

สุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

ณัฐินี ศิริสวัสดิ์^{1*}

ณัฐวัฒน์ ล่องทอง²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในอำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธีเชิงอธิบายเป็นลำดับ การวิจัยเชิงปริมาณสำรวจระดับสุขภาวะทางจิตตามกรอบแนวคิดของ Ryff ในบุคลากรทางการแพทย์ 86 คน ตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่มบุคลากร จำนวน 8 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2565 - มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะทางจิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M = 4.04$, $SD = .44$) เมื่อพิจารณารายละด้าน พบว่าด้านเป้าหมายในชีวิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.19$, $SD = .44$) รองลงมาคือด้านความงอกงามในตนเอง ($M = 4.11$, $SD = .49$) และด้านการยอมรับตนเองมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.96$, $SD = .52$) ข้อมูลเชิงคุณภาพพออธิบายว่า บุคลากรส่วนใหญ่สามารถปรับตัวและจัดการความท้าทายในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยกลยุทธ์การพัฒนาทักษะที่หลากหลาย การจัดลำดับความสำคัญของงาน และการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ดี

คำสำคัญ: สุขภาวะทางจิต บุคลากรทางการแพทย์ พื้นที่ห่างไกล อมก๋อย

Received: March 8, 2025, **Revised:** March 26, 2025, **Accepted:** April 2, 2025,

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*Corresponding author; e-mail: natthinee_si@cmu.ac.th

² อาจารย์ สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Psychological Well-Being Among Public Health Providers in Omkoi District Chiang Mai Province

Natthinee Sirisawad^{1*}

Nathawat Longthong²

Abstract

This study aimed to examine the psychological well-being of public health providers in Omkoi District, Chiang Mai Province. An explanatory sequential mixed methods design was employed. The quantitative phase involved a survey assessing levels of psychological well-being based on Ryff's conceptual framework among 86 public health providers. This was followed by a qualitative phase, in which focus group discussions were conducted with eight participants. Data were collected between April 2022 and June 2023. Descriptive statistics and content analysis were used to analyze the data.

The results showed that overall psychological well-being was relatively high ($M = 4.04$, $SD = .44$). Among the six dimensions, purpose in life had the highest mean score ($M = 4.19$, $SD = .44$), followed by personal growth ($M = 4.11$, $SD = .49$), while self-acceptance had the lowest ($M = 3.96$, $SD = .52$). The qualitative data illustrated that most public health providers were able to effectively adapt to and manage challenges in their work by employing various skill development strategies, prioritizing tasks, and relying on strong social support networks.

Keywords: Psychological well-being Public health providers Remote areas Omkoi

Received: March 8, 2025, **Revised:** March 26, 2025, **Accepted:** April 2, 2025,

¹Master's degree student, Counseling Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

*Corresponding author; natthinee_si@cmu.ac.th

²Lecturer, Counseling Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

บทนำ

สุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being: PWB) เป็นแนวคิดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพชีวิตความสามารถในการเผชิญความท้าทาย และการมีชีวิตอย่างมีความหมาย (Huppert, 2009) สอดคล้องกับ Diener และคณะ (1999) ที่นำเสนอแนวคิดสุขภาวะทางจิตเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-Being: SWB) ซึ่งเน้นปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ การตั้งเป้าหมายในชีวิต และกลยุทธ์การเผชิญปัญหา รวมถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในกับบริบทภายนอกในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต

สำหรับวิชาชีพที่เผชิญภาวะกดดันสูง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Ryff (1989) ซึ่งประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) การพัฒนาตนเอง (Personal Growth) การมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations with Others) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in Life) และการยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, 2014)

แม้โมเดลของ Ryff มีข้อถกเถียงเรื่องโครงสร้างและมีต้นกำเนิดในบริบทตะวันตก แต่ได้รับการยอมรับว่าสะท้อนสุขภาวะทางจิตในเชิงลึก ครอบคลุมมิติทางชีวภาพ พฤติกรรม และบริบททางสังคม มีค่าจิตมิติที่ผ่านการตรวจสอบในระดับสูง และได้รับการประยุกต์ใช้ทั่วโลก Seifert (2005) พบว่าแบบวัดสุขภาวะทางจิตของ Ryff เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในการประเมินสุขภาวะทางจิตเชิงบวก

งานวิจัยที่สนับสนุนการใช้โมเดลของ Ryff ในหลายกลุ่มเป้าหมาย Van Dierendonck และ Lam (2022) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตตามแนวคิดนี้ช่วยพัฒนาด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม การเติบโตส่วนบุคคล และการยอมรับตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ Fredrickson และคณะ (2015) พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่าง eudaimonic well-being กับยีนที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบเรื้อรัง ขณะที่ Boylan และคณะ (2022) พบว่าสุขภาวะทางจิต โดยเฉพาะมิติเป้าหมายในชีวิตและอารมณ์เชิงบวก ช่วยลดอัตราการตายและความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่เกิดจากระดับการศึกษา

ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ Leung และคณะ (2024) พบว่าการสนับสนุนจากหัวหน้างานส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในช่วงวิกฤต COVID-19 โดยช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ Ceular-Villamandos และคณะ (2024) พบว่าการควบคุมงานได้และการได้รับการสนับสนุนเสริมสร้างมิติความเป็นตัวของตัวเองและสัมพันธ์ที่ดี ส่วน Teo และคณะ (2022) พบว่าความหมายในงานและความสัมพันธ์ในองค์กรป้องกันภาวะหมดไฟ

ในบริบทไทย มีการศึกษาสุขภาวะทางจิตในหลายกลุ่มประชากร วรปสร รหิตะบุตร (2549) ปรับใช้แบบวัด Ryff เป็นฉบับภาษาไทย พบว่าสามารถประเมินสุขภาวะทางจิตเชิงบวกได้ครอบคลุมทุกช่วงวัย ญาดา ธงธรรมรัตน์ (2565) พัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทยสำหรับคลินิกจิตวิทยา โดยยุวดี เมืองไทย (2551) ได้พัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทยที่มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับสูง (Cronbach's $\alpha = .92$) และรายด้านระหว่าง .65–.71 ครอบคลุมทั้ง 6 มิติของ Ryff

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าสุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับภาระงานและความเครียด วิลาสินี โอภาสธิกุล และคณะ (2558) พบว่าความเครียดจากความเร่งรีบและภาระงานมีผลต่อภาวะหมดไฟ จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และจตุพร แสงกุล (2560) พบว่าแพทย์ใช้ทุนเผชิญความเครียดจากรายได้ไม่เพียงพอและความเสี่ยงทางวิชาชีพ นคร ศรีสินทร และยุรวงศ์ คุณากร (2565) พบว่าทันตแพทย์มีความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรต่ำ

พื้นที่ห่างไกลอย่างอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งตั้งอยู่ห่างจากตัวเมือง 179 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ภูเขาสูง จัดเป็นพื้นที่เฉพาะระดับ 2 ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขา การเดินทางสู่หมู่บ้านห่างไกลต้องใช้เวลาราว 4 ชั่วโมงบนถนนลูกรัง (วัลลภ เรือนทองเงิน และชาญวิทย์พงศ์ สมุทรเวทย์, 2565) ความท้าทายเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตโดยตรง ทั้งจากภาระงาน อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่สูง การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม และข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วย

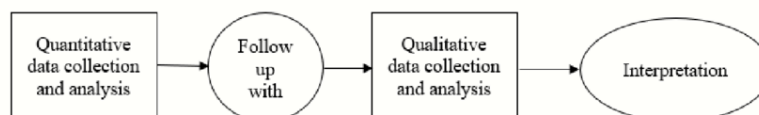
การวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยแบบแผนวิธีเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Explanatory Sequential Design) ตามแนวทางของ Creswell (2015) เริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ตามด้วยการสนทนากลุ่มเพื่อขยายความเข้าใจเชิงลึกในบริบทเฉพาะ แม้จะมีงานวิจัยด้านสุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก แต่ยังขาดการศึกษาในบริบทพื้นที่พิเศษ งานวิจัยนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยคาดว่าผลลัพธ์จะนำไปสู่การออกแบบแนวทางสนับสนุนสุขภาวะทางจิตในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดของ Ryff
2. เพื่อศึกษาลักษณะประสบการณ์ มุมมอง และกลไกการรับมือของบุคลากรทางการแพทย์ต่อสุขภาวะทางจิตในบริบทพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธีเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Explanatory Sequential Design) ตามแนวทางของ Creswell (2015) ซึ่งเริ่มต้นด้วยการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แล้วจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อช่วยอธิบาย ผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ได้ในระยะแรก



ภาพที่ 1 Sequential-explanatory research design flow (Creswell & Plano-Clark, 2011)

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข ทันตสาธารณสุข และบุคลากรสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 109 คน ข้อมูลได้รับจากฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลอมก๋อย การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามตารางของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 86 คน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส และการพักอาศัยในพื้นที่

2) แบบวัดสุขภาวะทางจิตที่ใช้ในการวิจัยนี้ พัฒนาโดย ยุวดี เมืองไทย (2551) โดยอิงจากกรอบแนวคิดของ Ryff (1989) ครอบคลุมองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง การยอมรับตนเอง ความงอกงามในตนเอง ความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้อื่น การจัดการสิ่งแวดล้อม และเป้าหมายในชีวิต รวม 54 ข้อ โดยมีค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ที่ .92 และค่าความเที่ยงของแต่ละด้านระหว่าง .65 ถึง .71 ผู้พัฒนาได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านความตรงเชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์รายการ (Item Analysis) โดยเฉพาะการตรวจสอบค่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ซึ่งพบว่า ในการทดลองใช้รอบแรก ข้อคำถาม

มีค่า CITC อยู่ระหว่าง .22 – .64 และในการทดลองรอบที่สองอยู่ระหว่าง .18 – .60 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และแสดงถึงความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้อ้างอิงได้อย่างเหมาะสม (ยุวดี เมืองไทย, 2551)

1.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยในแต่ละขั้นตอน พร้อมพิทักษ์สิทธิ์ในการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอมก๋อยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากนั้นดำเนินการแจกแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตให้กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล โดยผ่านการประสานงานกับฝ่ายธุรการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบกลับ ตรวจสอบความสมบูรณ์ และเลือกแบบสอบถามที่ครบถ้วนเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามเกณฑ์คะแนนดังนี้

การแปลผลคะแนนระดับสุขภาวะทางจิต

1. สุขภาวะทางจิตระดับสูง (4.50–5.00): บ่งชี้ถึงสุขภาวะจิตในระดับดีที่สุด บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต ยอมรับตนเอง มีเป้าหมายชัดเจน เด็ดขาดภายใน และสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างสูง (3.50–4.49): แสดงถึงภาวะจิตใจที่เข้มแข็งและสามารถปรับตัวได้ดี มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีเป้าหมายชัดเจน และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อม
3. สุขภาวะทางจิตระดับปานกลาง (2.50–3.49): สะท้อนความสมดุลทางจิตใจในภาพรวม บุคคลสามารถรับมือกับปัญหาและจัดการตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีพื้นที่สำหรับการส่งเสริมสุขภาวะเพิ่มเติม
4. สุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างต่ำ (1.50–2.49): แสดงถึงภาวะสุขภาวะจิตที่เปราะบาง มีความต้องการการสนับสนุนหรือฟื้นฟูด้านจิตใจ แม้บางด้านสามารถปรับตัวได้แต่ยังไม่มั่นคง
5. สุขภาวะทางจิตระดับต่ำ (1.00–1.49): สะท้อนภาวะสุขภาวะทางจิตที่อยู่ในระดับต่ำ บุคคลอาจมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง ขาดแรงจูงใจ และเผชิญกับความเครียดหรือความท้อแท้ในระดับสูง

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการวิจัย ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร และสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด ขนาดของกลุ่มสนทนาวางตามข้อเสนอของ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ กรรณิการ์ สุขเกษม (2551) ซึ่งแนะนำว่าการสนทนากลุ่มควรมีผู้เข้าร่วมระหว่าง 6–10 คน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ลึกซึ้ง และสามารถควบคุมพลวัตของกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การมีผู้เข้าร่วมจำนวน 8 คนจึงถือว่าเหมาะสม และสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยมีแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Questions) ที่ออกแบบเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสามารถสะท้อนประสบการณ์ ความรู้สึก และมุมมองเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตในบริบทของพื้นที่ห่างไกลได้อย่างหลากหลาย โดยเนื้อหาของคำถามครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่

“การใช้ชีวิตและการปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภออมก๋อยเป็นอย่างไร”

“เคยมีโอกาสดูงานหรือทดลองปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นหรือไม่ และพบความแตกต่างเมื่อเทียบกับการทำงานในอำเภออมก๋อยอย่างไร”

“มีกลยุทธ์ แนวทาง หรือปัจจัยใดที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในการทำงานในพื้นที่อำเภออมก๋อย”

2.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการผ่าน การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 1 กลุ่ม จัดในรูปแบบพบหน้า (Face-to-face) วันพฤหัสบดีที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2567 เวลา 18.00–20.00 น. ห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวและเหมาะสมต่อการสนทนาแบบเปิดเผย

ก่อนการสนทนา ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลเพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วม และดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัว และขอความยินยอมในการบันทึกเสียงตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการหลัก พร้อมสังเกตพลวัตของกลุ่ม โดยมีผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลและสังเกตการณ์เพิ่มเติม การสนทนาใช้เวลาประมาณ 120 นาที ครอบคลุมประเด็นตามกรอบแนวคิดของ Ryff เพื่อสะท้อนมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตในบริบทพื้นที่ห่างไกล

ข้อมูลที่ได้ถูกบันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) เพื่อนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมุ่งเน้นการตีความเชิงลึกจากประสบการณ์จริงของผู้เข้าร่วม เพื่ออธิบายและเสริมความเข้าใจต่อผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ได้ในขั้นต้น

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มได้รับการวิเคราะห์โดยใช้วิธี วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Palmer et al. (2010) และ Tomkins และ Eatough (2010) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลักดังนี้

1. การถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) เพื่อเก็บรักษารูปแบบคำพูด อารมณ์ และบริบทที่เกี่ยวข้อง
2. การทำความเข้าใจกับข้อมูล โดยการอ่านซ้ำหลายรอบ เพื่อระบุหน่วยความหมาย (Meaning Units) และโค้ดเบื้องต้น (Initial Codes)
3. การสร้างรหัสและหมวดหมู่ โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความคล้ายคลึงกัน และสร้างหัวข้อหลัก (Themes) ที่สะท้อนประเด็นสำคัญจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล
4. การตีความข้อมูล โดยเชื่อมโยงกับคำถามวิจัยและกรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของ Ryff

2.5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางของ Lincoln และ Guba (1985) ซึ่งประกอบด้วย

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility): ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่จริง มีประสบการณ์ตรงต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้สร้างความคุ้นเคยและบรรยากาศไว้วางใจในการสนทนา
2. การตรวจสอบระหว่างสัมภาษณ์ (Member Checking): ผู้วิจัยสรุปและทวนความให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล
3. การตรวจสอบย้อนกลับ (Audit Trail): มีการจัดเก็บเอกสารประกอบการวิจัย เช่น เทปเสียงถอดความ และการวิเคราะห์ เพื่อให้สามารถตรวจสอบขั้นตอนการวิจัยได้
4. การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation): ใช้ข้อมูลจากแบบวัดสุขภาวะทางจิต , การสัมภาษณ์, การสังเกต และความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเช่นอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อเพิ่มความรอบด้านและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Smith, Flowers, & Larkin, 2009)

3. การบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองประเภทดำเนินการแยกส่วน (Independent analysis) โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน เพื่อประเมินระดับสุขภาวะทางจิตตามกรอบแนวคิด Ryff's Psychological Well-Being (PWB) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) วิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวทางของ Palmer et al. (2010) และ Tomkins และ Eatough (2010) จากนั้นจึงบูรณาการข้อมูลในระบะการตีความ (Integration at interpretation stage) โดยใช้กลยุทธ์ แนวทางเปรียบเทียบและขยายผล (Compare & Expand Approach) ซึ่งอาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพในการอธิบายหรือขยายผลจากข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเสริมความเข้าใจที่ลึกซึ้งและรอบด้าน ทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงบริบท (วิโรจน์ สารรัตน์, 2562) ขั้นสุดท้าย ผู้วิจัยดำเนินการสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกับบริบทเฉพาะของพื้นที่ศึกษา ได้แก่ ลักษณะภูมิประเทศ ความซับซ้อนของระบบงาน และข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อให้ข้อสรุปที่ได้สามารถสะท้อนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมได้อย่างแท้จริง

4. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (CMUREC No. 66/019) และปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมสากล ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับการแจ้งรายละเอียด และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

สุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่โดยภาพรวม

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 86 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 เพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 70.93) และเพศชาย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 29.07)

1.2 อายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 32 ปี จำนวน 60 คน (ร้อยละ 69.77) รองลงมามีอายุระหว่าง 32–51 ปี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 29.07) และอายุระหว่าง 57–60 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.16) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.58 ปี ($SD = 6.82$)

1.3 ระดับการศึกษาสูงสุด กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 72 คน (ร้อยละ 83.72) ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 10 คน (ร้อยละ 11.63) และระดับปริญญาโท จำนวน 4 คน (ร้อยละ 4.65)

1.4 การพักอาศัยในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาในพื้นที่ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 56.98) และมีภูมิลำเนาในพื้นที่อื่น จำนวน 37 คน (ร้อยละ 43.02)

1.5 ประเภทการจ้างงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 50.00) พนักงานจ้างเหมาบริการ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 25.58) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 คน (ร้อยละ 23.26) และรูปแบบการจ้างงานอื่น ๆ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.16)

1.6 การทำกิจกรรมร่วมกับบุคลากรในองค์กรเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย จำนวน 20 คน (ร้อยละ 23.26) ระดับมาก จำนวน 12 คน (ร้อยละ 13.95) ระดับน้อยมาก จำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.98) ระดับมากที่สุด จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.49) และระดับไม่เคยทำกิจกรรมเลย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.33)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาวะทางจิต

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์
อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่โดยภาพรวม

ข้อมูลสุขภาวะทางจิตโดยภาพรวม	$\bar{X}$	SD	แปลผล	ลำดับ
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)	4.01	.44	ค่อนข้างสูง	4
ด้านการยอมรับตนเอง (Self-Acceptance)	3.96	.52	ค่อนข้างสูง	6
ด้านความงอกงามในตนเอง (Personal Growth)	4.11	.49	ค่อนข้างสูง	2
ด้านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations With Others)	4.02	.50	ค่อนข้างสูง	3
ด้านความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery)	3.98	.55	ค่อนข้างสูง	5
ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life)	4.19	.52	ค่อนข้างสูง	1
รวม	4.04	.44	ค่อนข้างสูง	

บุคลากรทางการแพทย์ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ มีระดับสุขภาวะทางจิตในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 (SD = .44)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 (SD = .44) รองลงมา ด้านความงอกงามในตนเอง (Personal Growth) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (SD = .49) ด้านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations With Others) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (SD = .50) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (SD = .44) ด้านความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (SD = .55) และด้านการยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 (SD = .52) ตามลำดับ

ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ สุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดของ Ryff

1. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life)

บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่อำเภออมก๋อยแสดงให้เห็นถึงการมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการใช้ชีวิต และการทำงาน โดยมีความตั้งใจในการสร้างคุณค่าทางวิชาชีพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน และการขับเคลื่อนตนเองไปสู่เป้าหมายที่มีความหมายในระยะยาว

ตัวอย่างประโยคจากการสนทนากลุ่มที่สะท้อนมิตินี้ ได้แก่

“เราก้เลยอยากอยู่ในพื้นที่ที่มันสามารถพัฒนาได้จริง ๆ”

“เรารู้สึกว่าอยากพัฒนาตัวเองในสายงานให้เก่งขึ้น เพราะจะได้ช่วยคนไข้ได้ดีขึ้น”

“รู้สึกว่ายู่ที่นี่ได้ช่วยคนไข้ให้ดีขึ้น อยากให้อาการเขาดีขึ้นทุกครั้งที่มาหาเรา”

“ตอนแรกไม่คิดว่าเราจะอยู่ได้ แต่พออยู่ไปแล้วเรารู้สึกว่าเรามีความสุขกับสิ่งที่เราทำ”

“เราอยากอยู่ในพื้นที่ที่เรามีบทบาทและสามารถเปลี่ยนแปลงบางอย่างให้ดีขึ้นได้”

คำกล่าวเหล่านี้สะท้อนถึงแรงบันดาลใจจากภายในและความตั้งใจในการดำเนินชีวิตที่มีเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาตนเอง การดูแลผู้ป่วย หรือการพัฒนาพื้นที่ ทำให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีเป้าหมายชีวิตที่ผสมผสานระหว่างความภาคภูมิใจในอาชีพและความมุ่งมั่นต่อชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ “การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต”

2. ความงอกงามในตนเอง (Personal Growth)

บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลสะท้อนให้เห็นถึงการเติบโตทางจิตใจและวิชาชีพ ผ่านการเผชิญกับความท้าทายที่หลากหลาย ความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ และการปรับตัวในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย โดยหลายคนมองว่าประสบการณ์ที่ท้าทายเป็นพื้นที่ฝึกฝนตนเองทั้งในด้านทักษะและอารมณ์ ประโยคที่สะท้อนมิตินี้ได้ชัดเจน ได้แก่

“เหมือนเราพัฒนาได้หลายอย่าง ทั้งเรื่องงาน เรื่องมุมมอง แล้วก็เรื่องจิตใจด้วย”

“ทุกอย่างที่เจอเราต้องเรียนรู้ไปพร้อมกัน บางอย่างไม่เคยทำก็ต้องทำให้ได้”

“ตอนแรกไม่เคยคิดว่าจะต้องเจอกับเคสยากขนาดนี้ แต่ก็ผ่านมาได้”

“เราไม่ได้แค่ทำงานเหมือนเดิม แต่เราต้องเก่งขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ดูแลคนไข้ได้ดีขึ้น”

“ทุกวันเป็นบทเรียนใหม่ เราต้องเก็บเกี่ยวมันให้ได้มากที่สุด”

คำกล่าวเหล่านี้สะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการเติบโตภายในตนเอง ไม่ใช่เพียงการปฏิบัติงานในบทบาทวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการปรับตัวทางอารมณ์ การจัดการกับความไม่แน่นอน และการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในพื้นที่ที่มีข้อจำกัด ซึ่งล้วนเป็นสาระสำคัญของมิติ ความงอกงามในตนเอง

3. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations With Others)

ความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับผู้อื่นปรากฏชัดในบริบทของการทำงานในพื้นที่ห่างไกล บุคลากรทางการแพทย์ในอำเภออมก๋อยต่างให้ความสำคัญกับบรรยากาศในการทำงาน การสนับสนุนซึ่งกันและกัน รวมถึงความไว้วางใจในทีมงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความตึงเครียดและเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตในระยะยาวผู้เข้าร่วมหลายคนสะท้อนมุมมองที่แสดงถึงความสำคัญของการมีเครือข่ายความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่ง ตัวอย่างเช่น

“สัมพันธภาพดี ที่นี้ต่างจากที่อื่นตรงที่นี้มันไกล เพราะถ้าที่ใกล้ ๆ (ตัวเมือง) จะไปเข้าเย็นกลับ ทุกคนทำงานเสร็จกลับบ้านไปหาครอบครัวของตัวเอง แต่ที่นี่เหมือนเข้าค่าย และเกิดการสร้างสังคมขึ้นมา เริ่มจากหน่วยงานตัวเอง บางทีก็ข้ามไปหน่วยงานอื่นบ้าง หออะไรทำให้ตัวเองเลยทำให้ สัมพันธภาพมันดี มีอะไรปรึกษาได้ ปรึกษาต่างแผนกไม่ยาก คุยกันง่าย ไม่มีการด่าทอกัน เพราะ สิ่งแวดล้อมด้านอื่นแทบจะไม่ซับซ้อนเลย ข้าวก็ไม่มีกิน ที่ออกกำลังกายที่ดีๆก็ไม่มี อินเทอร์เน็ตหลุด ไฟดับ น้ำไม่มี ทุกอย่างมันดูแลไปหมด แต่ทุกคนอยู่ด้วยกัน เหมือนอยู่ค่ายไปด้วยกัน เลยทำให้ความรู้สึกทุกอย่างมันก็เลยไปด้วยกัน”

“ทีมอมก๋อยช่วยกันทำงาน... ใครทำอะไรได้ก็ช่วย”

“ขนาดบุคลากรคนก่อนที่เคยย้ายไป... ยังคุยกันได้”

คำกล่าวเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานไม่ได้เป็นเพียงองค์ประกอบของสังคมในที่ทำงาน แต่เป็นพลังสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรสามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมที่ท้าทาย และยังเป็นตัวเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและแรงจูงใจในการทำงานระยะยาว ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบของมิติ สัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

4. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)

บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลอย่างอำเภออมก๋อยต่างแสดงออกถึงความสามารถในการเป็นตัวของตัวเอง ผ่านการเลือกวิธีการทำงาน การวางขอบเขตหน้าที่ และการตัดสินใจบนพื้นฐานของความเชื่อมั่นในตนเอง แม้จะอยู่ภายใต้บริบทของข้อจำกัดและแรงกดดันจากภายนอก จากการสนทนากลุ่ม พบว่าผู้เข้าร่วมหลายคนสามารถเลือกแนวทางปฏิบัติที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสม และยืนหยัดในจุดยืนของตนเองอย่างมีสติ

ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“บางงานที่เกินความสามารถผมก็ตัดทิ้ง และบริหารจัดการให้คนที่ควรทำได้ทำ ถ้ามันโหดเราเกินไป”

“ถ้าเรื่องไหนที่น้องได้รับผิดชอบ นอกเหนือจากที่น้องสามารถ...ปฏิเสธได้ ก็จะไม่ปฏิเสธ”

“มันรู้สึกหนัก เพราะฉะนั้นเราก็คิดว่าทำได้แค่นั้น”

“ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยมีอะไรที่โดนบังคับ ถ้าหัวหน้าสั่งงานตอนดึก เราก็กเลือกที่จะไม่อ่านข้อความ”

แนวโน้มในการควบคุมขอบเขตความรับผิดชอบ การใช้ดุลยพินิจในการทำงาน และความรู้เท่าทันความสามารถของตนเอง แสดงถึงการมี ความเป็นอิสระภายใน และการไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของผู้อื่นอย่างไม่มีเหตุผล ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ “ความเป็นตัวของตัวเอง”

5. ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery)

บุคลกรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลอย่างอำเภออมก๋อยแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งในเชิงระบบงาน กายภาพ และปฏิสัมพันธ์กับองค์กร ซึ่งเป็นบริบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร กำลังคน และโครงสร้างสนับสนุน การรับมือกับความท้าทายเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการปรับตัว ความยืดหยุ่น และการจัดการที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ตัวอย่างถ้อยคำที่แสดงถึงความสามารถดังกล่าว ได้แก่

“โรงพยาบาลใหญ่เขาก็จะมีระบบที่โอเคกว่านี้ ก็แบ่งเป็นห้องต่าง ๆ อะไรไว้เลย แล้วที่นี้พอมาทำงานที่นี้ ของเราต้องทำแมนนวลเองเยอะ”

“..ที่นี้คือพอเราจะทำงานหรือประสานงานอะไรก็ตาม เหมือนเราจะต้องไปดำเนินการทุกอย่างเอง”

“เวลาที่มีปัญหา เราต้องไล่เองหมดทุกระบบ ไม่มีใครมาช่วยตัดสินใจ ต้องรู้เองหมด”

“ความจริงก็คือ บางเรื่องเรายังไม่รู้เหมือนกัน แต่มันต้องทำ”

ถ้อยคำเหล่านี้สะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูลสามารถจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมทั้งในเชิงกายภาพและเชิงระบบให้เอื้อต่อการทำงานได้ แม้จะอยู่ในบริบทที่ท้าทาย การมีความสามารถในการปรับแผนงาน การยืดหยุ่นต่อบทบาทที่หลากหลาย และการหาทางออกด้วยตนเอง ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของมิติ “ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม”

6. การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance)

การยอมรับตนเองหมายถึงความสามารถในการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง เข้าใจข้อจำกัด และให้อภัยตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความผิดพลาดหรือสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามคาด ในบริบทของบุคลกรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล เช่น อำเภออมก๋อย ความสามารถในการยอมรับตนเองมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาสุขภาพทางจิต และการดำรงความมั่นคงทางอารมณ์ท่ามกลางความกดดันจากงานและบริบทที่ท้าทายถ้อยคำจากผู้เข้าร่วมการวิจัยที่สะท้อนมิตินี้ ได้แก่

“เราต้องยอมรับก่อนว่าเราไม่ได้เก่งทุกเรื่อง มันมีบางอย่างที่เราจะต้องเรียนรู้”

“ตอนแรกเราก็คิดว่าทำไม่ได้หรอก แต่พอทำไปเรื่อย ๆ ก็เริ่มเห็นว่า อย่างน้อยเราก็พยายามเต็มที่”

“ถ้าเราทำผิด เราก็ต้องรับผิดชอบ แล้วก็เรียนรู้ ไม่ใช่โทษคนอื่น”

“มันก็มีบ้างที่รู้สึกไม่มั่นใจ แต่เราก็บอกตัวเองว่า มันคือประสบการณ์ที่ต้องผ่านไปให้ได้”

“อยู่ที่นี่ทำให้เรารู้ว่าเราไม่ต้องเป๊ะทุกอย่าง แค่ตั้งใจและพยายามก็พอแล้ว”

ถ้อยคำเหล่านี้สะท้อนถึงพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าใจ ยอมรับ และเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการอยู่กับความไม่สมบูรณ์แบบ และการเรียนรู้จากความผิดพลาดอย่างไม่ตัดสินตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของมิติ “การยอมรับตนเอง” ในกรอบแนวคิดของ Ryff (1989) และเป็นรากฐานของสุขภาวะทางจิตที่มั่นคงในระยะยาว

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลของการวิจัยจัดเรียงตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ระดับสุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดของ Ryff (1989)

ระดับสุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในอำเภออมก๋อยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในมิติการมีจุดหมายในชีวิต ความสัมพันธ์ที่ดี ความงอกงามในตนเอง และความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม สะท้อนถึงความสามารถในการรักษาสมดุลทางจิตใจแม้อยู่ในบริบทที่ท้าทาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ryff (1989) ที่มองว่าสุขภาวะทางจิตคือการเติบโตจากภายใน ท่ามกลางข้อจำกัดภายนอก

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Bamforth, Aboaja และ McLoughlin (2023) ที่พบว่า สุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมองค์กร ความร่วมมือในทีม และการได้รับการยอมรับในบทบาทการดูแลผู้ป่วย ในบริบทของอำเภออมก๋อย บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญทั้งความกดดันจากข้อจำกัดทรัพยากร และการพึ่งพากันในทีมเพื่อประคับประคองสุขภาวะทางจิต

การศึกษายังสนับสนุนข้อค้นพบของ Wright และ Bonett (2007) ที่ชี้ว่า well-being มีบทบาทต่อประสิทธิภาพและความมั่นคงทางอารมณ์ในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bannon และคณะ (2022) ซึ่งพบว่าองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต โดยเฉพาะอารมณ์เชิงบวก (positive affect) และความหมายในชีวิต (meaning and purpose) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มบุคลากรสุขภาพช่วงการระบาดของ COVID-19 สะท้อนให้เห็นว่า สุขภาวะทางจิตมีบทบาทในฐานะปัจจัยป้องกันความเครียดและความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Trachik และคณะ (2023) ชี้รายงาน bahwaแบบจำลองสุขภาวะทางจิตของ Ryff ไม่สามารถยืนยันได้ในกลุ่มทหารสหรัฐฯ ก่อนการปฏิบัติการกิจในตะวันออกกลาง แม้จะใช้วิธีการวิเคราะห์ไหมเดลหลากหลายรูปแบบ ทั้งนี้ เนื่องจากบริบทของทหารมีลักษณะเฉพาะ เช่น ความเครียดจากงาน ความแตกต่างด้านอำนาจในการตัดสินใจ และโครงสร้างลำดับชั้น ซึ่งทำให้แบบวัดของ Ryff ไม่สามารถสะท้อนสุขภาวะของกลุ่มนี้ได้อย่างแม่นยำ แต่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล แบบจำลองนี้ยังคงมีความเหมาะสม โดยเฉพาะในมิติที่เน้น “พลังภายใน” และ “การเติบโตจากประสบการณ์”

2. ลักษณะประสบการณ์ มุมมอง และกลไกการรับมือของบุคลากรทางการแพทย์ต่อสภาวะทางจิตในบริบทพื้นที่อำเภอมวกก่อ

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในอำเภอมวกก่อเผชิญกับความท้าทายจากทรัพยากรที่จำกัด แต่สามารถพัฒนากลไกการรับมือเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแสดงถึงการมีสุขภาวะทางจิตในทุกมิติตามกรอบแนวคิดของ Ryff

การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life)

บุคลากรสะท้อนแรงจูงใจภายในที่ชัดเจน ทั้งในการพัฒนาตนเองทางวิชาชีพ การมีบทบาทต่อชุมชน และการแสวงหาสมดุลชีวิต สอดคล้องกับ Barcaccia et al. (2023) ที่ระบุว่า "การมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน" ส่งผลดีต่อสุขภาวะทางจิตโดยรวม และช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ เช่นเดียวกับ Schaefer et al. (2013) ที่ชี้ว่าการตีความประสบการณ์ยากลำบากอย่างมีความหมายช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ความงอกงามในตนเอง (Personal Growth)

บุคลากรสะท้อนการเติบโตจากประสบการณ์ตรง ทั้งด้านทักษะวิชาชีพ ทักษะชีวิต และการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันทินารี คงยืน (2560) ที่พบว่า การทำงานในพื้นที่ห่างไกลเปิดโอกาสให้บุคลากรได้ฝึกฝนทั้งทักษะและการจัดการตนเอง ส่วน จิตภา ดวงทิพย์ และ ภาสกร เติรวิพงษ์ (2562) เน้นว่าการตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองเป็นแรงผลักดันที่สำคัญของมนุษย์

ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations with Others)

บุคลากรให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ การสนับสนุนซึ่งกันและกันในทีม และการรักษาความสัมพันธ์กับครอบครัว สอดคล้องกับ Keyes (1998) ซึ่งระบุว่า ความสัมพันธ์เชิงบวกมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและลดความโดดเดี่ยวทางจิตใจ และการศึกษาของ ณัฐวรรณ เกอะประสิทธิ์ (2566) ที่พบว่า การทำงานร่วมกันอย่างเป็นทีมช่วยเพิ่มความสุขในการทำงาน ลดความเหนื่อยล้า และสร้างแรงจูงใจ

ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)

บุคลากรแสดงความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง การกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ และการจัดการกับแรงกดดันอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Saraswati และ Lie (2020) ที่พบว่า บุคลากรที่มีความสามารถในการกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง และรู้จักจัดการขอบเขตบทบาท มีแนวโน้มรับมือกับความเครียดได้ดีกว่า

ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery)

บุคลาการแสดงความสามารถในการปรับตัวกับข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบท จัดลำดับภาระงาน และพัฒนากลยุทธ์จัดการความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia, Al Nima, & Kjell (2014) ที่เสนอว่าการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดคือการสร้างสมดุลระหว่าง "การเลือก" กับ "การปรับตัว" และสอดคล้องกับแนวทางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่ส่งเสริมระบบการทำงานแบบคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ชนบท

การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance)

บุคลาการสะท้อนความสามารถในการมองตนเองอย่างเป็นกลาง เข้าใจข้อจำกัด และยอมรับผลของการตัดสินใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ MacInnes (2006) ที่พบว่า บุคคลที่มีระดับการยอมรับตนเองสูง จะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า และสามารถรับมือกับแรงกดดันได้ดีกว่า ในบริบทไทย นภาพันธุ์ ใจคำปัน (2564) ระบุว่า ความสามารถในการยอมรับข้อจำกัดมีส่วนช่วยลดแรงต้านทางอารมณ์ และเสริมการปรับตัวเชิงบวก และ ชาญ รัตน์ะพิสิฐ และ ชัญญา ลีศัตร์พ่าย (2559) พบว่าแรงจูงใจภายในที่ตั้งอยู่บนการเห็นคุณค่าในงานมีบทบาทในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในวิชาชีพ

สรุปผลการวิจัย

บุคลาการทางการแพทย์ในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่มีสุขภาวะทางจิตจิตตามแนวคิด Ryff โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.04, SD = .44) โดยด้านเป้าหมายในชีวิตมีค่าสูงสุด รองลงมาคือ ความมองงามในตนเอง และด้านการยอมรับตนเองมีค่าต่ำสุด ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่าบุคลาการสามารถปรับตัวและรับมือกับความท้าทายในการทำงานได้ดี ส่งผลให้มีสัมพันธภาพเชิงบวกและลดความเครียด กลยุทธ์สำคัญ ได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญของงานและการสนับสนุนทางสังคม ขณะที่แนวทางพัฒนานั้น การเสริมสร้างทักษะ การสร้างสมดุลระหว่างงานและชีวิต และการพัฒนาเครือข่ายสนับสนุนในองค์กรเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาระดับสุขภาวะทางจิตในองค์กร

1.1 ในมิติการยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) สามารถส่งเสริมการสะท้อนตน (Self-reflection) และการฝึกเมตตาต่อตนเอง (Self-compassion) ผ่านโปรแกรมอบรมหรือกิจกรรมกลุ่ม เช่น mindfulness-based intervention, narrative practice หรือโปรแกรมดูแลจิตใจเพื่อวิชาชีพที่เผชิญความเครียดเรื้อรัง ซึ่งช่วยพัฒนาการยอมรับตนเองและลดภาวะซึมเศร้า (Neff, 2011; MacInnes, 2006)

1.2 ในมิติ ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) พัฒนาโครงสร้างสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการงานและสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบมอบหมายงานที่ยืดหยุ่น ระบบให้คำปรึกษา หรือทีม peer support ที่ช่วยลดภาระตัดสินใจเดียว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Garcia, Al Nima และ Kjell (2014) ที่เสนอว่า ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมเกิดจากการสร้าง “ความรู้สึกมีอำนาจควบคุมร่วม” มากกว่าการควบคุมโดยลำพัง

1.3 สนับสนุนวัฒนธรรมการทำงานที่เปิดรับความผิดพลาดโดยไม่ตัดสิน ผ่านการจัดประชุมสะท้อนงานอย่างปลอดภัย (psychological safety), การให้คำแนะนำแบบสร้างสรรค์ และการเปิดพื้นที่ให้บุคลากรสามารถเสนอทางเลือกใหม่ ๆ ได้ ซึ่งมีบทบาทในการเสริมความมั่นใจและลดความกลัวผิดพลาด (Edmondson & Lei, 2014)

1.4 ส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้และการพัฒนา Soft skills ที่เกี่ยวข้องกับ Self-regulation และการแก้ปัญหา เช่น การจัดอบรมด้านการบริหารเวลา (Time management), การควบคุมอารมณ์ (Emotional regulation) และการปรับกรอบความคิดเชิงบวก (Cognitive reframing) ซึ่งช่วยให้บุคลากรสามารถควบคุมชีวิตและบทบาทของตนในบริบทที่มีข้อจำกัด (Ryan & Deci, 2000)

2. การประยุกต์แบบวัดสุขภาวะทางจิตในกระบวนการคัดเลือกบุคลากร

การนำแบบวัดสุขภาวะทางจิตมาใช้ร่วมกับการประเมินคุณสมบัติอื่น เช่น ความรู้และทักษะ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดเลือกบุคลากรให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อำเภอมกน้อยซึ่งมีข้อจำกัดเฉพาะ เช่น ความยากลำบากในการเดินทางและทรัพยากรที่จำกัด การคัดเลือกบุคลากรที่มีพื้นฐานสุขภาวะทางจิตดีจะช่วยส่งเสริมความยั่งยืนของการทำงานในระยะยาว (Wright & Bonett, 2007)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง

ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีระดับสุขภาวะทางจิตต่ำ การวิจัยในลักษณะนี้จะช่วยให้สามารถพัฒนาวิธีการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมและวัดผลได้จริงในบริบทเฉพาะของพื้นที่ (Schaefer et al., 2013)

2. การศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาเพิ่มเติม

ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) บุคลิกภาพ (Personality Traits) ความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment) หรือภาวะซึมเศร้า (Depression) ที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในแต่ละด้าน การศึกษาเชิงลึกเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ และสุขภาวะทางจิตได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น (Keyes, 1998; Wright & Bonett, 2007)

เอกสารอ้างอิง

- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และ จตุพร แสงกุล. (2560). ความคิดยุติธรรมในการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: สืบค้นจากแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(3), 211–222.
- จิตาภา ดวงทิพย์ และ ภาสกร เติวิพงษ์. (2562). ปัจจัยพยากรณ์ความผาสุกทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]
- ชาญ รัตนะพิสิฐ และ ชัญญา ลีศัตรูพาย. (2559). อิทธิพลของการสื่อสารแบบกัลยาณสนทนา เจตคติการขึ้นขอบหรือรังเกียจกลุ่ม และทักษะชีวิตต่อสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมนุษยศาสตร์ปริทรรศน์ (MANUTSAT PARITAT: Journal of Humanities)*, 37(2)
- ญาดา ธงธรรมรัตน์. (2565). การพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิต (PWBS) ฉบับภาษาไทย. กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต.
- ณัฐวรรณ เกอะประสิทธิ์. (2566). สุขภาวะทางจิตและงานที่มีความหมายที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- นคร ศรีสินทร และ ยรรวศ์ คุณากร. (2565). ความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลภาครัฐ. *วารสารวิจัยทันตแพทยศาสตร์*, 25(2), 145–158.
- นภาพันท์ ใจคำปัน. (2564). ความท้าทายในงาน สุขภาวะทางจิต และความสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน ที่ส่งผลต่อความผูกพันในงานของพนักงานศูนย์การค้า [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล]. ฐานข้อมูลมหาวิทยาลัยมหิดล. <https://archive.cm.mahidol.ac.th/handle/123456789/4140>
- นันทินารี คงยืน. (2560). ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา. *วารสารกฎหมายและสาธารณสุข*, 3(3), 173–185. https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-3/12-Nantinaree%20Khongyuen.pdf
- ยุวดี เมืองไทย. (2551). ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- วรัปสร รหิตะบุตร. (2549). การแปลและปรับแบบวัดสุขภาวะทางจิต Ryff's PWB ฉบับภาษาไทย. *เอกสารการวิจัย*, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- วัลลภ เรือนทองเงิน และ ชาญนุวัฒน์พงศ์ สมุทรเวทย์. (2565). การพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอมก๋อย. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 2(1), 60–72.
- วิโรจน์ สารรัตน์. (2562). แนวทางการวิจัยเชิงผสมวิธีแบบคู่ขนานในงานวิจัยทางการจัดการ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 13(1), 143–158. https://www.thonburi-u.ac.th/Journal/Document/13-1/Journal13_01_12.pdf
- วิลาสินี โอภาสศิริกุล, ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, & ธาณี แก้วธรรมมานุกุล. (2558). ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *Nursing Journal*, 42(2), 49–61.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2566 จาก <https://www.govsite.com/uploads/201711031510355vOIPg8/store/20171103214853j1U49gG.pdf>
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ กรรณิการ์ สุขเกษม. (2551). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตไกล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- Bamforth, S., Aboaja, A., & McLoughlin, L. (2023). Mental health and resilience among healthcare workers during complex emergencies. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100, 100148. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100148>
- Bannon, J., Evans, C. T., Freedman, M., Lee, C., Vu, T. H., Wallia, A., Wilkins, J. T., Moskowicz, J. T., & Hirschhorn, L. R. (2022). Psychological wellbeing and the association with burnout in a cohort of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Health Services*, 2, 994474. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.994474>
- Barcaccia, B., Couyoumdjian, A., Di Consiglio, M., Papa, C., Ganucci Cancellieri, U., & Cervin, M. (2023). Purpose in life as an asset for well-being and a protective factor against depression in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 14, 1250279. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1250279>
- Boylan, J. M., Tompkins, J. L., & Krueger, P. M. (2022). Psychological well-being, education, and mortality. *Health Psychology*, 41(3), 225–234. <https://doi.org/10.1037/hea0001159>
- Ceular-Villamandos, N., Ortega-Moreno, M., & Fernández-Prados, J. S. (2024). The wellbeing of healthcare workers in rural settings: Challenges and perspectives. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11, Article 2484. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-02884-y>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Edmondson, A. C., & Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 23–43.
- Fredrickson, B. L., Grewen, K. M., Coffey, K. A., Algoe, S. B., Firestone, A. M., Arevalo, J. M. G., Ma, J., & Cole, S. W. (2013). A functional genomic perspective on human well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(33), 13684–13689. <https://doi.org/10.1073/pnas.1305419110>
- Garcia, D., Al Nima, A., & Kjell, O. N. E. (2014). The affective profiles, psychological well-being, and harmony: Environmental mastery and self-acceptance predict the sense of a harmonious life. *PeerJ*, 2, e259. <https://doi.org/10.7717/peerj.259>
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137–164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Leung, K., Chiu, M. Y. L., & Chan, S. K. W. (2024). Occupational stress and psychological well-being among frontline healthcare workers: A global review. *PLOS ONE*, 19(3), e0300329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300329>
- MacInnes, D. L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: An examination into their relationship and their effect on psychological well-being. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 483–489.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Palmer, M., Larkin, M., de Visser, R., & Fadden, G. (2010). Developing an interpretative phenomenological approach to focus group data. *Qualitative Research in Psychology*, 7(2), 99–121. <https://doi.org/10.1080/14780880802513194>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719.
- Ryff, C. D., Radler, B. T., & Friedman, E. M. (2015). Persistent psychological well-being predicts improved self-rated health over 9–10 years: Longitudinal evidence from MIDUS. *Health Psychology Open*, 2(2), 2055102915601582. <https://doi.org/10.1177/2055102915601582>
- Saraswati, K. D. H., & Lie, D. (2020). Psychological well-being: The impact of work-life balance and work pressure. In A. F. Situmorang, T. Ginting, & T. Gunawan (Eds.), *Proceedings of the 2nd Tarumanagara International Conference on the Applications of Social Sciences and Humanities (TICASH 2020)* (pp. 665–669). Atlantis Press.
- Schaefer, S. M., Morozink Boylan, J., Van Reekum, C. M., Lapate, R. C., Norris, C. J., Ryff, C. D., & Davidson, R. J. (2013). Purpose in life predicts better emotional recovery from negative stimuli. *PLOS ONE*, 8(11), e80329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080329>
- Seifert, T. A. (2005). The Ryff scales of psychological well-being. *Assessment Update*, 17(6), 9–12.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage Publications.

- Teo, I., Nadarajan, G. D., Ng, S., Bhaskar, A., Sung, S. C., Cheung, Y. B., Pan, F. T., Haedar, A., Gaerlan, F. J., Ong, S. F., Riyapan, S., Do, S. N., Luong, C. Q., Rao, V., Soh, L. M., Tan, H. K., & Ong, M. E. H. (2022). The psychological well-being of Southeast Asian frontline healthcare workers during COVID-19: A multi-country study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6380. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116380>
- Tomkins, L., & Eatough, V. (2010). Reflecting on the use of IPA with focus groups: Pitfalls and potentials. *Qualitative Research in Psychology*, 7(3), 244–262. <https://doi.org/10.1080/14780880903121491>
- Trachik, B., Fawver, B., Trapp, S. K., Goldberg, S. B., Ganulin, M. L., Kearns, N. T., McKeon, A. B., Dretsch, M. N., & Sowden, W. J. (2023). Measurement validity of the six-factor model of psychological well-being in a military sample: Implications for measuring well-being in service members. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pas0001239>
- Van Dierendonck, D., & Lam, C. (2022). Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review of psychological intervention studies. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(3), 880–904. <https://doi.org/10.1111/aphw.12398>
- Wright, T. A., & Bonett, D. G. (2007). Job satisfaction and psychological well-being as nonadditive predictors of workplace turnover. *Journal of Management*, 33(2), 141–160. <https://doi.org/10.1177/0149206306297582>