นมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ในระดับใด จะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ระดับสุขภาวะของตนได้ตรงกับความเป็นจริง เพื่อนำไปสู่แนวทางการดูแลและพัฒนาสุขภาวะของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ปัจจุบันยังไม่พบแบบวัดใดที่สามารถวัดผลสุขภาวะที่สมบูรณ์ได้พร้อมกันทุกมิติด้วยแบบวัดเดียว

Literature Review on Complete Well-being Measurement Tools for Employees in a Healthcare Organization in Thailand

Sirikorn Nakmanee¹ , Naiyana Buranachad² , Chararinchon Satian^{3*} and Nopparat Phaopat⁴

1 Registered Nurse, Mahidol Bumrungrak Nakhonsawan Medical Center, Mahidol University (Nakhonsawan Campus), Nakhon Sawan

2 Assistant Professor Dentist, Faculty of Dentistry, Mahidol University, Bangkok

3 Lecturer, Contemplative Education Centre, Mahidol University, Nakhon Pathom

4 Researcher, Human Wisdom Consulting, Nonthaburi

Keyword :

Measurement Tools, Well-being, Health Personnel, Healthcare Organization

Corresponding* :

Chararinchon Satian
Contemplative Education
Centre, Mahidol University,
Nakhon Pathom
Email:
chararinchon.sat@mahidol.edu

Received: 28 April 2024

Accepted: 30 April 2024

Published: 1 May 2024

Introduction: Good health does not only mean the absence of disease or infirmity. It also means having well-being conditions in the physical, mental, and social spheres. This article focuses on studying measurement tools that can reflect the results of promoting complete well-being at the individual level of those working in public health organizations in Thailand.

Material and methods: The authors conducted a literature review on the definition of complete well-being and its measurement tools applied in Thailand and then used meta-analysis to produce the results.

Results: Reviewing 14 well-being measurement tools used in Thailand, the authors discovered that three contain questionnaires to assess complete well-being in all four dimensions: physical, mental, social, and spiritual. However, they were not suitable for use by personnel in public health organizations. Although the other two measurement tools do not assess those four aspects, they do measure an essential dimension of spiritual health, which is appropriate for the context of personnel in public health organizations.

Conclusion: Using a measurement tool that reflects the results in all four dimensions of complete well-being helps individuals perceive their well-being level precisely, leading to more efficient ways to care for and develop one's well-being. Currently, no measurement tools assess the four dimensions of complete well-being using a single measurement tool.

1 บทนำ

“อโรคยา ปรมาลาภา – ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” เป็นพุทธพจน์ที่พบบ่อยในสังคมไทย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจ โดยเฉพาะสุขภาพทางจิตใจ ดังพุทธพจน์อีกประโยคที่ว่า “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว” สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพที่ดีทางจิตใจที่สามารถช่วยรับมือกับความทุกข์ทางกายได้โดยที่ใจไม่ทุกข์ ซึ่งคำว่า สุขภาพ (Health) และ สุขภาวะ (Well-being) มีการนำไปใช้ในบริบทด้านสาธารณสุขและด้านสังคมในนิยามที่ทั้งเหมือนและต่างกัน รวมถึงการใช้ในความหมายร่วมกันด้วยการกลับมาทบทวนความเข้าใจในนิยามของคำเหล่านี้ จะช่วยเพิ่มความชัดเจนทั้งในด้านความเข้าใจและการนำไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทนั้น ๆ

Health ในภาษาอังกฤษมีรากศัพท์ตามพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ดมาจากคำว่า ทั้งหมด (whole) ความปลอดภัย (safe) และความไม่มีโรค (sound) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ให้คำนิยามมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 ว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะอันสมบูรณ์ของความเป็นอยู่ดี (Well-being) ทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมของบุคคล โดยมีได้หมายถึงเฉพาะแต่ความปราศจากโรคหรือความไม่ทุกขภาพเท่านั้น “Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (1) ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (2) ในขณะที่ทฤษฎีระบบสาธารณสุขให้นิยามว่า สุขภาพ คือ “สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะเรื่องของความเจ็บป่วยเท่านั้น” (3)

นอกจากนี้ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้คำนิยามว่า “สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ฉะนั้น สุขภาวะคือทั้งหมด (Health is the whole)” (4) ซึ่งสุขภาวะทั้ง 4 ด้านนี้ เชื่อมโยงกันเป็นบูรณาการถึงกัน และอยู่ในกันและกัน โดยมีปัญญา (จิตวิญญาณ) เป็นศูนย์กลาง ถ้าปราศจากปัญญา สุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมก็เป็นไปไม่ได้

ภาพที่ 1. ธรรมจักรแห่งสุขภาวะที่สมบูรณ์ = สุขภาพทั้งหมด (4)



Well-being มีความหมายตามพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ดว่า สวัสดิภาพ, ความปลอดภัย, ความเป็นอยู่, ความผาสุก โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามในปี ค.ศ. 2021 ว่า สุขภาวะ หมายถึง สภาวะเชิงบวกที่ทั้งบุคคลและสังคมประสบ เดกเช่นเดียวกับสุขภาพที่เป็นเสมือนทรัพยากรในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม (1)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี (4) ได้ขยายคำอธิบายความลึกซึ้งและการซับซ้อนของสุขภาวะว่า ใกล้เคียงความเป็นอิสระหรือหลุดพ้นจากความบีบคั้นต่าง ๆ ท่านจึงให้คำจำกัดความว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์ (Complete well-being) ประกอบด้วย

1. สุขภาวะทางกาย (Physical well-being) เช่น การมีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ
2. สุขภาวะทางจิต (Mental well-being) เช่น การไม่เครียด ไม่วิตกกังวล การมีความพึงพอใจในชีวิต

3. สุขภาวะทางสังคม (Social well-being) เช่น การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีการเคารพ มีสันติภาพ เข้าถึงสวัสดิการ ระบบบริการสาธารณะที่ดี

4. สุขภาวะทางปัญญา (Spiritual well-being) เช่น การมีทักษะชีวิต การเรียนรู้ต่อเนื่อง โลกทัศน์ที่ถูกต้อง การรู้ผิดชอบชั่วดี การไม่ยึดถือตัวตนอัตตา การเข้าใจและเท่าทันความรู้สึกนึกคิดของตัวเอง

ดังนั้น การมีแบบวัดการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ ช่วยให้บุคคลสามารถเกิดการรับรู้ระดับสุขภาวะของตนเองได้ตรงกับความเป็นจริง เพื่อนำไปสู่แนวทางการดูแลและพัฒนาสุขภาวะที่สมบูรณ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บริบทองค์กรสาธารณสุข

บุคลากรในองค์กรสาธารณสุข คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาวะของคนในสังคม ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน นอกจากต้องมีความรู้และทักษะในวิชาชีพ เช่น ความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาล และทักษะวิชาชีพต่าง ๆ แล้ว ยังต้องมีทักษะในการดูแลสุขภาวะในด้านต่าง ๆ ของตนเองและของคนในสังคมด้วย ความเข้าใจในเรื่องสุขภาวะจึงเป็นสิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าความเข้าใจในความรู้ทางวิชาชีพซึ่งมีผลโดยตรงต่อมุมมองและคุณภาพในการให้บริการแก่ประชาชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องประเมิน ส่งเสริม และพัฒนาสุขภาวะของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลสุขภาวะของคนในสังคมได้ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ในการประเมินสุขภาวะของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุข จำเป็นต้องใช้แบบวัดสุขภาวะที่ครอบคลุมสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้ง 4 ด้าน เพื่อประเมินสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและนำไปต่อยอดสู่การหาแนวทางพัฒนาสุขภาวะของบุคลากรใน

องค์กรสาธารณสุขต่อไป

ในอีกด้านหนึ่งผู้บริหารองค์กรสาธารณสุข มีความเป็นนักวิทยาศาสตร์ การศึกษาสุขภาพของคนในองค์กรจึงต้องการตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งการใช้แบบวัดที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นเอง อาจเกิดอคติ เพราะเป็นการวัดสิ่งที่ทีมวิจัยต้องการให้เกิดขึ้นอยู่แล้วมากำหนดเป็นแบบวัด ทำให้ผลการศึกษาวิจัยจะถูกกำหนดให้มีผลตามที่ทีมนักวิจัยต้องการได้ จึงมีความต้องการในการทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาแบบวัดสุขภาพที่สมบูรณ์ของบุคลากรในองค์กรที่เป็นแบบวัดมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทงานขององค์กรสาธารณสุข

คำถามงานวิจัยนี้คือ แบบวัดสุขภาพที่มีการนำไปใช้ในประเทศไทย สะท้อนการวัดสุขภาพที่สมบูรณ์หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

- 1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบวัดสุขภาพที่มีการนำไปใช้ในประเทศไทย
- 2. เพื่อศึกษาแบบวัดสุขภาพที่เชื่อมโยงกับ 4 มิติ ของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้ใช้การประมวลวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบวัดสุขภาพและการนำไปประยุกต์ใช้ในประเทศไทยกับกลุ่มเป้าหมายทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร โดยใช้คำค้นคือ แบบวัดความสุข หรือแบบวัดจิตวิญญาณ ควบคู่กับคำว่า Holistic well-being scale ไทย ทำการค้นคว้าผ่าน Google และ Thai Journal Online (ThaiJO) และติดตามต่อบรรณานุกรมและรายการเอกสารอ้างอิง จากนั้นใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta - analysis) เพื่อสรุปผลจากการรวบรวมและค้นพบ ซึ่งกระบวนการวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้ทำให้เกิดคำถามในงานวิจัย (Research questions) และนำมาซึ่งวิธีการรวบรวมข้อมูล การเตรียมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และแนวทางการนำเสนอผลการวิจัย (5) โดยผู้วิจัยทำการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) และนำมาจำแนกหมวดหมู่ตามลักษณะของแบบวัด ได้แก่ การสร้าง จำนวนมิติและองค์ประกอบ จำนวนข้อคำถาม และกลุ่มเป้าหมายที่นำไปใช้ จากนั้นนำผลจากการค้นพบไปเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพที่สมบูรณ์

ผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม 14 แบบวัดสุขภาพที่มีการนำไปใช้ใน ประเทศไทย (ตารางที่ 1) พบว่า ทั้งหมดเป็นแบบวัดแบบอัตนัย (Self-assessment) หรือการรายงานตนเอง (Self-report) ที่ถูกออกแบบมาจากแนวคิดและมุมมองที่หลากหลาย ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านคุณภาพชีวิต ด้านพุทธศาสตร์ ด้านจิตวิญญาณ ด้านพัฒนาองค์กร และด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ จึงส่งผลให้มีจำนวนมิติและจำนวนข้อคำถามที่แตกต่างกันไปในแต่ละแบบวัด รวมถึงขอบเขตของแบบวัดที่มีทั้งครอบคลุมแบบองค์รวมและแบบเฉพาะเจาะจง

นอกจากนี้ยังมีการนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันอีกด้วย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มครู กลุ่มนักศึกษา กลุ่มคนทำงาน และกลุ่มบุคคลทั่วไป โดยแบบวัดที่นำไปประยุกต์ใช้เหล่านั้น มีทั้งรูปแบบที่ผู้นำไปใช้สร้างแบบวัดขึ้นเอง และผู้นำไปใช้นำมาจากแหล่งอื่นเพื่อประยุกต์ใช้ในบริบทที่ต่างออกไป เช่น การนำแบบวัดของ World Organizational Health (WHO) มาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อใช้ในประเทศไทย เป็นต้น

ตารางที่ 1. ทบทวนวรรณกรรม 14 แบบวัดสุขภาพที่มีการนำไปใช้ในในประเทศไทย

ลำดับ	ผู้สร้าง / นำไปใช้ (อ้างอิง)	ชื่อแบบวัด มิติ และองค์ประกอบ	จำนวนข้อ	กลุ่มเป้าหมาย
1	Ware และ Sherbourne 1992 (2535) / วีรวิ เลอมากรกุล, ปาริณี มีแต้ม (6)	แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มี 8 มิติ 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย 2) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย 3) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ 4) ความเจ็บปวดของร่างกาย 5) สุขภาพจิต 6) ความพึงพอใจในตนเอง 7) บทบาททางสังคม 8) การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป	36	นักศึกษาและบุคคลทั่วไป
2	World Health Organization, WHO 2002 (2545) / สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (7)	แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรตามข้อตกลงของฉบับภาษาไทย มี 4 มิติ และโดยรวม 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม	26	ใช้ทั่วไปในกลุ่มวิจัยองค์กร
3	อภิชัย มงคล และคณะ 2545 (8)	ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น (THI - 15) ไม่แบ่งมิติ	15	บุคคลทั่วไป
4	เนตคา มะโนศรี 2547 / เลอลักษณ์ มหพันธ์ และคณะ (9)	แบบวัดความสุขทางจิตวิญญาณ มี 2 มิติ 1) ด้านความเชื่อในสิ่งที่เป็นอยู่ 2) ด้านความเชื่อในคำยืนยันหรือการทศนา	20	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5	เพ็ญพรพรรณ แดงศิลป์ 2550 (10)	แบบวัดปัญหา (สำรวจตนเอง) มี 2 มิติ 1) ปัญหาในการความสัมพันธ์เชื่อมโยง 2) ปัญหาในการเปลี่ยนแปลง	74	นักศึกษาปริญญาตรีในมหาวิทยาลัย
6	สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์ 2550-51 / ธรรมรัตน์ อภิรักษ์นภากุล, ประสพโชค มิ่งสวัสดิ์ (11)	แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตคนไทย มี 5 มิติ 1) ความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อม 2) ความพึงพอใจในการพักผ่อนหย่อนใจ 3) ความพึงพอใจในชีวิตการทำงาน 4) ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว 5) ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่โดยรวม	5	ประชากรไทยทั่วไป
7	ชูฤทธิ์ เติงไธสง และคณะ 2551 (12)	แบบวัดสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ มี 4 มิติ 1) กายภาพ (กายภาพ) 2) ศิลปกรรม (สังคม) 3) จิตตภาพ (จิต) 4) ปัญญาภาพ (ปัญญา)	100	ผู้ป่วยโรค คอ นาสิก, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้ป่วยเอดส์
8	Pawinee Petchsawang and Dennis Duchon 2009 (2552) (13)	แบบวัดจิตวิญญาณองค์กร มี 4 มิติ: 1) การมีความเมตตาต่อผู้อื่น (Compassion) 2) การประพฤติปฏิบัติอย่างมีสติ (Mindfulness) 3) เพื่องานที่มีค่ามีความหมาย (Meaningful Work) 4) งานที่ให้ความสุขที่เหนือวัตถุนิยม (Transcendence)	37	คนไทยภาคเอกชน (ด้านอาหารและเครื่องดื่ม)
9	ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ 2554 (14)	ดัชนีสุขภาพภาครัฐ (SABAI model) มี 5 มิติ 1) ความสำเร็จ (S: Success) 2) การบริหาร (A: Administration) 3) สุขภาพกาย-ใจ (B: Body & Mind) 4) บรรยากาศ (A: Atmosphere & Environment) 5) การลงทุน (I: Investment)	27	คนทำงานในองค์กรในกลุ่มโรงพยาบาล
10	เสาวนีย์ ฤดี 2554 (15)	แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม (เชิงพฤติกรรมและการรู้คิด) มี 4 มิติ 1) ด้านกาย 2) ด้านสังคม 3) ด้านจิตใจ 4) ด้านรู้คิด (ปัญญา)	40	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
11	ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ (16)	แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง: HAPPINOMETER ความสุขวัดอย่างไรได้ มี 8 มิติ 1) สุขภาพดี (Happy Body) 2) น้าใจงาม (Happy Heart) 3) การผ่อนคลาย (Happy Relax) 4) การหาความรู้ (Happy Brain) 5) สุขธรรม (Happy Soul) 6) ใช้เงินเป็น (Happy Money) 7) ครอบครัวดี (Happy Family) 8) สังคมดี (Happy Society)	57 (ฉบับเต็ม) 20 (ฉบับสั้น)	คนทำงานในองค์กรทั่วไป
12	รัตติกรณ์ จงวิศาล 2555 (17)	แบบวัดจิตวิญญาณในการทำงาน มี 5 มิติ: 1) จิตสำนึกของเป้าหมายที่เข้มแข็ง 2) การให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคคล 3) ความไว้วางใจและความเคารพนับถือ 4) การดำเนินงานอย่างมีคุณธรรม 5) การลดทอนการแสลงของพนักงาน	40	คนทำงานในภาคเอกชน (ด้านอาหารและเครื่องดื่ม)

13	พระครูภาวนาสีวรกิจ จ. 2561 (18)	แบบสอบถามสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุตามแนวพุทธจิตวิทยา มี 5 มิติ 1) สุขภาวะทางกาย 2) สุขภาวะทางสังคม 3) สุขภาวะทางอารมณ์ 4) สุขภาวะทางจิต 5) สุขภาวะด้านปัญญา	50	กลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ
14	อัคริษฐ์ โสภณธรรม 2561 (19)	แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน มี 8 มิติ 1) การได้ผลตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ 2) สภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) การพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล 4) ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 5) การบูรณาการทางสังคม 6) สิทธิของพนักงาน 7) ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว 8) ลักษณะงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับและสัมพันธ์กับสังคม	40	ครูผู้สอนในสถานศึกษา กรุงเทพฯ และปริมณฑล (ประถม, มัธยม)

การเปรียบเทียบเชื่อมโยงกับ 4 มิติของสุขภาพที่สมบูรณ์ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสี (4) พบว่าแบบวัดแต่ละรายการมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้ง 4 ด้าน (กาย, จิต, สังคม และปัญญา) มากน้อยแตกต่างกัน ดังสรุปได้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปการวัดสุขภาพที่สมบูรณ์ใน 14 แบบวัดที่ทบทวนวรรณกรรม

ลำดับ	ผู้สร้าง / นำไปใช้ (อ้างอิง)	กาย	จิต	สังคม	ปัญญา	อื่นๆ
1	Ware และ Sherbourne 1992 (2535) / วิชัย เลอมาณฑุ, ปาริณัย มีแต้ม (6)	✓	✓	✓		
2	World Health Organization, WHO 2002 (2545) / สุวัฒน์ มัทธินันท์กุล และคณะ (7)	✓	✓	✓		สิ่งแวดล้อม, คุณภาพชีวิตโดยรวม
3	อภิชัย มงคล และคณะ 2545 (8)		✓	✓		
4	เมตตา มะโนศรี 2547 / เลอลักษณ์ มัทธินันท์ และคณะ (9)				✓	
5	เพริศพรรณ แคนศิลป์ 2550 (10)		✓	✓	✓	
6	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2550-51 / อมรรัตน์ อภินันท์มาณฑุ, ประสพโชค มั่งสวัสดิ์ (11)		✓	✓		
7	ชูฤทธิ์ เติงไธสง และคณะ 2551 (12)	✓	✓	✓	✓	
8	Pawinee Petchsawang and Dennis Duchon 2009 (2552) (13)		✓	✓	✓	
9	ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ 2554 (14)	✓	✓	✓		บรรยากาศ, การลงทุน
10	เสาวนีย์ ฤดี 2554 (15)	✓	✓	✓	✓	
11	ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ (16)	✓	✓	✓		
12	รัตติกร จงวิศาล 2555 (17)			✓	✓	การพัฒนาบุคคล
13	พระครูภาวนาสีวรกิจ จ. 2561 (18)	✓	✓	✓	✓	
14	อัคริษฐ์ โสภณธรรม 2561 (19)	✓		✓		ผลตอบแทนที่เป็นธรรม, พัฒนาศักยภาพ, ก้าวหน้ามั่นคงในงาน, สิทธิพนักงาน

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า แบบวัดทั้ง 14 รายการที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมนี้ มีแบบวัด 3 รายการที่ประกอบด้วยข้อคำถามในการประเมินสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้ง กาย จิต สังคม และปัญญา ตามนิยามของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสีที่อธิบายไว้ด้านบน ได้แก่แบบวัดรายการที่ 7, 10 และ 13 อย่างไรก็ดี แบบวัดรายการที่ 7 และ 10 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นสำหรับการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ส่วนแบบวัดรายการที่ 13 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นสำหรับการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบวัดทั้ง 3 รายการนี้จึงมีข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับการนำมาใช้ในการประเมินสุขภาพของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุข เมื่อพิจารณาจากความสำคัญของสุขภาวะทางปัญญาซึ่งเป็นแกนกลางของสุขภาวะทั้งหมดในมนุษย์ตามนิยามของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสี แบบวัดที่มีการประเมินสุขภาวะทางปัญญาร่วมด้วย ได้แก่ แบบวัดรายการที่ 4, 5, 8 และ 12 แบบวัดรายการที่ 4 พัฒนามาจากแนวคิดความผูกพันทางจิตวิญญาณของ Paloutzian และ Ellison, 1982 (20) แบบวัดรายการที่ 12 พัฒนามาจากแนวคิดจิตวิญญาณในการทำงานของ Robbins และ Judge, 2007 (21) ส่วนแบบวัดรายการที่ 8 พัฒนามาขึ้นจากแนวคิดจิตวิญญาณในที่ทำงาน (workplace spirituality) ของ Duchon และ Plowman, 2005 (22) โดยปรับให้เข้ากับบริบทของคนไทยและการทำงานในองค์กรที่บริหารโดยคนไทย มีเพียงแบบวัดรายการที่ 5 เท่านั้นที่ไม่ได้ใช้แนวคิดของตะวันตก แต่เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นในบริบทของสังคมไทยโดยอิงสุขภาวะทางปัญญากับความเข้าใจความเป็นจริงของโลกและชีวิตเป็นสำคัญ

อภิปรายผลการวิจัย

การพิจารณาสรุบบรรณกรรมแบบวัดทางสุขภาพที่สมบูรณ์สำหรับการวัดสุขภาพของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบวัดที่ใช้กันอยู่ในประเทศไทยยังไม่มีแบบวัดใดที่ครอบคลุมนิยามทั้ง 4 ประการของสุขภาพที่สมบูรณ์ดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาว่าสุขภาวะทางปัญญาเป็นแกนกลางที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาวะด้านอื่น ๆ การเลือกใช้แบบวัดที่ให้ความสำคัญกับการประเมินสุขภาวะทางปัญญาก็เป็นทางเลือกที่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบวัดรายการที่ 4 และ 12 เป็นแบบวัดที่นำแนวคิดและเนื้อหาเชิงจิตวิญญาณมาจากวรรณกรรมตะวันตก ซึ่งอาจมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกับแนวคิดและเนื้อหาเชิงจิตวิญญาณของคนไทย นอกจากนี้เมื่อย้อนไปดูแนวคิดเบื้องต้น พบว่ามาจากข้อเขียนที่ไม่ใช่วิจัย ในขณะที่แบบวัดรายการที่ 8 ที่แม้จะนำแนวคิดจากวรรณกรรมตะวันตก แต่ก็ยังเป็นแนวคิดที่ผ่านงานวิจัยมาก่อน ผนวกกับการนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย จึงน่าจะเป็นไปได้ที่จะลดอคติทางวัฒนธรรมลงได้ สำหรับแบบวัดรายการที่ 5 เป็นแบบวัดที่นำเสนอใจที่สุด เพราะถูกพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดและเนื้อหาของสุขภาวะ

ทางจิตวิญญาณของสังคมไทยโดยตรง

แบบวัดรายการที่ 5 และ 8 เป็นแบบวัดที่มีข้อคำถามในการประเมินสุขภาวะทางจิต สังคม และปัญญา แม้จะขาดการประเมินสุขภาวะทางกาย แต่เป็นแบบวัดที่มีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินสุขภาวะของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุขมากกว่า แบบวัดรายการที่ 5 มีข้อโดดเด่นในการวัดสุขภาวะทางปัญญาที่เชื่อมโยงกับสุขภาวะทางจิตใจและสุขภาวะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่เนื่องจากมีข้อคำถามมากถึง 74 ข้อ ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้เวลาในการตอบ และอาจส่งผลถึงการประเมินที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง หากมีการพัฒนาแบบวัดนี้ให้กระชับมากขึ้น มีจำนวนข้อคำถามน้อยลง และยังสามารถประเมินสุขภาวะทางปัญญาที่เชื่อมโยงกับสุขภาวะทางจิตใจและสุขภาวะทางสังคมได้ครบถ้วน จะทำให้แบบวัดนี้มีประโยชน์ในการประเมินสุขภาวะของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุขได้

แบบวัดรายการที่ 8 ถูกพัฒนาขึ้นจากบริบทงานในองค์กรเอกชนซึ่งเป็นธุรกิจด้านอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งต้องมีการทำงานด้านบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ จึงเป็นแบบวัดที่มีความโดดเด่นในการประเมินสุขภาวะของบุคลากรที่ทำงานด้านการบริการ มีข้อคำถามที่ระบุถึงการให้คุณค่าความหมายในงานที่มาร่วมถึงการให้ความสำคัญกับความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของงานและทีมงาน นอกจากนี้ การมีข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ซึ่งไม่มากเกินไป ทำให้แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่สามารถนำมาเทียบเคียงใช้กับบุคลากรในองค์กรสาธารณสุขได้

จากข้อมูลทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า แม้ปัจจุบันนี้ยังไม่มีแบบวัดสุขภาวะที่สมบูรณ์สำหรับการวัดสุขภาวะของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุข การเข้าใจที่มาของแบบวัดแต่ละรายการช่วยให้ผู้วิจัยเลือกสรรแบบวัดที่เหมาะสมกับบริบทที่จะนำไปใช้งาน โดยในที่นี้แบบวัดที่ประกอบด้วยการประเมินสุขภาวะทางปัญญาน่าจะเป็นทางเลือกที่ดี เมื่อพิจารณาว่าสุขภาวะทางปัญญาเป็นสุขภาวะที่เป็นแกนกลางของสุขภาวะทั้งหมด นอกจากนั้น สิ่งที่สำคัญยิ่งไปกว่าการมีแบบวัดที่เหมาะสม คือการนำข้อมูลที่ได้รับจากการใช้แบบวัดไปสู่การพัฒนาสุขภาวะที่สมบูรณ์ในมิติต่าง ๆ โดยอาจพิจารณาการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาที่เป็นแกนกลางเป็นสำคัญ ซึ่งอาจนำไปสู่การวิจัยต่อไปในอนาคต

คำขอบคุณ

ทีมผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์ ที่อนุญาตให้ทีมผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ของวิทยาเขต, ขอบพระคุณคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์มหิดล บำรุงรักษา จังหวัดนครสวรรค์ (บริหารงานภายใต้มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์) ที่เปิดโอกาสให้ทีมผู้วิจัยใช้พื้นที่ในการดำเนินงานวิจัย อีกทั้งยังสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้, ขอบพระคุณบุคลากรของศูนย์การแพทย์ฯ ทุกคน ทุกฝ่าย สำหรับการให้ข้อมูลในฐานะผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงความใส่ใจที่จะ

พัฒนาตนและพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย, สุดท้าย ทีมผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สสส. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) ที่ให้การทุนการวิจัยนี้ผ่านโครงการหยั่งรากจิตตปัญญาสู่สังคมแห่งความสุข ภายใต้การบริหารงานของศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, ขอบคุณศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เปิดโอกาสให้ทีมผู้วิจัยได้เรียนรู้ผ่านการทำงานนี้ และขอบคุณบริษัท Human Wisdom Consulting ที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์กรผ่านการทำงานจากภายในสู่ภายนอก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. Inis Communication 2021.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนไพศาล; 2550.
3. วิพุธ พูลเจริญ. สุขภาพ อุดมการณ์ และยุทธศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
4. ประเวศ วะสี. สุขภาวะทางปัญญา 15 เส้นทางสู่สุขภาวะที่สมบูรณ์ของมนุษยชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2566.
5. Paul J, Barari M. Meta-analysis and traditional systematic literature reviews—What, why, when, where, and how? Psychology & Marketing 2022;39:1099–115.
6. วชิร เลอมาณกุล, ปารณีย์ มีเต้ม. การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต S F -3 6 ฉบับภาษาไทย. ไทยเภสัชสาร 2543;24:69–88.
7. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, วราณี พรมานะรังกุล. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
8. อภิชัย มงคล, วชิร พัทธพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณ ประภา ชลอรกุล, ละเอียต ปัญญาใหญ่. ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย: Thai Happiness Indicators (THI-15). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
9. เลอลักษณ์ มหิพันธ์, ชนิตดา แบบเกษร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31:29–42.
10. เพรศพรพรรณ แดนศิลป์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มโยนิสมนสิการที่มีต่อปัญญาในภาวะความสัมพันธ์เชื่อมโยงและภาวะความเปลี่ยนแปลง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
11. อมรรัตน์ อภินันท์มหากุล, ประสพโชค มั่งสวัสดิ์. ผลของการพัฒนาประเทศต่อความพึงพอใจในชีวิตของคนไทย. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2556;53:191–219.

12. ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์, พระครุชิต คุณวโร, อรุณี วชิราพรทิพย์. การพัฒนาแบบวัดสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551;17:SVI1650-61.
13. Petchsawang P, Duchon D. Measuring workplace spirituality in an Asian context. Human Resource Development International 2009;12:459-68.
14. ดวงเนตร ธรรมกุล, ขวัญเมือง แก้งด้าเก็ง, อัจฉรา ประเสริฐสิน. การพัฒนาดัชนีองค์การสุขภาวะ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554;5:8-19.
15. เสาวนีย์ ฤดี. สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2554.
16. ศรินันท์ กิตติสุขสถิต, ภาณุมา ตั้งชลทิพย์, สุภรณ์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พงศา บุญยรัตน์, วรณภา อารีย์. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง Happinometer. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
17. รัตติกรณ์ จงวิศาล. ภาวะผู้นำ จิตวิญญาณในการทำงาน ผลการปฏิบัติงาน และบรรษัทภิบาล. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2555;52:101-29.
18. พระครูภาวนาสังวรกิจ วิ. (สุวิทย์ คำมูล). การพัฒนาสุขภาวะองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุตามแนวพุทธจิตวิทยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2561.
19. ธิปไตย โสถิวรรณ. การศึกษาความไม่แปรเปลี่ยนโมเดลคุณภาพชีวิตการทำงานของครูกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี 2561;12:76-84.
20. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley-Interscience; 1982. p. 224-37.
21. Robbin SP, Judge TA. Organizational behavior. 12th ed. New Jersey: Pearson Education; 2007.
22. Duchon D, Plowman DA. Nurturing the spirit at work: Impact on work unit performance. The Leadership Quarterly 2005;16:807-33.