

การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

นางนุสรุา นามเดช

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2539
ISBN 974-634-609-1
ลิขสิทธิ์ ของบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากโครงการวิจัยวัฒนธรรมกรุงเทพมหานคร

**THE CONSTRUCTION OF MENTAL HEALTH SCREENING TEST
FOR THE AGED**

Mrs. Nusara Namdej

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

For the Degree of Master of Science

Department of Psychiatry

Graduate School

Chulalongkorn University

Academic Year 1996

ISBN 974-634-609-1

พิมพ์ต้นฉบับบทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภายในกรอบสี่เหลี่ยมนี้เพียงแผ่นเดียว

นุสรานามเดช : การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (THE CONSTRUCTION OF MENTAL HEALTH SCREENING TEST FOR THE AGED)
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิวรรณ นิวัตพันธุ์, อาจารย์ที่ปรึกษา (ร่วม) รองศาสตราจารย์ ดร.เชิดศักดิ์ โฆवालินธุ์, 100 หน้า. ISBN 974-634-609-1

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบทดสอบสำหรับคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเอง โดยกำหนดโครงสร้างสุขภาพจิตประกอบด้วยภาวะความตึงเครียดของจิตใจและภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ หากคุณภาพของแบบทดสอบในเรื่องความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความชำนาญทางจิตเวชผู้สูงอายุ ได้ข้อคำถามรวม 42 ข้อ นำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 248 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์จำนวน 62 คน และกลุ่มปกติจำนวน 186 คน

ผลการวิจัยพบว่า แบบทดสอบที่สร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าความคงที่ภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ในองค์ประกอบภาวะความตึงเครียดของจิตใจ เท่ากับ .93 องค์ประกอบภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจเท่ากับ .85 และรวมทั้งฉบับเท่ากับ .94 แบบทดสอบที่สร้างขึ้นมีความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงตามสภาวะการณ์ โดยคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในองค์ประกอบย่อยและรวมทั้งฉบับ พบว่า จุดตัดคะแนนที่ 18 ของการทดสอบทั้งฉบับ เป็นจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตได้ดีที่สุด โดยให้ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 85.5 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 83.3 ค่าการคาดคะเนบวกเท่ากับร้อยละ 63.1 ค่าการคาดคะเนลบเท่ากับร้อยละ 94.5 และอัตราผลบวกปลอมเท่ากับร้อยละ 16.7 แสดงว่า แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นนี้มีคุณสมบัติเหมาะสมสามารถใช้คัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....
ปีการศึกษา.....2539.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

C745151 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD:

SCREENING TEST / MENTAL HEALTH / THE AGED

NUSARA NAMDEJ : THE CONSTRUCTION OF MENTAL HEALTH SCREENING TEST FOR THE AGED. THESIS ADVISOR : ASSIS.PROF. RAVIWAN NIVATAPHAN, MD. THESIS CO-ADVISOR : ASSOC. PROF. CHIRDSAK KOWASINT, Ed.D. 100 pp.

ISBN 974-634-609-1

The Mental Health Screening Test was developed to measure psychological distress and psychological well-being related to mental health of the elderly. The congruence between logical judgement of experts for each item was used to refer the content validity before implimenting. The 42 items of Mental Health Screening Test was administered to 248 elderly, 62 were mental distress diagnosed by psychiatrist and 186 were mentally healthy.

Internal consistency estimated by coefficient alpha for psychological distress scale was .93; for psychological well-being was .85 and for all was .94. There were statistically significant differences between the mean score of mental distress and normal group for psychological distress, psychological well-being and total scale. The evidence showed construct and concurrent validity of Mental Health Screening Test. Finally, the cut-off point of total scale at score 18 was appropriated to carry sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and false positive rate more efficient (sensitivity = 85.5%, specificity = 83.3%, positive predictive value = 63.1%, negative predictive value = 94.0%, false positive rate = 16.7%). On the basis of the study Mental Health Screening Test adequated for screening used.

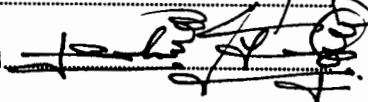
ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....

สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....

ปีการศึกษา..... 2539.....

ลายมือชื่อนิสิต..... 

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... 

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวศพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร. เชตศักดิ์ โฆวาสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์(ร่วม) ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ให้กำลังใจและควบคุมการวิจัยด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในเจตนาและความกรุณาของท่านทั้งสองเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงพัชรินทร์ วณิชชานนท์ นายแพทย์ใหญ่ระดับ 8 โรงพยาบาลสมเด็จพระยา แพทย์หญิงวารภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ โรงพยาบาลประสาทพญาไท ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ผู้วิจัยตลอดจนเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรพรรณ ทองแดง จิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รองศาสตราจารย์กนกรัตน์ สุชะตุงคะ นักจิตวิทยา ภาควิชาจิตเวช-ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลและอาจารย์ธีรบูรณ์ สมบูรณ์เถกิง อาจารย์ประจำสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สละเวลาของท่านให้คำแนะนำและตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและความเที่ยงตรงด้านภาษาของเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ อาจารย์ภาควิชาวิจัย การศึกษา ประธานการสอบวิทยานิพนธ์ และ แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย คณะอนุกรรมการโครงการวิจัยวัฒนธรรมกรุงเทพมหานคร และมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธรณ์ที่ให้การสนับสนุนทุนทรัพย์เพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอบคุณคุณพวงค์ศรี ชันธิกุล คุณชนิดา เรืองเดชและเพื่อน ๆ พี่น้อง ๆ ชาวสุขภาพจิตรุ่น 6, 7, 8 ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือการวิเคราะห์ข้อมูลและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ขอกราบระลึกถึงพระคุณคุณพ่อสมพงษ์-คุณแม่วินิจ คล้ายสุวรรณ และขอบคุณพี่และน้องสาวที่ให้การสนับสนุนด้านการศึกษาและให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด รู้สึกซาบซึ้งใจกับการเสียสละของสามีและลูกสาวคุณธีรพงษ์ นามเดชและเด็กหญิงศุภิสรา นามเดช ซึ่งอดทน ให้กำลังใจและรอคอยความสำเร็จของผู้วิจัย

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมในการวิจัยและขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจและมีส่วนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยจะระลึกถึงในพระคุณของทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้นและที่ไม่อาจกล่าวนามได้ทั้งหมดในที่นี้ตลอดไป

นุสรรา นามเดช

สารบัญ

ช

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญแผนภูมิ	ฎ

บทที่

1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
	คำจำกัดความของผู้สูงอายุ.....	6
	การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุปกติ.....	6
	นิยามแนวคิดของสุขภาพจิต สุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	9
	สุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	9
	เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิต.....	24
	องค์ประกอบสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	26
	ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ.....	26
	ความพึงพอใจในชีวิต.....	26
	การมีสัมพันธภาพระหว่างคนร่วมวัยและต่างวัย.....	29
	ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ.....	32
	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	33
	ภาวะความวิตกกังวล	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 40
	การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ..... 40
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 45
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 46
	การคัดเลือกจุดตัดที่เหมาะสม..... 48
	การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 49
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 50
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 51
	วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ..... 51
	วิเคราะห์ความตรง (vailidity) ของแบบทดสอบโดยการหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construc validity) ของแบบทดสอบโดย t-test independence..... 53
	คัดเลือกจุดตัดที่เหมาะสมและหาค่าความไว ความจำเพาะและค่าการคาดคะเน ของแบบทดสอบ..... 57
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ 60
	สรุปผลการวิจัย..... 61
	อภิปรายผล 63
	ข้อเสนอแนะ 69
	รายการอ้างอิง 70
	ภาคผนวก..... 76
	ภาคผนวก ก. แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ..... 77
	ภาคผนวก ข. ตารางแสดงรายชื่อแบบทดสอบที่ถูกลำมาคัดเลือกข้อคำถาม และ เอกสารอ้างอิง..... 83
	ตารางแสดงข้อความที่ถูกคัดเลือกและเอกสารอ้างอิง 85
	ภาคผนวก ค. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุปกติ..... 88

สารบัญ (ต่อ)

ณ

หน้า

ภาคผนวก ง. เปรียบเทียบผลของเครื่องมือใหม่และผลของการทดสอบมาตรฐาน โดยใช้ตาราง 2x2	94
ภาคผนวก จ. กราฟแสดง Receiver Operating Characteristic (ROC) curves สำหรับประเมินจุดตัดที่เหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด.....	97
ประวัติผู้วิจัย.....	100



สารบัญญัตินำ

ตารางที่	หน้า	
1	ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ มีปัญหาสุขภาพจิต และรวมทั้งสองกลุ่ม แยกตามองค์ประกอบของสุขภาพจิตและรวมทั้งฉบับ	52
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุปกติและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต	53
3	ผลการทดสอบของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้สูงอายุปกติ แยกตามรายชื่อของแบบทดสอบโดยการทดสอบด้วยt-test	55
4	เปรียบเทียบค่า sensitivity,specificity,positive predictive value (PPV) negative predictive value(NPV) ของแบบทดสอบที่จุดตัดคะแนนต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อใช้คะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับ.....	57
5	เปรียบเทียบค่า sensitivity,specificity,positive predictive value (PPV) negative predictive value(NPV) ของแบบทดสอบที่จุดตัดคะแนนต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อคิดคะแนนจากองค์ประกอบสุขภาพจิตในส่วนของภาวะความตึงเครียดของจิตใจ.....	58
6	เปรียบเทียบค่า sensitivity,specificity,positive predictive value (PPV) negative predictive value(NPV) ของแบบทดสอบที่จุดตัดคะแนนต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อคิดคะแนนจากองค์ประกอบสุขภาพจิตในส่วนของภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ	59
7	รายชื่อแบบทดสอบที่ถูกลำมาคัดเลือกข้อคำถามและเอกสารอ้างอิง	83
8	แสดงข้อความที่คัดเลือกและเอกสารอ้างอิง	85
9	แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุปกติ	89



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคมของวัยรุ่นหนุ่มสาวกับวัยรุ่นสูงอายุ	33
2 โครงสร้างของสุขภาพจิตที่ใช้ในการศึกษา	45
3 แสดงผลของจุดตัดคะแนนต่าง ๆ	48
4 การเปรียบเทียบผลของเครื่องมือใหม่และผลของการทดสอบมาตรฐานโดยใช้ ตาราง 2 x 2	95
5 กราฟแสดง ROC curves สำหรับประเมินจุดตัดที่เหมาะสมในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุทั้งหมด.....	98



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เป็นวัยซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง โดยลักษณะการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางเสื่อม การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีผลทำให้สมรรถภาพร่างกายลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ประสาทสัมผัสทำงานได้น้อยลง ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับโลกภายนอกจึงจำกัด นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาสุขภาพ กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุทุกคนมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้น ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย จึงทำให้รู้สึกสูญเสียบทบาทต่าง ๆ สูญเสียอำนาจ สถานะทางเศรษฐกิจ และบทบาทความสำคัญจากการเกษียณอายุ สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวจากการที่ลูกหลานแยกตัวไปสร้างครอบครัวใหม่ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักคือคู่ชีวิต พี่น้องและเพื่อนร่วมวัย⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสังคมมีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุโดยตรง การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไป บางคนมองเห็นคุณค่าและความสามารถของตนเอง บางคนมองอย่างไร้ความหมายกับการรอวันตาย^(2,3,4)

สำหรับลักษณะความคิดและจิตใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นั้น มักยึดมั่นกับความคิด และเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก รู้สึกท้อแท้และน้อยใจได้ง่าย แม้เมื่อมีสิ่งกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธ นอกจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุแล้ว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม มีกระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม (acculturation) และกระบวนการทำให้ทันสมัย (modernization) ทำให้เกิดผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ดังที่วีรสิทธิ์ ลิทธิไตรย์ และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า ผลกระทบจากการรับนวัตกรรมและความทันสมัย ทำให้เกิดความสะตอกสบายมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็มีผลให้ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ทำให้ระบบการเคารพผู้อาวุโสเสื่อมลง คิดว่าผู้อาวุโสนั้นมีความคิดอ่านช้า ล้าหลัง หัวโบราณ ขาดการดูแลเอาใจใส่ เพราะลูกหลานต้องไปทำมาหากิน มีปัญหาเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่ยากจนได้รับผลกระทบทางจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจดี เพราะต้องครุ่นคิดกังวลอยู่กับการดำรงอยู่ของชีวิตตนเอง ต้องหาเลี้ยงตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่เศรษฐกิจดีมักทุกข์ใจกับความประพืดของลูกหลาน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียดมากมาย แต่ความสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับการ

เปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ มีน้อย จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต⁽⁶⁾ ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมักจะเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของวัยมากกว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม⁽⁶⁾ ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพกาย วิตกกังวลเกรงว่าจะไม่มีคนดูแล กลัวถูกทอดทิ้ง ว้าเหว่ หวาดระแวง การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ติดสุรา หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า แยกตัว ความจำเสื่อม บางคนมีอาการแสดงออกเป็นความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบายทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ วิงเวียน อ่อนเพลีย เป็นต้น บางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิต โรคประสาท^(1,7)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ความชุกของโรคทางจิตเวชทั้งหมดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 30-35 เปอร์เซ็นต์ ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาไม่สามารถสรุปได้เนื่องจากวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน จึงพบความชุกของโรคทางจิตเวช ตั้งแต่ 2 เปอร์เซ็นต์ในไต้หวัน จนถึง 33 เปอร์เซ็นต์ ในชุมชนเขตชนบทของแคว้นเบงกอลตะวันตกในประเทศอินเดีย สำหรับในประเทศไทย เกษม ต้นติผลาชีวะ⁽⁷⁾ ได้รายงานปัญหาจิตเวชที่พบในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามี 4.58% 6.09% และ 5.89% ในปี พ.ศ.2522, พ.ศ.2523 และพ.ศ.2524 ตามลำดับ เมื่อแยกประเภทของปัญหาจิตเวช (เฉพาะในปี พ.ศ.2524) ก็พบว่าเป็น neuroses 29.7% senile dementia 23.66% unspecified psychosis 11.45% schizophrenia 3.82% และ alcoholic dependence 3.82% ส่วนความชุกของปัญหาจิตเวชผู้สูงอายุในชุมชนนั้น อิงใจ จันทมูล⁽⁸⁾ ได้ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2539 พบว่า อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อม มีร้อยละ 3.2 และอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า มีร้อยละ 2.4 สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ใช่การเจ็บป่วยทางจิตเวช ในผู้สูงอายุ จากการสำรวจของบรรลุ ศิริพานิช⁽⁷⁾ พบว่าผู้สูงอายุเพศชาย ตอบว่ามีสุขภาพจิตดี 62% และ ผู้สูงอายุเพศหญิง ตอบว่ามีสุขภาพจิตดี 54% ผู้สูงอายุทั่วประเทศ 58% ฟังญาติอยู่ มีเพียง 40% ที่ฟังตนเองได้ นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์⁽⁹⁾ ทำการสำรวจโดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 3,252 ราย พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 10 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยรู้สึกว้าเหว่ ขาดเพื่อน และไม่เป็นที่ต้องการของใคร จะเห็นว่าการศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน โดยเฉพาะในปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ใช่เป็นการเจ็บป่วยทางจิต และไม่สามารถนำมาศึกษาเปรียบเทียบกันได้ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะมีหลักเกณฑ์การประเมินภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

โดยทั่วไปการวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทางคลินิก กระทำโดยการซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) ซึ่งจิตแพทย์เป็นผู้ตรวจวินิจฉัย แต่ในสภาพความเป็นจริง จำนวนจิตแพทย์มีไม่พอเพียง และไม่มีในทุกสถานบริการสาธารณสุข โดย

เฉพาะในระดับชุมชน ถ้ามีแบบทดสอบที่ใช้ได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว สามารถใช้ได้โดยบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่มีใช้จิตแพทย์ เป็นแบบทดสอบในการคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย สามารถประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง การวางแผนดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อไป สำหรับเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันมีในรูปของแบบสัมภาษณ์ (interview) เช่น Present State Examination (PSE) และแบบสอบถามให้รายงานด้วยตนเอง (Self-report Questionnaire) ซึ่งนำของต่างประเทศมาใช้จำนวนมาก เช่น The Symptom Checklist - 90 (SCL 90) จำนวน 90 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดยละเอียด ชูประยูร (2521) Health Opinion Survey ซึ่งบรรจง สืบสมาน ดัดแปลงมาใช้คนแรกในประเทศไทย ยรรยง ศุภรัตน์และคณะ (2522) นำ The Cornell Medical Index Health Questionnaire มาใช้ ปฐมสวรรค์ปัญญาเลิศ และคณะ (2537) ใช้ Diagnostic Interview Schedule (DIS) ชัชวาลย์ ศิลปกิจ นำ General Health Questionnaire (GHQ) มาใช้ เป็นต้น⁽¹⁰⁾ สำหรับแบบสัมภาษณ์ต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานเป็นชั่วโมง หรือกว่านั้น และต้องใช้ผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะ และแบบที่ให้รายงานด้วยตนเองดังกล่าวข้างต้น เป็นแบบสอบถามที่ใช้กับประชากรวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15-60 ปี) ไม่ใช่ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง ส่วนใหญ่เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งจะคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยเพื่อการรักษา ไม่สามารถคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในลักษณะที่ไม่ใช่การเจ็บป่วยที่ชัดเจน ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้พบมากและมีอยู่ทั่วไปในสังคม ถ้ามีแบบทดสอบที่สามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในลักษณะดังกล่าวได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพจิต เนื่องจากโรคจิตเวชถึงแม้จะไม่รุนแรงจนถึงชีวิต แต่ก็เป็นโรคเรื้อรังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดความพิการ สูญเสียทรัพยากรบุคคลที่จะเป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุขึ้นใหม่ จากการศึกษาค่านิยม และข้อความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต สุขภาพจิตผู้สูงอายุ จิตวิทยาผู้สูงอายุ และแบบทดสอบเกี่ยวกับสุขภาพจิต ที่เป็นมาตรฐานของต่างประเทศ เพื่อให้ได้แบบทดสอบในการนำมาคัดกรองภาวะ สุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย สามารถใช้โดยบุคลากรทางสุขภาพจิตทั่วไป เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักศึกษาพยาบาล เป็นต้น และเป็นแบบทดสอบที่มีคุณค่า ความตรงและความเชื่อมั่นเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสร้างแบบทดสอบในการนำมาคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยกำหนดให้มีค่าความไวของแบบทดสอบที่สร้างขึ้น (sensitivity) อย่างน้อยร้อยละ 80 และค่าความจำเพาะ (specificity) อย่างน้อยร้อยละ 80

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
3. สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจ สภาพชีวิตตามการรับรู้ ของแต่ละบุคคล ในเรื่องของความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) คือ ความพึงพอใจในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และความผิดปกติของจิตใจ (psychological distress) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล
4. ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ลักษณะของสุขภาพจิตที่ดีและไม่ดี โดยวัดได้จากคะแนนการทำแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่สร้างขึ้น โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะได้คะแนนจากการทำแบบทดสอบต่ำ ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีจะได้คะแนนจากการทำแบบทดสอบสูง
5. ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความคิดความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในแง่อัตตวิสัย (subjective) เกี่ยวกับชีวิตโดยรวม ได้แก่ ความรู้สึกที่พอใจสงบและเป็นสุข พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รู้สึกว่าชีวิตมีความหวัง ชีวิตเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ มีความลงรอยระหว่างความหวังและรางวัลที่ได้รับ คือ รู้สึกว่า ตนเองสมหวังในชีวิต ประสบความสำเร็จในชีวิตตามที่ตั้งความหวังไว้
6. ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (psychological distress) หมายถึง สภาวะความผิดปกติของจิตใจ เกิดความตึงเครียด ซึ่งแสดงออกโดยมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า
7. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร่วมวัยและต่างวัย หมายถึง การคบหาสมาคมกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน และหรือต่างวัยได้อย่างสนิทสนม รักใคร่ผูกพัน เห็นใจและเข้าใจกัน ไว้วางใจ ยกย่องให้เกียรติกัน สามารถพึ่งพาอาศัยกันได้
8. แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หมายถึง แบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อคัดแยกภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้สูงอายุปกติ โดยโครงสร้างของแบบทดสอบจะวัดสุขภาพจิตใน 2 องค์ประกอบ คือ (1) psychological distress ประกอบด้วยภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล (2) psychological well-being ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลร่วมวัยและต่างวัย ซึ่งนำมาจากโครงสร้างของแบบวัดสุขภาพจิตที่พัฒนาโดย Veit และ Ware (1983)⁽¹¹⁾ คือ The Mental Health Inventory คำถามในแบบทดสอบเป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และคัดเลือกมาจากแบบทดสอบซึ่งเป็นมาตรฐานของ

ต่างประเทศ ได้แก่ Life Satisfaction Index A โดย Neugarten et al (1961)⁽¹²⁾ ซึ่งแปลและนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทยโดย ศรีเรือน แก้วกังวาล⁽¹³⁾ Life Satisfaction Index Z (LSI-Z)⁽¹⁴⁾, Life Satisfaction Index W (LSI-W)⁽¹⁵⁾, แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale)⁽¹⁷⁾ Center for Epidemiological Study Depression Scale (CES-D)⁽¹⁸⁾ The Mental Health Inventory⁽¹¹⁾, The Symptom of Anxiety and Depression Scale (SAD)⁽¹⁹⁾, แบบวัดความวิตกกังวลของ William W K Zung⁽²⁰⁾ และ The Symptom Checklist 90 (SCL 90) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ละเอียด ชูประยูร⁽²¹⁾ คำถามในแบบทดสอบมีทั้งหมด 42 ข้อคำถาม เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 3 คำตอบ โดย

คำถาม ข้อ 1-ข้อ 20 ข้อ 24,25 และ 42 ใช้คำตอบ บ่อยครั้ง หรือตลอดเวลา บางครั้ง ไม่มีเลย

คำถาม ข้อ 21,22, 23 และ ข้อ 26 ข้อ 41 ใช้คำตอบว่า ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย เมื่อนำเครื่องมือไปศึกษาวิจัยกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อให้ได้เครื่องมือมาตรฐาน มีความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ ก็จะได้แบบทดสอบเพื่อคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานสำหรับคนไทย

2. แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไปสามารถนำไปใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพจิตได้ตั้งแต่เริ่มแรกนั้น จะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือหรือวางนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไป

3. เป็นแนวทางที่จะทำการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. คำจำกัดความของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุปกติ
2. นิยาม แนวคิดของสุขภาพจิตและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
3. เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

คำจำกัดความของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุปกติ

“ผู้สูงอายุ” ความหมายตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งถือว่าบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ว่าจะชายหรือหญิงจัดเป็นผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศต่างๆ ด้วย⁽²²⁾ โดยหลักเกณฑ์ในประเทศไทยผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี และถือว่าเป็นเกณฑ์สำหรับเกษียณอายุด้วย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์อย่างมากมาย ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยกลางคนและมาส่งผลอย่างเด่นชัดในช่วงวัยอายุนี้⁽²³⁾ การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุโดยมากมักเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม สรุปได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย^(2,4,24)

ความชราเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ เมื่อเข้าสู่วัยชราหรือวัยสูงอายุ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำหน้าที่ได้โดยมีขีดจำกัด อวัยวะร่างกายทุกระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมอย่างเห็นได้ชัด ตั้งแต่ภายนอกร่างกาย คือ ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ดกกระ กกล้ามเนื้อเหี่ยว หน้าตาเหี่ยวย่น บางคนหลังค่อม เคลื่อนไหวได้ช้าลง การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลียเหนื่อยล้าเร็ว กระดูกเปราะหักง่าย ฟันหัก หมอนรองกระดูกเสื่อม ไหล่ค่อม หลังโก่ง ปวดหลัง เลนส์ตาเสื่อม สายตายาวมองเห็นไม่ชัดเจน ความสามารถในการได้ยินลดลง เป็นต้น สำหรับระบบภายในร่างกายนั้น ค่อยๆ มีการเปลี่ยนแปลงในทุกระบบ เช่น ประสิทธิภาพของการดูดซึมอาหารลดลง มีโอกาสเกิดเป็นโรคขาดสารอาหารได้ง่าย หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น อาจทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลม เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด บางครั้งเลือด

อาจไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ คนสูงอายุจึงหลง ๆ ลืม ๆ จนบางครั้งกลายเป็นคนจู้จี้ ย้ำคิด ย้ำทำ เพราะความหลงลืม และความสับสนของตนเอง

การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย เป็นเหตุให้ความสามารถในการปรับตัวของร่างกายที่มีต่อความเครียดลดลง ความสามารถในการใช้พลังงาน เพื่อรักษาและคงสภาพของร่างกายให้แข็งแรงเป็นไปได้ยาก การที่ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายระบบต่าง ๆ ลดลง โอกาสการเกิดโรคหรือเป็นโรคนั้นเป็นไปได้ง่าย ซึ่งเมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าวัยอื่น ๆ แม้จะเป็นโรคเดียวกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่อสภาพจิตใจผู้สูงอายุ เช่น การที่ประสาทสัมผัสเสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น อาจแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิดไป รู้สึกถูกทอดทิ้งจากวงสนทนา หรือบางรายกลิ่นปัสสาวะไม่ได้จะเกิดความละอายใจในการเข้าสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม เกิดความเหงา เศร้า มีปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ตลอดชีวิตของเรา จะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็น 3 ระยะ⁽²⁾ ได้แก่

1. ระยะเข้าสู่สังคม (แรกเกิดถึง 30 ปี) จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และก้าวสู่สังคมนอกครอบครัว เช่น โรงเรียน ที่ทำงาน

2. ระยะสร้างสังคม (เริ่มอายุ 30 ปี หรือ ในวัยกลางคนขึ้นไปถึงอายุ 60 ปี) สร้างครอบครัวใหม่ ซึ่งมีผลให้เกิดการพัฒนาสังคม

3. ระยะออกจากสังคม อายุ 60 ปีขึ้นไป หรือนับจากระยะปลดเกษียณจากการทำงานประจำ ซึ่งการออกจากสังคมมี 2 กรณี คือ ประการแรก เป็นข้อกำหนดให้ต้องออกจากบทบาทหน้าที่รับผิดชอบด้วยการปลดเกษียณ อีกประการหนึ่ง เป็นการออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตามวัยโดยละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิก ซึ่งในวัยหนุ่มสาวและวัยผู้ใหญ่จะมีสังคมกว้างขวางกับบุคคลหลาย ๆ กลุ่ม แต่สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนสนิท และวัดเท่านั้น

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่

การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตน บุคคลที่มีความหมายได้แก่บุคคลทั้งในและนอกครอบครัวที่สนิทสนมใกล้ชิด เช่น เพื่อน โดยเฉพาะคู่ชีวิต การตายของคู่ชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกได้มากที่สุดในชีวิต ระยะเวลาหลังจากการตายของคู่สมรสเป็นระยะเวลาของความโศกเศร้า ซึ่งผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องค่อย ๆ ปรับตัวต่อสภาพใหม่ของตนเองทีละเล็กทีละน้อย ภาวะการเป็นหม้ายจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหวในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชายที่เคยได้รับการปรนนิบัติดูแลจากภรรยา ในภาวะที่คู่ครองต้องตายจากกันนี้ผู้สูงอายุบาง

รายอาจยังมีความต้องการทางเพศตกค้างอยู่ในจิตใจ แต่เป็นเรื่องที่คนในสังคมไทยยังไม่ยอมรับว่าความต้องการนี้ยังคงมีอยู่ในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้⁽²³⁾

การเกษียณอายุ การเกษียณอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญสำหรับบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากทัศนคติของคนในสังคมที่คิดว่า คนสูงอายุจะมีประสิทธิภาพด้อยกว่า เชื่องช้า ปรับตัวไม่ดี รวมทั้งมีความอ่อนแอในการทำงานมากกว่าวัยหนุ่มสาว ทัศนคติเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุ มีทัศนคติทางลบต่อความสูงอายุ เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์ เป็นการสูญเสียรายได้ สูญเสียอำนาจ บทบาทลดลง การเกษียณอายุอาจไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยตรงจะมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ทัศนคติของบุคคลต่อการเกษียณอายุ การเตรียมตัวและวางแผนชีวิตหลังการเกษียณ ฐานะทาง เศรษฐกิจ ระดับการศึกษาเป็นต้น อย่างไรก็ตามบุคคลต้องพยายามปรับตัวเพื่อจะได้มีความสุขในบั้นปลายชีวิต

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุไม่สามารถแยกออกจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นผลมาจาก การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและสังคม

สิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุมองค้ประกอบด้วย 2 ประการ คือ สิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในของร่างกาย (environmental or extrinsic factor, intrinsic factor)^(4, 25)

1. สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่

1.1 การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก เช่น การสูญเสียคู่สมรส การสูญเสียบุตรหรือบุตรแยกไปอยู่ต่างหาก ทำให้เกิดความว้าเหว่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไร้ความหมาย ไม่รู้จะหันหน้าไปพึ่งใคร ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า

1.2 การสูญเสียปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียบทบาท, การปลดเกษียณจากการทำงานที่ผู้สูงอายุบางคน ยังมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงพอจะทำงานได้ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีค่าของตนเองลดลง สูญเสียรายได้ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเหลียวแลจากเพื่อน ญาติมิตรอย่างใกล้ชิดเหมือนแต่ก่อน

2. ปัจจัยภายในร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ในระบบต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น ทำให้เกิดโรคทางกายได้ง่าย เช่น โรคหัวใจ โรคข้อ ความจำเสื่อม สูญเสียการได้ยิน ตามองไม่เห็น เป็นต้น

ปัจจัยที่กล่าวมานี้ทำให้ผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงจิตใจ ทำให้วิตกกังวล กลัวขาดความมั่นใจและความปลอดภัยต่าง ๆ ผู้ชรามักจะชดเชยด้วยการสะสม ข้าวของ การย้ำทำ การชอบบ่น อารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่ายแต่บางรายใจดี ทั้งนี้อยู่กับสภาพแวดล้อมสังคมและประสบการณ์ที่ผ่านมา

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้สูงอายุปกติ ซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถจัดการปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

นิยาม แนวคิดของสุขภาพจิตและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

นิยาม แนวคิดของสุขภาพจิต

สุขภาพจิต (Mental Health) ความหมายตามรูปศัพท์ ได้แก่ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายของคำว่า ⁽²⁶⁾

“สุขภาพ” หมายถึง ความไม่มีโรค ความสุข

“จิต” หมายถึง ความนึกคิด

ดังนั้น “สุขภาพจิต” จึงหมายถึง ความนึกคิดที่เป็นสุขปราศจากโรค Mental Health ⁽⁴⁾

มาจากคำว่า Mental หมายถึง Pertaining to the mind (เกี่ยวกับจิตใจ)
Health หมายถึง Condition of the body or the mind

ในทางปฏิบัติกล่าวถึง คุณลักษณะของสุขภาพจิตได้ต่าง ๆ กัน เนื่องจาก สุขภาพจิตมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสุขภาพจิตเสื่อมอย่างรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิต ไปจนถึงสุขภาพจิตสมบูรณ์เต็มที่ คนทั่วไปส่วนมากจะมีระดับสุขภาพจิตปานกลาง หรือปกติ คนที่จะเป็นโรคจิต หรือมีสุขภาพจิตดีเยี่ยมนั้น จะมีจำนวนน้อยกว่า แต่จะมากน้อยเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินระดับสุขภาพจิตอีกทีหนึ่ง คุณลักษณะที่กล่าวถึงสุขภาพจิตในทางบวก ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตดี (mentally healthy) สุขภาพจิตสมบูรณ์หรือความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) เป็นต้น ส่วนคุณลักษณะที่กล่าวถึงสุขภาพจิตในทางลบ ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตเสื่อม (mentally unhealthy) ภาวะความตึงเครียดของจิตหรือ ภาวะจิตใจตกต่ำ (psychological distress) ความผิดปกติของจิตใจ (mental disorder) ความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) เป็นต้น ^(25,27) การให้นิยามและแนวคิดเกี่ยวกับ สุขภาพจิต จึงอาจจะกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีคุณลักษณะ

ที่กำหนดไว้ในทางบวกหรือทางที่ดี และ/หรือไม่มีลักษณะต่าง ๆ ในทางลบ คือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี และผู้ที่มีลักษณะต่าง ๆ ในทางลบ และ/หรือไม่มีลักษณะในทางบวก คือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตเสื่อม

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สุขภาพจิตมีหลายระดับ เนื่องจากสุขภาพจิตก็เช่นกันกับสุขภาพกายที่มีแนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่องของสุขภาพ การที่ไม่มีอาการของความเจ็บป่วยทางจิตไม่ได้แสดงว่า บุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี เช่นกันกับบุคคลที่แสดงอาการทางจิตก็ไม่ได้หมายความว่า บุคคลนั้นเป็นโรคจิตตลอดเวลา ไม่มีใครที่มีสุขภาพจิตเสื่อมหรือสุขภาพจิตดีตลอดเวลา มีผู้เปรียบเทียบภาวะ สุขภาพจิตดีและสุขภาพจิตเสื่อมไว้อย่างน่าฟังว่า “เราสามารถวางตุ๊กตารูปร่าง โดยลากเส้นสีม่วงเป็นจุดสุดท้าย สีแดงเป็นสีที่เริ่มต้น เราเห็นสีแดงและสีแตกต่างกัน แต่เราไม่สามารถแยกได้เด็ดขาดว่า สีหนึ่งต่อกับอีกสีที่ตรงไหน เช่นเดียวกับการที่เราแยกผู้ที่มีสุขภาพจิตดี และสุขภาพจิตเสื่อม เราไม่สามารถแยกผู้ที่มี สุขภาพจิตดีและสุขภาพจิตเสื่อม หรือเริ่มมีสุขภาพจิตดีได้อย่างชัดเจน”⁽²⁷⁾

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมนิยามและแนวคิดของสุขภาพจิตทั้งลักษณะที่เป็นภาวะสุขภาพจิตดี และสุขภาพจิตเสื่อม ซึ่งมีผู้ศึกษามากมายหลายท่าน เท่าที่รวบรวมได้ดังนี้

1. นักจิตวิทยาากลุ่มจิตวิเคราะห์ เน้นความสำคัญของความสามารถในการสนองแรงขับภายในตน ในขอบเขตที่สังคมยอมรับ นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้ได้แก่⁽²⁸⁾

Freud เน้นความสำคัญของความสมดุล ส่วนบุคคล หรือการมีบูรณาการรวมหน่วยของบุคลิกภาพ (personal integration) เนื่องมาจากการทำงานประสานกันได้ดีของ อิด อีโก้ และซูเปอร์-อีโก้ และมีพัฒนาการถึงขั้นมีวุฒิภาวะทางเพศที่สมบูรณ์ คือ สามารถรักได้อย่างแท้จริง และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Erikson (1963) เน้นความสำคัญของการสามารถเอาชนะความขัดแย้งภายในจากวิกฤตการณ์ตามขั้นพัฒนาการ (developmental crisis) ในแต่ละวัย องค์ประกอบของบุคลิกภาพของผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย การมีความเชื่อถือไว้วางใจ มีความเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง มีความคิดริเริ่ม มีความขยัน หมั่นเพียร มีความเข้าใจและรู้จักตนเอง สามารถให้ความสนิทสนมใกล้ชิดผู้อื่น สร้างหลักฐานความมั่นคงและการนำชนรุ่นหลัง ตลอดจนมีความมั่นคงสมบูรณ์ในตน เป็นลักษณะที่มีส่วนผสมผสานกันอยู่ ไม่ได้แยกจากกัน แต่จะแสดงลักษณะเฉพาะออกมาอย่างเด่นชัดในแต่ละวัย

Sullivan (1953) เน้นความสำคัญของการรับรู้ผู้อื่นอย่างถูกต้อง และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี คือ สามารถรับรู้ผู้อื่นได้ตามความเป็นจริงและมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

Adler เน้นความสำคัญของความสนใจและความรู้สึกทางสังคม ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นด้วยความรักมากกว่าด้วยการแข่งขัน มองเห็นเพื่อนมนุษย์มีคุณค่า

Fromm (1955) เน้นความสำคัญของบรรยากาศทางสังคมและความเป็นประโยชน์ ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้มองชีวิตในแง่ที่เป็นประโยชน์ ชื่นชมในตนเองและประสบการณ์ที่ตนประสบ สามารถรักและเข้าใจตนเอง และผู้อื่น ทำตนที่เป็นประโยชน์

2. นักจิตวิทยาในกลุ่มพฤติกรรมนิยม เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ พฤติกรรมเกือบทุกชนิดเกิดจากการเรียนรู้ บุคคลปกติ คือ บุคคลที่เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม ที่ปรับเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้⁽²⁸⁾

3. นักจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยม เน้นความสำคัญของแนวโน้มตามธรรมชาติของมนุษย์ที่จะนำตนเองและพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้ได้แก่⁽²⁸⁾

Rogers (1951) กล่าวว่า ผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ (fully functioning person) มีวุฒิภาวะทางจิตอย่างสูงสุด ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

1. เปิดตนเองให้กับประสบการณ์อย่างเต็มที่ มีความสมดุลและสอดคล้องในตนเองอย่างสมบูรณ์
2. มีชีวิตอย่างเต็มที่ทุกขณะ อยู่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างไม่ที่สิ้นสุด
3. เชื่อในการตัดสินใจและการเลือกของตนเองเป็นตัวของตัวเองโดยปราศจากความกลัว

Maslow (1962, 1970, 1971) เน้นความสำคัญของการพัฒนาตนเองอย่างสมบูรณ์เต็มที่ ตามศักยภาพ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีการพัฒนาตนเองอย่างสมบูรณ์เต็มที่ตามศักยภาพ (self-actualizing person) มีลักษณะบุคลิกภาพที่สำคัญ 15 ประการ คือ

1. มีการรับรู้ตรงตามความเป็นจริง
2. ยอมรับตนเองและผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตามที่เป็นอยู่จริง

3. มีความกระตือรือร้นในชีวิต มีการแสดงออกที่เป็นไปตามธรรมชาติ
 4. มองปัญหาที่ตัวปัญหาที่แท้จริงและหาทางแก้ไข
 5. มีความสันโดษ ต้องการความเป็นส่วนตัว
 6. เป็นตัวของตัวเอง ฟังตนเอง
 7. มีความชื่นชมในประสบการณ์ทุกด้านของชีวิต ทั้งกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อย่างแท้จริง
 8. มีประสบการณ์สุดยอด (peak experience) รับรู้ได้อย่างชัดเจน กว้างขวาง และลึกซึ้ง เกิดความรู้สึกดีมีค่าบ่อยครั้ง
 9. มีความสนใจทางสังคม รู้สึกเป็นมิตรกับมวลมนุษย์
 10. มีความสัมพันธ์ที่แนบแน่นลึกซึ้งกับผู้ที่เป็นที่รักจำนวนหนึ่ง ในขณะที่มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลทั่วไปได้อย่างราบรื่น
 11. มีค่านิยม ทศนคติและการแสดงออกเป็นประชาธิปไตย
 12. มองเห็นความแตกต่างของเป้าหมาย มีความแน่วแน่ในการไปสู่เป้าหมาย
 13. มีอารมณ์ขัน
 14. มีความคิดสร้างสรรค์
 15. เปิดตัวเองให้ประสบการณ์ใหม่อย่างกว้างขวาง ไม่ยอมตามผู้อื่นอย่างไร้เหตุผล
4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยพิจารณาถึงวุฒิภาวะ (mature personality)⁽²⁸⁾

Hountras (1961) กล่าวถึงบุคลิกภาพของผู้ที่มีวุฒิภาวะ 8 ประการ คือ

1. มีความเคารพตนเอง เคารพและเชื่อมั่นในผู้อื่น ลักษณะที่สำคัญคือ มีทัศนคติทางบวกต่อชีวิต
2. มีความรับผิดชอบในพฤติกรรมของตนเอง ได้รับความพึงพอใจจากทั้งการทำงานและการพักผ่อนหย่อนใจ
3. ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น
4. มีเป้าหมาย ความสนใจและการไปสู่เป้าหมายภายในขอบเขตที่สังคมยอมรับ
5. วางเป้าหมาย ได้เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริง สามารถที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น ๆ ได้
6. เมื่อเผชิญอุปสรรคและความไม่แน่นอน จะใช้วิธีแก้ปัญหา
7. มีความเข้าใจในความต้องการของตนเองอย่างถ่องแท้ ความเข้าใจดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น
8. พัฒนาปรัชญาของชีวิต ซึ่งรวมถึงค่านิยม ความเชื่อ อุดมคติและความคาดหวัง เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติ

Allport (1963) เสนอบุคลิกภาพของผู้ที่มีวุฒิภาวะ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ 6 ประการ คือ⁽²⁸⁾

1. มีความสนใจที่นอกเหนือจากตัวเอง มีความห่วงใยในสวัสดิภาพของผู้อื่น อุทิศตนให้งานที่เป็นประโยชน์ต่อมนุษยชาติ
2. มีสัมพันธภาพที่อบอุ่นกับผู้อื่น สามารถที่จะให้ความสนิทสนม ให้ความรัก สัมพันธภาพมีลักษณะของความเข้าใจและการร่วมรู้สึกมากกว่าที่จะแสดงความเป็นเจ้าของและเป็นปรปักษ์ผู้ที่มีวุฒิภาวะสามารถจะให้ความรัก ในขณะที่ผู้ที่ขาดวุฒิภาวะต้องการจะเป็นที่รัก
3. มีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สามารถที่จะระออยการตอบสนองความพึงพอใจ และปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้
4. มีการรับรู้ตรงตามความเป็นจริง และมีทักษะในการเผชิญปัญหา มีอิสระพึ่งตนเองและอาจช่วยตนเองได้
5. มีความเข้าใจในตนเองตามที่เป็นจริง และมีอารมณ์ขัน
6. มีปรัชญาชีวิตที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน พัฒนาระบบค่านิยม ความรู้สึกผิดชอบชั่วดีหรือแนวทางในการประพฤติปฏิบัติที่สอดคล้อง คงเส้นคงวาและมีความหมาย

5. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดย เน้นที่ว่าบุคลิกภาพที่ปกติ (normal personality) คือ ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี⁽²⁸⁾

Shoben (1957) กล่าวถึงบุคลิกภาพที่ปกติ ได้แก่ ลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีความเต็มใจที่จะยอมรับผลตามพฤติกรรมของตน แสดงความรับผิดชอบหรือความสามารถในการควบคุมตนเอง
2. มีความสามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
3. มีหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีเป้าหมายร่วมกันกับกลุ่ม
4. อุทิศตนต่อมาตรฐานและอุดมคติ

Barron (1954) อธิบายว่า ผู้มีสุขภาพจิตดี คือ การมีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ (sound personality) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีประสิทธิภาพในการทำงาน ประกอบด้วยความสามารถในการปรับปรุงในการใช้แหล่งวิทยาการ มีความรอบรู้ มีพลังและความสามารถในการเผชิญและต่อสู้ความตึงเครียดต่าง ๆ

2. มีการรับรู้ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง มีความเข้าใจในตนเอง
3. มีจริยธรรมสูง ไวใจได้ มีหลักศีลธรรมจรรยาที่ยึดมั่นอย่างเข้มแข็งแน่วแน่
4. มีความสามารถในการปรับตัวต่อตนเองและผู้อื่น

6. แนวคิดของนักจิตวิทยาท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับลักษณะของสุขภาพจิตที่ดี ⁽²⁸⁾

Arkoff (1968) พิจารณาลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ตามทัศนะต่าง ๆ พบว่า มีความสอดคล้องและคาบเกี่ยวกันเป็นส่วนใหญ่ ได้เสนอเกณฑ์พิจารณาลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี โดยเน้นลักษณะที่พึงปรารถนาของมนุษย์ 9 ประการด้วยกัน คือ

1. ความเป็นสุข (happiness) ได้แก่ ความพึงพอใจที่ได้รับความสุขทางใจ รู้สึกมั่นคง รู้สึกเป็นสุข เป็นลักษณะที่ซับซ้อน และเป็นอัตนัย
2. ความประสานกลมกลืน (harmony) หมายถึง สามารถได้รับความพึงพอใจจากการสนองความต้องการทั้งด้านส่วนตัวและสังคม
3. การเคารพนับถือในตน (self-regard) เป็นความนึกคิดเกี่ยวกับตนทั้งในทัศนะของตน ของผู้อื่น และตามทัศนะของสังคม ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะมีความเข้าใจตนเอง (self-insight) รู้จักตนเอง (self-identity) ยอมรับตนเอง (self-acceptance) ยกย่องนับถือในตนเอง (self-esteem) เปิดเผยตนเอง (self-disclosure)
4. การเจริญเติบโตและพัฒนาตน (personal growth) หมายถึง การพัฒนาตนอย่างสมบูรณ์เต็มที่ตามศักยภาพ อธิบายได้ตามแนวคิดของมาสโลว์ และโรเจอร์ส
5. การมีวุฒิภาวะในตน (personal maturity) หมายถึง การเรียนรู้ตามขั้นพัฒนาของชีวิต (developmental tasks) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะแต่ละวัย ตามแนวความคิดของฮาวิกเฮิร์สท์ และการสามารถเอาชนะความขัดแย้งภายในจากวิกฤตการณ์ตามขั้นพัฒนาการ (developmental crisis) ในแต่ละวัยตามแนวคิดของอีริคสัน
6. การมีบูรณาการรวมหน่วยในตน (personal integration) หมายถึง บุคลิกภาพที่มีความเป็นหน่วยเดียวกันและสอดคล้องกัน
7. มีการรับรู้โลกตามความเป็นจริง (accurate perception) มีความสามารถที่จะร่วมรู้สึก (empathize) กับผู้อื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา
8. มีประสิทธิภาพ (effectiveness) ในสิ่งแวดล้อม ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ มั่นคง สนุกสนาน มีความรักได้อย่างแท้จริง และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามทัศนะของฟรอยด์
9. ความเป็นตัวของตัวเองเป็นอิสระ (independence)

Lazarus (1969) พิจารณาลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี จากคำจำกัดความต่าง ๆ พบว่าส่วนใหญ่มีเกณฑ์ตรงกันหรือสอดคล้องกัน สรุปลักษณะสุขภาพจิตดี ได้เป็น 6 ประการ

1. ปัญญาความคิดความเข้าใจ (cognitive) ผู้มีสุขภาพจิตดีรับรู้ตนเองและโลกตามความเป็นจริง
2. ประสบการณ์ทางอารมณ์ (emotional experience) มีการแสดงออกของอารมณ์และควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์
3. ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) ซึ่งมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ประการที่หนึ่ง สร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่น เป็นมิตร ให้ความสนิทสนมชิดใกล้ผู้อื่นได้ ไม่ใช่เพียงแค่เป็นคนรู้จัก ประการที่สอง เป็นผู้ที่มีความสามารถทางสังคม คือ มีสัมพันธภาพทางสังคมที่สนองความต้องการของตนได้ในสิ่งที่ตนต้องการจะได้และมีผู้ทำให้ด้วยความเต็มใจ ประการที่สาม เป็นสัมพันธภาพที่ไม่ได้หาทางสนองความต้องการของตนโดยเรียกร้องอย่างมากจากผู้อื่น หรือหาทางเอาประโยชน์ส่วนตนฝ่ายเดียว
4. งาน (work) ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่อุทิศตนในการทำงานที่เป็นประโยชน์ ทำงานที่ได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ทำให้รู้สึกมีเกียรติ มีคุณค่า
5. ความรักและเพศ (love and sex) ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่สามารถรักใคร่อย่างแท้จริง
6. ตน (self) มีลักษณะที่สำคัญของผู้มีสุขภาพจิตดีสองประการ คือ ประการแรก มีตนเป็นอยู่จริง และตนที่แสดงออกต่อสังคมสอดคล้องกันและประการที่สอง มีทัศนคติต่อตนเองในทางบวก

สหพันธ์สุขภาพจิตโลกให้ความหมายของ สุขภาพจิตว่า หมายถึง การปราศจากการไม่ปกติทางจิต และสภาวะบุคคลจะมีชีวิตอยู่ได้อย่างราบรื่น ทั้งในด้านความเป็นอยู่ของตนเองและความเป็นอยู่กับคนอื่น สามารถปรับตัวและมีส่วนร่วมในสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เข้าใจตนเองดีพอสมควร ทั้งยังสามารถสนองความต้องการพื้นฐานของตนด้วยดี⁽³⁰⁾

Albert Deutsch (1963) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพจิตใน The Encyclopedia of Mental Health ว่า สุขภาพจิตหมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ ที่บุคคลสามารถที่จะผสมผสานความต้องการของตนได้อย่างลงตัว โดยที่สังคมยอมรับ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีความพึงพอใจในชีวิต มีความยืดหยุ่น และเป็นผู้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์⁽³¹⁾

Edgerton and Campbell (1994) ให้นิยามของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาวะความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ ดัชนีที่บ่งชี้ถึงสุขภาพจิต คือ การประสบความสำเร็จในการทำงาน ความรัก การสร้างสรรค์ มีวุฒิภาวะและยืดหยุ่น ไม่มีความขัดแย้งระหว่างความต้องการกับความถูกต้อง อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง⁽³²⁾

ประธานคณะกรรมการเรื่อง ของสุขภาพจิต ในสหรัฐอเมริกา รายงานแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิตได้แก่สิ่งที่มีผลต่อพวกเราทุกคน เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการแต่งงาน ปัญหายาเสพติดและสุรา การไม่สามารถเผชิญกับปัญหา การเกิดอุบัติเหตุร้ายแรง รู้สึกถึงความมีคุณค่าของตน ปัญหาการปรับตัวในสังคมไม่ได้ ปัญหาการดูแลเด็กเกร และสถานการณ์อื่น ๆ อีกมากมาย⁽³²⁾

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตหลายท่าน ได้แก่

ฝน แสงสิงแก้ว (2521) บิดาแห่งงานสุขภาพจิตไทย กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้⁽²⁸⁾

กองสุขภาพจิต (2525) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นสุขภาพจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา ปรับตัว และปรับใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง⁽²⁶⁾

จากรายงานในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตครั้งที่ 35 (2525) กล่าวไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพของจิตใจที่เป็นสุข สามารถวางตัวให้เหมาะสมในครอบครัวและสังคม รักษาสัมพันธภาพ กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น ปรับตัวในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้และสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์⁽²⁶⁾

สุรางค์ จันทร์เอม (2527) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ สุขภาพจิตใจที่ดีของมนุษย์ หรือการมีสภาพจิตที่ดี เช่น มีใจเบิกบานแจ่มใสอยู่เสมอ ไม่มีความวิตกกังวลใด ๆ มีแนวความคิดถูกต้อง ส่วนบุคคลที่มีสุขภาพจิตเสื่อมย่อหมายถึง บุคคลที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีความกังวลทุกข์ร้อนอยู่เสมอ ตลอดจนมีแนวความคิด พฤติกรรมผิดไปจากปกติธรรมดา⁽³³⁾

บัวทอง สว่างโสภากุล (2524) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะสมบูรณ์ของจิตใจ ซึ่งได้แก่ การที่มีพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ สมบูรณ์เหมาะสมกับวัยหรือที่เรียกว่า “วุฒิภาวะทางอารมณ์ (emotionally mature) และกล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ว่า⁽³³⁾

1. ผู้มีสุขภาพจิตดี จะต้องมองตนเองในด้านดี เห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ดูถูกเหยียดหยามตนเอง หรือเห็นว่าตนเองต่ำต้อย ไร้ค่า น่ารังเกียจ
2. รู้จักตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง พึ่งตนเองได้ สามารถรับผิดชอบ ผลที่เกิดจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น
3. มีความรู้สึกที่ดีต่อคนอื่น มีความเชื่อในความสามารถของผู้อื่น

4. ยอมรับขอบเขตความสามารถของตนเอง รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นและจุดอ่อน ใช้ความผิดที่เกิดขึ้น เป็นประสบการณ์การเรียนรู้
5. สามารถยับยั้งความต้องการทั้งหลายได้ จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควร หรือหากขัดกับประเพณีและวัฒนธรรม
6. สามารถสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม
7. สามารถสร้างสัมพันธภาพอันอบอุ่นกับผู้อื่นได้
8. สำนึกผิดชอบชั่วดีมีคุณธรรม
9. ยอมรับและสามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ระเบียบข้อบังคับของสังคมได้
10. ไม่มีความรู้สึกอิจฉาริษยาผู้อื่น
11. สามารถรับรู้ความจริงของชีวิต อยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ และไม่ปฏิเสธความจริง
12. สามารถอยู่ได้โดยลำพัง และรวมกลุ่มกับผู้อื่น หรือสามารถช่วยตนเอง หรือพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
13. ยอมรับว่าภาวะเครียดและการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
14. มีอารมณ์ขัน
15. มีอารมณ์หนักแน่น มั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งเร้า

สุภาพรณ โคตรจรัส (2527) ได้ประมวลลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี 7 ประการได้แก่⁽²⁸⁾

1. ด้านปัญญาความคิดความเข้าใจ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี หมายถึง ผู้ที่มีการรับรู้ที่ตรงตามความเป็นจริง ใช้สติปัญญาในการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุผล รับรู้และเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง เต็มใจที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยตรงในการเผชิญปัญหา
2. ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่สามารถเผชิญความตึงเครียดและความกดดันต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี มีความขัดแย้งในใจน้อยมาก สามารถรักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอ มีการควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ เรียกว่า มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีบุคลิกภาพที่สมดุลย์ สามารถเอาชนะความขัดแย้งในใจทั้งภายในและภายนอกได้
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นผู้ที่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นเป็นมิตรกับผู้อื่น ให้ความสนิทสนมใกล้ชิดกับผู้อื่นได้ มีทักษะทางสังคม ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว หรือแสวงหากิจกรรมทางสังคมมากเกินไป สามารถเป็นทั้งผู้ให้ และผู้รับสนองความต้องการของตนโดยไม่ได้เรียกร้องอย่างมากจากผู้อื่น มีผู้อื่นทำประโยชน์ให้ด้วยความเต็มใจ ในขณะที่สามารถทำประโยชน์ให้ผู้อื่นด้วยความเต็มใจเช่นกัน

4. ด้านการทำงาน ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่ทำงานได้เต็มความสามารถ เลือกอาชีพที่ตรงกับความสามารถ ความถนัดและความสนใจของตน มีประสิทธิภาพในการทำงาน รู้สึกและรับรู้ว่าเป็นคนมีประโยชน์และทำประโยชน์ให้กับสังคม

5. ด้านความรัก ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีความสามารถที่จะรักได้อย่างแท้จริง ความรักในที่นี้หมายถึง ความรักใน มนุษยชาติ เป็นความรักที่ประกอบด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเชื่อถือไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความพึงพอใจเมื่อเห็นผู้ที่ตนรักมีความสุข รวมทั้งความรักทางเพศ

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (2530) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีว่ามีลักษณะดังนี้⁽³⁴⁾

1. ไม่มีโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. สามารถปรับตัวในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้หรือสามารถทำประโยชน์แก่ตนเองและชุมชนได้ตามควรแก่สภาพของตน
4. สามารถปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อความขัดแย้งเกิดขึ้น

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้⁽³⁵⁾

1. เป็นผู้มีความสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ เช่น ไม่โกรธหรือหงุดหงิดตลอดเวลา
2. มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น
3. สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้ มีการปรับปรุงตัวเองอยู่เสมอ
4. ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตลอดจนรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้อื่น
5. ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล
6. สามารถอยู่ตามลำพังหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยไม่รู้สึกอึดอัด
7. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม
8. สามารถแก้ปัญหาชีวิตประจำวันได้

เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537)⁽²⁶⁾ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาเกี่ยวกับความหมายและมิติต่าง ๆ ของสุขภาพจิตในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน และการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group discussion) จากตัวแทนประชากร กลุ่มอาชีพต่างๆ ทั่วประเทศในทุกภาค จำนวน 275 คน ผลการวิจัย ได้คำนิยามสุขภาพจิต คือ “สุขภาพชีวิต

ที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตนเอง มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลง”

ลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตประกอบด้วยองค์ประกอบที่แบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ

1. มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่
 - 1.1 ความสงบผ่อนคลายของจิต
 - 1.2 การสำรวจและเข้าใจตนเอง
 - 1.3 วิธีการมองโลก และการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก
2. มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่
 - 2.1 ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง
 - 2.2 การทำประโยชน์ต่อส่วนรวม
 - 2.3 ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม
3. มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่แยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตเสื่อม นั้น ถือว่าเป็นลักษณะตรงกันข้ามกับสุขภาพจิตดี กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นผู้ที่ไม่มีลักษณะต่าง ๆ ของสุขภาพจิตดี หรือมีน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สุขภาพจิตเสื่อมมีหลายระดับตั้งแต่ความรู้สึกไม่สบายใจ จิตใจตึงเครียดจนถึงเป็นโรคจิต โรคประสาท

Burgess(1990) ให้แนวคิดของสุขภาพจิตเสื่อม หรือความตึงเครียดทางจิตใจ (psychological distress) ว่าเป็นความไม่สบายใจ โดยแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น เมื่อตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ยุ่งยาก บุคคลอาจแสดงความรู้สึกกังวล ซึมเศร้า คิดซ้ำ ซึ่งอาการแสดงออกครบทั้งด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมหรืออาจจะแสดงออกเพียง 1-2 ด้านเท่านั้นก็ได้⁽²⁵⁾

คำจำกัดความอื่น ๆ ที่แสดงถึงลักษณะความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ได้แก่

1. ความผิดปกติที่ทำให้ผู้ที่เป็นแสดงพฤติกรรมผิดปกติ ไม่อยู่กับร่องกับรอย
2. พยาธิสภาพทางจิต แสดงออกโดยการไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ แปรไปจากคนในสังคม และการรับรู้ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง
3. มีพฤติกรรมส่วนใหญ่ผิดปกติจากคนในสังคม

ในปี ค.ศ. 1981 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมพิจารณา เรื่อง เครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังต่อไปนี้⁽³⁶⁾

1. เครื่องชี้วัดที่บอกสถานภาพการเจ็บป่วยทางจิต (indicators related to mental illness)
2. เครื่องชี้วัดที่บอกสภาพความสุขสมหวังในชีวิต (indicators related to mental health) ซึ่งในด้านนี้ เป็นเรื่องนามธรรมมากที่สุด ยากที่จะกำหนดได้ว่าอะไรเป็นตัวชี้บ่งที่ถูกต้อง ดังนั้น องค์การอนามัยโลก จึงได้ชี้แนะว่าควรจะมีจัดในรูปของ 4 องค์ประกอบ คือ
 - ก. ความรู้สึกที่ชีวิตเป็นปกติสุข (subjective well being)
 - ข. คุณภาพชีวิต (quality of life)
 - ค. พัฒนาการทางจิตใจและสังคมของเด็ก (psychosocial development of children)
 - ง. การมีชีวิตแบบชุมชน (community life)
3. เครื่องชี้วัดที่บอกความสับสนของสังคม (indicators related to social disorganization) ที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพจิต เช่น การพนัน สุรา ยาเสพติด การหย่าร้างฆ่าตัวตาย เป็นต้น

เครื่องชี้วัดทั้ง 3 ประการ เป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือหรือสร้างตัวชี้วัดที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการวัดภาวะสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งการวิจัยนี้จะกล่าวเฉพาะเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิตในระดับบุคคลและเป็นเครื่องชี้วัดที่บอกสภาพความสุขสมหวังในชีวิต (indicators related to mental health)

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุแตกต่างจากสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่บ้างบางประการ เนื่องจากลักษณะทางสภาพร่างกาย ภาวะจิตสังคมในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปจากวัยผู้ใหญ่ โดยผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียดและการปรับตัวมากมาย ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางกาย ความสูญเสีย การเผชิญกับความตาย การยอมรับความสูงอายุ การพึ่งพาและการสูญเสียอำนาจความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งความสูญเสียต่าง ๆ บางครั้งเหมือนเป็นความสิ้นหวัง เพราะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเรียกกลับคืนมาได้ ลักษณะนี้จะพบน้อยในวัยหนุ่มสาว อาจทำให้เกิด subjective distress อันเป็นผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้^(37, 38)

The Federal Council on the Aging ของสหรัฐอเมริกา⁽²⁵⁾ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน มีประสบการณ์ในด้านการมีอาการความเจ็บป่วยทางจิตใจ 15-25 เปอร์เซ็นต์ โดยร้อยละ

5-6 เป็นโรคสมองเสื่อมในวัยชรา (senile dementia) และร้อยละ 10 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม ตันติผลาชีวะ⁽³⁹⁾ ศึกษาปัญหาจิตเวชผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยศึกษาสถิติของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ในปี พ.ศ. 2527 พบว่า โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ โรคประสาท คิดเป็นร้อยละ 30% ของผู้ป่วยทั้งหมด และโรคสมองเสื่อมในวัยชรา คิดเป็นร้อยละ 20-30% และพบว่าความชุกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางจิตโดยศึกษาจากอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบ 10-20 เปอร์เซ็นต์

สุวรรณ ศุภรัตน์ภิญโญ และนิรมล พจนานสุนทร⁽⁴⁰⁾ ศึกษาปัญหาจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยการรวบรวมของข้อมูลย้อนหลังจากระเบียบผู้ป่วยนอกที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ที่มารับการตรวจจากจิตแพทย์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2530 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2532 รวมเวลา 3 ปี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีปัญหาจิตเวชพบร้อยละ 0.77 ของผู้ป่วยนอกสูงอายุทั้งหมดต่อปี ส่วนใหญ่มาด้วยอาการทางกายและพฤติกรรมผิดปกติ เมื่อใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM III-R พบว่า dementia มากที่สุดคือร้อยละ 23.4 รองลงมาคือ dysthymic disorder คิดเป็นร้อยละ 20.8

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุเท่าที่ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้มีดังนี้

Bernice L Neugarten, RJ. Havighurst และ Tobin (1965) และ Havighurst (1969)⁽³⁶⁾ พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวชี้วัดสุขภาพจิตได้ ผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร⁽⁴¹⁾ จิตแพทย์ กล่าวถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี ได้แก่
1. มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง (self esteem)
 2. มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกายและจิตใจ (feeling of security)
 3. มีความรู้เกี่ยวกับตัวเองตามสภาพความเป็นจริง (self knowledge)
 4. มีความสามารถที่จะยอมรับความรักจากผู้อื่นและขณะเดียวกันก็สามารถจะให้ความรักแก่ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (ability to accept and to give affection)
 5. มีความสามารถและมีความสุขในการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (ability to be productive)
 6. มีความสามารถที่จะอยู่ได้อย่างเป็นสุขตามอัตภาพ (ability to be happy)
 7. ไม่มีความรู้สึกตึงเครียดและหวั่นไหวง่ายเกินไป (absence of tension and hyper-sensitivity)

8. มีความยืดหยุ่นในพฤติกรรมของเขาได้อย่างเหมาะสม (flexibilities in his behavior)
9. มีความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขาได้อย่างเหมาะสม (ability of master environment)
10. มองโลกตามความเป็นจริง (realistic perception of his world)
11. มีความอยากรู้อยากเห็นอย่างเหมาะสม (curiosity)
12. สามารถคาดหวังความสำเร็จและกระทำไปสู่จุดนั้นได้ (self-actualization)
13. มีความพอใจจากการตอบสนองความต้องการของร่างกาย (satisfaction of bodily desires)

Havighurst, 1953⁽²⁸⁾ ศึกษาถึงรายงานตามขั้นพัฒนาซึ่งเป็นงานที่บุคคลทุกคนต้องเรียนรู้ควบคู่ไปกับพัฒนาการของชีวิต มีลักษณะเฉพาะวัย โดยพิจารณาตามลักษณะทางชีววิทยา ลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคล และลักษณะทางวัฒนธรรมของสังคมที่บุคคลนั้น ๆ อาศัยอยู่ ความสำเร็จในพัฒนาการดังกล่าวจะทำให้บุคคลเป็นสุข ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในงานนี้ จะไม่มีความสุข สำหรับงานตามขั้นพัฒนาการในระยะวัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยงานตามขั้นพัฒนาการที่สำคัญ คือ

1. การปรับตัวให้เข้ากับความเสื่อมถอยของพลังกำลังและสุขภาพ โดยการยอมรับและประกอบกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ช่วยให้บุคคลใช้ชีวิตได้ด้วยคามพึงพอใจ
2. ปรับตัวให้เข้ากับสภาพพลัดถิ่น การพลัดถิ่นอาจทำให้ผู้สูงอายุบางคน รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อชุมชนแล้ว ผู้ที่จะพบความสุขและความพึงพอใจในชีวิต มักจะเป็นผู้ที่ใช้เวลาที่ว่างลงนี้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และน่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นงานอดิเรกหรือเป็นงานพิเศษครั้งเวลา ไม่ปล่อยให้เวลาหมดไปอย่างน่าเบื่อหน่าย
3. ปรับตัวให้เข้ากับการจากไปอย่างไม่มีวันกลับของคู่สมรส การจากไปของคู่สมรสเป็นความสูญเสียอันยิ่งใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุโดดเดี่ยว รู้สึกขาดเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข ขาดส่วนสำคัญของชีวิตไป ทางออกของแต่ละคนอาจจะไม่เหมือนกัน บางคนอยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหลานรอบข้าง มีความผูกพันที่อบอุ่น ทำให้ปรับตัวได้ง่ายขึ้น บางคนอาจจะย้ายไปอยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง บางคนอาจแต่งงานใหม่ บางคนอาจย้ายเข้าไปอยู่ในบ้านคนชรา เป็นต้น ทางออกต่าง ๆ เหล่านี้ต้องอาศัยการยอมรับ และการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ด้วยกันทั้งสิ้น
4. สร้างสัมพันธ์ภาพและมิตรภาพกับบุคคลรุ่นราวคราวเดียวกัน ยอมรับการเป็นสมาชิกอาวุโสของสังคม และเป็นสมาชิกที่มีงานสังสรรค์สังคมร่วมกัน มีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรกและกิจกรรมของชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน
5. สนองหน้าที่ทางสังคมและหน้าที่พลเมืองดี โดยการศึกษาหาความรู้ให้ทันเหตุการณ์อยู่เสมอ จะช่วยให้บุคคลดำเนินการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. สร้างสภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสม จัดที่อยู่อาศัยให้สะดวกสบายที่สุด คำนึงถึงความสงบเงียบ ความเป็นส่วนตัว เดินทางไปมาสะดวก อยู่ไม่ไกลจากญาติพี่น้องและเพื่อน ไม่กว้างขวางเกินไปจนไม่สามารถควบคุมดูแลรักษาเองได้

Erikson 1959⁽²⁸⁾ ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเอาชนะความขัดแย้งภายในจากวิกฤติการณ์ตามขั้นพัฒนาการ (developmental crisis) ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่เอาชนะความขัดแย้งดังกล่าวได้ โดยในวัยผู้สูงอายุ ลักษณะความขัดแย้งคือ มีความมั่นคงสมบูรณ์ในตน (ego integrity) และมีความหมดหวังท้ออาลัย (despair) ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีพัฒนาการสมดุล ความมั่นคงสมบูรณ์ในตน ซึ่งมีลักษณะดังนี้ ได้แก่มีความรอบรู้ มีการสละตัดใจได้ ยอมรับวงชีวิตและแบบแผนของชีวิต เชื่อในคุณค่าของการทำประโยชน์ให้กับมวลมนุษย์ มองเห็นความหมายในการดำรงชีวิตของมนุษย์

Carp (1972)⁽⁴²⁾ จัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้รวมกับวัยผู้ใหญ่ คือ

1. มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมคงที่ (fairly stable personality and behavior)
2. มีทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น (positive attitudes toward others)
3. พอใจในตัวเอง (favorable assessment of self)
4. กระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (active involvement in life)
5. พึงพอใจต่ออดีตและปัจจุบัน (satisfaction with past and present)
6. สุขภาพทั่วไปดี (positive appraisal of general health)
7. มีความสามารถในการคิดเชิงเหตุผล (intellectual competence)
8. มีจิตใจที่เข้มแข็ง (ego strength, or clarity about one's sense of self and values)

ถ้าการจัดการกับปัญหาได้ถือว่าเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี ในกรณีของผู้สูงอายุ ถ้าจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้สำเร็จ แสดงว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีเช่นกัน Solomon and Peterson (1994)⁽⁴³⁾ กล่าวถึงการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุว่า การที่จะดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณภาพขึ้นกับสิ่งต่อไปนี้

1. การจัดการเกี่ยวกับความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุ
2. ความพยายามที่จะควบคุมชีวิตของตนเอง (exerting some control over one's life)
3. ยังคงติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนฝูง
4. มองว่าชีวิตยังมีความหมาย คงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง สามารถที่จะตัดสินใจ

สิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตัวของตัวเอง

ผู้สูงอายุที่จัดการเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (aging successfully) และมีสุขภาพจิตดี

ผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่น (flexibility) ในชีวิตและมีการปรับตัว (adaptability) จะสรรหากิจกรรมที่ตนพอใจ ใช้เวลาอย่างมีความหมาย เหมาะสมกับสภาพต่าง ๆ ของตนที่เปลี่ยนแปลงไป นับเป็นลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี เช่นกัน ⁽⁴³⁾

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร ได้กล่าวถึงคุณลักษณะผู้สูงอายุที่ดี ที่นานาประเทศยอมรับ ว่าจะต้องมีลักษณะ 7 ประการ คือ ⁽²⁾

1. เป็นผู้มีสุขภาพดี
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยหมดหวัง
3. เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็ง
4. เป็นผู้ที่ทำตัวดี
5. เป็นผู้ที่เชื่อถือได้
6. เป็นผู้ที่มีเกียรติในตัวเอง
7. เป็นผู้ที่มีความสุภาพ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิต พอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ภาคภูมิใจและรู้สึกที่ตนเองประสบความสำเร็จ คิดว่าชีวิตยังเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรุ่นลูกหลานและคนวัยเดียวกัน ปราศจากความทุกข์ วิตกกังวล ซึมเศร้า

เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ^(21,44,45)

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยศึกษาจากแนวคิดของ John E Ware และ Viet ซึ่งสร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิต The Mental Health Inventory (MHI) ในปี ค.ศ.1979 เป็นเครื่องมือสำหรับวัดสภาวะสุขสมบูรณ์ และความเศร้า กังวลทางด้านจิตใจ (psychological distress and well-being) ใช้ในการสำรวจในกลุ่มประชาชนทั่วไป Viet และ Ware ได้ให้ความหมายของ คำว่า “สุขภาพจิต” ครอบคลุมถึงคุณลักษณะทางด้านสภาวะสุขสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) ได้แก่ ความรู้สึกทั่วไปทางบวก และความผูกพันทางอารมณ์ คุณลักษณะที่แสดงถึงภาวะเศร้าวิตกกังวล (psychological distress) ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการสูญเสีย การควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ เครื่องมือ MHI ได้ผ่านการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) ได้องค์ประกอบของสุขภาพจิต 2 องค์ประกอบใหญ่ และ 5 องค์ประกอบย่อยดังกล่าว ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบจากการทำการทดสอบซ้ำ 1 ปี (one-year test-retest) เท่ากับ 0.64 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าความคงที่ภายใน (internal

consistency coefficients) เท่ากับ 0.96 แบบทดสอบประกอบด้วย 38 ข้อคำถาม ให้ผู้ตอบตอบเอง เหตุการณ์ในข้อความที่ถามเน้นช่วงเวลาของ 1 เดือนที่ผ่านมา มาตรฐานประมาณค่าใช้มาตรฐานคะแนน 1-6 การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการรวมคะแนนทั้งหมด ซึ่งเรียกว่า คะแนน Mental Health Index หรือจะวิเคราะห์เป็นรายองค์ประกอบก็ได้ The Mental Health Inventory พัฒนามาจาก The General Well-Being Schedule (GWB) ของ Horold I Dupuy มีต้นแบบแนวความคิดจาก Norman Bradburn ซึ่งสร้างเครื่องมือวัด สุขภาพจิต ชื่อ The Affect Balance Scale ในปี ค.ศ.1965 และปรับปรุงใหม่ ในปี ค.ศ.1969

The Affect Balance Scale

Bradburn อธิบายเครื่องมือของเขาว่าเป็นเครื่องชี้วัด “ความสุข” หรือ ความมีสภาวะสุขภาพทางจิตที่ดี (psychological well-being) ซึ่งเขาให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพทางจิตที่ดี” ว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหา สิ่งกีดตันของการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกสบายของบุคคลนั้น สามารถจะวัดได้โดยบุคคลระบุว่าเขา มีความรู้สึกในสองลักษณะ คือ ทางบวกและทางลบ การที่บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี ก็หมายถึงว่ามีสภาวะสมดุลระหว่างความรู้สึกบวกและลบนี้ ถ้าความรู้สึกด้านใดด้านหนึ่งมีมากกว่าก็แสดงว่า บุคคลนั้นมีสภาวะความเป็นอยู่ในลักษณะด้านนั้น ๆ ข้อคำถามใน The Affect Balance Scale ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ใช้มาตรฐานประมาณ 1-3 เป็นความรู้สึกทางลบ 5 ข้อ ทางบวก 5 ข้อ ถึงแม้ว่าเครื่องมือนี้จะมีอายุเก่าแก่มาก แต่ก็ได้รับความนิยมและเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิตในลักษณะนี้

The General Well-Being Schedule (GWB) โดย Dupuy สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพจิตใช้ในการสำรวจประชาชนทั่วไปในชุมชน ประกอบด้วยเครื่องชี้วัดอย่างกว้าง ๆ เกี่ยวกับความรู้สึกที่แสดงถึงการมีสภาวะทางสุขภาพที่ดี ทางด้านจิตใจและความเศร้ากังวลใจ เครื่องมือนี้เป็นมาตรฐานประมาณค่าที่ใช้ประเมินความรู้สึกของบุคคลว่า มีความรู้สึกอย่างไรกับสภาวะภายในส่วนบุคคล (inner personal state) มากกว่าจะวัดสภาวะภายนอก จะวัดสภาวะสุขภาพจิตทั้งด้านบวกและลบ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 6 หมวด คือ (1) ความวิตกกังวล (anxiety) (2) ความซึมเศร้า (depression) (3) สุขภาพทั่วไป (general health) (4) สภาวะสุขภาพจิตทางด้านบวก (positive well-being) (5) การควบคุมตนเอง (self-control) และ (6) ความกระปรี้กระเปร่า มีชีวิตชีวา (vitality) GWB เป็นแบบทดสอบชนิดให้ผู้ตอบตอบเอง ประกอบด้วยข้อความทางด้านบวกและลบ เป็นการถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเดือนที่ผ่านมา มี 18 ข้อความ 14 ข้อความแรกใช้มาตรฐานประมาณค่า 1-6 อีก 4 ข้อความใช้มาตรฐานประมาณค่า 0-10 โดยมีค่าคู่ศัพท์ กำกับอยู่ที่ปลายทั้ง 2 ด้าน การวิเคราะห์ข้อมูล ทำโดยการรวมคะแนนคำตอบแต่ละข้อ คะแนนต่ำ จะแสดงถึงการมีปัญหาทางด้านความเศร้า กังวลใจ ในระดับ

ที่รุนแรง ค่าความเชื่อมั่นของ GWB จากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability coefficients) ห่างกัน 3 เดือน เท่ากับ 0.85 ค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) ของ GWB สูงมาก คือ 0.91

จากนิยามแนวคิดของสุขภาพจิตและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมใช้ประกอบกับแนวคิดในการสร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิตของ The Rand Coporation และ John E Ware คือ The Mental Health Inventory สามารถสรุปโครงสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ว่า ประกอบด้วยอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ทางด้านบวกและด้านลบ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มี อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ทางบวกมากกว่า และคงอยู่นานกว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตเสื่อมคือผู้ที่อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ทางด้านลบมากและคงอยู่นานกว่า อารมณ์ทางบวกในที่นี้ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลร่วมวัยและต่างวัย รวมเรียกว่า สภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) ส่วนอารมณ์ทางลบได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล เรียกว่าสภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (psychological distress) องค์ประกอบสุขภาพจิต ผู้สูงอายุทั้ง 2 ประการ คาดว่าจะสามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในลักษณะที่เป็นเครื่องชี้วัดที่บอก สภาพความสุขสมหวังในชีวิต (Indicators related to mental health) ดังที่องค์การอนามัยโลก ได้ กำหนดไว้ ซึ่งรายละเอียดขององค์ประกอบสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยศึกษามีดังนี้

1. ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being)

1.1 ความพึงพอใจในชีวิต

Johnson et al ให้ความหมายของความพึงพอใจโดยทั่วไปว่า หมายถึงการรับรู้ ด้วยจิตใจที่สะท้อนให้เห็นว่า บุคคลรู้สึกสุขสำราญ อิ่มเอม และปราศจากความวิตกกังวล⁽⁴⁶⁾

Neugarten et al กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึงความรู้สึก มีความสุข ความอิ่มเอมใจในตนเอง ความรู้สึกพอใจในตนเอง เห็นว่าตนเองมีค่ายอมรับในความ สูงอายุของตนเอง ยอมรับในความสำเร็จและล้มเหลวของชีวิตที่ผ่านมา มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง และผู้อื่น มองตนเองมองผู้อื่นและสังคมในแง่ดี⁽²²⁾

Borrow & Smith (1977) กล่าวถึงความพึงพอใจในทัศนะต่าง ๆ ว่า คนส่วน มากคิดว่าเป็นความสุข (happiness) บางคนยังเชื่อว่า ความสุขนั้นประกอบด้วยความสนุกสนาน (zest) การมีประสบการณ์ที่ดี (positive experience) ในเรื่องต่าง ๆ การได้รับรางวัลหรือผล ตอบแทนในการทำกิจกรรมใด ๆ (rewarding activities) การมีสัมพันธภาพที่มีความหมายกับ บุคคลอื่น ๆ (meaningful relationships) นอกจากนี้มีคนจำนวนไม่น้อยที่เชื่อว่า การไม่ต้อง

ประสบกับความชอกช้ำ (trauma) ความเครียด (stress) และความไม่พึงปรารถนา (unpleasant) นั้นเป็นความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต⁽⁴⁶⁾

Campbell (1976) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตนั้น เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขสบาย ที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็น หรือที่คาดหวัง หรือรู้สึกว่าจะสมควรจะได้รับผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ซึ่งเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล⁽³⁸⁾

Powell (1983) ให้ความหมายความพึงพอใจในชีวิตว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขสนุกสนาน และปราศจากความรู้สึกเป็นทุกข์ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า บุคคลต้องได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุก ๆ สิ่งที่ต้องการแต่ความพึงพอใจนั้น จะหมายถึง ความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและการได้รับการตอบสนอง⁽⁴⁷⁾

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลตัดสินคุณภาพชีวิต ของเขาโดยรวมว่าอยู่ในระดับใดหรืออีกประการหนึ่ง คือ บุคคลรู้สึกต่อชีวิตของเขาอย่างไร⁽⁴⁸⁾

Carp and Carp (1982) กล่าวว่า คนในวัยหนุ่มสาวหรือผู้ใหญ่ตอนต้น จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจเมื่อสิ่งที่เขาปรารถนา ทะเยอทะยานได้สัมฤทธิ์ผล แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ความรู้สึกพอใจในชีวิตจะเกิดขึ้นเมื่อเขาได้รับในสิ่งที่เขาคิดว่าเขาสมควรได้รับอย่างยุติธรรม⁽⁴⁹⁾

สรุปได้ว่าความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความคิดความรู้สึกของบุคคล ในแง่อัตวิสัย (subjective) เกี่ยวกับชีวิตของตนโดยรวม ได้แก่ การมีอารมณ์ ความรู้สึกทั่ว ๆ ไป ในทางที่ดี มีความสุข สงบ แจ่มใส พึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีความลงรอยระหว่างความหวังและรางวัลที่ได้รับ คือ รู้สึกว่าตนเองสมหวังในชีวิต ประสบความสำเร็จดังความมุ่งหวัง

ดังนั้น ความพึงพอใจในชีวิตนับว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ใช้วัดภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ซึ่ง Liang ศึกษาในปี ค.ศ. 1982 ว่า ความพึงพอใจในชีวิตสัมพันธ์กับสุขภาพจิต Bigot พบว่า เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตในชีวิต Life Satisfaction Index W (LSI W) สามารถแยกผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ ที่รับเข้าและจำหน่ายจากโรงพยาบาลออกจากผู้สูงอายุปกติได้ Butt และ Beiser พบว่าผู้สูงอายุจะมีความสุข ความสงบ ความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ส่วนผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตระดับต่ำ เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต ได้

สรุปรายงานการวิเคราะห์นิยาม ความหมาย สุขภาพจิต และองค์ประกอบของสุขภาพจิต ในมิติที่เกี่ยวกับคุณภาพจิตว่า จิตต้องมีความสงบและผ่อนคลาย คือการมีสมาธิ มีความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ พอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อุดหนุน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม ไม่อ่อนไหวตามสิ่งเร้ารอบตัว ซึ่งทางพุทธศาสนากล่าวว่า ความพึงพอใจ คือ การเดินทางสายกลางนั่นเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่ปล่อยวางในสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ ดีใจในสิ่งที่ได้ พอใจในสิ่งที่มี ส่วนผู้ที่มีจิตใจไม่สงบ หรือสุขภาพจิตเสื่อม คือ รู้สึก ไม่พึงพอใจ คับข้องใจ ขัดแย้งใจ เมื่อเป้าหมายหรือสิ่งที่คาดหวังถูกยับยั้ง ไม่บรรลุตามสิ่งที่คาดหวัง เกิดความทุกข์ เกิดเป็นความกังวล ซึมเศร้า^(15,26,50)

สำหรับเครื่องมือในการนำมาวัดความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุที่นิยมใช้กันแพร่หลาย คือ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาโดย Neugarten และคณะ ในปี ค.ศ.1961 เป็นเครื่องมือที่วัดในหลาย ๆ ด้าน สามารถสะท้อนถึงภาวะซับซ้อนของความสุขสมบูรณ์ทางจิตใจ เรียกว่า The Life Satisfaction Index เขียนย่อว่า LSI ซึ่งมีหลายชุด ชุดแรกเริ่มชื่อว่า Life Satisfaction Index A (LSI A) ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อความ ซึ่ง 12 ข้อความเป็นข้อความทางด้านบวก และ 8 ข้อความด้านลบ การให้ตอบทำโดยให้เลือกตอบเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตใน LSI A มี 5 ด้านดังนี้⁽²²⁾

1. ความสนุกที่ต่อสู้กับความเบื่อหน่ายในชีวิต (zest versus apathy) หมายถึง ระดับของการเข้าสู่กิจกรรมทั้งที่ทำร่วมกับผู้อื่นหรือแม้กระทั่งทางความคิด
2. ความมั่นคง และอดทนต่อชีวิต (resolution and fortitude) หมายถึง ความสามารถในการรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง
3. ความลงรอย (congruence) หมายถึง ระดับของเป้าหมายที่คาดหวังและสิ่งที่ได้รับจริงในชีวิต
4. อัตมโนทัศน์ (self-concept) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องร่างกาย จิตใจและสังคม
5. ระดับอารมณ์ (mood tone) หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อภาวะปัจจุบัน และรู้สึกมีความสุข

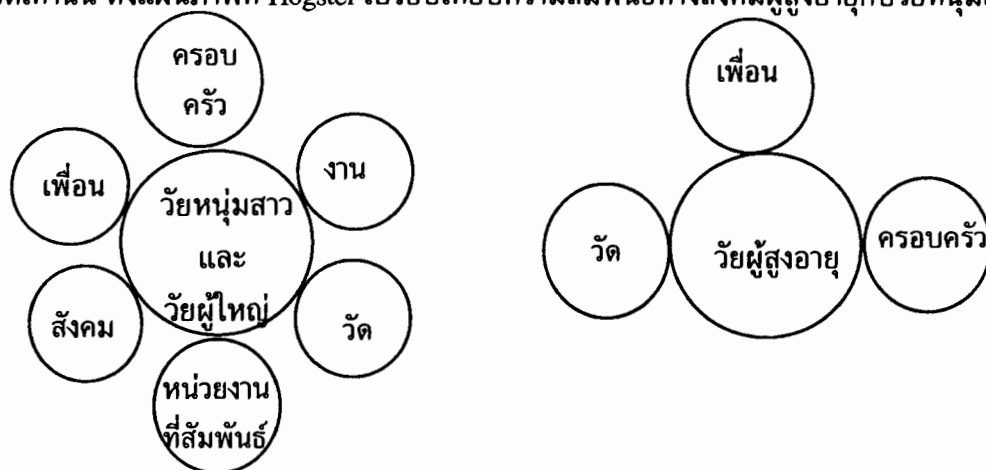
ชุดที่ 2 เรียกว่า LSIA B ไม่นิยมใช้ ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม ชุดที่ 3 เรียกว่า LSI Z พัฒนาโดย Morgan et al มีข้อคำถาม 13 ข้อ ซึ่งวัดความรู้สึกเป็นปกติสุข (sense of well-being) ของผู้สูงอายุ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบชนิดค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ 0.74 เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเอง ใช้ง่ายสะดวกและมีการนำไปใช้ข้ามวัฒนธรรม จากอังกฤษไปสู่ประเทศในจีเรียด้วย⁽¹⁴⁾

The Life Satisfaction Index Well-Being (LSI W) โดย Bigot เป็นผู้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1974 เพื่อใช้กับผู้สูงอายุชาวอังกฤษ มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อคำถามประกอบด้วย 2 องค์ประกอบใหญ่ ได้แก่ Acceptance - Contentment (AC) และ Achievement - Fulfillment (AF) แต่ละองค์ประกอบมีข้อคำถามองค์ประกอบละ 4 ข้อ ซึ่งใช้วัด ความสุข ความพอใจในชีวิตปัจจุบัน และความพอใจกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา เป็นแบบทดสอบให้ผู้ตอบตนเองใช้ายรวดเร็ว ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบชนิด Cronbach's alpha Coefficient เท่ากับ 0.66⁽¹²⁾

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามในองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต LSI A ฉบับที่แปลและนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย โดย ศรีเรือน แก้วกังวาล⁽¹³⁾ LSI Z⁽¹⁴⁾ LSI W⁽¹⁵⁾ และจากแบบวัดสุขภาพจิต MHI ในส่วนของความรู้สึกทั่วไปทางบวก ดังตารางที่ 8 ซึ่งแสดงไว้ในภาคผนวก ข รวมทั้งหมด 11 ข้อคำถาม เป็นข้อความทางบวก 9 ข้อความ ทางลบ 2 ข้อความ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 21 ถึง 32

1.2 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลร่วมวัยและต่างวัย

ถึงแม้ว่าสังคมของผู้สูงอายุ จะแคลงมากกว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายและการลดบทบาททางสังคม ทำให้สังคมผู้สูงอายุลดลง เหลือเพียง ครอบครัว เพื่อน และวัดเท่านั้น ดังแผนภาพที่ Hogstel เปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคมผู้สูงอายุกับวัยหนุ่มสาว⁽²⁾



รูปที่ 1 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคม ของวัยหนุ่มสาวกับวัยผู้สูงอายุ

แต่ความต้องการทางด้านจิตใจที่สำคัญ คือ ต้องการอยู่ร่วมกับครอบครัว และได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ยกย่องนับถือจากลูกหลาน และคนทั่วไป ต้องการมีเพื่อนวัยเดียวกัน พูดคุยเรื่องที่อยู่ในความสนใจเหมือนกัน พบปะสังสรรค์เป็นครั้งคราว ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นใจ อบอุนเป็นกันเอง ช่วยขจัดความเหงา เศร้า ว่าเหว ผู้สูงอายุที่มีเพื่อน จะมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไปด้วยตนเองอย่างมีคุณค่า^(50,51,52,53)

มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมายในสหรัฐอเมริกา ซึ่งรายงานว่ กิจกรรมทางสังคม ของผู้สูงอายุทั้งระหว่างคนร่วมวัยและคนต่างวัย ทั้งกับคนในครอบครัวและนอกรครอบครัวมีความสัมพันธ์ กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ความมีชีวิตชีวา ความมั่นคงทางใจและความกล้าหาญ ที่จะเผชิญภาวะวิกฤติต่าง ๆ ของชีวิต (เช่น การพลัดพรากจากผู้เป็นที่รัก การเจ็บไข้ได้ป่วย) การปรับตัวต่อความเสื่อมทางร่างกาย ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลจากกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือหลายกลุ่ม มักเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีความพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับผู้อื่น ผู้สูงอายุที่มีชีวิตทางสังคมในแง่ลบ มักโดดเดี่ยว เศร้าสร้อย ในรายที่รุนแรงถึงกับเป็นโรคจิต โรคประสาท และฆ่าตัวตาย ซึ่งความสัมพันธ์ที่จะส่งเสริมสภาพจิตเป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย ใกล้ชิดไม่ใช่เพียงแต่การพบปะสังสรรค์กันเท่านั้น^(13,50,52)

ปี ค.ศ. 1973 Georg E. Matt และ Alfred Dean ศึกษาถึงการสนับสนุนจากเพื่อน (friend support) ของผู้สูงอายุกับภาวะเศร้ากังวลของจิตใจ (psychological distress) โดยศึกษากับผู้ที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ในนิวยอร์ก จำนวน 749 คน ใช้การสัมภาษณ์ ติดตาม 2 ระยะเวลา 22 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีภาวะเศร้ากังวลได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่า 70 ปี เมื่อขาดการสนับสนุนจากเพื่อน (friend support) หรือกลุ่มที่มีภาวะเศร้ากังวลอยู่แล้ว จะทำให้มีอาการมากขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน หรือมิตรภาพนั้นจะมีพื้นฐานบน 1) ความเท่าเทียมกัน (equalitarianism) 2) ความสอดคล้องกัน (consensus) 3) การใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกัน (sharing of goal time) และพบว่า การสนับสนุนจากเพื่อน (friend support) มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าวิตก (psychological distress) กล่าวคือ ผู้สูงอายุ ที่มีการสนับสนุนจากเพื่อนต่ำจะมีภาวะเศร้าวิตกได้ง่าย และผู้ที่มีภาวะ เศร้าวิตก จะแยกตัวจากสังคม ทำให้มีการสนับสนุนจากเพื่อนต่ำ⁽⁵²⁾

Miller และคณะ (1986) กล่าวว่าสิ่งที่ช่วยประคับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ช่วยยกระดับคุณค่าชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยรักษาดุลยจิตใจ และอารมณ์ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสูง คือ การได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความอบอุ่น และความสนใจจากบุคคลร่วมวัยและต่างวัย จะทำให้สุขภาพจิตดี⁽¹³⁾

Larson (1986) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุ คือ ความสัมพันธ์ที่มีลักษณะซึ่งเรียกในภาษาอังกฤษว่า qualitative social relationships ซึ่งหมายความว่าสัมพันธภาพนั้นตั้งอยู่บนรากฐานของ โมตรีจิต มิตรภาพ ความจริงใจ ความเกื้อกูล ฯลฯ⁽¹³⁾

Bengston (1976) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ คือ ความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ (ก) ความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน (ข) การไปมาหาสู่ (ค) ความ

พอใจกันและกัน (ง) ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม (จ) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ช) ความรับผิดชอบต่อกันและกัน (ญ) การสื่อสารกันได้เข้าใจ (ด) ความรู้สึกร่วมทุกข์ร่วมสุข (ต) การมีอะไรคล้ายคลึงกัน⁽¹³⁾

Benstol (1979) ทำการวิจัยเกี่ยวกับชีวิตทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีค่าต่อผู้สูงอายุ คือ (ก) ความรู้สึกสนิทสนม (ข) ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน (ค) การเปิดเผยต่อกันและกัน (ง) การยกย่องซึ่งกันและกัน เขากล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะร่วมวัยหรือต่างวัย ไม่ว่าจะในครอบครัว หรือนอกครอบครัว บนพื้นฐานของลักษณะดังกล่าว จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี ขวัญดี มีความสุขและปรับตัวต่อชีวิตที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ดี⁽¹³⁾

Quinn (1980) รายงานว่า ผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับบุคคลอื่น และผู้อื่นสัมพันธ์กับตน ในลักษณะ (ก) ช่วยเหลือเกื้อกูลแก่กัน (ข) เห็นอกเห็นใจกัน (ค) เข้าใจกัน (ง) มีความเป็นเพื่อน (จ) ร่วมกิจกรรม (ฉ) เป็นคู่คิด จะเป็นผู้สูงอายุที่มีกำลังใจดี มีความพอใจในโลกสังคม และตนเองเป็นอย่างดี⁽¹³⁾

ดร.ศรีเรือน แก้วกังวาล ได้เสนอลักษณะความสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้สูงอายุไว้ 10 ประการ ได้แก่ (1) ความรักใคร่ผูกพัน (2) ภาวะการสื่อสารได้เข้าใจ (3) การเปิดเผยซึ่งกันและกัน (4) ความไว้วางใจกัน (5) ความเหมือนกัน (6) ความรู้สึกสนิทสนม (7) ความรู้สึกร่วมทุกข์ร่วมสุข (8) การยกย่องซึ่งกันและกัน (9) การพึ่งพาอาศัย ซึ่งกันและกัน (10) ความเห็นใจและเข้าใจกัน และนำไปสร้างแบบทดสอบ Life Experience test (พฤติกรรมจิตสังคม) สำหรับผู้สูงอายุ 20 ข้อความ ใช้มาตราแบบประมาณค่า 1-5 แยกเป็นหมวด ก. ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมวัย และหมวด ข. ความสัมพันธ์กับผู้อ่อนวัยกว่า โดยใช้คำถามเดียวกัน⁽¹³⁾

ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามในองค์ประกอบการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลร่วมวัยและต่างวัยของผู้สูงอายุจากลักษณะความสัมพันธ์ดังนี้ (1) ความสนิทสนมกัน (2) ความรักใคร่ผูกพันกัน (3) ความเห็นใจเข้าใจกัน (4) ความไว้วางใจกัน (5) การยกย่องให้เกียรติกัน และ (6) การพึ่งพาอาศัยกัน รวม 10 ข้อคำถาม ซึ่งแสดงในตารางที่ 8 ภาคผนวก ข ได้แก่ ข้อคำถามที่ 33 ถึง 42

2. ภาวะตึงเครียดของจิตใจ (psychological distress)

ภาวะความตึงเครียดของจิตใจหรือภาวะเศร้าวิตก เป็นสภาวะอารมณ์ทางลบ (negative affective states) ดังที่ Silvan Tomkin ค.ศ.1979 กล่าวในทฤษฎีจิตสรีระ (Psychophysiological theory) ว่า อารมณ์พื้นฐานของคนเราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสีหน้า การหายใจ การไหลเวียนเลือด แบ่งเป็น 2 สภาวะอารมณ์ คือ สภาวะอารมณ์ทางบวก (positive affective states) ได้แก่ ความสนใจ ตื่นเต้น เร้าใจ ความสุข สนุกสนาน และทางลบ ได้แก่ ภาวะเศร้าวิตก (distress) เจ็บปวด รวดร้าว กลัว รู้สึกต่ำต้อย ละอาย⁽⁵⁴⁾

ในทฤษฎี Equilibrium กล่าวถึง แนวคิดของภาวะตึงเครียดของจิตใจ (psychological/mental distress) ว่าเป็นสภาวะความไม่สบายใจ ซึ่งแสดงออกทางการคิด (thoughts) อารมณ์ความรู้สึก (feeling) และพฤติกรรม (behavior) โดยไม่จำเป็นต้องแสดงออกทั้ง 3 ด้าน ก็ได้ เช่น การที่บุคคลแสดงอารมณ์ความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) รู้สึกหมดที่พึ่ง (helplessness) มีความคิดแบบ ย่ำคิด หรือมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น อาจจะแสดงออกเพียง 1, 2 หรือ ทั้ง 3 ด้าน อารมณ์พื้นฐาน (ego Affects) ที่บุคคลหรือผู้ป่วยจิตเวช ทุกๆ โรคแสดงออก ได้แก่ ความวิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงความตึงเครียดของจิตใจ^(25,55)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากสภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแล้ว ภาวะซึมเศร้าพบมากอันดับ 1 มีค่าความชุก เท่ากับร้อยละ 10-15^(56,57) ทั้งนี้อัตราความชุกจะแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัยขึ้นกับระเบียบวิธีวิจัย (research methodology) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา เวลา สถานที่และแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนั้น ๆ ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยนั้น นันทิกา ทวิชาชาติ อรพรรณ เมฆสุภา และธงชัย ทวิชาชาติ ได้ศึกษาในปี พ.ศ. 2534 เรื่อง ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี โดยใช้แบบทดสอบ Zung Self Rating Depressive Scale พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 80.3 และเขตจังหวัดอุทัยธานี พบร้อยละ 84.8^(58,59)

และจากการศึกษา อัมพร โอตระกุล และคณะในปี พ.ศ.2536 ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร และอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความชุกของความซึมเศร้า ของผู้สูงอายุชุมชนดินแดง มีร้อยละ 38 แต่ที่อำเภอบรรพตพิสัย พบร้อยละ 67.4⁽⁶⁰⁾

นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเช่นกัน พบว่ามีค่าความชุกประมาณร้อยละ 10-15⁽⁶¹⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมาเป็นองค์ประกอบย่อยของภาวะตึงเครียดของจิตใจ เพื่อเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เมื่อกล่าวถึงภาวะซึมเศร้าโดยทั่ว ๆ ไป จะหมายถึง ภาวะอารมณ์ที่จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้^(58, 62)

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect or state) ซึ่งใคร ๆ ก็รู้สึกได้แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ เป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดกับคนปกติจากสาเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน
2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or trait) คือ คงนาน และระดับที่เกินปกติ วิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติหรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ เป็นอาการซึมเศร้าที่วัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยทั่ว ๆ ไป
3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงนาน (mood disorder) ซึ่งจะจำแนกออกตามลักษณะที่แตกต่างกันตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเช่นหลักเกณฑ์ DSM IV และ ICD-10

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นวัยแห่งการสูญเสีย ซึ่ง Butte และ Lewis ได้กล่าวถึงการสูญเสียภายใน (intrinsic losses) ได้แก่ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมลง เกิดโรคได้ง่าย สูญเสีย การรับรู้ความรู้สึกทั้งทางตา หู จมูก รส สัมผัส สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง รูปร่าง หน้าตา ผิวหนัง เหี่ยวยุบลง เป็นต้น ส่วนการสูญเสียภายนอก (extrinsic losses) เช่น สูญเสียคู่ครอง การตายจากของบุคคลที่รัก บทบาทสถานภาพการเปลี่ยนแปลงในทางลดลง รายได้ลดลง เกษียณอายุจากงานการย้ายที่อยู่ เป็นต้น การที่ต้องปรับตัวต่อการสูญเสียเหล่านี้ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์หลายประการ เช่น เศร้าโศก ว้าวุ่น วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ปรับตัว ต่อสู้กับการสูญเสีย เปลี่ยนแปลงนี้ได้จะดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความสุข พึงพอใจในชีวิต ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะเป็นสัญญาณของปัญหาสุขภาพจิต⁽⁵⁸⁾ Binstate กล่าวว่า ผู้ที่จัดการกับภาวะซึมเศร้า ได้สำเร็จจะเป็นผู้ที่มีจิตใจเข้มแข็ง (ego strength) เป็นผู้มีประสบการณ์ที่สมบูรณ์ ดังคำที่ว่า “ความทุกข์ทรมานสามารถสร้างคนได้” (suffering does build character)⁽²⁵⁾

ความเศร้าในวัยชรา เป็นความรู้สึกหม่นหมอง ไม่มีความสุข ความรู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย เป็นความเศร้าที่ยังไม่อาจเรียกได้ว่าเป็นโรคประสาท หรือ โรคจิตในวัยชรา แต่เป็นความเศร้าที่อาจดำเนินไปสู่ความเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ เช่นเดียวกันกับที่ Busse และคณะ กล่าวว่าความเศร้า ในผู้สูงอายุ นั้นเกิดขึ้นประมาณเดือนละหนึ่งครั้ง และอาจมีอาการอยู่ไม่ถึงหนึ่ง ชั่วโมงหรืออาจสองสามวันก็ได้และมักจะมีความรู้สึกท้อถอยในชีวิตและอนาคตร่วมด้วย⁽⁶³⁾ จึงควรได้รับการประเมิน และช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น ถึงแม้ว่าจะกำหนดอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าใน DSM IV , ICD-10 แล้วก็ตาม แต่จากการศึกษาวิจัยยังพบว่า มีลักษณะเฉพาะของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว เช่น จากการวิจัยของ Gerner พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะต่อไปนี้⁽⁶⁴⁾

1. ผู้สูงอายุจะบ่นถึงอาการทางร่างกายและมีอาการแสดงทางกายมากกว่าในหนุ่มสาว
2. ไม่ค่อยมีความรู้สึกผิด
3. มีอารมณ์เศร้า น้อยกว่าในหนุ่มสาว
4. มีลักษณะอารมณ์เฉยเมย ไร้อารมณ์ (apathy) มากกว่าในหนุ่มสาว
5. มีภาวะระแวง เช่น หงุดหงิด หลงผิด สงสัยมากกว่าในหนุ่มสาว

เช่นเดียวกับ Butter and Lewis กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุว่า มีการบ่นถึงอาการทางกาย การถอยหนีจากสังคม และมีความผิดปกติของความจำมากกว่าในวัยหนุ่มสาว

ระดับของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุมีตั้งแต่ระดับอ่อนจนถึงระดับรุนแรงในภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน จะรบกวนความสุข และความรู้สึกเป็นปกติ (sense of well-being) ของผู้สูงอายุ แต่ถ้าอยู่ในระดับรุนแรงทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุ 35 คนใน 100,000 คน ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยเฉพาะในคนผิวขาว ผู้สูงอายุหญิงพยายามฆ่าตัวตายมาก แต่ผู้สูงอายุชายกระทำการสำเร็จมากกว่า⁽⁶⁴⁾ การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งที่ถูกมองข้ามไป โดยเฉพาะในการรักษาระดับชุมชน (primary care) Gold farb ได้ย้ำว่า การวินิจฉัยความเศร้าในผู้สูงอายุนั้นทำได้ยากเนื่องจากว่าอาการเศร้าทั้งหลายนั้น แพทย์อาจคิดว่า เป็นอาการปกติของผู้สูงอายุอยู่แล้ว เช่น การอ่อนกำลัง การเหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รวมทั้งบุคลิกภาพ ที่มักเป็นแบบมองหาความผิด หงุดหงิดมีความต้องการและเรียกร้องมากเกินไป และเน้นถึงแต่การเจ็บปวดทางกาย สิ่งเหล่านั้นอาจคลุมหรือปิดบังอาการเศร้าไว้ได้ การประเมินภาวะซึมเศร้าได้ และการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้ผู้สูงอายุ ใช้ชีวิตนั้นปลายอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁶³⁾

สำหรับองค์ประกอบย่อยเรื่องภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามในลักษณะที่เป็นภาวะตึงเครียดของจิตใจ (psychological distress) มิใช่เป็นโรคซึมเศร้า (clinical depression) เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือเบื้องต้นในระดับชุมชน (primary care) โดยเฉพาะแพทย์ทั่วไป พยาบาลทั่วไป หรือพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้เกี่ยวข้อง แบบทดสอบที่สร้างขึ้นนี้ สนับสนุนแนวความคิดของ Bech, Grinker Miller และ Sabaclin⁽⁶⁵⁾ ที่ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ มาตรการภาวะซึมเศร้าหลายชนิด จะกล่าวถึงความผิดปกติของการนอน การเบื่ออาหาร ปัญหาเกี่ยวกับเพศ อาการท้องผูก ซึ่งในคนสูงอายุปกติอาจจะมีปัญหาเช่นนี้ ดังนั้นมาตรการวัดอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) ความเฉยเมยไร้อารมณ์ (apathy) และการแยกตัวจากสังคม (withdrawal) อาจเหมาะสมมากกว่ามาตรการที่เกี่ยวกับอาการทางกายอย่างเดียว เช่นเดียวกับ Gilleard และคณะ (1981) ที่กล่าวว่า แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักถามอาการทางกาย ไม่ค่อยถามสภาวะทางอารมณ์ จิตใจ (emotional-psychological symptoms)⁽⁶⁶⁾

แบบวัดภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ผู้วิจัยใช้เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบทดสอบในองค์ประกอบย่อยภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. (Geriatric Depression Scale) ของรวิวรรณ นิวัตพันธุ์ และคณะ^(16,67) ซึ่งได้ทำการพัฒนา Geriatric Depression Scale (GDS) ที่สร้างโดย Yesavage et al ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งมี 2 ฉบับ คือฉบับ 30 ข้อ และ 15 ข้อ โดยพัฒนาฉบับ 15 ข้อ ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับบริการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 60 คน ผู้สูงอายุปกติ 250 คน พบว่า แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ค่า cut off Score มากกว่าหรือเท่ากับ 10 บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง ต้องได้รับการรักษา โดยจุดตัดนี้มีค่าความไว ร้อยละ 55 ค่าความจำเพาะร้อยละ 99.2 ค่าการคาดคะเนบวกร้อยละ 40.2 และค่าการคาดคะเนลบเท่ากับร้อยละ 33.3

2. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมอง ในปี ค.ศ.1994^(17,58) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบัน ทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของ Yesavage และคณะ อรวรรณ ลีทองอินทร์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย การพัฒนาของกลุ่มนี้ ให้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS ซึ่งมีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติ ใน ผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้ให้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR₂₀ เท่ากับ 0.93

3. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff ในปี ค.ศ.1977 โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale ประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือศึกษาภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรอื่น ๆ ผู้ตอบแบบสอบถามอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหรือประชาชนทั่วไป แบบสอบถาม CES-D มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าความคงที่ภายนอกด้วยวิธี test-retest reliability เท่ากับ .53 และมีค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .85

จากลักษณะอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ แนวคิดการสร้างแบบวัดภาวะซึมเศร้าและแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐาน ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามในองค์ประกอบนี้เป็นกลุ่มอาการซึ่งผู้ป่วยรู้สึกและบรรยายได้ (subjective) ดังนี้

1. สภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย ความรู้สึกเบื่อหน่าย ความรู้สึกอยากร้องไห้
 2. อาการทางจิตสรีระ (psychological vegetative) ได้แก่ ปัญหาการนอน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย
 3. อาการทางความคิด (cognition) ได้แก่ การขาดสมาธิ ขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบเคยทำ คิดว่าตนเองไร้ค่า ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความมั่นใจ ความจำไม่ดี
- โดยข้อคำถามจะเน้นคำถามในกลุ่มสภาวะทางอารมณ์ และความคิดมากกว่าอาการทางจิตสรีระ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 8 ภาคผนวก ข ได้แก่ข้อคำถามที่ 1 ถึง 11

2.2 ภาวะความวิตกกังวล

เช่นเดียวกันกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งถูกละเลยไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้อง เนื่องจากความวิตกกังวล ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทั้งทางร่างกายและจิตใจนั้น อาการที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาจจะเป็นลักษณะที่พบในผู้สูงอายุปกติได้ พบว่าปัจจัย 3 ประการ ที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้แก่⁽⁶⁸⁾

1. ความเจ็บป่วยทางกาย (medical illness) ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว เกือบทุกคน อันทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตน นอกจากนี้ โรคบางโรคยังมีอาการสัมพันธ์กับความวิตกกังวล เช่น โรคในระบบต่อมไร้ท่อ โรคต่อมไทรอยด์ (hyperthyroidism) ซึ่งมีอาการมือสั่น หัวใจเต้นเร็ว ภาวะขาดสารอาหารทำให้มีอาการชาตามปลายประสาท ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ทำให้มี mimics anxiety ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทำให้ผู้สูงอายุ

ที่กล่าวการเป็นโรคหัวใจเกิดความวิตกกังวล เป็นต้น การตรวจพิเศษเฉพาะโรค จะช่วยวินิจฉัย และการให้กำลังใจผู้ป่วยจะลดความวิตกกังวลลงได้

2. ความเจ็บป่วยทางจิต (psychiatric illness) ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มี ปัญหาการปรับตัว (adjustment disorders) หรือโรคจิตทางอารมณ์ (major affective illness) adjustment disorders นั้น พบภาวะวิตกกังวลได้บ่อย เช่น การจัดการกับการเกษียณอายุ การสูญเสีย ความเจ็บป่วย กังวลเรื่องความตายที่จะมาถึง สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั้นมักนำมา ด้วยความวิตกกังวล และกระวนกระวาย (agitation) มีการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 72.96 มีอาการแสดงของความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบภาวะวิตกกังวลในโรคทางจิต เวชอื่น ๆ เช่น โรคสมองเสื่อม เป็นต้น^(61,68)

3. ผู้สูงอายุที่เข้ายั้งภายใต้คำสั่งแพทย์หรือซื้อยารับประทานเอง สารหรือยา หลายชนิด เช่น คาเฟอีน ยานอนหลับ (sedative hypnotics) สุรา จะทำให้เกิดภาวะความ วิตกกังวลได้ ความวิตกกังวลประกอบด้วย สภาวะอารมณ์ที่บุคคลรู้สึก (subjective emotional state) เช่น ความหวาดหวั่น และมีอาการแสดงออกที่สังเกตได้ (objective symptoms) คือมี การกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ⁽⁶⁸⁾ ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะความวิตกกังวลใน ผู้สูงอายุไม่ต่างกับวัยอื่นนัก^(61,68) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดภาวะความวิตกกังวล (state anxiety) ซึ่งวัดจาก generalized anxiety แบ่งกลุ่มลักษณะอาการวิตกกังวล ตามหลักเกณฑ์การ วินิจฉัยโรคของ DSM IV ในกลุ่ม Generalized anxiety disorder (GAD) ดังนี้^(68,70)

1. การระแวงระวังและพินิจพิเคราะห์มากเกินไป ได้แก่ วิตกกังวล ขาดสมาธิ หงุดหงิด ตกใจง่าย กลัวโดยไม่มีเหตุผล ตื่นเต้นตกใจง่าย ไม่สามารถสงบสติอารมณ์ได้ ง่าย ๆ นอนไม่หลับ

2. ระบบการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้อเกิดการตึงเครียด ได้แก่ ปวดตึงกล้ามเนื้อ ความรู้สึกตึงเครียด

3. ระบบประสาททำงานมากกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นแรง หายใจขัด อึดอัดหายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลียง่าย

ข้อคำถามในองค์ประกอบนี้คัดเลือกมาจากแบบทดสอบที่เป็นมาตรฐานของ ต่างประเทศได้แก่

1. The Mental health Inventory (MHI)⁽¹¹⁾ ในส่วนความวิตกกังวล รายละเอียดของแบบวัดสุขภาพจิต MHI ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2. The Symptom of Anxiety and Depression Scale (SAD) สร้างโดย Bedford et al ในปี ค.ศ. 1976⁽¹⁹⁾ เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้สูงอายุจากความผิดปกติทาง จิตใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยาของความเจ็บป่วยทางจิต ข้อคำถามประกอบด้วย 2 องค์

ประกอบย่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อคำถาม เป็นข้อความทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 0 ถึง 3 ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีการหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ชนิด Cronbach's alpha coefficients จากกลุ่มประชากรสูงอายุ จำนวน 379 คน เท่ากับ 0.85 ในการสำรวจทางระบาดวิทยา ศึกษาผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปี ขึ้นไป) ในชุมชนเพื่อหาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต โดย Morgan และคณะ ในปี ค.ศ. 1987

3. แบบวัดความวิตกกังวลของวิลเลียม ดับบลิว เคซุง (Zung, 1971)⁽²⁰⁾ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของข้อความเป็นความรู้สึกที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกทางด้านร่างกาย ซึ่งมีทั้งข้อความทางด้านบวกและทางด้านลบ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 0 ถึง 4

4. The Symptom Checklist 90 (SCL 90) เป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบด้วยตนเอง (Self-report rating scale) ซึ่งสร้างโดย Leonard R. Derogatis และ Ronald S. Lipman จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ จอห์น-ฮอบกิน รัฐแมริแลนด์ สหรัฐอเมริกา ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ละเอียด ชูประยูร⁽²¹⁾ เป็นแบบทดสอบที่ใช้ได้ง่าย ประกอบด้วยข้อความที่แสดงกลุ่มอาการต่าง ๆ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 50 ข้อ ใน 9 องค์ประกอบย่อย (subscale) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 SCL-90 เป็นที่นิยมใช้ในการวิจัยและการคัดกรองผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคประสาท ในการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวล ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวล (anxiety dimension) ซึ่งรวมถึงกลุ่มอาการ และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ที่สังเกตได้ในทางคลินิก เช่น ความกระวนกระวาย นิ่งไม่ติด ความรู้สึกกลัว ประหม่า และความตึงเครียด อาการทางกายที่เกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น อาการสั่น นอกจากนี้ยังมีข้อความที่เกี่ยวกับ free floating anxiety, panic attacks, feeling of dissociation ด้วย

ลักษณะอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวลแยกจากภาวะซึมเศร้าได้ยาก ข้อคำถามมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ และใช้ร่วมกันได้ ผู้วิจัยจึงรวมภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เรียกว่า ภาวะตึงเครียดของจิตใจ หรือภาวะเศร้าวิตก (psychological distress) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคำถาม ดังตารางที่ 18 ภาคผนวก ข

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยมีองค์ประกอบของสุขภาพจิตคือ ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) และภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (psychological distress) ซึ่งคาดว่า การวัดภาวะสุขภาพจิตในลักษณะนี้จะสามารถวัดและจำแนกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้สูงอายุปกติได้แน่นอน ชัดเจนกว่าการวัดเพียงความเจ็บป่วยด้านเดียว หรือการวัดเพียงด้านความสมบูรณ์ของจิตใจเพียงด้านเดียว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพ สามารถคัดแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตออกจากผู้สูงอายุปกติ รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive method) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ภาวะจิต-สังคมของผู้สูงอายุและแบบทดสอบที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นมาตรฐานของต่างประเทศ และที่นำมาใช้ในประเทศไทย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการสร้างแบบทดสอบ

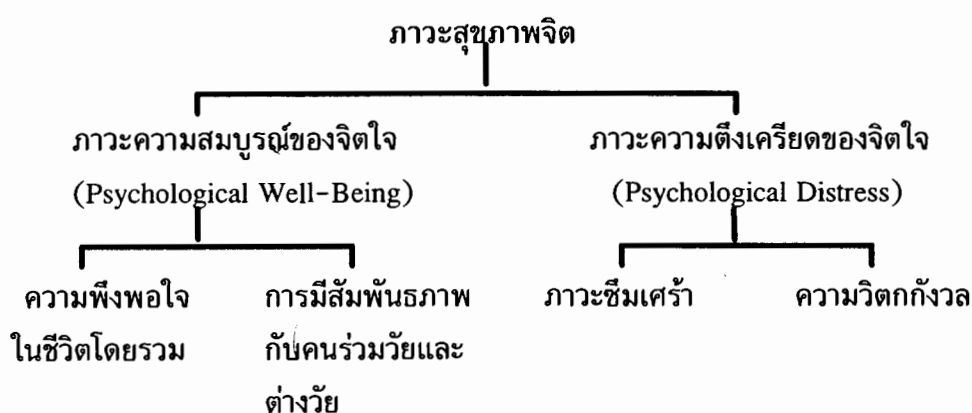
1.2 หลักเกณฑ์การสร้างแบบทดสอบ

1.2.1 แบบทดสอบที่สร้างขึ้นใหม่เป็นแบบทดสอบที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อคัดแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตออกจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิตโดยตรง (Indicators related to Mental Health) หรือเป็นการวัดสภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) โดยครอบคลุมในองค์ประกอบของสุขภาพจิตทั้งภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) และภาวะความตึงเครียดทางจิต (psychological distress)

1.2.2 คำถามในแบบสอบถามสั้น ๆ กระชับ ง่าย กระชับ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ วัฒนธรรมและสังคมไทย โดยคำถามในองค์ประกอบของ psychological distress มาจากแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลโดยใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า วิตกกังวลของ DSM IV และเป็นภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ในผู้สูงอายุ ส่วนองค์ประกอบที่เกี่ยวกับ psychological well-being จะคัดเลือกข้อความจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นที่ยอมรับ และใช้กันทั่วไปในต่างประเทศ และบางฉบับได้แปล นำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย เช่น Life Satisfaction Index A (LSI-A) โดย Neugarten และคณะ นอกจากนี้ยังมีคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับกลุ่มองค์ประกอบของสุขภาพจิตแต่ละด้าน

1.3 การสร้างแบบทดสอบ ผู้วิจัยได้ทำตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1.3.1 แบ่งกลุ่ม (domains) ประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยเป็นข้อความที่แสดง ความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) ซึ่งเป็นอารมณ์ความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลร่วมวัยและต่างวัยและข้อความที่แสดง ความตึงเครียดของจิต (psychological distress) ซึ่งเป็นอารมณ์ความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การแบ่งกลุ่มองค์ประกอบเช่นนี้คาดว่า จะสามารถวัดสุขภาพจิตได้ตรงแน่นอนกว่าการ วัดเพียงด้านที่เจ็บป่วยทางจิตหรือเพียงด้านที่เป็นความสมบูรณ์ของจิตใจ ผู้ที่ใช้การแบ่งองค์ ประกอบของสุขภาพจิตเช่นนี้ ได้แก่ Paul L. Berkman (1971) ซึ่งสร้างแบบวัดสุขภาพจิต คือ The Index of Psychological well-being⁽⁷¹⁾ The Affect Balance Scale โดย Norman Bradburn (1965) และ The Mental Health Inventory ของ The Rand Corporations และ John E. Ware ในปี ค.ศ. 1979 นิยามความหมาย โครงสร้างของสุขภาพจิตในการวิจัยครั้งนี้ แสดงดังแผนภาพข้างล่าง



1.3.2 ผู้วิจัยคัดเลือกคำถามในแต่ละกลุ่ม (domain)

โดยการคัดเลือกจากแบบทดสอบที่เป็นมาตรฐานต่างประเทศและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจิตเวชผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ ประกอบด้วย

1.1 ภาวะซึมเศร้า คัดเลือกจาก แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale) ซึ่งสร้างโดย Yesavage et al. ในปี ค.ศ.1983 ฉบับ 15 ข้อ ซึ่งแปลเป็นไทย โดย รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ และคณะ(2538) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ในปี พ.ศ.2537 Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff ปี ค.ศ. 1977⁽¹⁶⁾ และจากคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งมีประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัยผู้สูงอายุ

ไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามาก จึงได้คำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าครอบคลุมกลุ่มอาการ ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกและบรรยายได้ (subjective) ดังนี้

1. สภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย ความรู้สึกเบื่อหน่าย ความรู้สึกอยากร้องไห้
2. อาการทางจิตสรีระ (psychological vegetative) ได้แก่ ปัญหาการนอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป เบื่ออาหารจนน้ำหนักลด
3. อาการทางความคิด (cognition) ได้แก่ การขาดสมาธิ ขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบเคยทำ คิดว่าตนเองไร้ค่า ลังเลตัดสินใจไม่ได้ ขาดความมั่นใจ ความจำ ไม่ดี

1.2 ภาวะความวิตกกังวล ข้อคำถามคัดเลือกจากแบบทดสอบเกี่ยวกับความวิตกกังวล ที่เป็นมาตรฐานของต่างประเทศ และจากคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งมีประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัยผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะความวิตกกังวล แบบทดสอบดังกล่าว ได้แก่ The Mental Health Inventory ซึ่งพัฒนาโดย The Rand Corporation และ John E. Ware (1979) The Symptoms of Anxiety and Depression Scale (SAD) โดย Bedford et al (1979). The Symptom Checklist 90 สร้างโดย Leonard R. Derogatis และ Ronald S. Lipman จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ จอห์น-ฮอบกิน รัฐแมริแลนด์ สหรัฐอเมริกา ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยละเอียด ชูประยูร ในปี พ.ศ.2521 แบบวัดความวิตกกังวลของ Zung (ค.ศ. 1971) โดยคัดเลือกให้ครอบคลุมตามลักษณะของความวิตกกังวลตามหลักเกณฑ์ของ DSM IV ได้แก่

1. การระแวงระวัง และพินิจพิเคราะห์มากเกินไป ได้แก่ วิตกกังวล ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ หงุดหงิด ตกใจง่าย กลัวโดยไม่มีเหตุผล ตื่นเต้นตกใจง่าย ไม่สามารถสงบสติอารมณ์ได้ง่าย ๆ
 2. ระบบการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้อเกิดการตึงเครียด ได้แก่ ปวดตึงกล้ามเนื้อ ความรู้สึกตึงเครียด
 3. ระบบประสาททำงานมากกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นแรง หายใจขัด อึดอัด หายใจไม่อิ่ม นอนไม่หลับ อ่อนเพลียง่าย
- ซึ่งลักษณะที่แสดงถึงความวิตกกังวลบางข้อไม่สามารถที่จะแยกออกจากภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน เช่น ปัญหาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลียและอาการทางร่างกาย เป็นต้น จึงรวมเป็นภาวะความตึงเครียดของจิตใจ ซึ่งมีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม

2. ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) ได้แก่

2.1 ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ซึ่งข้อคำถามได้จากการคัดเลือกจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต Life Satisfaction Index A, Z, และ W (LSI A, LSI Z, LSI W) และจาก The Mental Health Inventory และคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็นกลุ่มข้อคำถามดังนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน (acceptance contentment) ได้แก่ พอใจในชีวิตและวัย ความรู้สึกที่ชีวิตมีแต่สิ่งที่น่าสนใจ

2. ความรู้สึกสมหวังประสบความสำเร็จตามความคาดหวัง (Achievement-fulfilment)

3. อารมณ์ในทางบวก (general positive affect) ได้แก่ รู้สึกเป็นสุข ร่าเริงแจ่มใส มีความสุขในการทำกิจกรรม การดำเนินชีวิต ภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัย เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเป็นข้อคำถามที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพัน สนิทสนมเป็นกันเอง ยกย่องให้เกียรติกันและกัน ไว้วางใจ เคารพยกย่อง เป็นที่พึ่ง สามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับได้

ข้อคำถามในองค์ประกอบของภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจมีทั้งหมด 23 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมดใน 2 องค์ประกอบที่วัดสุขภาพจิตเป็น 43 ข้อ

1.3.3 ข้อคำถามบางข้อแปลเป็นภาษาไทย โดยการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

1.3.4 นำข้อคำถามที่แปลเป็นภาษาไทย ไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงทางภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา อาจารย์ อธิบูรณ์ สมบูรณ์เถกิง สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3.5 ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อรพรรณ ทองแดง จิตแพทย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รองศาสตราจารย์ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ นักจิตวิทยา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางจิตเวชผู้สูงอายุและจิตเวชศาสตร์ ท่านละ 10 ปีขึ้นไป

1.3.6 นำแบบทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3.7 จัดทำแบบทดสอบฉบับพัฒนา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ

ในกลุ่ม (domains) ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (psychological distress)

คำตอบ	“บ่อยครั้ง/ตลอดเวลา”	ให้คะแนน	2
	“บางครั้ง”	ให้คะแนน	1
	“ไม่มีเลย”	ให้คะแนน	0

ในกลุ่ม (domains) ความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) ข้อคำถามในเชิงบวก

คำตอบ	“บ่อยครั้ง/ตลอดเวลา/ ใช่”	ให้คะแนน	0
	“บางครั้ง/ไม่แน่ใจ”	ให้คะแนน	1
	“ไม่มีเลย/ไม่ใช่”	ให้คะแนน	2

ข้อคำถามในเชิงลบ

คำตอบ	“บ่อยครั้ง/ตลอดเวลา/ ใช่”	ให้คะแนน	2
	“บางครั้ง/ไม่แน่ใจ”	ให้คะแนน	1
	“ไม่มีเลย/ไม่ใช่”	ให้คะแนน	0

1.4 ขั้นตอนการพัฒนาแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นการนำแบบทดสอบที่จัดทำขึ้นไปทดลองใช้ เพื่อนำมาปรับปรุงค่าชี้แจง เนื้อหาของข้อคำถาม และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยวิธีการของ ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล ปัญหาการปรับตัวที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2539

กลุ่มผู้สูงอายุปกติ ได้แก่ ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 24 เขตบางเขน จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ.2539

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างข้างต้น คัดเลือกตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง inclusion criteria, exclusion criteria ของการวิจัยในครั้งนี้

จากแบบทดสอบจำนวน 43 ข้อ เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 2 กลุ่มรวม 60 คน ดังกล่าว และหาค่าความคงที่ภายในแล้วจึงตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ เป็นข้อคำถามซึ่งอยู่ในองค์ประกอบความสัมพันธ์กับบุคคลร่วมวัยและต่างวัย มีข้อคำถามว่า “ท่านมักอยู่ตามลำพังไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น” ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีความเป็นเอกพันธ์กับแบบทดสอบน้อยกว่าข้ออื่น ๆ เมื่อตัดข้อคำถามนี้ออกจะทำให้ค่าความเชื่อมั่นสูงขึ้นจาก .9205 เป็น .9390 และข้อความที่ตัดออกเป็นข้อความที่คลุมเครือ ผู้ตอบตัดสินใจยาก คำตอบของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันคือ ส่วนใหญ่ตอบว่า “ใช่” จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ

1.5 นำแบบทดสอบที่ได้รับการพัฒนาแล้ว ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต คือ ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว ตามหลักเกณฑ์ DSM IV

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้สูงอายุปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต คือ ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV จากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลประสาท-พญาไท กำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
3. จิตแพทย์วินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว
4. ให้ความร่วมมือและสามารถทำแบบทดสอบได้

กำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุออกจากการวิจัย (exclusion criteria) ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง โรคจิตเรื้อรัง หรือโรคสมองเสื่อมไม่สามารถเข้าใจและตอบคำถามได้

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุปกติ กำหนดหลักเกณฑ์ ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่จำกัด ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
3. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ หรือมีพฤติกรรมผิดปกติชัดเจน
4. ไม่มีความเครียดรุนแรง ในระยะ 6 เดือนก่อนการศึกษา
5. ไม่มีความพิการทางกายที่เป็นอุปสรรคในการทดสอบ
6. ให้ความร่วมมือในการวิจัย
7. เป็นผู้ดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้รวมทั้งสิ้น 248 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว จำนวน 62 คน

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 42 คน
2. โรงพยาบาลประสาทพญาไท จำนวน 20 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุปกติ จำนวน 186 คน

1. ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 41 คน
2. ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 59 คน
3. ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 60 คน
4. ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง จำนวน 26 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อความที่แสดงถึงความคิด ความรู้สึกเชิงอัตวิสัย (subjective) มีทั้งข้อความที่แสดงถึงภาวะความตึงเครียดทางจิตใจ (psychological distress) ซึ่งเป็นอารมณ์ความรู้สึกในทางลบ และข้อความที่แสดงถึงภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being) ซึ่งเป็นอารมณ์ความรู้สึกในทางบวก

แบบทดสอบนี้จะมีข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่แสดงถึงภาวะตึงเครียดทางจิตใจ (psychological distress) 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-ข้อ 20 และภาวะความสมบูรณ์ทางจิตใจ (psychological well-being) 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21 ข้อ 42 รวมทั้งหมด 42 ข้อ (ดูรายละเอียดภาคผนวก ก)

ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้ป่วยเลือกตอบเอง (self rating questionnaire) เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งคำตอบเป็น 3 ช่วง ดังนี้คือ

คำตอบ “บ่อยครั้งหรือตลอดเวลา” หมายถึง ผู้ตอบมี อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นทุกวัน หรือเกือบทุกวัน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

“บางครั้ง” หมายถึง ผู้ตอบมีอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ้างเป็นบางครั้ง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

“ไม่มีเลย” หมายถึง ผู้ตอบไม่มีอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

คำตอบ	“ใช่”	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือข้อความนั้นเป็นจริงตรงกับสภาวะของผู้ตอบ
	“ไม่แน่ใจ”	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นจริงตรงกับสภาวะของผู้ตอบหรือไม่สามารถตัดสินใจได้
	“ไม่ใช่”	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือข้อความนั้นไม่เป็นจริงตรงกับสภาวะของผู้ตอบ

การให้คะแนนแบบทดสอบ

เนื่องจากแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตนี้เป็นแบบวัดที่แสดงถึงสภาวะอารมณ์ความรู้สึกทางด้านบวก (psychological well-being) และทางด้านลบ (psychological distress) การให้คะแนนกระทำดังนี้ คือ

ข้อคำถามที่แสดงถึงความตึงเครียดทางจิตใจ (psychological distress)

คำตอบ	“บ่อยครั้ง/ตลอดเวลา	ได้	2	คะแนน
	“บางครั้ง”	ได้	1	คะแนน
	“ไม่มีเลย”	ได้	0	คะแนน

ข้อคำถามที่แสดงถึงภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (psychological well-being)

ข้อความที่เป็นทางบวก

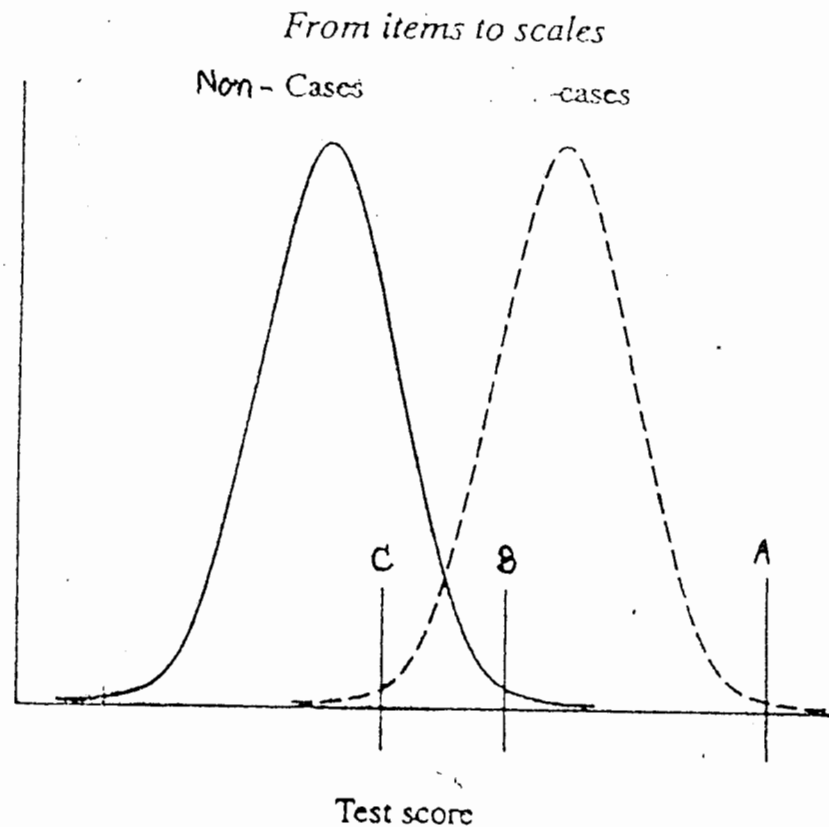
คำตอบ	“ใช่”	ได้	0	คะแนน
	“ไม่แน่ใจ”	ได้	1	คะแนน
	“ไม่ใช่”	ได้	2	คะแนน

ข้อความที่เป็นทางลบ

คำตอบ	“ใช่”	ได้	2	คะแนน
	“ไม่แน่ใจ”	ได้	1	คะแนน
	“ไม่ใช่”	ได้	0	คะแนน

การคิดคะแนนจากแบบทดสอบภาวะสุขภาพจิต คือ คิดคะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับซึ่งมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 84 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่า ผู้ตอบมีภาวะสุขภาพจิตในระดับดีหรือเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คะแนนสูงแสดงว่า ผู้ตอบมีภาวะสุขภาพจิตในระดับไม่ดีหรือมีปัญหาสุขภาพจิต

การคิดจุดตัดคะแนน (cut-off score) ของแบบทดสอบ⁽⁷²⁾



แผนภาพ แสดงผลของจุดตัดคะแนนที่จุดต่าง ๆ

จากแผนภาพแสดงถึงคะแนนการทดสอบสุขภาพจิตของแบบทดสอบที่สร้างขึ้น ซึ่งมี การกระจายของคะแนนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มปกติเป็นรูปโค้งปกติ โดย คะแนนสูงแสดงถึงเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิต คะแนนต่ำเป็นกลุ่มปกติ ถ้าจุดตัดคะแนนอยู่ที่จุด A ซึ่งค่าคะแนนสูงและสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยมาก ทำให้ได้ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจริงแน่นอน แต่ขณะเดียวกัน จะคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่รุนแรงออกไปไม่ได้ถูกนำมาบำบัดรักษาทั้งๆ ที่เขา เหล่านั้นเป็นผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษานี้ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยของผลการทดสอบสุขภาพจิตลบครึ่ง หนึ่งของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ($\text{mean} - \frac{1}{2}\text{SD}$) ได้แก่จุด B ในแผนภาพเท่ากับค่าคะแนนที่ 28 และในกลุ่มปกติ ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยของผลการทดสอบสุขภาพจิตบวกกับครึ่งหนึ่งของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\text{mean} + \frac{1}{2}\text{SD}$) ได้แก่จุด C ในแผนภาพ ข้างบนนี้ซึ่งเท่ากับคะแนนที่ 15 เมื่อได้ช่วงคะแนน 15 ถึง 28 นำไปพิจารณาพร้อมกับค่าความไว

(sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) อัตราค่าผลบวกปลอม (FPR) และ Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve โดยคัดเลือกจุดตัดคะแนนที่มีค่าความไว ความจำเพาะ สูงร้อยละ 80 ขึ้นไป อัตราผลบวกปลอมต่ำและเป็นจุดที่อยู่ใกล้มุมบนซ้ายของ ROC curve (ภาคผนวก จ)

4. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนดังนี้

4.1 นำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลติดต่ออนุมัติ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทพญาไท

ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

4.2 ติดต่อขอความอนุเคราะห์จากจิตแพทย์ซึ่งเชี่ยวชาญทางผู้สูงอายุ (ถือเป็น gold standard) ซึ่งจะเป็นผู้วินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว และกลุ่มผู้สูงอายุปกติ และถือว่าการวินิจฉัยของจิตแพทย์แต่ละท่านมีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV

4.3 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบทดสอบ เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สร้างความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

2. แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบอกประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบทดสอบ 3 ฉบับ คือ

3.1 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ของชาญทอง ไล่เลิศ

3.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ โดย รวีวรรณ นิเวศพันธุ์

3.3 แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของชาญทอง ไล่เลิศ⁽⁷³⁾ โดยใช้ค่า cut-off score เท่ากับ 14 ซึ่งมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 89.4 เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

นอกจากการวิจัยและใช้แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุ ซึ่ง รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ และคณะ ได้พัฒนา ขึ้นใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุปกติโดยใช้ค่า cut-off score เท่ากับ 10 มีค่าความไวเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 55 และค่าความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 99.2 จากนั้นสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. เมื่อเสร็จการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการแปลผลแบบทดสอบทุกฉบับ และขอ ทราบผลการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ที่ควบคุมการวิจัย พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ แก่ผู้สูงอายุทุกรายตามความเหมาะสม

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2539 ถึง เดือนสิงหาคม 2539 รวมระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺ ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ

5.1 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability) โดยวิธีการหาค่า ความคงที่ภายใน (internal consistency) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)

5.2 วิเคราะห์ค่าความตรง (validity) ของแบบทดสอบโดย

5.2.1 หาค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) หรือความตรงเชิง จำแนก โดยใช้ t-test independence

5.2.2 วิเคราะห์ค่าความตรง (validity) ของแบบทดสอบโดยการทดสอบเชิง ระบาดวิทยา เพื่อหาค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) และค่าการคาดคะเน ของแบบทดสอบ (predictive value)

5.3 คัดเลือกจุดตัดที่เหมาะสมโดยใช้กราฟแสดง Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้ เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการทดสอบคุณภาพของแบบทดสอบที่สร้างขึ้น เรียงตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)

2. วิเคราะห์ความเที่ยงตรงของแบบทดสอบโดย

2.1 ทาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) หรือความตรงเชิงจำแนกโดยใช้ t-test independence

2.2 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรง (validity) ของแบบทดสอบตามคุณสมบัติของเครื่องมือ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยวิธีการทดสอบเชิงระบาดวิทยา เพื่อหาค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ค่าการคาดคะเน (predictive value)

3. คัดเลือกจุดตัดที่เหมาะสมโดยใช้กราฟแสดง Receiver Operating Characteristic (ROC) curve

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability)

ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบ เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงผู้เดียวตลอดการวิจัย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุปกติจำนวน 30 คน และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว จำนวน 30 คน เวลาที่ใช้ในการตอบแบบทดสอบ ทั้ง 2 กลุ่ม เวลาค้นไขที่น้อยที่สุด 5 นาที สูงสุด 20 นาที เฉลี่ย 12.5 นาที ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบชนิด Cronbach' alpha coefficient ทั้งฉบับเท่ากับ 0.9390 เมื่อแยกแต่ละองค์ประกอบของสุขภาพจิต พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบในส่วนของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.9091 ความวิตกกังวล เท่ากับ 0.8814 ความพึงพอใจในชีวิตเท่ากับ 0.8652 และการมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัย เท่ากับ 0.7639 ภาวะความตึงเครียดของจิตใจเท่ากับ 0.9300 ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจเท่ากับ 0.8459

ตารางที่ 1 ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบเพื่อคัดกรอง ภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ, มีปัญหาสุขภาพจิตและรวมทั้งสองกลุ่ม แยกตามองค์ประกอบของสุขภาพจิตและรวมทั้งฉบับ ทดสอบโดยวิธีการหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ชนิด Cronbach's alpha coefficient

องค์ประกอบสุขภาพจิต	กลุ่มมีปัญหาสุขภาพจิต (n = 30)	กลุ่มปกติ (n = 30)	กลุ่มรวม (n = 60)
ภาวะซึมเศร้า	.4121	.7583	.9091
ความวิตกกังวล	.3038	.6928	.8814
ความพึงพอใจในชีวิต	.6106	.7856	.8652
การมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัย และต่างวัย	.7277	.7732	.7639
ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ	.5304	.8322	.9300
ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ	.6424	.8504	.8459
รวมทั้ง 4 องค์ประกอบ	.6390	.8895	.9390

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทดสอบโดยการหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ชนิด Cronbach's alpha coefficient เมื่อแยกองค์ประกอบของภาวะสุขภาพจิต พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีค่าระหว่าง .4121-.9091 ความวิตกกังวล มีค่าระหว่าง .3038-.8814 ความพึงพอใจในชีวิตมีค่าระหว่าง .6106-.8652 การมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัยมีค่าระหว่าง .7277-.7639 ภาวะความตึงเครียดของจิตใจมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .5304-.9300 ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจมีค่าระหว่าง .6424-.8459 และรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง .6390-.9390 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง แสดงว่า แบบทดสอบในแต่ละข้อคำถามและแต่ละองค์ประกอบมีความเป็นเอกพันธ์กันคือ เป็นข้อคำถามและองค์ประกอบที่วัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ และควรจะคิดคะแนนรวมทั้งฉบับเนื่องจากเมื่อรวมทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกันแล้ว ค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบสูงขึ้น

2. วิเคราะห์ความเที่ยงตรง (validity) ของแบบทดสอบโดยหาความตรงเชิงโครงสร้างหรือความตรงเชิงจำแนกโดยใช้ t-test independence

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน การทดสอบสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต

องค์ประกอบสุขภาพจิต (คะแนนเต็ม)	กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต		ผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ		t-test
	mean	SD	mean	SD	
ภาวะซึมเศร้า (22)	12.2097	5.478	3.2688	3.115	12.21 ^{***}
ความวิตกกังวล (18)	10.8710	4.063	2.7688	2.940	14.49 ^{***}
ความพึงพอใจในชีวิต (24)	8.0161	4.696	4.6075	2.035	5.54 ^{***}
การมีสัมพันธภาพกับ คนร่วมวัยและต่างวัย (20)	3.4677	4.152	1.4355	2.063	3.70 ^{***}
ภาวะความตึงเครียด ของจิตใจ (40)	23.0806	8.229	6.0376	5.620	15.17 ^{***}
ภาวะความสมบูรณ์ ของจิตใจ (44)	11.4839	7.140	6.0430	3.186	5.81 ^{***}
รวมทั้ง 4 องค์ประกอบ (84)	34.5645	13.015	12.0806	7.068	12.98 ^{***}

*** P < 0.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการทดสอบสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุปกติและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัย ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล) ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (ความพึงพอใจในชีวิตและการมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัย) และผลการทดสอบรวมทั้ง 4 องค์ประกอบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยของการทดสอบในทุกองค์ประกอบ ของกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มปกติในทุกองค์ประกอบสุขภาพจิต แสดงว่าแบบทดสอบที่สร้างขึ้นโดยมีโครงสร้างของ สุขภาพจิตใน องค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นเป็นโครงสร้างที่เหมาะสมในการจำแนกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้สูงอายุปกติได้

ตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้สูงอายุปกติ แยกตาม
รายข้อของแบบทดสอบโดยทดสอบด้วย t - test independence

ลำดับข้อคำถาม	กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต		ผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ		t-test	P value (1-tail Prob)
	mean	SD	mean	SD		
	1.	1.3387	.809	0.3925		
2.	1.2903	.818	.1559	.378	10.56	.000
3.	.9516	.948	.2366	.496	5.68	.000
4.	1.5161	.763	.5538	.713	8.74	.000
5.	.8548	.921	.2581	.528	4.85	.000
6.	.8871	.901	.0175	.344	6.61	.000
7.	1.1290	.914	.1613	.383	8.10	.000
8.	1.2419	.881	.2527	.483	8.43	.000
9.	.7581	.970	.1129	.393	5.10	.000
10.	1.0484	.913	.3226	.533	5.93	.000
11.	1.1935	.902	.7151	.742	4.16	.000
12.	1.0323	.886	.3871	.624	5.31	.000
13.	1.4032	.778	.2742	.525	10.65	.000
14.	1.5323	.762	.4677	.634	10.87	.000
15.	1.0323	.940	.1559	.419	7.11	.000
16.	1.2581	.848	.2527	.494	8.85	.000
17.	.8387	.944	.1452	.448	5.58	.000
18.	1.2581	.886	.5000	.707	6.12	.000
19.	1.3710	.891	.2796	.557	9.07	.000
20.	1.1452	.903	.3065	.567	6.88	.000
21.	.5484	.843	.1183	.437	3.85	.000
22.	.8871	.889	.1452	.448	6.31	.000
23.	.8226	.933	.1989	.463	5.06	.000
24.	.8710	.877	.1129	.334	6.64	.000
25.	.6774	.864	.0968	.314	5.18	.000
26.	1.6505	.616	.7903	.908	6.95	.000

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลำดับข้อคำถาม	ผู้สูงอายุ				t-test	P value (1-tail Prob)
	กลุ่มที่มีปัญหา สุขภาพจิต		กลุ่มปกติ			
	mean	SD	mean	SD		
27.	.7903	.890	.2419	.531	4.59	.000
28.	.4355	.760	.1344	.426	2.97	.002
29.	.8710	.966	.2366	.595	4.87	.000
30.	1.3871	.870	.5323	.863	6.71	.000
31.	.5645	.822	.1989	.463	3.33	.001
32.	.2258	.584	.8060	.334	1.79	.039
33.	.1935	.507	.0645	.284	1.91	.031
34.	.3226	.696	.0806	.359	2.62	.006
35.	.2903	.687	.1667	.464	1.32	.095
36.	.1953	.538	.0430	.203	2.15	.018
37.	.3387	.723	.1237	.417	2.22	.015
38.	.2903	.663	.0753	.320	2.46	.008
39.	.4355	.802	.2043	.521	2.12	.019
40.	.4194	.801	.2043	.541	1.97	.026
41.	.3226	.672	.0806	.327	2.73	.004
42.	.6613	.886	.3925	.683	2.18	.016

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุปกติ เป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อคำถามและมีบางข้อคำถามที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 แสดงว่า ข้อคำถามในแบบทดสอบทั้ง 42 ข้อคำถามมีความตรงในการจำแนกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้สูงอายุปกติได้

3. คัดเลือกจุดตัดคะแนน (cut-off score) ที่เหมาะสม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่า sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) และ negative predictive value (NPV) ของแบบทดสอบ ที่จุดตัดคะแนนต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อใช้คะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับ

จุดตัดคะแนน	sensitivity (%)	specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)
15	88.7	76.3	55.6	95.3
16	88.7	79.6	59.1	95.5
17	85.5	81.2	60.2	94.6
18	85.5	83.3	63.1	94.5
19	82.3	86.0	66.2	93.6
20	82.3	87.1	68.0	93.6
21	82.3	88.7	70.8	93.8
22	80.6	88.7	70.4	93.2

จากตารางที่ 4 แสดงว่า ณ จุดตัดคะแนนที่กำหนดไว้คือ 15-22 ให้ค่าความไวเกินกว่าร้อยละ 80 ทุกค่า แต่เมื่อพิจารณาค่าความจำเพาะ พบว่า คะแนน 15 และ 16 มีค่าความจำเพาะต่ำกว่าร้อยละ 80 จึงได้พิจารณาอัตราผลบวกปลอม ค่าการคาดคะแนนบวกและคาดคะแนนลบของคะแนนที่เหลือ พบว่า คะแนน 18 เป็นจุดตัดที่เหมาะสมนอกจากจะให้ค่าความไว และค่าความจำเพาะสูงทั้งสองค่า คือร้อยละ 85.5 กับ 83.3 ตามลำดับแล้วยังให้ค่าอัตราผลบวกปลอมต่ำคือร้อยละ 16.7 ค่าการคาดคะแนนบวกร้อยละ 63.1 และค่าการคาดคะแนนลบ ร้อยละ 94.5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่า sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) และ negative predictive value (NPV) ของแบบทดสอบ ที่จุดตัดคะแนนต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อคิดจากคะแนนองค์ประกอบสุขภาพจิต ในส่วนของความตึงเครียดของจิตใจ (ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล)

คะแนน	sensitivity (%)	specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)
8	100.0	74.2	56.4	100
9	96.8	79.0	60.6	98.7
10	93.5	83.3	65.2	97.5
11	90.3	85.5	67.5	96.4
12	85.5	87.1	68.8	94.7
13	83.9	87.6	69.3	94.2
14	82.3	89.2	71.8	93.8

จากตารางที่ 5 แสดงว่า จุดตัดคะแนนที่กำหนดไว้คือ 8-14 มีค่าความไวและความจำเพาะสูงกว่าร้อยละ 80 ยกเว้นจุดตัดคะแนนที่ 8, 9 ที่มีค่าความจำเพาะต่ำกว่าร้อยละ 80 เมื่อได้พิจารณาค่าการคาดคะเนและอัตราผลบวกปลอม พบว่า จุดตัดคะแนนที่ 11 เป็นจุดตัดที่เหมาะสม นอกจากจะให้ค่าความไวและความจำเพาะสูงคือร้อยละ 90.3 และ 85.5 แล้ว ยังมีอัตราผลบวกปลอมต่ำคือร้อยละ 14.5 ค่าการคาดคะเนบวกร้อยละ 67.5 ค่าการคาดคะเนลบร้อยละ 96.4

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่า sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) และ negative predictive value (NPV) ของแบบทดสอบ ที่จุดตัดคะแนนต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อคิดจากคะแนนองค์ประกอบสุขภาพจิต ในส่วนของภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (ความพึงพอใจในชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยกับต่างวัย)

คะแนน	sensitivity (%)	specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)
4	80.6	40.9	31.3	86.4
5	72.6	54.8	34.9	85.7
6	69.4	66.7	41.0	86.7
7	66.1	73.7	45.6	86.7

จากตารางที่ 6 พบว่า ที่จุดตัดคะแนนทุกจุดให้ค่าความไวและความจำเพาะต่ำกว่าร้อยละ 80 ยกเว้นจุดตัดคะแนนเท่ากับ 4 มีค่าความไวสูงกว่าร้อยละ 80 เล็กน้อยคือเท่ากับร้อยละ 80.6 เมื่อพิจารณาค่าอัตราผลบวกปลอม และค่าการคาดคะเนแล้ว จุดตัดที่เหมาะสมคือจุดตัดคะแนนเท่ากับ 5 ซึ่งมีค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 72.6 และ 54.8 ตามลำดับ อัตราผลบวกปลอม เท่ากับร้อยละ 45.2 ค่าการคาดคะเนบวกเท่ากับร้อยละ 34.9 ค่าการคาดคะเนลบเท่ากับร้อยละ 85.7 แสดงว่าการคิดคะแนนการทดสอบสุขภาพจิตในองค์ประกอบนี้มีค่าต่าง ๆ ค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง จึงไม่ควรคิดแยกคะแนนในองค์ประกอบนี้ควรคิดคะแนนรวมของการทดสอบทั้งฉบับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบทดสอบสำหรับคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เหมาะสมกับการนำมาใช้คัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยกำหนดให้มีค่าความไว (sensitivity) ของแบบทดสอบที่สร้างขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 80 และค่าความจำเพาะ (specificity) อย่างน้อยร้อยละ 80

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive method) โดยเป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ทำการศึกษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 248 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า วิตกกังวล และปัญหาการปรับตัวจำนวน 62 คน จากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 42 คน และโรงพยาบาลประสาทพญาไท จำนวน 20 คน และ (2) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 186 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 41 คน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 59 คน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 60 คน และชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง จำนวน 26 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2539 รวมเวลา 4 เดือน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือ (1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส จิตแพทย์วินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว ให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบ และไม่เลือกเข้าศึกษาในกรณีที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง โรคจิตเรื้อรังหรือสมองเสื่อมไม่สามารถเข้าใจและตอบคำถามได้ (2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตคัดเลือกเข้าศึกษาตามหลักเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดระดับการศึกษา เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่น หรือมีพฤติกรรมผิดปกติชัดเจน ไม่มี ความเครียดรุนแรงในระยะ 6 เดือน ก่อนการศึกษา ไม่มีความพิการทางกายที่เป็นอุปสรรคในการทดสอบ ให้ความร่วมมือในการวิจัยและเป็นผู้ดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมีทั้งหมด 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ และภาวะความตึงเครียดของจิตใจ รวม 42 ข้อคำถาม การวัดใช้มาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 0 - 2 คิดคะแนนรวมค่าต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 84 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตในระดับดี หรือเป็นผู้ที่มี

สุขภาพจิตดี คะแนนสูงแสดงว่าผู้ตอบมีภาวะสุขภาพจิตในระดับไม่ตี หรือมีปัญหาสุขภาพจิต นำแบบทดสอบไปหาค่าความเชื่อถือได้ โดยหาค่าความคงที่ภายในแบบ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .9390

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป spss/pc⁺ โดยวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าความคงที่ภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient), วิเคราะห์ค่าความตรง (validity) ของแบบทดสอบโดยใช้ t-test เพื่อหาความแตกต่างของผลการทดสอบสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต, และความตรงโดยการทดสอบเชิงระดับวิทยาเพื่อหาค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) และค่าคาดคะเน (predictive value) ของแบบทดสอบ, คัดเลือกจุดตัดที่เหมาะสม (cut-off score) ของแบบทดสอบ

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability) จากการหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.9390 เมื่อแยกแต่ละองค์ประกอบของสุขภาพจิตพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบในส่วนของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .9091 ความวิตกกังวลเท่ากับ .8814 ความพึงพอใจในชีวิตเท่ากับ .8652 และการมีสัมพันธภาพระหว่างคนร่วมวัยและต่างวัยเท่ากับ .7639 ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจเท่ากับ .8459 และภาวะความตึงเครียดของจิตใจเท่ากับ .9300 แสดงว่าแบบทดสอบมีความเป็นเอกพันธ์สามารถวัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้

2. แบบทดสอบมีความตรงเชิงโครงสร้างและสามารถจำแนกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้สูงอายุปกติได้ ผลการทดสอบของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างจากผลการทดสอบของผู้สูงอายุปกติ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ย จากการทำแบบทดสอบของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งฉบับเท่ากับ 34.5645 ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุปกติซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.0806 ผลการทดสอบ t-test independence พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และเมื่อแยกแต่ละองค์ประกอบสุขภาพจิตพบว่า

คะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบในองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 12.2097 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการทำแบบทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุปกติเท่ากับ 3.2688 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบในองค์ประกอบของความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 10.8710 ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติเท่ากับ 2.7688 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบในองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 8.0161 ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติเท่ากับ 4.6075 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบในองค์ประกอบการมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 3.4677 ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติเท่ากับ 1.4355 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบในองค์ประกอบภาวะความตึงเครียดของจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 23.0806 ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติเท่ากับ 6.0376 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบในองค์ประกอบภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 11.4839 ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติเท่ากับ 6.0430 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

3. ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบทดสอบตามคุณสมบัติของเครื่องมือเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยวิธีทดสอบทางระบาดวิทยา และคัดเลือกจุดตัดที่เหมาะสมของแบบทดสอบทั้งฉบับพบว่า ที่จุดตัดคะแนน 18 มีค่าความไว (sensitivity) ของแบบทดสอบร้อยละ 85.5 ค่าความจำเพาะของแบบทดสอบร้อยละ 83.3 ค่าการคาดคะเนบวกร้อยละ 63.1 ค่าการคาดคะเนลบร้อยละ 94.5

เมื่อแยกแต่ละองค์ประกอบของสุขภาพจิต พบว่า

องค์ประกอบของภาวะตึงเครียดของจิตใจที่จุดตัดคะแนน 10, 11 มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 93.5 และ 90.3 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 87.3, 85.5 ค่าการคาดคะเนบวกร้อยละ 65.2, 67.5 ค่าการคาดคะเนลบร้อยละ 97.5 และ 96.4 ตามลำดับ

องค์ประกอบของภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจที่จุดตัดคะแนน 5, 6, 7 มีค่าความไว (sensitivity) ต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ 72.6, 69.4 และ 66.1 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 54.8, 66.7, 73.7 ส่วนที่จุดตัด 4 ค่าความไวร้อยละ 80.6 แต่ค่าความจำเพาะต่ำกว่า

ร้อยละ 80 ได้แก่ ร้อยละ 40.9 ค่าการคาดคะเนบวกที่จุดตัด 4, 5, 6, 7 เท่ากับร้อยละ 31.3, 34.9, 41.0 และ 45.6 ตามลำดับ ค่าการคาดคะเนลบร้อยละ 86.4, 85.7, 86.7, 86.7

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุจึงนำผลการทดสอบคุณภาพของแบบทดสอบมาอภิปรายตามลำดับดังนี้

1. ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) หรือความตรงเชิงจำแนกของแบบทดสอบ

การวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างมีความจำเป็นอย่างมากในการสร้างแบบทดสอบในการศึกษานี้ใช้วิธี Known group technique โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่มีคุณลักษณะตรงข้ามกัน คือ กลุ่มที่มีคุณลักษณะตรงกับคุณลักษณะที่ต้องการศึกษาและกลุ่มที่ไม่มีคุณลักษณะที่ต้องการศึกษาแล้วนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบโดยใช้ t-test independence ถ้าพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแปลว่าเครื่องมืออันมีความตรงตามโครงสร้างในลักษณะตรงเชิงจำแนก^(74,75) ในการศึกษานี้ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว และกลุ่มผู้สูงอายุปกติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาผลการทดสอบของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าแบบทดสอบที่สร้างขึ้นมีโครงสร้างของสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ใน 2 องค์ประกอบคือ ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล และภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัย) ดังที่ผู้วิจัยได้ให้นิยามไว้

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผลการทดสอบรายข้อของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุปกติโดยใช้ t-test independence พบว่าข้อคำถามในองค์ประกอบภาวะตึงเครียดของจิตใจ (ข้อคำถามที่ 1-20) ผลการทดสอบของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยคะแนนเฉลี่ยของการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุปกติทุกข้อคำถาม ในองค์ประกอบของภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจก็เช่นเดียวกัน ผลการทดสอบของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ถึง .05 เช่นกัน ซึ่งยืนยันถึงความเหมาะสมของโครงสร้างสุขภาพจิตในแบบทดสอบที่สร้างขึ้น

Veit and Ware⁽¹¹⁾ ผู้สร้าง The Mental Health Inventory ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) โครงสร้างของแบบทดสอบสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น พบว่า คะแนนรวม The

Mental Health Index แสดงถึงมโนทัศน์ของ psychological distress และ psychological well being ซึ่ง psychological distress ประกอบด้วยภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การสูญเสียการควบคุม พฤติกรรมและอารมณ์ เป็นสภาวะการทางลบ (negative states) ส่วน psychological well being อันประกอบด้วยอารมณ์ทั่วไปทางบวก (general positive affect) และความผูกพันทางอารมณ์ (emotional ties) เป็นสภาวะการทางบวก (positive states) โดยแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ดัดแปลงรายละเอียดในองค์ประกอบย่อยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ องค์ประกอบย่อยภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ประกอบกันเป็น psychological distress และองค์ประกอบย่อยความพึงพอใจในชีวิตและการมีสัมพันธ์ภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัย ประกอบกันเป็น psychological well-being ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โครงสร้างของแบบทดสอบที่ตั้งกล่าวเหมาะสมในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

นอกจากนี้การหาความคงที่ภายในของแบบทดสอบ (internal consistency) ซึ่งเป็นวิธีการหาความเชื่อมั่นโดยหาจากความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวม หรือหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามด้วยกัน หรือระหว่างตอนของแบบทดสอบนั้น ๆ ยังแสดงถึงความตรงตามโครงสร้างใช้วัดลักษณะที่ต้องการจะวัดได้⁽⁷⁵⁾ จากการศึกษาครั้งนี้หา internal consistency โดย Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94 มีค่าสูงแสดงว่าแบบทดสอบนี้มีความเป็นเอกพันธ์และมีความตรงเชิงโครงสร้างวัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้

2. วิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ (validity) ตามคุณสมบัติของเครื่องมือเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยการทดสอบเชิงระบาดวิทยา เพื่อหาค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ค่าการคาดคะเน (predictive value)

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของแบบทดสอบด้วยวิธีการเชิงระบาดวิทยา เป็นการหาค่าความไวของแบบทดสอบ (sensitivity) ซึ่งเป็นคุณสมบัติของการทดสอบที่สามารถบอกได้ว่าบุคคล “มีโรค” เมื่อผู้ที่นำมาทดสอบมีโรคจริงๆ หาค่าความจำเพาะของแบบทดสอบ (specificity) ซึ่งเป็นคุณสมบัติของการทดสอบ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่จะบอกว่า ผู้ที่นำมาทดสอบนั้นปราศจากโรคเมื่อเขาไม่มีโรคจริง ค่าการคาดคะเนบวก (positive predictive value) ซึ่งเป็นคุณสมบัติของแบบทดสอบที่สามารถทำนายว่า ผู้ที่ทำการทดสอบแล้วให้ผลบวกจะมีโอกาสเป็นโรคจริงๆ ได้ถูกต้องสักเท่าไร และหาค่าการคาดคะเนลบ (negative predictive value) ซึ่งเป็นคุณสมบัติของการทดสอบที่สามารถทำนายว่า ผู้ที่ทำการทดสอบแล้วได้ผลลบเป็นผู้ที่ปราศจากโรคจริงๆ ได้ถูกต้องสักเท่าไร⁽⁷⁶⁾

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แบบทดสอบมีค่าความไว 85.5 เปอร์เซ็นต์ และค่าความจำเพาะ 83.3 เปอร์เซ็นต์ อัตราค่าการคาดคะเนบวก (PPV) เท่ากับ 63.1 เปอร์เซ็นต์ และค่าการคาดคะเนลบ (NPV) สูงถึง 94.5 เปอร์เซ็นต์ ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 6

ค่าความไวของแบบทดสอบที่สร้างขึ้นมีค่าสูงปานกลางคือเท่ากับ 85.5 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่า จากจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตจริง จำนวน 100 คน แบบทดสอบสามารถให้ผลการทดสอบที่แสดงว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพจิต 86 คน จากการศึกษาพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 62 คน เมื่อได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตด้วยโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว จำนวน 53 คน ผู้สูงอายุอีก 9 คน ซึ่งจิตแพทย์วินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว แต่ผลการทดสอบเป็นลบ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่แสดงอาการทางความคิด ความรู้สึกไม่ชัดเจน แต่เป็นลักษณะแสดงอาการทางร่างกายและบ่งเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งคำถามในแบบทดสอบที่สร้างขึ้นนี้โดยมากถามเกี่ยวกับอาการทางความคิด ความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอก จึงทำให้เกิดผลลบเท็จ (FNR) ขึ้นค่าความไวของแบบทดสอบจึงลดลง

ค่าความจำเพาะของแบบทดสอบที่สร้างขึ้นมีค่าสูงปานกลางเช่นกัน คือ 83.3 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่า จากจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 100 คน แบบทดสอบสามารถให้ผลการทดสอบที่แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 83 คน จากผลการวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 186 คน ผลการทดสอบบอกว่ามีปัญหาสุขภาพจิต 31 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง จิตแพทย์ไม่ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัวตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM เพียงแต่มีภาวะไม่สุขสบายใจ วิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะความตึงเครียดของจิตใจ ไม่ต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ นับว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่น่าสนใจ ในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง และเป็นที่น่าสังเกตว่า gold standard ซึ่งเป็นจิตแพทย์ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM IV แต่แบบทดสอบที่สร้างขึ้นวัดภาวะตึงเครียดของจิตใจ (psychological distress) ซึ่งระดับของความรุนแรงของภาวะสุขภาพจิตต่างกัน จึงอาจทำให้เกิดผลบวกปลอมได้ ซึ่งระยะความรุนแรงของโรคที่ต่างกัน จะทำให้ค่าคุณสมบัติการทดสอบต่างๆ คลาดเคลื่อนได้⁽⁷⁷⁾

ค่าการคาดคะเนบวก (PPV) ของแบบทดสอบในการศึกษาครั้งนี้ 63.1 เปอร์เซ็นต์ หมายความว่า ผู้ที่ทำการทดสอบจำนวน 100 คน แล้วผลการทดสอบบอกว่ามีปัญหาสุขภาพจิต เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจริงจำนวน 63 คน และค่าการคาดคะเนลบ (NPV) ของแบบทดสอบเท่ากับ 94.5 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่าผู้ที่ทำการทดสอบจำนวน 100 คน แล้วผลการทดสอบบอกว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นผู้ที่ไม่มีความผิดปกติจริงจำนวน 95 คน⁽⁷⁸⁾ คุณสมบัติของค่าการคาดคะเนนี้เรียกได้ว่า เป็นความสามารถในการทำนายเมื่อผลการทดสอบเป็นบวก (PPV) หรือความสามารถในการทำนายเมื่อผลการทดสอบเป็นลบ ซึ่งจะมีคุณสมบัติไม่คงที่และเปลี่ยนแปลงตามความชุกโดยถ้าความชุกของโรคสูงทำให้ค่าการคาดคะเนบวกสูง ค่าการคาดคะเนลบต่ำ แต่ถ้าความชุกของโรคต่ำค่าการคาดคะเนบวกต่ำ แต่ค่าการคาดคะเนลบสูง ในการศึกษาครั้งนี้ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์ พบว่าค่าการคาดคะเนบวกมีค่าปานกลาง และ

ค่าการคาดคะเนลบสูง แสดงว่าแบบทดสอบที่สร้างขึ้นสามารถยืนยันว่า ผู้สูงอายุที่ทำแบบทดสอบ ได้ผลบวก มีโอกาสเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (rule in) เท่ากับ 63 เปอร์เซ็นต์ และถ้าผลการทดสอบเป็นลบ ยืนยันได้ค่อนข้างแน่นอนว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนั้นไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (rule out) เท่ากับ 96 เปอร์เซ็นต์

เมื่อคิดคะแนนแยกใน 2 องค์ประกอบใหญ่ของสุขภาพจิตคือ ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ และภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจพบว่า ในองค์ประกอบภาวะความตึงเครียดของจิตใจมีค่าความไวสูงคือ 93.5 เปอร์เซ็นต์ ค่าความจำเพาะ เท่ากับ 83.3 เปอร์เซ็นต์ ค่าการคาดคะเนบวกเท่ากับ 65.2 เปอร์เซ็นต์ ค่าการคาดคะเนลบเท่ากับ 97.5 เปอร์เซ็นต์ และอัตราผลบวกปลอม เท่ากับ 16.7 เปอร์เซ็นต์ สำหรับองค์ประกอบภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจนั้นพบว่ามีความไวเท่ากับ 80.6 เปอร์เซ็นต์ ค่าความจำเพาะเท่ากับ 40.9 เปอร์เซ็นต์ ค่าการคาดคะเนบวกเท่ากับ 31.3 เปอร์เซ็นต์ และค่าการคาดคะเนลบเท่ากับ 86.4 เปอร์เซ็นต์ อัตราผลบวกปลอมเท่ากับ 59.1 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่าถ้าคิดคะแนนจากองค์ประกอบ ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจเพียงองค์ประกอบเดียว ความสามารถในการทำนายและยืนยันว่า เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ถ้าผลการทดสอบเป็นบวกต่ำเพียง 31.3 เปอร์เซ็นต์ แต่ถ้าผลการทดสอบเป็นลบความสามารถในการทำนายว่า เป็นผู้ที่ไม่ปัญหาสุขภาพจิตสูง 86.4 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นผลการทดสอบเป็นบวกในองค์ประกอบนี้ไม่มีประโยชน์นัก แต่ถ้าได้ผลลบจากการทดสอบ บอกได้ค่อนข้างดีว่า เป็นผู้ที่ไม่ปัญหาสุขภาพจิต⁽⁷⁶⁾ สรุปว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าความไว ความจำเพาะ ค่าการคาดคะเน และอัตราผลบวกปลอมใน 2 องค์ประกอบข้างต้น คุณสมบัติของการทดสอบในองค์ประกอบภาวะความตึงเครียดของจิตใจดีกว่าในทุกคุณสมบัติ ดังนั้นจึงควรคิดคะแนนรวมในแบบทดสอบทั้งฉบับ จึง จะสามารถแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้สูงอายุปกติได้ดี

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽⁷⁹⁾ ศึกษาแบบวัดสุขภาพจิต General Health Questionnaire (GHQ) สร้างโดย Goldberg ในปี ค.ศ. 1972 เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเองและแปลเป็นภาษาไทย โดยศึกษากับประชาชนในเขตหนองจอกที่มารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จำนวน 100 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า GHQ ฉบับแปลไทย (Thai GHQ) ประกอบด้วย Thai GHQ ฉบับ 60 ข้อ และฉบับอื่น ๆ คือ Thai GHQ-30, Thai GHQ-28 และ Thai GHQ-12 มีค่าความเชื่อมั่นโดย internal consistencies มีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และมีค่าความจำเพาะ (specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 พบว่ามีค่าคุณสมบัติต่าง ๆ ใกล้เคียงกันกับแบบทดสอบที่สร้างขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบ Thai GHQ 60 กับแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่ง Thai GHQ 60 เป็นฉบับเต็ม มีค่าความเชื่อมั่น, ความไว และความจำเพาะสูงกว่าฉบับอื่น ๆ ค่า Cronbach's alpha coefficient ของ Thai GHQ 60 และแบบทดสอบที่สร้างขึ้น เท่ากับ 0.94 ค่าความไวของแบบทดสอบที่สร้างขึ้นสูงกว่า Thai GHQ 60 เล็กน้อย คือร้อยละ 85.5 และ 85.3 ค่าความจำเพาะใกล้เคียงกันคือในแบบทดสอบที่สร้างขึ้นร้อยละ 83.3 ของ GHQ ร้อยละ 84.4 สรุปว่าคุณสมบัติต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน แต่ข้อคำถามของแบบทดสอบที่สร้างขึ้น จำนวนน้อยกว่าคือ เพียง 42 ข้อคำถามใช้เวลาไม่นานนัก คือ 5-20 นาที สามารถใช้ได้ง่าย คิดคะแนนง่ายเหมาะสมที่จะใช้คัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบกับ Thai GHQ 28 ซึ่งค่าคุณสมบัติต่าง ๆ ใกล้เคียงกันกับแบบทดสอบที่สร้างขึ้นเช่นกัน คือ Thai GHQ 28 มีค่าความไว ร้อยละ 81.3 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 88.2 ค่า Cronbach's alpha coefficient ร้อยละ 0.90 โครงสร้างของ Thai GHQ 28 ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub-scale) 4 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคมและอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ส่วนโครงสร้างในแบบทดสอบที่สร้างขึ้น ประกอบด้วยภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล) และภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ (ความพึงพอใจในชีวิตและการมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัย) ซึ่งสอดคล้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบดังกล่าวไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาแตกต่างกัน ถ้าจะให้ชัดเจนยิ่งขึ้นควรนำ Thai GHQ มาใช้กับผู้สูงอายุไทยและเปรียบเทียบกับแบบทดสอบที่สร้างขึ้น

3. ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบ

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบคำนวณโดยการหาค่าคงที่ภายใน (internal consistency coefficients) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ซึ่งเป็นการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่วัดลักษณะเดียวกัน เป็นการตรวจดูว่าข้อความในแบบทดสอบ มีความสัมพันธ์กับมากน้อยเพียงใด ถ้ามีความสัมพันธ์กันสูงก็แสดงว่า คำถามหรือข้อความทั้งหมดมีเนื้อหาสอดคล้องกัน (homogenous) ตรงกับคุณลักษณะที่ต้องการวัด ถ้ามีความสัมพันธ์กันต่ำก็หมายความว่าข้อความแต่ละข้อแตกต่างกัน วัดคุณลักษณะที่แตกต่างกัน⁽⁸⁰⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบเท่ากับ 0.9390 และเมื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยแยกแต่ละองค์ประกอบสุขภาพจิตทั้ง 2 องค์ประกอบ 0.7639 ถึง 0.9091 ค่าความเชื่อมั่นที่มากกว่า .7 เป็นค่าที่ยอมรับในทางสถิติว่าเป็นค่าที่มีความเชื่อถือได้ในระดับสูง และค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าความคงที่ภายในที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับสูง แสดงข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบสุขภาพจิตได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความพึงพอใจในชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับคนร่วมวัยและต่างวัย มีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างดีกับลักษณะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีความเป็นเอกพันธ์

สามารถแทนสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ ดังนั้นแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสูง สามารถนำมาใช้คัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ และควรใช้โดยคิดคะแนนรวมจากผลการทดสอบทั้งฉบับ ไม่ควรแยกองค์ประกอบ เพราะค่าความคงที่ภายในของการทดสอบทั้งฉบับสูงกว่าแยกองค์ประกอบ

4. การคัดเลือกจุดตัด (cut-off score) ที่เหมาะสม

การคัดเลือกจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับแบบทดสอบเพื่อคัดกรองโรคนั้น ภิรมย์ กมลรัตกุล⁽⁷⁶⁾ กล่าวว่า การทดสอบที่มีความไวสูงจะสามารถค้นหาโรคได้ดีกว่า การทดสอบที่มีความไวต่ำ และการทดสอบที่มีความจำเพาะต่ำ จะมีสัดส่วนผลบวกปลอมสูง และเครื่องมือที่ดีคือ เครื่องมือที่มีค่าความไว (sensitivity) สูงและค่าผลบวกปลอม (false positive rate, FPR) ต่ำ ซึ่งค่า FPR ก็คือ $1 - \text{specificity}$ นั่นเอง นั่นคือ เครื่องมือที่ดีต้องมีทั้งค่าความไวและค่าความจำเพาะสูง นอกจากนี้การเลือกจุดตัดที่เหมาะสมยังคำนึงถึงผลบวกปลอม (FPR) เป็นสำคัญด้วยคือ จะเลือกจุดตัดที่มีความไวสูง เมื่อผลเนื่องจากผลบวกปลอมไม่มีอันตรายมากนัก แต่จะเลือกจุดตัดที่มีความจำเพาะสูง เมื่อผลเนื่องจากผลบวกปลอมมีอันตรายมาก⁽⁷⁸⁾ ในกรณีนี้การเลือกจุดตัดที่มีผลบวกปลอมสูงไม่มีอันตรายต่อชีวิตผู้ที่ทำแบบทดสอบ แต่มีผลต่อความคิดความรู้สึกในการที่จะถูกตัดสินว่า เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ถ้ามีการตรวจวินิจฉัยที่แน่นอนโดยจิตแพทย์อีกครั้งหนึ่งก่อนจะยืนยันว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจริงจะลดผลกระทบลงได้ ดังนั้นจุดตัดคะแนนที่ 18 จึงเป็นจุดตัดที่เหมาะสม สำหรับแบบทดสอบที่สร้างขึ้น เนื่องจากเป็นจุดที่มีค่าความไวสูงคือ 85.5 เปอร์เซ็นต์ ค่าความจำเพาะเท่ากับ 83.3 เปอร์เซ็นต์ ค่าการคาดคะเนบวก (PPV) เท่ากับ 63.1 เปอร์เซ็นต์ และค่าการคาดคะเนลบ (NPV) สูงถึง 94.5 เปอร์เซ็นต์ อัตราผลบวกปลอมต่ำคือ 17.5 เปอร์เซ็นต์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6 เป็นที่สังเกตว่าถ้าต้องการให้แบบทดสอบมีความจำเพาะสูงจะใช้จุดตัดคะแนนที่สูงขึ้น ซึ่งจะมีความแม่นยำในการคัดแยกผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ออกจากการศึกษาได้ดี และถ้าต้องการให้แบบทดสอบมีความไวในการคัดเลือกผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะใช้จุดตัดคะแนนต่ำลง สำหรับแบบทดสอบที่สร้างขึ้นเป็นแบบทดสอบเพื่อการคัดกรอง (screening test) ต้องการค่าความไวสูง ค่าความจำเพาะใกล้เคียงกัน จึงเลือกจุดตัดคะแนนที่ 18 ถึงแม้ค่าความไวจะต่ำกว่าจุดตัดคะแนนที่ 15, 16, 17 (ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 6) แต่ค่าความจำเพาะใกล้เคียงกันและอัตราผลบวกปลอมไม่สูงนัก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเพื่อนำมาพิจารณา ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นมีคุณสมบัติความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้เหมาะสม สามารถนำไปใช้คัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อาจมีการปรับปรุงการเรียงข้อความใหม่โดยคละกันระหว่างข้อความทางบวกและข้อความทางลบ เพื่อขจัดปัญหาการตอบที่เป็นลักษณะคล้ายตามกันกับคำถามก่อน ๆ

2. แบบทดสอบที่สร้างขึ้นนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย ข้อคำถามไม่มากเกินไป ใช้เวลาตอบเพียง 5-10 นาที สามารถนำไปใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ได้ และควรนำไปใช้เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเท่านั้น ไม่สามารถแยกโรคหรือวินิจฉัยโรคได้

3. นำแบบทดสอบนี้ไปใช้กับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุอื่น ๆ เช่น นำไปศึกษากับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับความรุนแรงต่างกัน ผู้สูงอายุในกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยควบคุมตัวแปรอื่น ๆ เช่น เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา เศรษฐฐานะ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนหรือนำไปศึกษาคุณสมบัติอื่น ๆ ของแบบทดสอบเพื่อปรับปรุงให้เป็นแบบทดสอบที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

4. การคิดคะแนนการทดสอบควรใช้คะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับไม่คิดแยกแต่ละองค์ประกอบ

รายการอ้างอิง

1. ประไพ ยศะทัศน์. ผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2521 ม.ค. ; 26:13-19.
2. เกษม ตันติผลาชีวะ และกฤษยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์, 2528.
3. ดร.ณิ ชมธวัช. ความกังวลใจของผู้สูงอายุ. วารสารผู้สูงอายุ. 2528-2529 ต.ค.-มี.ค.; 5:26-27.
4. จิรวรรณ ประกอบผล. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. สรรพสิทธิเวชสาร. 2531 ต.ค.-ธ.ค. ; 9 : 181-7.
5. วีรสิทธิ์ ลิทธิไตรย์ และคณะ. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประชากรศาสตร์แห่งชาติ 26-27 พ.ย., 2539.
6. คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านสุขภาพจิต. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข, 2529-2530.
7. Brady PF. Mental Health of The Aging. In: Johnson BS. Adaptation and Psychiatric Mental Health Nursing 3rd ed. Philadelphia:J.B. Lippicott company, 1994.
8. อิงใจ จันทมูล. ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด (วิทยานิพนธ์). ปรินญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
9. นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. ประชากรผู้สูงอายุไทยและปัญหาสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ, 2538.
10. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. งานวิจัยระดับวิทยาทองจิตเวชในประเทศไทย. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2537 ก.ย.-ธ.ค.; 2:14-19.
11. Viet CT, Ware JE. The Structure of Psychological Distress and Well-being in General Populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983;51(5) : 730-742.
12. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The Measurement of Life Satisfaction. J Gerontol 1961 ; 16 : 134-43.
13. ศรีเรือน แก้วก้างวล. คู่มือการใช้แบบทดสอบ LSIA (ความพอใจในชีวิต) และ Life Experience Test (พฤติกรรมจิตสังคม) สำหรับผู้สูงอายุ. เชียงใหม่ : ภาควิชา-จิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2528.

14. Baiyewu O, Jegede O. Life Satisfaction in Elderly Nigerions: Reliability and Factor composition of The Life Satisfaction Index Z. *Age and Aging* 1992 ; 21 : 256-61.
15. Jamea et al. The Life Satisfaction Index Well-being:Its Internal Reliability and Factorial composition. *Br. J psychiatry* 1986;149:647-50.
16. Nivataphand R.et al. Geriatric Depression Scale. Sydney:Australia,1995.(เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์)
17. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย.สารศิริราช. 2537 ม.ค.; 46:1-9.
18. Radloff LS. The CES-D Scale:A Self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measur* 1997;1 : 385-401.
19. Morgan K, Dallosso HM, Arie T, Byrne EJ, Jones R, Waite J. Mental Health and Psychological Well-being among the old and very old living at home. *Br J Psychitry* 1987 ; 150 : 801-7.
20. Zung WWK. A Rating Instrument for anxiety disorder. *Psychosomatic* 1971 (Nov-Dec) ; 12 : 371-379.
21. ละเอียด ชูประยูร. การศึกษาแบบทดสอบ SCL 90 ในคนไข้โรคประสาท. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 2521 ส.ค. ; 9 : 9-16.
22. Jitapunkul S Geriatric Medicine. *Chula Med J*. 1992 Nov; 36(110 : 821-29.
23. ศิรางค์ ทับสายทอง. *จิตวิทยาวัยผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
24. สุพรรณิ นันทัง. ความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหวและภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์) *ปริญญามหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
25. Burgess AW. Mental Health Function and Dysfunctions. *Psychiatric Nursing in the Hospital and Community* 5thed. California:Appleton and Large,1990.
26. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิเคราะห์นิยามความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต, 2537.
27. บัวทอง สว่างโสภาคกุล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร:ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,2524.
28. สุภาพรณ โคตรจรัส. สุขภาพจิต:จิตวิทยาในการดำรงชีวิต เล่ม1. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2527.

30. ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์และคณะ. โครงการวิจัยเรื่องสุขภาพจิตของคนในกรุงเทพมหานคร. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องกรุงเทพ2545,2526.
31. Deutsch A. The Encyclopedia of Mental Health Vol IV. New York:Franklin Watts Inc,1963.
32. Edgerten JE, Campbell RJ. American Psychiatric Glossary. Washington DC:American Press Inc,1994.
33. สุรางค์ จันท์เอม. สุขวิทยาจิต. กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต, 2527.
34. สุดาวัลย์ สายสืบ. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตภาคเหนือของประเทศไทย (วิทยานิพนธ์). ปริญญามหาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2536.
35. ฉวีวรรณ แก้วพรหมม ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์). ปริญญามหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
36. อัมพร โอดระกุล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์, 2538.
37. William S. A developmental psychology of old age. New York : Raven Press, 1984.
38. อัจฉรา นวจินดาและชจිරัส ภิรมย์ธรรมศิริ. ความพึงพอใจ:ตัวแปรกลางพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ,2534.
39. เกษม ดันติผลาชีวะ. ปัญหาจิตเวชผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2527 มี.ค. ; 29 : 13-19.
40. สุวรรณ ศุภรัตน์ภิญโญและนิรมล พัจจนสุนทร. ปัญหาจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2534 ม.ค.-มี.ค. ; 36 : 11-20.
41. ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์ เล่ม4. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะแพทย-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
42. Gensberg F, Monea HE, Ostroski MJ. Toward healthy Aging : Human need and nursing reponse. London : The CV Mosby Company,1981.
43. Solomon R, Perterson M. Successful aging:How to help your patients cope with change. Geriatrics 1994;49(April):41-9.
44. Mc Donell I, Newwel C. Measuring Health:A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York:Oxford University Press Inc,1987.
45. ประภาพัฒน์ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ:การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์,2537.

46. กฤษดา ทรงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการรักษา (วิทยานิพนธ์). ปรินญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
47. สุพิชญา ชุนสนิท. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาที่ชมรมผู้สูงอายุชิรพยาบาล. (วิทยานิพนธ์)ปรินญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2539.
48. Strack F et al,editors. Subjective Well-Being: An interdiscipinavy perspective. London : Pergamon Press,1991.
49. สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณ. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. ปรินญานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ - ประสานมิตร,2536.
50. Vander JW. Human Development 4th ed. New York:Alfred A Knopf,1989.
51. จีรารวรรณ ประกอบผล. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. สรรพสิทธิเวชสาร. 2531 ต.ค.-ธ.ค. ; 4(9): 181-7.
52. Matt GE, Dean A. Social Support from Friends and Psychological Distress Among Elderly Persons:Moderator Effects of Age. Journal of Health and Social behavior 1993 ; 34 (Sep) : 187-200.
53. Philip S, Adrian G. A guide to successful Aging. Lancashire: The parthenon publishing group limited,1986.
54. Schulz R. Emotionality and Aging in Advances in the Study of communication and affect edited by Blankstein KR, Polivy J. New York:Plenum Press,1982.
55. Viney L. Sequences of emotional distress expressed by client and acknowledged by therapists:Are they associated more with some therapists than others?. Br J Clin Psychol 1994;33:469-81.
56. Rush AJ. Depression in primary care. Am Fam Physician 1993;47:177-8.
57. Finch EJ, Ramsay R, Katona LE. Depression and Physical illness in the elderly. Clin Geriatr Med 1992;8:275-86.
58. วันเพ็ญ แสงสงวน. การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย.(วิทยานิพนธ์). ปรินญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2539.
59. นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุภา และธงชัย ทวิชาชาติ. ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ:เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2533 เม.ย.; 35(4):195-203.

60. อัมพร โอตระกูลและคณะ : ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท. วารสาร
กรมการแพทย์. 2536 ต.ค. ; 18(10) : 503-7.
61. Mc Cullough PK. Geriatric depression: Atypical presentation, hidden meanings.
Geriatrics 1991 ; 46 : 72-6.
62. Lehtinen V, Jonkamaa M. Epidemiology of depression. Acta Psychiatr Scand
1994 ; 89 : 7-10.
63. ชนาน หัสศิริและคณะ. การศึกษาวิจัยเรื่องการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเมื่อกรุงรัตนโกสินทร์
ครบ 200ปี, 2525.
64. Butter RN, Lewis MI. Late-life depression: When and how to intervene. Geriatrics
1995 ; 50 (Aug) : 44-5.
65. Lin MW et al. Symptoms of depression and recent life events in the community
elderly. J Clin Psychol 1980 ; 36 : 675-82.
66. Gilleard et al, Self-Report Measures of Mood and Moral in Elderly Depressives.
Brit. J. Psychiat 1981 ; 138 : 230-235.
67. Yesavage J. Development and Validation of a Geriatric Screening Scale: A preliminary
report. J Psychiatr Res 1983 ; 17 : 33-49.
68. Mc Cullough PK. Evaluation and Management of anxiety in the older adult. Geriatric
1992 ; 47 : 35-8.
69. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม1. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพ-
มหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
70. American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington
DC : The American Psychiatric Association, 1994.
71. Berkman PL. Measurement of Mental Health in General Population Survey. Am J
Epidemol 1971; 94 : 105-111.
72. Streiner DL. Health Measurement Scales : A Practical Guide to Their
Development and Use 2rd ed. Oxford University Press, 1995.
73. ชาญทอง ไล่เลิศ. การพัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค (วิทยานิพนธ์). ปรินญาหมหาบัณฑิต.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
74. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2537.

75. รัตนา ศิริพานิช. หลักการสร้างแบบทดสอบวัดทางจิตวิทยาและทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. เอกสารประกอบการสอนสาขาวิชาจิตวิทยา. คณะศิลปศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรม-ศาสตร์, 2533.
76. ภิรมย์ กมลรัตนกุล. เครื่องมือที่ใช้ทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค. กรุงเทพมหานคร : หน่วยผลิตเอกสารสำนักงานเลขาธิการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย, 2533.
77. สมใจ หวังศุภชาติ. คุณสมบัติเฉพาะของเครื่องมือและวิธีการตรวจวินิจฉัยโรค. เอกสารประกอบการบรรยาย. ศูนย์วิทยาการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มปท.
78. ทัสสนีย์ นุชประยูร และ เต็มศรี ชำนิจารกิจ,บรรณาธิการ. การวิจัยชุมชนทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
79. ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 ; 41(1) : 2-17.
80. ธวัชชัย วรพงศธร. หลักการวิจัยทั่วไปพร้อมตัวอย่างทางสาธารณสุขศาสตร์, กรุงเทพ-มหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

เลขที่.....

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
 2. อายุ.....ปี
 3. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ
 4. สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย อื่นๆ
 5. การศึกษาสูงสุด ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้
 จบชั้นประถม
 จบชั้นมัธยม
 จบระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย
 อื่นๆ
 6. อาชีพ เกษตรกรรม พนักงานบริษัท
 รับจ้าง ข้าราชการบำนาญ
 เจ้าของกิจการ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 อื่นๆ
 7. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ไม่มี มี
 8. โรคประจำตัว ไม่มี มี
 9. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านประสบกับความสูญเสียหรือเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต
 ไม่ใช่ ใช่ คือ.....
 10. แหล่งข้อมูล
- วันที่.....เวลาที่ใช้ตอบแบบทดสอบ.....

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โปรดทำทุกข้อ
 หมายเหตุ คำถามข้อ 1- 20,24,25 และ 42 ให้ใช้คำตอบบ่อยครั้งหรือตลอดเวลา บางครั้ง
 ไม่มีเลย
 คำถามข้อ 21 - 23 และ 26 - 41 ให้ใช้คำตอบว่า ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความคิด ความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้น.....

ข้อความ	บ่อยครั้ง/ ตลอดเวลา/ ใช่	บางครั้ง/ ไม่แน่ใจ	ไม่มีเลย/ ไม่ใช่
1. ท่านหงุดหงิดง่าย			
2. ท่านหมดกำลังใจหรือเศร้าใจ			
3. ท่านไม่มีสมาธิในการทำงาน			
4. ท่านนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปใน ตอนกลางคืน			
5. ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำ เป็นประจำ			
6. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้			
7. ท่านคิดว่าตนเองไม่มีค่า			
8. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย			
9. ท่านเบื่ออาหารจนน้ำหนักลด			
10. ท่านไม่มั่นใจในการตัดสินใจหรือตัดสินใจ ไม่ได้			
11. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความจำไม่ดี เท่าคนอื่น			
12. ท่านมักตื่นเต้นและตกใจง่าย			
13. ท่านรู้สึกตึงเครียด			
14. ท่านรู้สึกกังวลแม้แต่เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ			
15. ท่านไม่สามารถสงบสติอารมณ์ได้ง่าย ๆ			

ข้อความ	บ่อยครั้ง/ ตลอดเวลา/ ใช่	บางครั้ง/ ไม่แน่ใจ	ไม่มีเลย/ ไม่ใช่
16. ท่านรู้สึกหายใจไม่อิ่ม			
17. ท่านรู้สึกกลัวอย่างมากโดยไม่มีเหตุผล			
18. ท่านปวดหรือตึงบริเวณต้นคอ			
19. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ			
20. ท่านรู้สึกใจสั่น หรือหัวใจเต้นแรง			
21. ท่านพอใจและมีความสุขกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้			
22. จิตใจของท่านสงบและเป็นสุข			
23. ท่านคิดว่าชีวิตในช่วงวัยชราก็เป็นช่วงชีวิตที่ดี			
24. ท่านรู้สึกรำแรงแม่ใสเบิกบาน			
25. ท่านทำกิจกรรมต่างๆอย่างมีความสุข			
26. ชีวิตของท่านจำเจ ซ้ำซาก น่าเบื่อ			
27. ท่านรู้สึกสมหวังในชีวิต			
28. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง			
29. สิ่งที่ท่านทำยังคงน่าสนใจเหมือนเดิม			
30. ชีวิตของท่านน่าจะมีความสุขมากกว่าที่เป็นอยู่			
31. เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าชีวิตโดยทั่วไปของท่านดีกว่าเขา			
32. ท่านรู้สึกว่ามีความรักและห่วงใยท่าน			
33. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นสามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับได้			
34. ท่านสนิทสนมเป็นกันเองกับคนรุ่นราวคราวเดียวกัน			
35. ท่านรักและผูกพันกับลูกหลานมาก			

ข้อความ	บ่อยครั้ง/ ตลอดเวลา/ ใช่	บางครั้ง/ ไม่แน่ใจ	ไม่มีเลย/ ไม่ใช่
36. ท่านและเพื่อนยกย่องให้เกียรติซึ่งกัน และกัน			
37. ท่านสนิทสนมเป็นกันเองกับลูกหลาน			
38. ท่านและเพื่อนของท่านเห็นใจและเข้าใจกันดี			
39. ท่านรักและผูกพันกับเพื่อนของท่าน			
40. มีคนที่ท่านสามารถปรับทุกข์และขอความ ช่วยเหลือได้เมื่อท่านต้องการ			
41. คนในครอบครัวยกย่องและให้ความเคารพ ท่าน			
42. สมาชิกในครอบครัวไว้วางใจปรึกษาปัญหา ต่าง ๆ กับท่าน			

ภาคผนวก ข.

- **ตารางแสดงรายชื่อแบบทดสอบที่ถูกนำมาคัดเลือกข้อคำถามและเอกสารอ้างอิง**
- **ตารางแสดงข้อความที่คัดเลือกและเอกสารอ้างอิง**

ตารางที่ 7 รายชื่อแบบทดสอบที่นำมาคัดเลือกข้อความและเอกสารอ้างอิง

ชื่อแบบทดสอบ	ผู้สร้าง	เอกสารอ้างอิงลำดับที่
1. The Mental Health Inventory	The Rand Coporations and John E. Ware (1979)	11
2. Geriatric Depression Scale ฉบับพัฒนาเป็นภาษาไทยคือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ	Yesavage et al (1983) รวิวรรณ นิวัตพันธุ์ และคณะ (1995)	16
3. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale)	กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (1994)	17
4. Center for Epidemio logical studies Depression Scale (CES - D)	Redlof (1977)	18
5. The Symptoms of anxiety and Depression Scale (SAD)	Bedford et al (1979)	19
6. แบบวัดความวิตกกังวลของ Zung	Zung WK. (1971)	20
7. The Symptom Checklist 90 (SCL-90) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ละเอียต ชูประยูร	Leonard RD. and Ronald SL. ละเอียต ชูประยูร (1978)	21

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ชื่อแบบทดสอบ	ผู้สร้าง	เอกสารอ้างอิงลำดับที่
8. The Life Satisfaction Index A. (LSIA) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย คือความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุไทย	Neugarten et al (1961) ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533)	12,13
9. The Life Satisfaction Index Z (LSI Z)	Morgan et al (1987)	14
10. The Life Satisfaction Index W. (LSIW)	Bigot (1974)	15

ตารางที่ 8 แสดงข้อความที่คัดเลือกและเอกสารอ้างอิง

ข้อความที่ได้รับการคัดเลือก	เอกสารอ้างอิงลำดับที่	ได้รับการดัดแปลง	
		ไม่ได้	ได้
1. ท่านหงุดหงิดง่าย	11,17,18	✓	
2. ท่านหมดกำลังใจหรือเศร้าใจ	11,17	✓	
3. ท่านไม่มีสมาธิในการทำงาน	17,18		✓
4. ท่านนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ตอนกลางคืน	18	✓	
5. ท่านไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำ เป็นประจำ	16,17	✓	
6. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้	17,18	✓	
7. ท่านคิดว่าตนเองไม่มีค่า	17,21		✓
8. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย	16,17	✓	
9. ท่านเบื่ออาหารจนน้ำหนักลด	18		✓
10. ท่านไม่มั่นใจในการตัดสินใจหรือตัดสินใจ ไม่ได้	17		✓
11. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความจำไม่ดี เท่าคนอื่น	16,17		✓
12. ท่านมักตื่นเต้นและตกใจง่าย	11,20		✓
13. ท่านรู้สึกตึงเครียด	11,21	✓	
14. ท่านรู้สึกกังวลแม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ	11,19	✓	
15. ท่านไม่สามารถสงบสติอารมณ์ได้ง่ายๆ	11,20	✓	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความที่ได้รับการคัดเลือก	เอกสารอ้างอิงลำดับที่	ได้รับการดัดแปลง	
		ไม่ได้	ได้
16. ท่านรู้สึกหายใจไม่อิ่ม	19,20		✓
17. ท่านรู้สึกกลัวอย่างมากโดยไม่มีเหตุผล	19,20,21	✓	
18. ท่านปวดหรือตึงบริเวณต้นคอ	19	✓	
19. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ	20		✓
20. ท่านรู้สึกใจสั่น หรือหัวใจเต้นแรง	19,21		✓
21. ท่านพอใจและมีความสุขกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้	11,16,17	✓	
22. จิตใจของท่านสงบและเป็นสุข	11	✓	
23. ท่านคิดว่าชีวิตในช่วงวัยชราก็เป็นช่วงชีวิตที่ดี	13,14,15		✓
24. ท่านรู้สึกรำแรงแม่ใสเบิกบาน	11	✓	
25. ท่านทำกิจกรรมต่างๆอย่างมีความสุข	11	✓	
26. ชีวิตของท่านจำเจ ซ้ำซาก น่าเบื่อ	14		✓
27. ท่านรู้สึกสมหวังในชีวิต	13		✓
28. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง	13		✓
29. สิ่งที่ท่านทำยังคงน่าสนใจเหมือนเดิม	13,15	✓	
30. ชีวิตของท่านน่าจะมีสุขมากกว่าที่เป็นอยู่	15		✓

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความที่ได้รับการคัดเลือก	เอกสารอ้างอิงลำดับที่	ได้รับการตัดแปลง	
		ไม่ได้	ได้
31. เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าชีวิตโดยทั่วไปของท่านดีกว่าเขา	13		✓
32. ท่านรู้สึกว่ามีคนที่รักและห่วงใยท่าน	★		
33. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นสามารถเป็น ทั้งผู้ให้และผู้รับได้	★		
34. ท่านสนิทสนมเป็นกันเองกับคนรุ่นราวคราว เดียวกัน	★		
35. ท่านรักและผูกพันกับลูกหลานมาก	★		
36. ท่านและเพื่อนยกย่องให้เกียรติซึ่งกันและกัน	★		
37. ท่านสนิทสนมเป็นกันเองกับลูกหลาน	★		
38. ท่านและเพื่อนของท่านเห็นใจและเข้าใจกันดี	★		
39. ท่านรักและผูกพันกับเพื่อนของท่าน	★		
40. มีคนที่ท่านสามารถปรับทุกข์และขอความ ช่วยเหลือได้เมื่อท่านต้องการ	★		
41. คนในครอบครัวยกย่องและให้ความเคารพ ท่าน	★		
42. สมาชิกในครอบครัวไว้วางใจปรึกษาปัญหา ต่าง ๆ กับท่าน	★		

หมายเหตุ ★ หมายถึง ข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาคผนวก ค.

- **ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุปกติ**

ตารางที่ 9 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุปกติ

ลักษณะทั่วไป	ผู้สูงอายุ					
	กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต		กลุ่มปกติ		รวม	
	(n = 62)		(n=186)		(n=248)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	16	25.8	42	22.6	58	23.4
หญิง	46	74.2	144	77.4	190	76.6
2. อายุ (ปี)						
60-69 ปี	45	72.6	125	67.1	170	68.8
70-79 ปี	13	20.8	56	30.3	69	29.3
80 ปี ขึ้นไป	4	6.4	5	2.7	9	3.6
อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 86 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี						
3. ศาสนา						
พุทธ	56	90.3	181	97.3	237	95.6
คริสต์	4	6.5	4	2.2	8	3.2
อิสลาม	2	3.2	1	.5	3	1.2
4. สถานภาพสมรส						
โสด	-	-	27	14.5	27	10.9
สมรส	30	48.4	89	47.8	119	48.0
หม้าย	25	40.3	65	34.9	90	36.3
หย่า	7	11.3	5	2.7	12	4.8

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ผู้สูงอายุ					
	กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต		กลุ่มปกติ		รวม	
	(n = 62)		(n=186)		(n=248)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้	10	16.1	11	5.9	21	8.5
จบชั้นประถม	36	58.1	48	25.8	84	33.9
จบชั้นมัธยม	7	11.3	71	38.2	78	31.5
จบระดับวิทยาลัย หรือมหาวิทยาลัย	6	9.7	50	26.9	56	22.6
อื่น ๆ	3	4.8	6	3.2	9	3.6
6. อาชีพ						
เกษตรกรกรรม	2	3.2	1	.5	3	1.2
รับจ้าง	2	3.2	4	2.2	6	2.4
เจ้าของกิจการ	-	-	16	8.6	16	6.5
พนักงานบริษัท	-	-	3	1.6	3	1.52
ข้าราชการบำนาญ	7	11.3	43	23.1	50	20.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	80.6	113	60.8	163	65.7
อื่น ๆ	1	1.6	6	3.2	7	2.8
7. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต						
ไม่มี	18	29.0	186	100	204	82.3
มี	44	71.0	-	-	44	17.7
8. โรคประจำตัว						
ไม่มี	21	33.9	63	33.9	84	33.9
มี	41	66.1	123	66.1	164	66.1
9. ความสูญเสีย/เหตุการณ์ร้ายแรง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่มี	55	88.7	186	100	241	97.2
มี	7	11.3	-	-	7	2.8

จากตารางที่ 9 ซึ่งแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ทำการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 248 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 62 คน และกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ จำนวน 186 คน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต โรคประจำตัว และการประสบกับการสูญเสียหรือเหตุการณ์ร้ายแรงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า

เพศ จำนวนผู้สูงอายุ 248 คน เพศชาย จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4 เพศหญิง จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6 เมื่อแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตประกอบด้วย เพศชายจำนวน 16 คน เพศหญิง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 และ 74.2 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ มีเพศชายจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 เพศหญิงจำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4

อายุ ผู้สูงอายุทั้งหมดที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 68.8 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 76-79 ปี ร้อยละ 29.2 เมื่อแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี เช่นกัน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 72.6 และช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4อายุน้อยที่สุดในกลุ่มนี้คือ 60 ปี และอายุมากที่สุด คือ 86 ปี

ผู้สูงอายุในกลุ่มสุขภาพจิตปกติส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 ช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 27 อายุน้อยที่สุดในกลุ่มนี้คือ 60 ปี และอายุมากที่สุด คือ 82 ปี

ศาสนา ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.6 โดยกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 และกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งหมดส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 48.0 รองลงมาได้แก่ หม้าย ร้อยละ 36.3 โสด ร้อยละ 10.9 และหย่า ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่า มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คือ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 หม้าย จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 และหย่า จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8 หม้าย จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 โสด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 และหย่า จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7

ระดับการศึกษาสูงสุด จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 248 คน ส่วนใหญ่จบชั้นประถม จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 33.9 รองลงมาได้แก่ จบชั้นมัธยม จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 และจบระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 อื่น ๆ ได้แก่ อ่านออกเขียนได้ แต่ไม่ได้เรียนในชั้นเรียน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 36 เมื่อแยกกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่จบชั้นประถม จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1 รองลงมาได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 16.1 จบชั้นมัธยม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 จบระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 อื่น ๆ ได้แก่ เรียนด้วยตนเอง เรียนกับพระ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตปกติ ส่วนใหญ่ จบชั้นมัธยม จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 จบระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 จบชั้นประถม จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 และอื่น ๆ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2

อาชีพผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม โดยมากไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 กลุ่มผู้สูงอายุปกติไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 11.30 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 อาชีพอื่น ๆ ในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ข้าราชการบำนาญ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 เกษตรกรรมและรับจ้าง อาชีพละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตปกติ เป็นข้าราชการบำนาญ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 เจ้าของกิจการ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 รับจ้าง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 พนักงานบริษัท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 เกษตรกรรม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 อาชีพอื่น ๆ ได้แก่จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 71.0 กลุ่มปกติไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิต คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากเป็นเกณฑ์การรับเข้าศึกษา

โรคประจำตัว กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า มีโรคประจำตัว จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 66.1 กลุ่มผู้สูงอายุปกติ มีโรคประจำตัว จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 66.1 โรคประจำตัวที่เป็นในทั้ง 2 กลุ่มอายุได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

การประสบกับการสูญเสียหรือเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาในกลุ่มผู้สูงอายุปกติไม่มีผู้ใดพบเหตุการณ์ดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากเป็นเกณฑ์การเลือกผู้สูงอายุเข้าศึกษา ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ประสบกับการสูญเสียหรือเหตุการณ์ดังกล่าว จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3

ภาคผนวก ง.

- **เปรียบเทียบผลของเครื่องมือใหม่และผลของการทดสอบมาตรฐานโดยใช้ตาราง2x2⁽⁷⁶⁾**

การเปรียบเทียบผลของเครื่องมือใหม่ และผลของการทดสอบมาตรฐานโดยใช้ตาราง 2x2⁽⁷⁶⁾

		ผลของการทดสอบมาตรฐาน		
		เป็นโรค	ไม่เป็นโรค	
การทดสอบใหม่	ผลบวก	Ture Positive a	False Positive b	TP + FP a+b
	ผลลบ	False Negative c	Ture Negative d	FN + TN c+d
		TP+FN a+c	FP+TN b+d	a+b+c+d

เซลล์ a = ผลการทดสอบใหม่ให้ผลบวกในคนที่ เป็นโรค = ผลบวกจริง (TP)

เซลล์ b = ผลการทดสอบใหม่ให้ผลบวกในคนที่ ไม่เป็นโรค = ผลบวกปลอม (FP)

เซลล์ c = ผลการทดสอบใหม่ให้ผลลบในคนที่ เป็นโรค = ผลลบปลอม (FN)

เซลล์ d = ผลการทดสอบใหม่ให้ผลลบในคนที่ ไม่เป็นโรค = ผลลบจริง (TN)

1. ความไว (sensitivity) ของการทดสอบ คือ โอกาสที่การทดสอบใหม่จะบอกได้ถูกต้องว่าเป็นโรคเป็นคุณสมบัติของการทดสอบที่จะบอกได้ถูกต้องว่าเขาเป็นโรคเมื่อผู้ที่นำมาทดสอบเป็นโรคจริง ๆ ช่วยในการ rule in โรค การทดสอบนี้มีความไวสูงจะสามารถค้นหาโรคได้ดีกว่าการทดสอบที่มีความไวต่ำ

$$\text{sensitivity} = \frac{a}{a + c}$$

2. ความจำเพาะ (Specificity) ของการทดสอบ คือ โอกาสที่การทดสอบใหม่จะบอกได้ถูกต้องว่าไม่เป็นโรคนั้น เป็นคุณสมบัติที่จะบอกให้ถูกต้องว่าเขาไม่เป็นโรค เมื่อผู้ที่เขานำมาทดสอบไม่เป็นโรคจริง ๆ ช่วยในการ rule out โรค

$$\text{specificity} = \frac{d}{b + d}$$

3. ผลบวกปลอม (False Positive Rate = FPR) เป็นสัดส่วนของผู้ที่ไม่เป็นโรค แต่ได้รับการทดสอบว่าเป็นโรค ซึ่งการทดสอบที่มีความจำเพาะต่ำจะมีผลบวกปลอมสูง

$$\begin{aligned} \text{FPR} &= 1 - \text{Specificity} \\ &= \frac{b}{b + d} \end{aligned}$$

4. ความสามารถในการทำนายโรค ถ้าผลการทดสอบเป็นลบ (negative predictive value = NPV)

$$= \frac{d}{c + d}$$

5. ความสามารถในการทำนายโรค ถ้าผลการทดสอบเป็นบวก (positive predictive value = PPV)

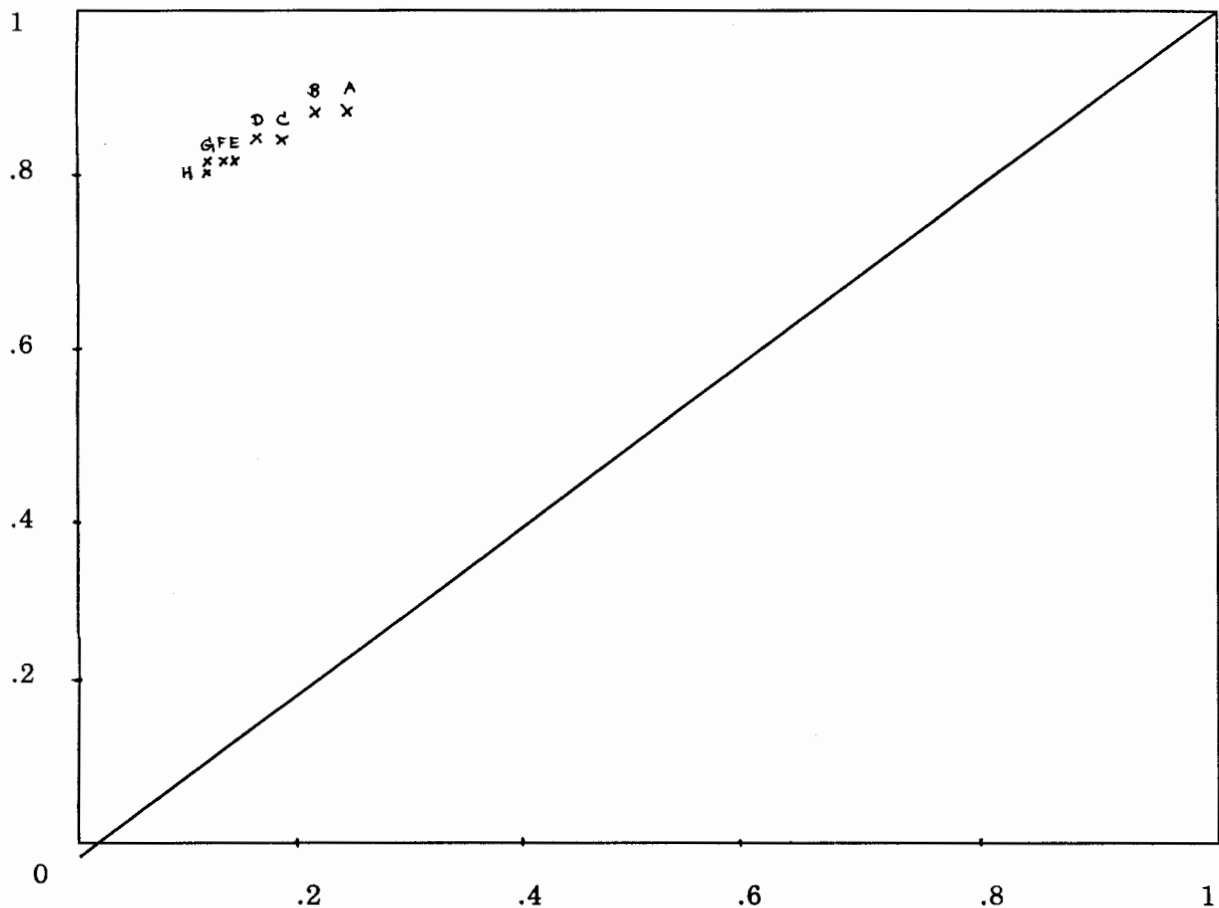
$$= \frac{a}{a + b}$$

ภาคผนวก จ.

- **กราฟแสดง Receiver Operating Characteristic (ROC) Curves สำหรับ
ประเมินจุดตัดที่เหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด**

กราฟแสดง Receiver Operating Characteristic (ROC) Curves สำหรับประเมินจุดตัดที่เหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด

Sensitivity (True Positive Rate) TPR



1-specificity (False Positive Rate) FPR

พบว่าที่จุด A (คะแนนเท่ากับ 18) มีความไว (sensitivity) สูงสุด ถึงแม้ว่า ค่าความจำเพาะต่ำกว่าจุด B,C,D, E แต่ค่าความไวและความจำเพาะมีค่าใกล้เคียงกัน คือ ความไวร้อยละ 85.5 ความจำเพาะร้อยละ 83.3 และค่าผลบวกปลอม (FPR) ร้อยละ 16.7 ซึ่งแบบทดสอบเพื่อการคัดกรองควรมีความไวสูง ดังนั้น ที่จุดตัดคะแนน 18 จึงเป็นจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จุด	A	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	15
จุด	B	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	16
จุด	C	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	17
จุด	D	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	18
จุด	E	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	19
จุด	F	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	20
จุด	G	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	21
จุด	H	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	22

ประวัติผู้วิจัย

นางนุสรานามเดช เกิดเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2507 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปี พ.ศ. 2530 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขาภพจิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2537 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งวิทยากร ระดับ 5 ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี