

ความสุขของผู้ใช้บริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงแห่งหนึ่ง

สาริณีย์ จินดาวุฒิพันธ์*, สุภาวดี นายาว^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความสุขของผู้ใช้บริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงแห่งหนึ่ง และ 2) เปรียบเทียบระดับความสุขจำแนกตามการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจของผู้ใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ใช้บริการเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง จำนวน 116 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15: TMHI-15) และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators-15: THI-15) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ใช้บริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงโดยภาพรวมมีระดับความสุขอยู่ในระดับน้อย 2) เมื่อพิจารณาจำแนกตามการเจ็บป่วย พบว่าผู้ใช้บริการที่มีการเจ็บป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตมีระดับความสุขน้อยกว่าผู้ที่ไม่เจ็บป่วยอย่างชัดเจน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาวะโรคแทรกซ้อน และความไม่มั่นคงในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลและการให้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม เพื่อส่งเสริมความสุข การใช้ชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความสุข; สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง; ผู้ใช้บริการ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

^a Corresponding author: สุภาวดี นายาว Email: supawadee.na@sru.ac.th

รับบทความ: 26 ธ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 18 ม.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ม.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 30 มี.ค. 69

Happiness of Service Users in The Home for Destitute (Women)

Sarinee Jindawuttipan^{*}, Supawadee Nayaw^{*a}

Abstract

This study aimed to 1) investigate the level of happiness among female residents of a shelter for homeless women and 2) compare the level of happiness according to their physical and mental health conditions. Samples were comprised of 116 female residents, selected through simple random sampling. Research instruments included a general information questionnaire, a self-worth perception questionnaire, the Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15), and the Thai Happiness Indicators-15 (THI-15). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, standard deviations, and chi-square tests. The results revealed that 1) overall, the residents of the shelter exhibited a low level of happiness, and 2) when analyzed according to health status, residents with both physical and mental health problems-particularly chronic illnesses and mental health issues-had significantly lower levels of happiness compared to those without such conditions. The findings indicated that comorbidities and life instability are key factors affecting perceived happiness and quality of life among the residents. These results can serve as a baseline for developing comprehensive care models and service provision in shelters for homeless women, emphasizing holistic support in physical health, mental health, and social well-being to promote happiness, daily functioning, and overall quality of life sustainably.

Keywords: Happiness; Home for the Destitute (Female); Service users

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra University

^a Corresponding author: Supawadee Nayaw Email: supawadee.na@siu.ac.th

Received: Dec. 26, 25; Revised: Jan. 18, 26; Accepted: Jan. 19, 26; Published Online: Mar. 30, 26

บทนำ

ความสุข (Happiness) หมายถึงความรู้สึกเชิงบวกและสภาวะอารมณ์ เช่น ความสุข ความปีติ ความปลื้มปิติ รวมถึงการหลีกเลี่ยงภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ความเป็นอยู่ที่ดี การประเมินของบุคคลเกี่ยวกับศักยภาพของตนเอง และการบรรลุเป้าหมายชีวิต คุณภาพและความดีงามของชีวิตตนเอง และมักวัดในรูปของความพึงพอใจในชีวิต รวมถึงการมองโลกในแง่ดี⁽¹⁾ ความสุขเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิต และความสุขยังเกี่ยวข้องกับแง่มุมทางเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจในงานของบุคคล ความเป็นอยู่ที่ดี ความสุขนั้นขึ้นอยู่กับมิติต่าง ๆ มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่ทำงาน และที่พักอาศัย⁽²⁾ ความสุขเป็นอารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิตสูงของบุคคล และเกี่ยวข้องกับรายได้ การประกอบอาชีพ และความต้องการพื้นฐาน สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม ความรู้สึกเท่าเทียมและไม่เท่าเทียม สุขภาพกายและสุขภาพจิต⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสุขภาพและความสุขมีอิทธิพลต่อกัน และค่อนข้างซับซ้อน สุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับโรคที่มีผลต่อความสุข ปัญหาสุขภาพจิต อารมณ์เชิงบวก ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความใกล้ชิดทางสังคม มักเกี่ยวข้องกับความสุข ผู้ที่มีความสุขมากขึ้นอาจมีอายุยืนยาวกว่า และความไม่มีความสุขอาจสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น และพบว่าพันธุกรรม สารสื่อประสาท บริเวณเฉพาะของสมอง เป็นตัวชี้วัดที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความสุข การคงไว้ซึ่งความสุข ด้านสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันและจัดการโรคอย่างเหมาะสม มีอารมณ์เชิงบวก เรียนรู้การปรับตัวต่อความเครียด และมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้อื่น รวมถึงจิตวิญญาณด้วย ความสุขถูกนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และมีขอบเขตการนำไปใช้ในงานคลินิกทั่วไปเพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมีการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนไร้ที่พึ่งในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การศึกษา การแพทย์ และด้านอาชีพ โดยมีการจัดฝึกอาชีพและอาชีพบำบัดเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดจิตสำนึกในการสร้างชีวิตใหม่ สามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไปประกอบอาชีพ มีรายได้เลี้ยงดูตนเอง และดำรงชีวิตอย่างมีความมั่นคงเช่นบุคคลทั่วไป ทั้งยังช่วยลดปัญหาการขอทาน และปรับพฤติกรรมขอทานให้ลดลง มุ่งเน้นการให้บริการและความช่วยเหลือผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเหมาะสม โดยมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูศักยภาพของผู้รับบริการ เนื่องจากคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ที่มีการทางจิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการติดตามการรักษาจากจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและคนพิการ รวมถึงผู้ที่มีปัญหาครอบครัว ปัญหาทางจิต ไม่มีบัตรประชาชน หรือเป็นกลุ่มที่พบซ้ำ ทำให้จำนวนคนไร้ที่พึ่งที่อยู่ในการดูแลของสถานคุ้มครองเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีกลุ่มผู้รับการสงเคราะห์จำนวนมากที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากสถานคุ้มครองได้⁽⁵⁾

การเป็นคนไร้บ้านมักเผชิญกับการถูกมองจากสังคมว่า เป็นคนที่สังคมไม่ต้องการ ไร้ค่า ซึ่งเกี่ยวข้องซึ่งเป็นการบั่นทอนความสุขของคนไร้บ้าน มากกว่าการขาดแคลนปัจจัยสี่⁽⁶⁾ การขาดความสัมพันธ์

กับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความทุกข์ การขาดปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายทำให้เกิดความรู้สึกเหงาและซึมเศร้า⁽⁷⁾ นอกจากนี้ความเจ็บป่วยทางกายเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ความสุขลดลง คนไร้อารมณ์รู้สึว่าตนเองไม่มีที่ยืนในสังคม และไม่มีความสุขในการใช้ชีวิตประจำวัน⁽⁸⁾ จากข้อมูลดังกล่าวมาทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนไร้ที่พึ่ง จึงศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการจัดโปรแกรมเสริมสร้างความสุข ให้กับผู้ใช้บริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความสุขของผู้ใช้บริการ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับของความสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คือการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2568

ประชากร คือผู้ใช้บริการเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง จำนวน 520 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ใช้บริการเพศหญิงจำนวน 84 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane⁽⁹⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ 0.10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 116 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ใช้บริการที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงเพศหญิงจำนวน 116 คน ตามทะเบียนรายชื่อ โดยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบ Simple random sampling เพื่อให้ได้จำนวนที่ต้องการมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ใช้บริการที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงนานกว่า 1 ปี 2) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ อ่านและเขียนหนังสือได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสมัครใจให้ข้อมูล และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ใช้บริการที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรง หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือทำความเข้าใจแบบสอบถามได้ และ 2) ผู้ใช้บริการที่มีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายรุนแรง หรืออยู่ระหว่างการรักษาที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ ท่านดื่มสุรา หรือเบียร์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน รำมวยจีน รำไม้พลอง เต้นแอโรบิก รำวง หรือไม่ ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ของโรงพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ต่อไปนี้หรือไม่ถ้าเป็นให้ระบุระยะเวลาที่เป็น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง⁽¹⁰⁾ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (3 คะแนน) เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนที่สูงจะบ่งบอก

ถึงความภาคภูมิใจในตนเองที่สูง หากได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่ามีแนวโน้มจะมีความภาคภูมิใจในตัวเองน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health-15 (TMHI-15)⁽¹¹⁾
จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) และไม่เลย (1 คะแนน) โดยมีเกณฑ์

คะแนน 45-60 คะแนน หมายถึง ดีมาก (Good mental health)

คะแนน 36-44 คะแนน หมายถึง ปานกลาง (Moderate mental health)

คะแนน 15-35 คะแนน หมายถึง ต้องปรับปรุง/ไม่ดี (Poor mental health)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ดัชนีวัดความสุขคนไทย⁽¹¹⁾ ฉบับ 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) และไม่เลย (1 คะแนน) โดยมีเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good)

คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

คะแนน 26 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเองแบบประเมินสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health-15 (TMHI-15)⁽¹¹⁾ และแบบสอบถามดัชนีวัดความสุขคนไทยฉบับ 15 ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ เนื่องจากแบบสอบถามดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ กับผู้ใช้บริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง ที่ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และความเชื่อมั่นโดยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้แก่ 1) แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเองมีค่าเท่ากับ 0.8, 2) แบบประเมินสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health-15 (TMHI-15)⁽¹¹⁾ แบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.81 และ 3) แบบสอบถามดัชนีวัดความสุขคนไทยฉบับ 15 มีค่าเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยต่ออธิบดีกรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้ปกครองสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงแห่งหนึ่ง จากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่ไปพบผู้ใช้บริการที่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงพร้อมแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล และแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแล้ว หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health-15

(TMHI-15) จำนวน 15 ข้อ และ 3) แบบสอบถามดัชนีวัดความสุขคนไทยฉบับ จำนวน 15 ข้อ โดยใช้เวลานาน ประมาณ 30 นาที และผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามความเรียบร้อย ความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 116 คน และนำผลไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และนำเสนอผลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการอธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเบียร์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ของโรงพยาบาล หรือคลินิกแพทย์

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ในการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร มีขั้นตอนรายละเอียด ดังนี้

1. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เพื่อพิจารณาและรับรองว่าโครงการเป็นไปตามหลักจริยธรรมที่เหมาะสม จากนั้น ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน พร้อมทั้งขอความยินยอมโดยสมัครใจผ่านเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและลงนามก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและตัดสินใจเข้าร่วมโดยอิสระ

2. ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงขั้นตอนการทำแบบสอบถามอย่างละเอียดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตรงกันและลดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยไม่มีการบังคับหรือโน้มน้าวให้เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์เข้าร่วมสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทันที กระบวนการเก็บข้อมูลดำเนินไปด้วยความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตน และแบบสอบถามไม่มีคำถามที่ล่วงละเมิดสิทธิหรือทำให้เกิดความอึดอัดใจแก่ผู้ตอบ

3. หลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล โดยไม่มีการแก้ไข เปลี่ยนแปลง หรือเปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบ แบบสอบถามและข้อมูลถูกนำไปใช้เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจัดเก็บไว้อย่างปลอดภัยไม่ให้นักภายนอกเข้าถึง

งานวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์/มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 2025/20 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คนไร้ที่พึ่งหญิงส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี และ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.42 อายุน้อยที่สุด 21 ปี จำนวน 1 คน อายุมากที่สุด 82 ปี จำนวน 2 คน อายุเฉลี่ย 52.72 ปี ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.0 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 56.03 รองลงมา มีสถานภาพหย่า ร้อยละ 29.31 และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.10 รองลงมา สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.60 นอกจากนี้ มีผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 11.2 การประกอบ

อาชีพ ส่วนมากประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น แม่บ้าน ทำงานส่วนตัว รับราชการ ร้อยละ 51.7 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 29.3

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของคนไร้ที่พึ่งหญิง (n=116)

พฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	70	60.3
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	45	38.8
สูบ	1	0.9
รวม	116	100.0
2. ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	68	58.6
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	46	39.7
ดื่ม	2	1.7
รวม	116	100.0
3. การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	14	12.1
ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	33	28.4
ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	69	59.5
รวม	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิง ส่วนมากไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 60.3 รองลงมาเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว คิดเป็นร้อยละ 38.8 และไม่ดื่มเหล้า ร้อยละ 58.8 รองลงมา เคยดื่มเหล้าแต่เลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 39.7 ขณะที่คนไร้ที่พึ่งหญิง ส่วนมากออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 59.5 รองลงมาออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 28.4

ตารางที่ 2 โรคประจำตัวของคนไร้ที่พึ่งหญิง (n=116)

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคทางกาย		
1. โรคความดันโลหิตสูง	22	19.0
2. โรคเบาหวาน	7	6.0
3. โรคหัวใจ	6	5.2
4. โรคไขมันในเลือดสูง	2	1.7
5. โรคหอบหืด	9	7.8
6. โรคข้อเข่าเสื่อม/ข้อเข่าอักเสบ/โรคเกาต์	13	11.2
7. โรคตา เช่น สายตาสั้น สายตายาว ต้อกระจก	9	7.8

ตารางที่ 2 (ต่อ) โรคประจำตัวของคนไร้ที่พึ่งหญิง (n=116)

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคทางจิต		
1. โรคซึมเศร้า	14	12.1
2. โรคจิตเภท	53	45.7
โรคอื่น ๆ เช่น โรคลมชัก โรคไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อ HIV/AIDS	14	12.1

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของคนไร้ที่พึ่งหญิง พบว่า ส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.0 รองลงมาเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม/ข้อเข่าอักเสบ/โรคเกาต์คิดเป็นร้อยละ 11.2 ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตพบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมากถึงร้อยละ 45.7 รองลงมา เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 12.1

ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคนไร้ที่พึ่งหญิง โดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁽¹⁰⁾ แสดงผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคนไร้ที่พึ่งหญิง (n=116)

ระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง	85	73.3
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ	31	26.7
รวม	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิงส่วนมาก รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.3 และมีกลุ่มตัวอย่างบางคน คิดว่าตนเองมีคุณค่าในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.7

ส่วนที่ 3 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15)⁽¹¹⁾ อภิปรายผลได้ดังนี้

ตารางที่ 4 ระดับของความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง (n=116)

ระดับของความสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความสุขน้อย	56	48.3
2. ความสุขปานกลาง	36	31.0
3. ความสุขมาก	24	20.7
รวม	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิงส่วนมากรู้สึกมีความสุขน้อย คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมามีความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31 และมีความสุขมาก คิดเป็นร้อยละ 20.7

ส่วนที่ 4 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง ด้วยดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (THI-15)⁽¹¹⁾ อภิปรายผลได้ดังนี้

ตารางที่ 5 ระดับของความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง ด้วยดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (n=116)

ระดับของความสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป	37	31.9
2. มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	39	33.6
3. มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	40	34.5
รวม	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิงส่วนมากรู้สึกมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 33.6 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 31.9

ส่วนที่ 5 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 6 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=116)

ความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง	ความสุขน้อย		ความสุขปานกลาง		ความสุขมาก		จำนวนทั้งหมด	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เป็นความดันโลหิตสูง	14	63.6	4	18.2	4	18.2	22	100.0
ไม่เป็นความดันโลหิตสูง	42	47.7	32	34.0	20	31.3	94	100.0
รวม	56	48.3	36	31.0	24	20.7	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความสุขน้อย คิดเป็นร้อยละ 63.8 ขณะที่ผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความสุขน้อยร้อยละ 47.7 รองลงมามีความสุขมากร้อยละ 31.1

ส่วนที่ 6 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน

ตารางที่ 7 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน (n=116)

ความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง	ความสุขน้อย		ความสุขปานกลาง		ความสุขมาก		จำนวนทั้งหมด	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เป็น โรคเบาหวาน	5	71.4	0	0	2	28.6	7	100.0
ไม่เป็นโรคเบาหวาน	51	46.8	36	33.0	22	20.2	109	100.0
รวม	56	48.3	36	31.0	24	20.7	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิง ที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีความสุขน้อย คิดเป็นร้อยละ 71.4 ขณะที่ผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความสุขน้อยร้อยละ 46.8 รองลงมามีความสุขปานกลางร้อยละ 31

ส่วนที่ 7 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคเก๊าต์ ข้อเข่าอักเสบ

ตารางที่ 8 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคเก๊าต์ ข้อเข่าอักเสบ (n=116)

ความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง	ความสุขน้อย		ความสุขปานกลาง		ความสุขมาก		จำนวนทั้งหมด	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	10	76.9	0	0	3	23.1	13	100.0
ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	46	44.7	36	35.0	21	20.4	103	100.0
รวม	56	48.3	36	31.0	24	20.7	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิง ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคเก๊าต์ ข้อเข่าอักเสบ ส่วนใหญ่มีความสุขน้อย คิดเป็นร้อยละ 76.9 ขณะที่ผู้ที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่มีความสุขน้อยร้อยละ 44.7 รองลงมามีความสุขปานกลางร้อยละ 35

ส่วนที่ 8 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 9 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า (n=116)

ความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง	ความสุขน้อย		ความสุขปานกลาง		ความสุขมาก		จำนวนทั้งหมด	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เป็นโรคซึมเศร้า	10	71.4	3	21.4	1	7.1	14	100.0
ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	46	45.1	33	32.4	23	22.5	102	100.0
รวม	56	48.3	36	31.0	24	20.7	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิง ที่เป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีความสุขน้อย คิดเป็นร้อยละ 71.4 ขณะที่ผู้ที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความสุขน้อยร้อยละ 45.1 รองลงมามีความสุขปานกลางร้อยละ 31

ส่วนที่ 9 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคจิตเภท

ตารางที่ 11 การประเมินความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิงที่เป็นโรคจิตเภท (n=116)

ความสุขของคนไร้ที่พึ่งหญิง	ความสุขน้อย		ความสุขปานกลาง		ความสุขมาก		จำนวนทั้งหมด	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เป็นโรคจิตเภท	26	49.1	15	28.3	12	22.6	53	100.0
ไม่เป็นโรคจิตเภท	30	47.6	21	33.3	12	19.0	63	100.0
รวม	56	48.3	36	31.0	24	20.7	116	100.0

คนไร้ที่พึ่งหญิง ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีความสุขน้อย คิดเป็นร้อยละ 49.1 ขณะที่ผู้ที่ไม่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีความสุขน้อยร้อยละ 47.6 รองลงมามีความสุขปานกลางร้อยละ 31

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่อง ความสุขของผู้ใช้บริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาระดับของความสุขของผู้ใช้บริการ

ผลการศึกษาพบว่าระดับความสุขของผู้ใช้บริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cabrera et al.⁽¹²⁾ พบว่าการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่กว้างขวางและมั่นคง สุขภาพที่ดี และไม่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ทศคนคิดต่ออนาคต ความเหงาโดดเดี่ยว รวมถึง เหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อระดับความสุขโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moyano-Díaz⁽¹³⁾ ที่อธิบายว่า ความสุขเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจและความกลมกลืนกับสภาพแวดล้อมรอบตัว รวมถึงความสำเร็จในชีวิต 2) ความรู้สึกมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การมีเวลาว่าง ครอบครัวที่มีสุขภาพดี และสงบสุข ตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งเอื้อต่อการสร้างประสบการณ์เชิงบวก ความมั่นคงในการทำงาน และการดำรงชีวิตอย่างมีเสถียรภาพ 3) ความพึงพอใจจากการบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล 4) การประเมินความพึงพอใจต่อชีวิตความเป็นอยู่ การมีอิสระและอำนาจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีความหมาย และ 5) สุขภาวะที่สะท้อนถึงสันติสุข สันติภาพ เสถียรภาพ และสวัสดิภาพในมิติต่าง ๆ ของการดำรงชีวิตและการทำงาน อาทิ ด้านเศรษฐกิจ ร่างกาย จิตใจ และสังคม และการศึกษาของ Panadero et al.⁽¹⁴⁾ พบว่าภาพลักษณ์เชิงบวกและสุขภาพโดยรวมที่รับรู้ได้ดีขึ้นมีความสัมพันธ์กับความสุขโดยรวมที่มากขึ้น ในขณะที่ความรู้สึกโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับความสุขโดยรวมที่น้อยลง ความสุขยังแสดงให้เห็นถึงผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อความคาดหวังในอนาคต ความพิการและข้อจำกัดทางร่างกายมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพโดยรวมที่รับรู้ได้ นอกจากนี้ความไม่มีบ้านหรือที่พักอาศัยที่เหมาะสมทำให้ความเสียดต่ปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้การรับรู้ความสุขและคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งจากภาระโรคแทรกซ้อนและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพที่เพียงพอ^(4,8,13)

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับของความสุข ผู้ใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร การพึ่งพาผู้อื่น และความไม่มั่นคงในชีวิต เมื่อประกอบกับภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจ ยิ่งทำให้การรับรู้ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Steptoe⁽¹⁾ พบว่า ความสุขสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ สุขุมน้อยลงจากสุขภาพที่ไม่ดี ความสุขประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ สุขภาวะทางอารมณ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกปีติยินดี และความสุข สุขภาวะเชิงความหมายที่สะท้อนถึงการรับรู้ถึงคุณค่า ความหมาย และจุดมุ่งหมายในชีวิต และสุขภาวะเชิงประเมินซึ่งหมายถึง การประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม เมื่อผู้บริกรมีภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพจิต ย่อมส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เกิดความทุกข์ทางอารมณ์ ความรู้สึกสิ้นหวัง และการมองคุณค่าในชีวิตลดลง ส่งผลให้ระดับความสุขในทุกมิติถดถอยลงตามไปด้วย นอกจากนี้การศึกษาของ Diener & Chan⁽¹⁵⁾ พบว่าบุคคลที่มีระดับความสุขและความพึงพอใจในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีกว่า รวมถึงมีอายุยืนยาวมากกว่าบุคคล

ที่มีความสุขในระดับต่ำ ขณะที่ Ryff & Singer⁽¹⁶⁾ อธิบายว่า ความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกายและการปรับตัวทางจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเปราะบางที่เผชิญกับความเครียดเรื้อรัง หากขาดการสนับสนุนทางสังคมและทรัพยากรที่เพียงพอ จะส่งผลให้ระดับความสุขและคุณภาพชีวิตลดลงอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งควรจัดให้มีการดูแลและให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการได้ระบายความรู้สึก ลดความเครียด และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งจะช่วยเพิ่มระดับความสุขและความพึงพอใจในชีวิต
2. ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการบูรณาการในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตควบคู่กัน โดยเฉพาะในผู้ใช้บริการที่มีโรคประจำตัวทางกายและทางจิต เพื่อช่วยลดผลกระทบจากภาวะโรคแทรกซ้อน ลดความเครียดและความวิตกกังวล และส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม
3. ส่งเสริมให้จัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขในชีวิต เช่น กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมนันทนาการ หรือกิจกรรมฝึกทักษะชีวิต รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการรู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง และมองเห็นเป้าหมายในชีวิตของตนเองอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผู้ใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงจากหลายแห่ง หรือจากพื้นที่บริบทที่ต่างกัน เพื่อเพิ่มความหลากหลายของข้อมูลและเพิ่มความสามารถในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงและประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น
2. ควรนำการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เข้าใจความหมายมิติของความสุข เป้าหมายในชีวิต และประสบการณ์ในชีวิตของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่มีผลต่อความสุข เช่น ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ประสบการณ์ชีวิตในอดีต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่ออธิบายความแตกต่างของระดับความสุขในผู้ใช้บริการแต่ละบุคคลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Steptoe A. Happiness and Health. *Annu Rev Public Health*. 2019 Apr 1;40:339-359. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044150.
2. López-Ruiz, V. R., Huete-Alcocer, N., Alfaro-Navarro, J. L., & Nevado-Peña, D. (2021). The relationship between happiness and quality of life: A model for Spanish society. *PloS one*, 16(11), e0259528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259528>
3. Almadani NA, Alwesmi MB. The Relationship between Happiness and Mental Health among Saudi Women. *Brain Sci*. 2023 Mar 23;13(4):526. doi: 10.3390/brainsci13040526.

4. Singh S, Kshtriya S, Valk R. Health, Hope, and Harmony: A Systematic Review of the Determinants of Happiness across Cultures and Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 13;20(4):3306. doi: 10.3390/ijerph20043306.
5. กรณ์ สารียา. โมเดลเชิงสาเหตุในการดูแลคนไร้ที่พึ่งตามแนวพุทธจิตวิทยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธจิตวิทยา]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2561.
6. บุญเลิศ วิเศษปรีชา. โลกของคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิกระจกเงา; 2560.
7. Thomas Y, Gray MA, McGinty S. An exploration of subjective wellbeing among people experiencing homelessness: a strengths-based approach. *Soc Work Health Care*. 2012;51(9):780-97. doi: 10.1080/00981389.2012.686475.
8. ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล. รายงานการสำรวจสุขภาพทางจิตของคนไร้บ้าน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2559.
9. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
10. Rosenberg M. *Conceiving the self*. New York: Basic Books; 1978.
11. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, วรวรรณ จุฑา. รายงานการวิจัยการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
12. Cabrera A, García-Pérez C, Panadero S, Vázquez JJ. Determining factors in the overall happiness and outlook for the future of women living homeless: Evidence from Madrid, Spain. *J Community Psychol*. 2023 Jul;51(5):2163-2179. doi: 10.1002/jcop.23018.
13. Moyano-Díaz E. Building the concept of happiness for adults from phenomenography. *Universum*. 2016;31(2):141-56. doi:10.4067/S0718-23762016000200009.
14. Panadero S, Guillén AI, Vázquez JJ. Happiness on the street: Overall happiness among homeless people in Madrid (Spain). *Am J Orthopsychiatry*. 2015 Jul;85(4):324-30. doi: 10.1037/ort0000080.
15. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2011;3(1):1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.
16. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud*. 2008;9:13-39.