

การพัฒนาและทดสอบ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

The Development and Testing of Thai Geriatric Mental
Health Assessment

นายแพทย์ประสาท อูครานันท์
นายแพทย์อภิชัย มงคล
นางวัชณี หัตถพนม
นายแพทย์ศิระ กิตติวัฒนโชติ
นางสวดี ศรีวิเศษ
นายไพโรวัลย์ ร่มซ้าย
นางสาวจิตภินันท์ โชครศมีทิธัญ



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



การพัฒนาและทดสอบ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

น.พ.ประภาส	อัครานันท์
น.พ.อภิชัย	มงคล
นางวัชณี	หัตถพนม
น.พ.ศิระ	กิตติวัฒนโชติ
นางสุวดี	ศรีวิเศษ
นายไพรวลัย	ร่มชัย
นางสาวจิตภินันท์	โชคศรีมีหิรัญ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2557

รายงานการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

The Development and Testing of Thai Geriatric Mental Health
Assessment

โดย

น.พ.ประภาส

อุครานันท์

น.พ.อภิชัย

มงคล

นางวัชณี

หัตถพนม

น.พ.ศิระ

กิตติวัฒน์โชติ

นางสุวดี

ศรีวิเศษ

นายไพรวลัย

ร่มชัย

นางสาวจิตภินันท์

โชคศรีสมบัติ

เจ้าของ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1

วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557

จำนวน

100 เล่ม

พิมพ์ที่

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

บทคัดย่อ

การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ประภาส อุครานันท์¹, อภิชัย มงคล², วัชนิ หัตถพนม¹, ศิระ กิตติวัฒน์โชติ³สุวดี ศรีวิเศษ¹, ไพรวลัย รมชัย¹, จิตกานันท์ โชครศมีหิรัญ¹

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และศึกษาค่าปกติซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น 2) ศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น 3) ศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพัฒนาเครื่องมือ ระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหาและการทดสอบภาษาของเครื่องมือ ระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง และความสัมพันธ์กับเครื่องมือมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,489 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ค่าปกติ จำแนกตามฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น องค์ประกอบ เพศ โดยใช้สถิติ Factor analysis และ Cronbach's alpha coefficient ศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น ด้วยสถิติ Kappa statistic ศึกษาความตรงเหมือนระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม - ธันวาคม 2556

ผลการศึกษา แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุมี 2 ฉบับ คือ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน) และ 15 องค์ประกอบย่อย ฉบับสมบูรณ์คะแนนแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (182-224) สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป (160-181) และสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (≤ 159) ฉบับสั้นแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่มเช่นกัน คือ สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (50-60) สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป (43-49) และสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (≤ 42) สำหรับความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น พบว่าอยู่ในระดับเกือบดี (kappa statistics 0.71, $p < .001$) ค่าความตรงเหมือนระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าความเชื่อมั่นของฉบับสมบูรณ์ เท่ากับ 0.94 และฉบับสั้น เท่ากับ 0.86

สรุป แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น เป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการนำไปใช้ และควรทำการศึกษาวิจัยต่อไป เพื่อพิจารณาว่าเครื่องมือฉบับนี้อาจนำไปใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยทางคลินิกได้ด้วย

¹ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ. ขอนแก่น 40000

² กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จ. นนทบุรี 11000

³ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จ. กรุงเทพมหานคร 10600

Abstract

The Development and testing of Thai Geriatric Mental Health Assessment
 Prapat Ukanan¹, Apichai Mongkol², Watchanee Huttapanom¹, Sira Kittiwattanachod³,
 Suwadee Sriwised¹, Praiswan Romsai¹, Jidpinun Chokrusamehirun¹

Objective: 1) To develop a Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA) and examine the instrument's content validity, construct validity, reliability and normal rank. The T-GMHA have full and short versions. 2) To study the agreement between full and short versions. 3) To study the convergent validity between full version and Quality of Life (WHOQOL – BRIEF – THAI).

Method: The study was cross – sectional descriptive research which divided into 3 phases. Phases 1 was expert panel meeting to develop T-GMHA. Phases 2 was the study of content validity and try out Thai language. Phases 3 was the study of construct validity, norm and correlation between T-GMHA and WHOQOL. The sample of 1,489 living in city municipality and subdistrict municipality of Muang district, Khon Kaen province. They were selected by using purposive sampling technique, according to inclusion criteria. The study of construct validity and norm defined to full and short version, domain and gender version by using factor analysis and using Cronbach's alpha coefficient. The study agreement between full and short version using kappa statistic. The study of convergent validity between T-GMHA full version and WHOQOL using Spearman's rank correlation coefficient. The study was done between January – December 2013.

Results: The T-GMHA had two versions, full (56 items) and short (15 items), with 4 domains (mental state, mental capacity, mental quality and supporting factors) and 15 subdomains. The score of full version was divided into 3 groups: better than average mental health (182-224), average mental health (160-181) and under average mental health (≤ 159). The score of short version was also divided into 3 groups: better (50-60), average (43-49) and under (≤ 42). The substantial agreement study was also found between the full and short version T-GMHA (kappa statistics 0.71, $p < .001$). The convergent validity study between full version T-GMHA-56 and WHOQOL was statistically significant ($p < .001$). Cronbach's alpha coefficient of full version was 0.94, short version was 0.86.

Conclusion: The T-GMHA is a reliable instrument to evaluate the mental health of Thai geriatric population. Both full and short versions are convenient to use. Further research is needed to determine whether the T-GMHA can also be used as a screening test for clinical case.

¹ Khon kean Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen 40000

² Department of Medical sciences, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000

³ Somdet Chaopraya Institute Psychiatry, Bangkok 10600

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จากบุคลากรหลายฝ่าย ซึ่งมีส่วนสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือสนับสนุนให้คำปรึกษาแนะนำที่มีคุณค่าในการศึกษาวิจัย ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาในสังกัดกรมสุขภาพจิต

น.พ.สุจิต	สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
อ.สมพร	อินทร์แก้ว	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
พ.ญ.ทัศนีย์	กุลจนพงศ์พันธ์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อ.อัจฉรา	มั่งพานิช	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.พญ.ปณิดา	ลิมปะวัฒนะ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.อรุณ	จิรวัดน์กุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.จิราพร	เขี้ยวอยู่	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.จินตนา	สิงขรอาจ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.รุ่งทิวา	ชอบชื่น	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.แก้วใจ	เทพสุธรรมรัตน์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิจากโรงพยาบาลขอนแก่น

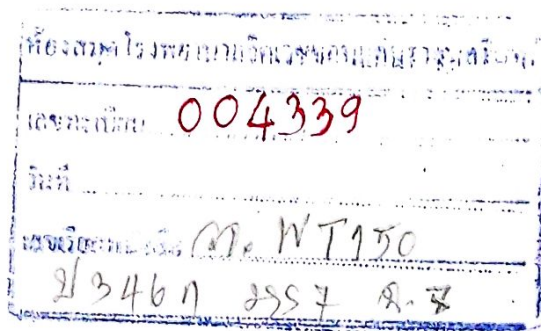
อ.ผ่องศรี	งามดี	โรงพยาบาลขอนแก่น
-----------	-------	------------------

นอกจากนี้การเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามได้รับความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม.ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นที่ออกเก็บข้อมูล ได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยทุกครั้งอย่างดียิ่ง ตลอดจนผู้สูงอายุในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

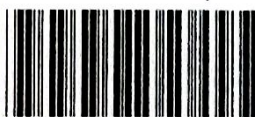
ทุกหน่วยงานและทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ล้วนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ตามจุดมุ่งหมายทุกประการ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ประภาส อุครานันท์

28 กุมภาพันธ์ 2557



'JVKK Library



004339

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขตการวิจัย	4
ข้อตกลงเบื้องต้น	4
นิยามศัพท์	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	6
แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต	36
กรอบแนวคิดในการวิจัย	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
ขั้นตอนในการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	58
การพิจารณาด้านจริยธรรม	58
บทที่ 4 ผลการวิจัย	60
การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น และการหาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	60
การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ	83
การศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-56) และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BRIEF - THAI)	83
การศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	84

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
สรุปผลการวิจัย	88
อภิปรายผล	92
ข้อเสนอแนะ	99
บรรณานุกรม	101
ภาคผนวก	108

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพจำแนกตามองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	31
2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน	51
3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ และภาพรวม (n = 1,489)	61
4 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)	66
5 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) และ subdomain ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)	67
6 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)	69
7 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และ Subdomain ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)	70
8 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)	71
9 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ Subdomain ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)	72
10 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)	73
11 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) และ Subdomain ของแบบประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ (n = 1,489)	74
12 ค่า factor loading ของรายการคำถามแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น 15 ข้อ หรือ T-GMHA-15 (n=1,489)	76
13 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ (n=1,489)	77
14 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) โดยจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต (n=1,489)	78
15 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) เมื่อจำแนกตามเพศ (n=1,489)	79

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
16 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) จำแนกตามเพศชาย และองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต (n=742)	81
17 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) จำแนกตามเพศหญิง และองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต (n=742)	82
18 การศึกษาความพึงพอใจ (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ (n=1,489)	83
19 จำนวน ร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา (n = 1,489)	83
20 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BRIEF - THAI) (n = 1,489)	84
21 จำนวน ร้อยละระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น (n=1,489)	84

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 ขั้นตอนการสร้างสเกล	35
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	48
3 กระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชนและการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	57

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ อันเป็นผลสืบเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน รวมทั้งเทคโนโลยีและความรู้ในด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยทำให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Administration on Aging : AOA, 2013) โดยในปี ค.ศ. 2013 มีประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลก 841 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุ 1,300 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเกือบ 2,000 ล้านคนหรือเพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน ร้อยละ 7.6 เป็น ร้อยละ 16.2 (Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012) เช่นเดียวกับในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 จะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 71 ล้านคน

สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ตั้งแต่ปี 2548 เพราะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรสูงอายุประมาณ 6 ล้านคนเศษ (ร้อยละ 10.4) เมื่อถึงปี พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 16 ล้านคน (ร้อยละ 25) เท่ากับเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในระยะเวลา 30 ปี เท่านั้น (ปีพมา ว่าพัฒนางศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2554) จึงเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2555 มีประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 8.5 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) และจากประชากรดังกล่าวมีการคาดการณ์ ณ กลางปี 2556 จะมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 9,517,000 คน โดยมีจำนวนปีเฉลี่ยที่มีชีวิตต่อไปในเพศชาย 19.9 ปี และเพศหญิง 23.1 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) เช่นเดียวกับข้อมูลกลางปีทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง (2555) พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 8,170,909 คน เป็นเพศชาย 3,625,513 คน เพศหญิง 4,545,396 คน ในจำนวนนี้มีการกระจายตัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 32.1 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 25.3 กรุงเทพมหานครมีการกระจายน้อยที่สุด ร้อยละ 9.24 และเมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามช่วงอายุ พบว่า เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 55.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 31.7 และที่เหลือเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็ว จากความเสื่อมทางร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งจะมีความรู้ความสามารถอย่างน้อย 1 อย่างเกี่ยวกับประสาทรับสัมผัส ร่างกาย และด้านจิตใจ (AOA, 2008) เช่น ความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การมีกำลังที่ถดถอย ความบกพร่องของพุทธิปัญญา (cognitive impairment) (Danyuthasilpe, 2009; Praditsathaporn, 2011) รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นเรื้อรัง เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังเช่นการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น คือ มีการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 1 โรค ร้อยละ 80.0 ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีความจำกัดในการพึ่งพาตนเอง มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆ และการดำเนินชีวิตประจำวัน (Bekhet & Zauszniewski, 2012) และการศึกษาในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกายอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 80.0 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 6 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ อัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคมะเร็ง (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2554) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรังทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม เกิดความรู้สึกสูญเสีย และมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างตามมาในชีวิต เช่น เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และเกิดความเครียด นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาด้านสุขภาพร่างกายด้วยการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุหนึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (William et al, 2008)

นอกจากนี้ในการสำรวจสุขภาพจิตของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ. 2554) พบว่าทั้งในประเทศหญิงและเพศชายมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยพบว่าความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามอายุได้ผลดังนี้คือ อายุ 15-24 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 25.2 อายุ 25-59 ปี ร้อยละ 24.6 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 28.1 และอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารดา ธีระเกียรติจักร (2554) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความพอใจและไม่มีความสุขกับชีวิต เพราะต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง บุตรหลานไม่ได้คอยดูแลหรือสมาชิกภายในครอบครัวไม่สนใจดูแล และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 2,649.79 ต่อประชากรแสนคน หรือ 206,457 ราย) เบาหวาน (มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 1,118.59 ต่อประชากรแสนคน หรือ 87,154 ราย) หัวใจ (มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 197.19 ต่อประชากรแสนคน หรือ 15,364 ราย) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับวัย ดื่มสุรา และสูบบุหรี่

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยเกษียณอายุ ทำให้ต้องออกจากงาน กลับมาอยู่บ้าน ขาดรายได้ และอาจต้องออกจากสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา คือการแยกตัวออกจากสังคม (Elisha et al, 2006; Bekhet & Zauszniewski, 2012) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่เกษียณอายุเกิดความเครียดประมาณ ร้อยละ 15 และปัจจัยเสี่ยงที่บ่งถึงการปรับตัวไม่ต่อการเกษียณอายุ ได้แก่ การออกจากงานโดยไม่เต็มใจหรือไม่คาดฝัน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีปัญหาทางด้านสุขภาพ มีบุคลิกภาพชอบแข่งขันและไม่รู้จักยืดหยุ่นผ่อนปรน และไม่สามารถวางเป้าหมายของชีวิตในอนาคต (สมภาพ เรืองตระกูล, 2554) ตลอดจนผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนประกอบอาชีพอิสระ เช่น ทำสวน ทำนา ทำไร่ รับจ้างค้าขาย เป็นต้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต้องพบกับความเสื่อมตามวัย รวมทั้งกำลังที่ถดถอยของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม

จากการที่ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงในทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างมากและรวดเร็วขึ้น จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาว่าเราจะใส่ใจดูแลผู้สูงอายุอย่างไรในปัจจุบัน (นภัส แก้ววิเชียร และ เบญจพร สุธรรมชัย, 2553) ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ มีความสามารถในการปรับตัวด้านสุขภาพจิตมาก่อน ดังเช่นคำที่ว่า “อาบน้ำร้อนมาก่อน” ถือเป็นต้นทุนที่มีคุณค่ามากในผู้สูงอายุ แต่ในอีกแง่หนึ่ง ผู้สูงอายุจะประสบกับการสูญเสียในชีวิตมาก อาทิ เกษียณอายุการทำงาน สูญเสียผู้เป็นที่รักจากการเสียชีวิต เช่น คู่ครอง เพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากเมื่อเข้าสู่วัยดังกล่าว และเป็นการดำเนินการที่ดีถ้าได้เตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า สอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานกรมสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ “ประชาชนมีสุขภาพจิตดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข” โดยมีนโยบายเข็มมุ่งที่ 1 การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย ซึ่งมีวัยสูงอายุร่วมด้วย โดยเน้นการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตใจสำหรับ

ผู้สูงอายุ ตลอดจนการพัฒนาาระบบคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2556) ในการคัดกรองหรือประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุนั้น กรณีมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจะส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อให้เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในสถานบริการที่มีความเชี่ยวชาญ หรือสถานบริการในระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหา ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิต

ในประเทศไทยมีการพัฒนาแบบวัดผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังเช่น การศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ภายหลังการพัฒนาเสร็จสิ้นได้มีผู้สนใจนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้อย่างแพร่หลาย แต่สำหรับการประเมินในผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัด เนื่องจากเครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้สำหรับวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15-60 ปี) จึงไม่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ประเมินในผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537; นุสรานามเดช, 2539; สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540; WHO group, 1994; Ware and Gandek, 1998; Ostbye et al, 2009; Shiovitz-Ezra et al, 2009; Karasawa et al, 2011; Praditsathaporn, 2011) พบว่า เนื้อหาการประเมินยังไม่ครอบคลุมปัจจัยด้านอื่นๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เช่น 1) ความเสื่อมหรือการไร้ความสามารถ (disability) ตามวัยของผู้สูงอายุ 2) ภาวะสูญเสียต่างๆ 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม 4) การอยู่อย่างมีคุณค่า มีความหมายต่อตนเอง และผู้อื่น เป็นต้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีเป้าหมายสำคัญเพื่อพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมปัจจัยทุกด้านที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุคนไทยทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะนำไปสู่การจำแนกกลุ่มเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ มีค่าความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือเป็นอย่างไร

2.2 ค่าปกติหรือเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีค่าเท่าใด เมื่อจำแนกตามเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ ฉบับสั้น องค์ประกอบ (Domain) และเพศ

2.3 ค่าความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นเป็นอย่างไร

2.4 ค่าความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์

3.1 พัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3.2 ศึกษาค่าปกติซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำแนกตามเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ ฉบับสั้น องค์ประกอบ (Domain) และเพศ

3.3 ศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น

3.4 ศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

4. ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (The Development and Testing of Thai Geriatric Mental Health Assessment: T-GMHA) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพัฒนาเครื่องมือ ระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการทดสอบภาษาของเครื่องมือ ระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (Construct validity) ค่าปกติ (norm) และความสัมพันธ์กับเครื่องมือมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง เขตเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,489 คน การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 3 ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ระยะเวลาในการศึกษาทั้ง 3 ระยะ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 – ธันวาคม 2556

5. ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุครั้งนี้ เป็นการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งผลการประเมินที่ได้จะเป็นค่าปกติ (Norm) ของกลุ่มคนที่ทำการศึกษาเป็นเกณฑ์มาตรฐานว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป หรือต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ฉะนั้นเกณฑ์ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิตในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ใช้การตัดสินโดยเกณฑ์การวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือไม่ได้ใช้เกณฑ์ของแบบทดสอบใดๆ มาร่วมเป็นเกณฑ์การตรวจมาตรฐาน (gold standard)

6. นิยามศัพท์

6.1 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Thai-Geriatric Mental Health Assessment : T-GMHA) หมายถึง แบบประเมินสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป ถึง 80 ปี) โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของความหมายสุขภาพจิต องค์ประกอบของสุขภาพจิต (Domain) และองค์ประกอบย่อยของสุขภาพจิต (Subdomain)

6.2 ค่าปกติในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (norm) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดว่าผู้สูงอายุคนใดมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป และสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป โดยพิจารณาจากการกระจายของคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่ได้จากการใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้

6.3 ความตรงตามเนื้อหา (content validity) หมายถึง ความสามารถในการวัดของเครื่องมือได้อย่างครอบคลุมทุกประเด็นของเนื้อหาในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษานี้พิจารณาจากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) ซึ่งต้องได้ค่า CVI ในภาพรวมมากกว่า 0.80 ขึ้นไป

6.4 ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) หมายถึง แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีความตรงตามโครงสร้างตามกรอบแนวคิดในการวิจัยที่กำหนดไว้ ทั้งในด้านองค์ประกอบหลัก (Domain) และองค์ประกอบย่อย (Subdomain) ซึ่งในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis)

6.5 ความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) และฉบับสั้น (T-GMHA-15) หมายถึง ความสอดคล้องในการแปลผลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น โดยพิจารณาจากค่า Kappa statistic ที่เข้าใกล้ 1 มาก แสดงว่ามีค่าความพ้องหรือความสอดคล้องสูง

6.6 ความตรงเหมือน (convergent validity) หมายถึง แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา มีความสัมพันธ์กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI) เป็นอย่างไร ความตรงเหมือนเป็นความตรงเชิงโครงสร้างชนิดหนึ่ง ซึ่งใช้เพื่อพิสูจน์ว่าแบบประเมินฉบับใหม่มีความตรงเหมือนกับแบบวัดเดิมหรือเครื่องมือมาตรฐานเดิมอย่างไร ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าสูง หมายความว่าแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับนี้มีความตรงเหมือนสูง

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 มีเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และค่าปกติของภาวะสุขภาพจิต มีทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น นอกจากนี้ยังจำแนกตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต และจำแนกตามเพศ ซึ่งผู้วิจัยอื่นๆหรือผู้สนใจสามารถเลือกใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแต่ละประเภท และเครื่องมือเหล่านี้ผ่านการทดสอบความง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้จริงในชุมชนเรียบร้อยแล้ว

7.2 ใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ และเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลช่วยเหลือในกลุ่มที่ผลการประเมิน พบว่า มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

7.3 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจิต และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2522) จิตแพทย์ที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมาากได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่สุขมีสมบูรณ์ทั้งกายและใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม บุคคลที่อยู่ร่วมกัน และสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่องสุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน พบว่า คำที่มีความหมายตรงกับสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง และมีความสุข (ความอยู่ดีกินดี) และให้ความหมายของการมีสุขภาพจิตดี คือ การที่บุคคลมีความสุขกายร่างกายที่แข็งแรง จิตใจดี และมีความสุขในการดำรงชีวิต ปราศจากโรคจิต โรคประสาท และละเว้นจากอบายมุข

อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ได้พัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) และให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึง ความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) กล่าวถึงความหมายสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ สุขภาพไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับทุกชีวิตในการดำรงอยู่อย่างปกติ สุขภาพจิตที่ดีมีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์หลายด้าน ดังนี้ 1) การศึกษา ทำให้จิตใจปลอดโปร่งสามารถศึกษาได้สำเร็จ 2) อาชีพการงาน ทำให้มีกำลังใจต่อสู้อุปสรรค ไม่ท้อแท้ เบื่อหน่าย ทำงานบรรลุผลสำเร็จ 3) ชีวิตครอบครัว คนในครอบครัวสุขภาพจิตดี ครอบครัวก็สงบสุข 4) เพื่อนร่วมงาน ผู้ที่สุขภาพจิตดีย่อมไม่เป็นที่รังเกียจปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี และ 5) สุขภาพร่างกาย ร่างกายสดชื่น หน้าตาอึมอึม สมองแจ่มใส เป็นที่สบายใจแก่ผู้พบเห็น อยากคบค้าสมาคมด้วย

ประเวศ วะสี (2543 อ้างใน วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ให้ความหมายสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต (psychological well-being) ของผู้สูงอายุ หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบไต่ที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) ให้ความหมาย สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ จิต หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้คิด และนึก สุขภาพจิตจึงหมายถึงจิตใจที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1976 อ้างใน อัมพร โอตระกูล, 2540; WHO, 2001) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาวะที่ผาสุกของบุคคล คือ สามารถจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวก รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ในสภาวะที่โลกกำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง สามารถสร้างสรรค์ผลงานที่ดี และเสียสละเพื่อสังคมของตนเอง ทั้งนี้ได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของความผาสุก (well-being) ซึ่งบุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง สามารถเผชิญกับความเครียดตามปกติของชีวิต สามารถทำงานให้เกิดผลผลิตที่ดี และสามารถทำให้เกิดผลดีต่อชุมชน

Mental Health Ireland (2008) ให้ความหมายสุขภาพจิต ว่ามิใช่แค่การปราศจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเท่านั้น แต่สุขภาพจิตประกอบด้วยหลายมุมมองในชีวิต ซึ่งรวมถึงความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกต่อผู้อื่น ความสามารถตอบสนองความต้องการในชีวิตของตนเอง

โดยสรุป ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาวะที่มีความผาสุกและสมดุลของบุคคล ซึ่งมีความครอบคลุมทั้งการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีจิตใจเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตภายใต้สภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น รวมถึงการมีศักยภาพในตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ มีความเสียสละต่อสังคม สามารถทำงานให้เกิดผลผลิตที่ดี และทำให้เกิดผลดีต่อชุมชน ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีมิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

เมื่อพิจารณาเฉพาะความหมายของสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่าโดยทั่วไปได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตในทุกวัยไว้เหมือนกันดังกล่าวนมาแล้วข้างต้น ซึ่งผู้สูงอายุก็รวมอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย ถึงแม้บางครั้งได้มีผู้ให้ความหมายที่เจาะจงเฉพาะในผู้สูงอายุ แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ามี ความหมายเดียวกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าความหมายของสุขภาพจิตเฉพาะในผู้สูงอายุ มีความหมายเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่นๆ แต่อาจมีความแตกต่างกับบุคคลในวัยอื่นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ หรือมีผลต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุดังจะกล่าวต่อไป

1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งที่เป็นปัจจัยด้านบวก และปัจจัยด้านลบ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็ว จากความเสื่อมทางร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย และการสูญเสียต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านลบ เช่น ความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความบกพร่องของพุทธิปัญญา (cognitive impairment) ด้านสังคม เศรษฐกิจที่เกิดจากการเกษียณอายุ รายได้ไม่เพียงพอ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การย้ายถิ่นที่อยู่ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และการถูกแยกจากสังคม (Danyuthasilpe, 2009; Praditsathaporn, 2011)

ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งจะมีความรู้ความสามารถอย่างน้อย 1 อย่างเกี่ยวกับ ประสาทสัมผัส ร่างกาย และด้านจิตใจ (AOA, 2012) ซึ่งการรู้ความสามารถดังกล่าวมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะการรู้ความสามารถด้านร่างกายหรือความเสื่อมของร่างกายที่เกิดตามวัยมีความสัมพันธ์สูงกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Nanthamongkolchai et al, 2007; Institute of Medicine, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรังเป็นสาเหตุทำให้มีการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 5.0 เพศหญิง ร้อยละ 4.0 (WHO, 2003 cite in, Praditsathaporn, 2011)

ปัจจัยที่ถือว่าเป็นปัจจัยด้านบวกที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีสุขภาพดีรวมถึงการไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การประสบความสำเร็จในชีวิต การมีความพึงพอใจในชีวิต การทำใจยอมรับได้กับความตายที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการยอมรับในตนเองว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการปัญหา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการสูญเสีย การรับรู้ถึงความหมายในชีวิต (meaning of life) การมีกิจกรรมร่วม และได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวและสังคม (Nanthamongkolchai et al, 2007; Praditsathaporn, 2011)

สมภพ เรืองตระกูล (2554) กล่าวถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ดังนี้

- 1) บุคลิกภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถยับยั้งอารมณ์ทางด้านลบ และคงไว้ซึ่งอารมณ์ทางด้านบวกได้ดีกว่าบุคคลในวัยอื่น
- 2) การปรับตัวและแก้ไขปัญา พบว่า ผู้ซึ่งใช้กลไกทางจิตชนิดที่มีวุฒิภาวะ เช่น การแสดงอารมณ์ขัน และการรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นจะมีการปรับตัวได้ดี แตกต่างจากผู้ที่ใช้กลไกทางจิตเชิงโรคประสาท (neurotic defense) เช่น การใช้ความคิดแบบนามธรรม และใช้กลไกทางจิตชนิดไม่มีวุฒิภาวะ (immature defense) เช่น การโทษผู้อื่น จะมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ไม่ดี ทำให้เกิดอาการของโรคทางจิตเวชได้ง่าย
- 3) เทคนิคการแก้ไขปัญา พบว่าผู้สูงอายุมักจะเลือกใช้วิธีลดความวิตกกังวล หรือเลือกใช้วิธีการละมุนละม่อมในการแก้ไขปัญา มากกว่าที่จะเผชิญหน้าหรือการแสดงออกมาเหมือนผู้ที่มีอายุน้อยชอบใช้
- 4) การเกษียณอายุ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 อย่าง คือ การเกษียณอายุ และการเสียชีวิตของคู่ครอง ซึ่งถือว่าเป็นการเผชิญกับวิกฤตของชีวิตที่ต้องมีการหาเอกลักษณ์ และเสริมสร้างหน้าที่ใหม่ๆ มาทดแทนกับสิ่งที่สูญเสียไป จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประมาณ ร้อยละ 15 ของผู้ที่เกษียณอายุเกิดความเครียด และปัจจัยเสี่ยงที่บ่งถึง

การปรับตัวไม่ต่อการเกษียณอายุ ได้แก่ การออกจากงานโดยไม่เต็มใจหรือไม่คาดฝัน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีปัญหาทางด้านสุขภาพ มีบุคลิกภาพชอบแข่งขันและไม่รู้จักยืดหยุ่นผ่อนปรน และไม่สามารถวางเป้าหมายของชีวิตในอนาคต

5) การเสียชีวิตของคู่ครอง จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้หญิง และร้อยละ 15 ของผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เคยเป็นหม้ายอย่างน้อยหนึ่งครั้ง การเสียชีวิตของคู่ครองถือว่าเป็นความเครียดที่มีความรุนแรงสูงสุดในชีวิตคนเรา ซึ่งงานวิจัยสมัยก่อนตั้งข้อสมมติฐานว่าผู้สูงอายุอาจปรับตัวได้ไม่ต่อการสูญเสียดังกล่าวเมื่อเทียบกับผู้มีอายุน้อย เนื่องจากร่างกายอ่อนแอและประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาเสื่อมถอยลง แต่ผลการศึกษาในเวลาต่อมาปรากฏผลในทางตรงข้าม กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีการเศร้าโศกเสียใจต่อการสูญเสียคู่ครองมากกว่าผู้สูงอายุ ปัจจัยซึ่งมีผลต่อการศึกษาดังกล่าวได้แก่ ผู้ที่มีอายุน้อยเล่าอาการออกมาให้ทราบมากกว่า การเสียชีวิตโดยไม่คาดฝันพบในผู้ที่มีอายุน้อยมากกว่า

นอกจากนี้ยังพบว่าความเศร้าโศกเสียใจในผู้สูงอายุยังมีความรุนแรงน้อยกว่า และหายไ้เร็วกว่า จากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีการเสียชีวิตของคู่ครอง จำนวน 120 คน พบว่าอาการซึมเศร้ามีความรุนแรงสูงสุดภายในเวลา 2-3 เดือนแรกของการสูญเสีย แต่ลดลงอย่างมากภายใน 1 ปี และภายหลัง 2 ถึง 3 ปีของการติดตามดูแลรักษา แต่มีปัจจัยที่อาจทำให้ความเศร้าโศกเสียใจในผู้สูงอายุมีอยู่เป็นเวลานาน ได้แก่ การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมมีน้อย มีความผิดปกติของจิตใจอย่างมากเมื่อเกิดการสูญเสีย

6) ความสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจได้เร็ว โดยทั่วไปถือว่าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดีต่อปัญหาต่างๆที่มีความหลากหลาย แม้ว่าจะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยง หรือการสูญเสียหลายๆอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการที่เรียกว่า “การเลือกมองแต่ด้านดี” (selective optimization) โดยผู้สูงอายุจะกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตใหม่ให้เข้าได้กับความอ่อนแอของตน และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป รวมทั้งใช้ประโยชน์จากประสิทธิภาพทางด้านต่างๆของตัวเองให้มากที่สุด เพื่อคงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของตัวเองไว้

7) การสนับสนุนทางด้านสังคม จะช่วยลดความรุนแรงของความเครียดหรือปัญหาได้ ผู้ซึ่งมีเครือข่ายการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจะผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติได้ดีกว่าผู้ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือไม่สามารถรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่มักพบว่าผู้สูงอายุลดการติดต่อกับผู้คนภายนอก และมีความสัมพันธ์กับสังคมน้อยมาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุ่งความสนใจมาอยู่กับตัวเองเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุมีการติดต่อกับสังคมน้อยลงไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ แต่เป็นเพราะความพิการและการเคลื่อนไหวมีปัญหา และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่สามารถพบปะผู้คนได้เหมือนเดิม แต่ถ้าความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและครอบครัวมีความแน่นแฟ้นเหมือนเดิม ความรู้สึกพึงพอใจหรือความสุขก็จะมีอยู่

ผู้สูงอายุซึ่งมีครอบครัวของตัวเอง สมาชิกครอบครัวจะมีความใกล้ชิดกันทางด้านอารมณ์และผูกพันดีกว่าผู้ที่ไม่มืครอบครัว แต่คนที่ไม่มีครอบครัวจะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนมากกว่า ซึ่งเป็นการหาความสุขให้แก่ตัวเองโดยมีความสัมพันธ์เช่นกัน

อนึ่งจากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด มีข้อมูลซึ่งบ่งว่าเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนแอจากการแยกตัวออกมายุ่ตามลำพัง เนื่องจากการสูญเสียหลายๆครั้ง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมากที่สุด

โดยสรุปแล้ว พบว่าสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งที่เป็นปัจจัยด้านบวก เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การประสบความสำเร็จในชีวิต การมีความพึงพอใจในชีวิต การทำใจยอมรับได้กับความตายที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ถึงความหมายในชีวิต (meaning of life) การมีกิจกรรมร่วมและได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวและสังคม และปัจจัยด้านลบ เช่น การเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วจากความเสื่อมทางร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย และการสูญเสียต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านลบ เช่น ความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความบกพร่องของพุทธิปัญญา ด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดจากการเกษียณอายุ รายได้ไม่เพียงพอ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การย้ายถิ่นที่อยู่ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และการถูกแยกจากสังคม

1.3 องค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้มีนักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบหรือลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537) ได้แยกลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตออกมาเป็น 3 มิติ คือ

1) มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่

1.1) ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่างๆ พึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อดทน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว

1.2) มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจความต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก

1.3) วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลก ภายนอก หมายถึง ความสามารถในการมองโลกตามความเป็นจริงภายนอก สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีการดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2) มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่

2.1) ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิด สามารถจัดการกับปัญหา สิ่งแวดล้อมรอบตัว และโลกภายนอกได้โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่นและสังคมวงกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2) การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุข สงบและมีความพอใจ

2.3) ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพัน สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการ เหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

3) มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

กันยา สุวรรณแสง (2540) กล่าวถึง ลักษณะของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิตของมนุษย์โดยทั่วไปมีลักษณะไม่คงที่ มักจะเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา สุขบ้างทุกข์บ้างได้เสมอจากแรงผลักดันทั้งภายในตัวเราเอง และจากผู้คนในสังคมรอบตัวเรา ผู้มีสุขภาพจิตดีนอกจากเป็นผู้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งร่างกายและจิตใจแล้วยังต้อง

- 1) มีความสามารถที่จะผูกพันกับบุคคลอื่นได้อย่างราบรื่น และวางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม
- 2) สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือทำตนให้มีคุณค่าได้ในสภาพของสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
- 3) เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการ ก็สามารถผ่อนปรนหาทางออกที่ราบรื่นถูกต้องกับทำนองคลองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่จะได้รับนั้นๆ ด้วย

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ควรมีลักษณะดังนี้

- 1) มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง โดยคิดว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นๆ แต่ถ้าเมื่อใดเขารู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่าต่อใครเลย นั่นคือภาวะที่ผิดปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคประสาทซึมเศร้า หรือโรคจิตซึมเศร้าได้
- 2) มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยเชื่อมั่นในครอบครัวว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ครอบครัวจะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและฝ่าวิกฤตต่าง ๆ ได้
- 3) เป็นคนมองโลกในแง่ดี มีความรักให้กับเพื่อนร่วมโลกและผู้อื่น
- 4) เป็นคนไม่ตึงเครียดและหัวนไหวง่าย สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันตึงเครียดได้
- 5) มีความยืดหยุ่นในตัวเอง เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่รุนแรง เขาจะสามารถปรับตัวให้อยู่ได้อย่างเหมาะสม
- 6) มองโลกตามความเป็นจริงว่า โลกนี้มีทั้งดีและไม่ดีปะปนกัน คนเราก็มีทั้งดีและไม่ดีในตัวเอง
- 7) ไม่ใฝ่ฝันเกินจริง โดยอาจตั้งความหวังที่สามารถทำให้สำเร็จได้ ถ้าทุกท่านสามารถเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีแล้ว ท่านก็จะอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีความสุข

อภิสิทธิ์ อารงวรารัง (2542) กล่าวว่าความสุขของคนเรามี 8 เรื่องใหญ่ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต

- 1) ความสุขจากการมีหลักประกันในชีวิต ซึ่งหมายถึง เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีผู้ดูแล ไม่เป็นไปตามบุญตามกรรม และการมีทรัพย์สินที่ดินทำกิน
- 2) ความสุขจากการมีสุขภาพกายและทางใจดี
- 3) ความสุขจากการที่มีครอบครัวอบอุ่น
- 4) ความสุขจากการมีชุมชนที่เข้มแข็ง

5) ความสุขจากการมีความภาคภูมิใจ การที่ลูกหลานได้ดีพึ่งตนเองได้ การมีภูมิปัญญาที่จะถ่ายทอดสู่ลูกหลาน และผู้สนใจ

6) ความมีอิสรภาพ การมีอิสระในการคิด การพูดและทำโดยไม่สร้าง ความเดือดร้อนต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการไม่มีหนี้

7) ความสุขจากการบรรลุธรรม ซึ่งหมายถึงการมีปัญญาที่จะรู้เท่าทัน ความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม

8) มีสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ ป่า ต้นไม้ใหญ่

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย: มุมมอง ของประชาชนชาวอีสาน ผลการศึกษาในด้านลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 4 ประการ คือ

1) สุขภาพจิตดี (จิตใจดี มีคุณธรรม จิตใจเยือกเย็น สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาสดชื่น จิตใจร่าเริง สนุกสนาน จิตใจสบาย ไม่โกรธ ไม่ดุด่า และปล่อยวาง)

2) สุขภาพกายแข็งแรง (ไม่มีโรค ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เจ็บไข้ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์และนอนหลับได้)

3) ความผาสุก (อยู่ดีกินดี มีเงินพอใช้ มีเงินทอง มีความสุข อยู่เป็นสุข ไม่มีปัญหาครอบครัว ลูกอยู่ในโอวาท พอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่อยากได้อะไรเกินความพอดี เพื่อนบ้านดี ไม่มีศัตรู มีเพื่อนฝูง และสิ่งแวดล้อมดี)

4) คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก (เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลานรักใคร่ดูแล เคารพนับถือกัน พูดจาดี พูดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นดุด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้สารเสพติด)

นิภา นิธยาย (2551) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ต้องประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกต่อผู้อื่น และความสามารถในการดำเนินชีวิต มีรายละเอียด ดังนี้

1) ความรู้สึกต่อตนเอง

1.1) ไม่เกิดอารมณ์ต่างๆรบกวนตนเองมากนัก เช่น โกรธ กลัว

กังวล

1.2) สามารถควบคุมความผิดหวังได้

1.3) เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง เช่น ยอมรับข้อบกพร่องของ

ตนเอง

1.4) นับถือตนเอง ไม่ยอมให้ผู้อื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง

1.5) สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้โดยรู้สาเหตุแห่งปัญหา

2) ความรู้สึกต่อผู้อื่น

2.1) ให้ความรักแก่คนอื่น และยอมรับพิจารณาความสนใจของ

คนอื่น

2.2) คบหาสมาคมกับคนอื่นได้

2.3) ไว้วางใจคนอื่นไม่หวาดระแวง

2.4) ยอมรับนับถือความแตกต่างหลายๆอย่างของคนอื่น

- ชอบ
- 2.5) ไม่ผลักดันให้ผู้อื่นตามใจตนเอง และไม่ตามใจผู้อื่นตามใจ
- 2.6) รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความ
- รับผิดชอบต่อนุชนทั่วไป

- 3) ความสามารถในการดำเนินชีวิต
- 3.1) สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตได้เป็นอย่างดี
- 3.2) มีสิทธิและความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ตนเอง
- 3.3) รู้จักทำสภาพแวดล้อมให้ดีที่สุด ในกรณีจำเป็นก็ปรับตัว

ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี

- 3.4) รู้จักวางแผนดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต
- 3.5) ยอมรับประสบการณ์และความคิดใหม่ๆ
- 3.6) ใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ถ้าทำอะไรก็ทำ
- อย่างเต็มความสามารถ และพึงพอใจต่อการกระทำนั้น

3.7) วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตของตนเองได้

อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนี

ชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว ได้กำหนดองค์ประกอบของ

สุขภาพจิตประกอบด้วย

1) สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึงสภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือ

ทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้าน

จิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

2) สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึงความสามารถ

ของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อดำเนิน

ชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

3) คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึงคุณลักษณะที่ดีงาม

ของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละ

ความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

4) ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึงปัจจัยที่

สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน

รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และ

ความรู้สึกรับประกันปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

Maslow (1954) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ คือ

- 1) จะต้องสามารถยอมรับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ
- ในด้านบวกได้
- 2) จะต้องสร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับผู้อื่น แสดงความ
- เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ อดทน และรักผู้อื่นได้
- 3) รับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง แก้ปัญหาในสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เพราะ
- บุคคลเหล่านี้สามารถตัดสินใจตามข้อเท็จจริงมากกว่าการเพ้อฝัน
- 4) สามารถชื่นชมยินดีและมีความสุขกับการมีชีวิตอยู่

5) รู้สึกเป็นอิสระในการคิดและการกระทำ แสดงพฤติกรรมที่เป็นมาตรฐานและเป็นค่านิยมส่วนบุคคลได้

6) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยวิธีการต่างๆ ที่จะสร้างงานหรือแก้ปัญหา

7) มีพฤติกรรมคงเส้นคงวาต่อการชื่นชม และเคารพสิทธิผู้อื่น โดยแสดงความตั้งใจที่จะเรียนรู้จากผู้อื่น เคารพในสิ่งที่ตนเป็นเอกลักษณ์และข้อแตกต่างของตนเองและของผู้อื่นได้

Jahoda (1958) ได้ให้แนวคิดในการประเมินสุขภาพจิตของคนทั่วไป โดยพิจารณาจากทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ของเขาและการทำตนให้เป็นประโยชน์ ความผสมกลมกลืนกันของบุคลิกภาพ ความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมเกินไป การรับรู้ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบตัวตนเอง และความสามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้คือดัชนีที่จะบ่งชี้ว่า บุคคลมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดีได้ดังนี้

1) ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง (Attitude of an individual toward his own self) เขาคิดอย่างไรกับตัวเอง เช่น ดูถูกตัวเองหรือไม่ หรือว่าหลงตัวเอง เขามีภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกต้องหรือไม่ และเขารู้สึกอย่างไรต่อตนเอง สงสารตนเอง สมเพชตนเอง รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย หรือรู้สึกว่าตนเองยิ่งใหญ่เกินเลยความเป็นจริง

2) มีความต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ (Growth and development or self-actualization) เขาจะต้องมีแรงดลใจในด้านที่จะพัฒนาให้ตนเองเจริญก้าวหน้าขึ้น (Growth motivation) ในด้านทำความเจริญให้แก่สังคมที่เขาอยู่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ มักเป็นผู้ที่ขาดแรงดลใจ (Deficiency of motivation) จึงดูคล้ายคนขาดชีวิตชีวาและอยู่ไปอย่างไร้ประโยชน์ บุคคลที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ดีจะใช้ชีวิตของตนอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม

3) มีบุคลิกภาพที่ประสมประสานดี (Integration) คำว่าประสมประสาน คือ ความสมดุลของพลังดลใจและพลังควบคุม (Balance of psychic forces) ในคนปกติโดยทั่วไปเรามีความอยาก ความต้องการ (Need) ด้วยกันทั้งสิ้น และขณะเดียวกันเราก็มียั้งควบคุม (Controlling force) ซึ่งแรงทั้งสองนี้จะต้องสมดุลกัน เราจึงจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายได้ หากแรงทั้งสองนี้ขัดแย้งกันเองคือมีแรงใดแรงหนึ่งมากเกินไป ก็จะทำให้เราหมดความสุข เพราะไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการส่วนตัว หรือตอบสนองความต้องการส่วนตัวมากเกินไปทำให้ขัดแย้งกับสังคมส่วนใหญ่

4) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy or independence from social influence) มีความสามารถควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน โดยไม่ต้องอาศัยแรงควบคุมภายนอกและยังประพฤติปฏิบัติตนโดยยึดถือความเชื่อมั่นของตนเองเป็นหลัก ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

5) จะรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นจริง (Perception of reality) การรับรู้ของเขาจะไม่ถูกบิดเบือนโดยอคติในตนเอง โดยความต้องการของตนเอง หรือบิดเบือนโดยอารมณ์ส่วนตัว เขาจะสามารถรับรู้เหตุการณ์อย่างที่เป็นจริง

6) สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ (Environment mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ จะต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้

เหมาะแก่ภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะต้องมิตักษะในมนุษย์สัมพันธ์อย่างพอเพียงที่จะให้ชีวิตดำเนินได้อย่างราบรื่น จะต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ

Egbert (1980) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ

1) รู้จักตนเอง สามารถพัฒนาสมรรถานบุคลิกภาพได้เหมาะสมกับ
ความเป็นจริง

- 2) เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางจริงได้
- 3) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องชีวิต และจุดมุ่งหมายในชีวิต
- 4) เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต
- 5) มีความสามารถในการรักษาความคิด พฤติกรรม ตามสถานการณ์

ของชีวิตแต่ละช่วงได้

- 6) สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

WHO (1981) ได้กล่าวถึงดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ทั้งที่เป็นดัชนีชี้วัดระดับบุคคลและ

ชุมชนว่าควรประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ คือ

- 1) ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต
- 2) ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง
 - 2.1) ความผาสุกของคน ๆ นั้น
 - 2.2) ชีวิตในชุมชน สังคม
 - 2.3) คุณภาพชีวิต
 - 2.4) การพัฒนาทางด้านสังคมจิตใจ
- 3) ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับความแตกแยกของสังคม

Trubowitz (1994) ได้จำแนกพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตดีของบุคคล

เป็น 5 ลักษณะคือ

1) ความสุข (Happiness) รู้จักหาความสุขสนุกสนานให้แก่ชีวิตตนเอง สามารถมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นตามที่ต้องการ

2) การควบคุมพฤติกรรม (Control over behavior) สามารถยอมรับและเข้าใจการแสดงออกอย่างมีขอบเขต สามารถตอบสนองตามกฎระเบียบ ประเพณีของกลุ่มได้

3) การประเมินความเป็นจริง (Appraisal of reality) รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างถูกต้อง มีความรู้สึกที่ดีต่อผลที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาในแง่ดีหรือไม่ดี และจะติดตามการกระทำนั้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าสิ่งใดเป็นจริงหรือไม่จริง

4) ประสิทธิภาพในการทำงาน มีความพยายามทำงานอย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่ เมื่อประสบกับความล้มเหลว ยังคงยืนหยัดสามารถทำงานต่อไปได้

5) มีแนวคิดของตนเองในด้านสุขภาพ (A health self-concept) ความเป็นตัวตนและเข้าถึงอุดมคติตามความเหมาะสม มีเหตุผลและมีความเชื่อมั่น สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ ช่วยเหลือเมื่อมีความเครียด

Rollant and Deppoliti (1996) ได้จำแนกผู้ที่มีสุขภาพจิตดีตามปัจจัยและลักษณะของบุคคลดังต่อไปนี้

- 1) ปัจจัยทางด้านลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล เป็นผู้ที่มีการยอมรับและรักตนเอง มีเป้าหมาย มีความคิดและการกระทำอย่างอิสระ ตระหนักและรู้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตน สามารถทำงานและมีผลงาน
- 2) ปัจจัยทางการปรับตัวต่อความเครียด เป็นผู้ที่สามารถควบคุมตัวเองในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้ มีกลไกการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) ปัจจัยทางการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นผู้ที่สามารถยอมรับบุคคลรู้จักรักและดูแลคนอื่น
- 4) ปัจจัยทางการรับรู้สิ่งแวดล้อมและความจริง เป็นผู้ที่มีการรับรู้ในแง่บวก มุ่งเรื่องที่เป็นจริง สามารถหาความหมายของชีวิตได้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) ได้เสนอแนวคิดของสุขภาพจิต ที่ได้จากการอภิปรายของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee on Mental Health) ใน ปี ค.ศ. 1951 ซึ่งคณะกรรมการมีความเห็นว่า ปัจจัยทั้งทางชีวภาพและสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต ระดับของสุขภาพจิต มิใช่ภาวะที่คงที่ แต่สามารถแปรเปลี่ยนขึ้นๆ ลงๆ ได้ โดยสรุปแล้วสุขภาพจิต หมายถึง

- 1) สมรรถภาพของบุคคลที่จะสร้างความสัมพันธ์อย่างราบรื่นกับผู้อื่น
- 2) ความสามารถในการดำรงชีพอยู่ได้ หรือดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ได้ในสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
- 3) นอกจากนี้ยังหมายถึงความสามารถที่จะบรรลุลความพอใจที่สมดุลและกลมกลืน ที่มีต่อความขัดแย้งอันเกิดจากแรงผลักดันที่มีอยู่ในใจ กลมกลืนถึงระดับเกิดการการผสมผสานอย่างสมบูรณ์ มากกว่าการปฏิเสธความพอใจที่สนองตอบความต้องการภายในที่มีอยู่ชัดเจน อันเป็นวิถีทางที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้ขัดขวางความต้องการอย่างอื่น และยังหมายรวมถึงความสามารถของบุคคลที่บุคลิกภาพได้พัฒนาไปในทิศทางที่สามารถให้ความขัดแย้งจากความต้องการภายในได้มีทางระบายออกอย่างเหมาะสม ตามศักยภาพของตนเอง

National Research and Development Centre for Welfare and Health (2002) ได้กล่าวถึงแนวคิดของสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

- 1) สุขภาพจิตเชิงบวก (Positive mental health) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะแสดงออกทางอารมณ์และบุคลิกภาพที่ดี ประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่า (self esteem) สูง ความสามารถในการควบคุมตนเอง (sense of mastery) ความสามารถในการประคับประคองชีวิต (sense of coherence) และความมีประสิทธิภาพ (self - efficacy) ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปว่าเป็นความสามารถที่จะเผชิญกับความทุกข์ยากลำบาก และหลีกเลี่ยงการ breakdown หรือการเกิดปัญหาทางสุขภาพตามมาเมื่อต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่เลวร้าย
- 2) สุขภาพจิตเชิงลบ (Negative mental health) จะเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติทางจิต (mental disorder) อาการที่เกิดขึ้น (symptoms) และปัญหา (problem) โดยให้ความหมายของ mental disorder ว่าเป็นการจัดกลุ่มวินิจฉัยตามกลุ่มอาการของผู้ป่วย ส่วน mental system และปัญหา (problem) เป็นสิ่งที่ยังคงอยู่ แต่จะไม่เข้ากับเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค

ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเพียงเล็กๆ น้อยๆ มักจะเป็นความไม่สบายใจภายหลังการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกิดขึ้นในชีวิต

สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่แยกไม่ได้จากสุขภาพกายทั่วไป สะท้อนถึงความสมดุลระหว่างตัวเรากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะได้รับอิทธิพลจาก 1) สภาพจิตใจของเราและปัจจัยทางชีวภาพ 2) ปฏิกริยาทางสังคม 3) ลักษณะของสังคม 4) ค่านิยมวัฒนธรรม นอกจากนี้ได้แบ่งดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตออกเป็น 4 Domains และ 36 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) ปัจจัยของภาพรวมของพื้นที่ในด้านสภาพทั่วไปและสังคม เศรษฐกิจ (Demographic and socio-economic factors) ของประเทศนั้น แต่ยังไม่ใช่ 36 ตัวชี้วัด

2) สถานะสุขภาพ (Health status) ของประชาชนมี 11 ตัวชี้วัด คือ

2.1) การฆ่าตัวตาย (Suicide)

2.2) เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต หรือการตายที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน (Mortality due to harmful events, intention unclear)

2.3) การตายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (Drug related deaths)

2.4) ความเสี่ยงในการสูญเสียชีวิตในแต่ละปีจากการฆ่าตัวตาย (Potential years of life lost fraction of suicide)

2.5) โรควิตกกังวล (Anxiety)

2.6) โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)

2.7) ดิตสุรา (Alcohol dependency)

2.8) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts)

2.9) ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจ (Psychological distress)

2.10) ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being)

2.11) ความพิการ (Disability)

3) ตัวกำหนดของภาวะสุขภาพ (Determinants of health) ในกลุ่มนี้จะพูดถึงปัจจัยต่างๆ ที่จะวัดภาวะสุขภาพของบุคคล โดยกล่าวถึงลักษณะบางอย่างของแต่ละบุคคลที่มีส่วนทำให้เกิดโรค ในหัวข้อนี้มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

3.1) การควบคุมตนเอง (Sense of mastery)

3.2) การมองโลกในแง่ดี (Optimism)

3.3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

3.4) การแยกตัวเองออกจากสังคม (Social isolation)

3.5) เครือข่ายทางสังคม (Social network)

3.6) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Life events)

4) ระบบสุขภาพ (Health system) กลุ่มนี้เป็นตัวชี้วัดที่รวมถึงระบบบริการสุขภาพ เปรียบเทียบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพในบางพื้นที่ การจำแนกตัวชี้วัดเป็นเชิงปริมาณเป็นเรื่องยาก ในกลุ่มนี้มีตัวชี้วัด ดังนี้

4.1) โครงการป้องกันปัญหาสุขภาพ (Prevention project)

4.2) โครงการส่งเสริมสุขภาพ (Promotion project)

- 4.3) จำนวนเตียงจิตเวช (Psychiatric bed)
- 4.4) จิตแพทย์ (Psychiatrists)
- 4.5) จิตแพทย์เด็ก (Child psychiatrists)
- 4.6) วิชาชีพอื่นๆ ที่ให้การดูแลสุขภาพจิต (Other professional than physicians in mental health care)
- 4.7) จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางสุขภาพจิต (Number of discharges due to mental health conditions)
- 4.8) จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (Number of discharges due to mental health conditions for minors)
- 4.9) จำนวนผู้ป่วยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Number of long stay patients)
- 4.10) การใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (Use of outpatients services)
- 4.11) การรายงานด้วยตนเองถึงการใช้บริการทางสุขภาพจิต (Self-report use of mental health services)
- 4.12) การขายยาโรคจิต (Sale of psychotropic drugs)
- 4.13) จำนวนเงินที่สงเคราะห์ให้แก่ผู้ที่ไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต (Number of disability pensions due to mental disorders)
- 4.14) จำนวนเงินที่ใช้จ่ายกับผู้ไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต (Money spent on disability due to mental disorders)
- 4.15) เวลาที่ชดเชยจากการเจ็บป่วยทางจิต (Sickness compensation periods due to mental disorders)
- 4.16) รายจ่ายทั้งหมดของประเทศในการให้บริการทางจิตเวช (Total national expenditure on psychiatric services)
- 4.17) สัดส่วนของรายจ่ายของชาติต่อบริการทางจิตเวช (Proportionate national expenditure on psychiatric services)
- 4.18) สัดส่วนรายจ่ายของชาติต่อบริการทางจิตเวช เพื่อเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี (Proportionate national expenditure on psychiatric services for minors)
- 4.19) ความเพียงพอของการประกันคุณภาพแห่งชาติ (Availability of national quality accreditation)

ได้นักวิชาการหลายท่านที่มองความสุขเป็นเรื่องเดียวกับสุขภาพจิต ดังเช่น Diener (2002) สรุปว่า การที่คนเราจะมีความสุขได้ จะต้องมิตักษะทางสังคม มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับใครบางคน และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีด้วย นอกจากนี้คนที่มีความสุขมากที่สุด บางครั้งก็รู้สึกเศร้าได้ และคนที่รู้สึกเศร้าที่สุดก็อาจมีช่วงเวลาที่มีความสุขได้เช่นกัน และพบวิธีการประเมินหลายวิธี ซึ่ง Diener ได้พัฒนาเครื่องมือพื้นฐานที่เรียกว่า The satisfaction with scale เป็นการสำรวจโดยใช้

คำถาม 5 คำถามซึ่งพบว่าไปกันได้ดีกับแบบวัดความสุขอื่นๆ เช่น ความประทับใจจากเพื่อนฝูงและครอบครัว การแสดงออกของอารมณ์ที่ดี และการมีอารมณ์ซึมเศร้าต่ำ

Seligman (2002) กล่าวว่า ความสุขประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความสบายใจ (ใบหน้าที่มีรอยยิ้ม) ความมีส่วนร่วม (การมีส่วนร่วมอย่างลึกซึ้งกับครอบครัว การงาน ความรัก และงานอดิเรก) และการมีความหมาย (การใช้จุดแข็งส่วนบุคคลเพื่อสนับสนุนสิ่งที่ยิ่งใหญ่ในท้ายที่สุด)

Mental Health Professional Group (2003) ได้กล่าวถึงบุคคลที่มีอาการต่อไปนี้เป็นเวลานาน จำเป็นต้องพบบุคลากรทางสุขภาพจิต ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบด้านลบของภาวะสุขภาพจิตได้แก่

- 1) สูญเสียความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ
- 2) ภาวะซึมเศร้าไม่ดีขึ้น
- 3) ความกดดันในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (กับคู่ครอง ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน)
- 4) มีความยุ่งยากในทางความคิดเรื่องหนึ่งเรื่องใดซึ่งไม่เหมือนเดิม
- 5) วิตกกังวลสูง
- 6) ความสามารถในการทำงานให้ประสพผลสำเร็จลดลง
- 7) สมาธิลดลง
- 8) แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง (หลับยาก ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ หลับมากกว่าปกติ)
- 9) มีการเปลี่ยนแปลงของการรับประทานอาหารหรือน้ำหนัก (กินน้อยลง หรือมากขึ้น)
- 10) ใช้สารเสพติด หรือแอลกอฮอล์มากขึ้น
- 11) คิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย
- 12) มีความรู้สึกมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด หรือรู้สึกไร้ค่า
- 13) มีความรู้สึกหมั่นไส้หรือโกรธ

Richard (2006) กล่าวว่า ความสุขหมายถึงความรู้สึกดีๆ สนุกสนานกับการมีชีวิต และอยากให้ความรู้สึกเช่นนั้นตลอดไป ซึ่งปัจจุบันเราสามารถวัดระดับความสุขได้จากการสอบถาม และการตรวจคลื่นสมอง และความสุขมีความสำคัญเพราะเป็นปัจจัยและแรงจูงใจที่สำคัญที่สุดในการมีชีวิตอยู่ พร้อมกับทำให้เรามีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาว และยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุข ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านพันธุกรรมและประสบการณ์จากการเลี้ยงดู 2) ปัจจัยเกี่ยวกับปรัชญาในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะความรู้สึกพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ 3) ปัจจัยด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยตามธรรมชาติ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้านคือ (1) ความมั่นคงทางด้านร่างกาย (2) ความมั่นคงในการมีงานทำ (3) ความมั่นคงของครอบครัว (4) ความมั่นคงในชุมชน (5) ความมั่นคงในการมีสุขภาพดี และนอกจากนี้ ยังได้กล่าวถึงความจริง 12 ข้อของการมีความสุข ดังนี้

- 1) ความสุขเป็นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอบถาม การวัดคลื่นไฟฟ้าในสมอง

2) การแสวงหาความสุขเป็นเรื่องธรรมชาติของคน โดยคนจะหาวิธีสร้างความสุข โดยเปรียบเทียบต้นทุนและผลที่ได้รับจากวิธีต่างๆ

3) สังคมที่ดีที่สุดคือสังคมที่มีความสุขมากที่สุด

4) สังคมจะไม่มีความสุขเพิ่มขึ้นยกเว้นในสังคมที่มีเป้าหมายร่วมกันว่าต้องการให้ สังคมมีความสุขเพิ่มขึ้น เนื่องจากความสุขของคนขึ้นกับพฤติกรรมของผู้อื่น

5) คนเป็นสัตว์สังคม การมีเพื่อน มีครอบครัว มีงานทำ เป็นความสุขที่นอกเหนือจากเรื่องเงิน ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ใช่เป็นเพียงกระบวนการสู่เป้าหมาย แต่เป็นสิ่งที่สร้างความสุข

6) คนต้องการไว้ใจผู้อื่น ความสุขของสังคมโดยเปรียบเทียบระหว่างสังคมต่างๆ สามารถวัดได้ โดยเครื่องชี้วัด 6 ตัว ได้แก่ 1) สัดส่วนประชากรที่เห็นว่าสามารถไว้ใจคนอื่นในสังคมได้ 2) สัดส่วนประชากรที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม องค์กรต่างๆ ที่รวมตัวกัน 3) อัตราการหย่าร้าง 4) อัตราการว่างงาน 5) คุณภาพของรัฐบาล 6) ความเชื่อถือในศาสนา

7) คนมีความยึดติดกับสถานการณ์ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ต้องมีความคำนึงว่าคนมีความทุกข์กับสิ่งที่สูญเสียไปมากกว่าดีใจกับสิ่งที่ได้มา ใหม่ นอกจากนั้นคนชอบสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย

8) คนใส่ใจกับสถานะทางสังคมอย่างยิ่ง

9) คนมีการปรับตัวกับสิ่งใหม่อยู่เสมอ

10) คนยิ่งรวยยิ่งมีความสุขกับเงินน้อยลง เงินจำนวนเท่ากัน

จะสร้างความสุขให้กับคนจนมากกว่าคนรวย

11) ความสุขขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของบุคคลมากกว่าปัจจัยภายนอก นโยบายสาธารณะมีผลต่อการลดความทุกข์ได้ง่ายกว่าการสร้างความสุข

โดยสรุปความสุขเกิดจากปัจจัยภายในเหนือกว่าปัจจัยภายนอก ซึ่งอาศัยองค์ประกอบที่เป็นอย่างสมดุลในหลายด้านประกอบกัน ทั้งการมีทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิต การรู้จักพอ รู้จักให้ มีสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและมิตรสหาย มีศิลปะในการใช้ชีวิตที่เกี่ยวเนื่องความรื่นรมย์ให้แก่ชีวิตได้ทุกวันเวลาและมีการบริหารจัดการใจให้รับรู้ความเป็นไปของโลกอย่างที่เป็นจริง Wallis (2005) กล่าวว่า ความสุข (Happy) สุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มากกว่าแค่การไม่มีโรคทางจิตเท่านั้น แต่จะต้องเป็นสิ่งที่เสริมสร้างศักยภาพของจิตใจและวิญญาณของมนุษย์

2. แนวคิดในการสร้างแบบวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2.1 ความหมายของการวัด

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540) ได้ให้ความหมายของการวัด หมายถึง กระบวนการแปรสภาพข้อความคิดหรือแนวคิด (Concepts) ซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมให้เป็นข้อมูลทางสถิติเชิงปริมาณ หรือ เชิงคุณภาพ (Quantitative or qualitative data) กระบวนการดังกล่าวนี้รวมถึงวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในการระบุ คุณสมบัติของแนวคิดหรือการนิยามการปฏิบัติการที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่จะนำข้อมูลนั้นมาใช้

จิราพร เขียวอยู่ (2543) ได้ให้ความหมายของการวัด (Definition of measurement) หมายถึงกระบวนการในการกำหนดค่าให้แก่บุคคล หรือสัตว์ หรือวัตถุสิ่งของใด ๆ (Objects) เพื่อแสดงถึงปริมาณหรือคุณภาพของลักษณะที่สนใจของบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของ

นั้น ๆ โดยกระบวนการนี้กระทำภายใต้กฎเกณฑ์หรือวิธีการที่ชัดเจนแน่นอน ในการกำหนดค่านั้น นิยามกำหนดเป็นตัวเลข ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ผลที่ได้ของการวัด ตัวอย่างของ ลักษณะที่สนใจในการวัด เช่น ภาวะสุขภาพกาย จิต ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

หลักการวัดกล่าวโดยสรุป คือ ต้องวัดในสิ่งที่ต้องการวัด และเมื่อวัดแล้วค่าที่ได้ จะต้องตรงกับสภาพที่แท้จริงของบุคคลหรือสิ่งของนั้น ๆ โดยอาจเป็นสถิติเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นไม่ว่าจะให้ผู้ใดเป็นคนทำการวัดจะต้องได้ค่าออกมาเหมือนกัน

2.2 จุดมุ่งหมายของการวัด

การวัดมีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำมาใช้เป็นสารสนเทศ ในการดำเนินงานด้านต่างๆ การวัดโดยทั่วไปมีจุดมุ่งหมายสำคัญ 5 ประการ คือ เพื่อคัดเลือก จัดอันดับ วินิจฉัย พยากรณ์ และเพื่อตัดสิน มีสาระสำคัญโดยสรุป ดังนี้ (พิสนุ พองศรี, 2553)

2.2.1 เพื่อคัดเลือก (Selection) เป็นการวัดเพื่อคัดเลือกสิ่งต่างๆ ทั้งที่เป็นคน วัตถุ สิ่งของ ฯลฯ เช่น การวัดด้วยการสอบเข้าศึกษาต่อ เข้าทำงาน หรือประกวดแข่งขันต่างๆ การวัดวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือคัดเลือกเฉพาะชิ้นที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์

2.2.2 เพื่อจัดอันดับ (Rating) เป็นการวัดเพื่อจัดอันดับสิ่งต่างๆ เพื่อให้ทราบว่ายู่ในระดับใด เมื่อเปรียบเทียบกับสิ่งเดียวกันหรือเปรียบเทียบกับมาตรฐาน เช่น การจัดอันดับผู้เรียนความสามารถในการให้บริการของหน่วยงาน ความสามารถในการแข่งขันของประเทศ และอันดับความน่าเชื่อถือหรือนำลงทุนของประเทศ เป็นต้น

2.2.3 เพื่อวินิจฉัย (Diagnosis) เป็นการวัดเพื่อให้ทราบข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อจะทำการแก้ไข ปรับปรุงให้เป็นปกติหรือได้มาตรฐาน เช่น การวัดด้วยการสอบเพื่อหาข้อบกพร่องของผู้เรียน การวัดทางการแพทย์ หรือทางวิศวกรรม โดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เพื่อรักษาโรค หรือซ่อมแซมเครื่องยนต์ต่างๆ เป็นต้น

2.2.4 เพื่อพยากรณ์ (Prediction) เป็นการวัดเพื่อทำนายแนวโน้มต่างๆ เช่น พฤติกรรมของผู้เรียนกับโอกาสความสำเร็จทางการเรียนในระดับสูงขึ้น และแนวโน้มอัตราดอกเบี้ยหรือเงินเฟ้อ เป็นต้น

2.2.5 เพื่อตัดสิน (Judgment) เป็นการวัดเพื่อประเมินสิ่งต่างๆ โดยการนำผลจากการวัดไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตัดสินที่กำหนดไว้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปในการตัดสิน เช่น ประเมินผล การเรียนของผู้เรียนว่าผ่านหรือไม่อย่างไร อยู่ระดับใด การประเมินโครงการเพื่อจะตัดสินว่าจะดำเนินโครงการต่อ ขยายผล ระบุ หรือเลิกโครงการ ถ้าดำเนินการต่อหรือขยายผลควรจะปรับปรุง พัฒนาให้ดีขึ้นอย่างไร เป็นต้น

2.3 การวัดทางสังคมศาสตร์ (Heise, 2000; Hodge & Gillespie, 2005)

การวัดทางสังคมศาสตร์ มักจะเน้นการวัดพฤติกรรมคน หรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งค่อนข้างเป็นนามธรรม วัดให้ชัดเจนได้ยาก ต่างกับการวัดทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเน้นการวัดวัตถุที่เป็นกายภาพ วัดได้ง่ายและชัดเจนกว่า ผลการวัดแทบไม่มีข้อโต้แย้ง เพราะเครื่องมือที่ใช้วัดจะเป็นเครื่องมือมาตรฐานพิสูจน์ง่าย เช่น การวัดน้ำหนัก หรือส่วนสูง ซึ่งมีความถูกต้องแม่นยำสูง

สำหรับการวัดในคนนั้น หากเป็นทางวิทยาศาสตร์จะเน้นด้านกายภาพ หรือมองคนเป็นวัตถุ ไม่สนใจเรื่องพฤติกรรมหรือความดี ความเลว คนแต่ละคนจะมีราคาตามน้ำหนัก ส่วนทาง



สังคมศาสตร์จะสนใจเรื่องพฤติกรรม คนดีจะมีคุณค่ามาก ส่วนคนเลวจะไม่มีคุณค่า ซึ่งวัดได้ยาก เพราะมีปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้องมาก โดยเฉพาะการวัดทางจิตวิทยา

จากความยากในการวัดทางสังคมศาสตร์ ซึ่งจะส่งผลต่อการสร้างและพัฒนาเครื่องมือให้ยากตามไปด้วย แต่ถ้ามองอีกแง่หนึ่งก็ถือว่าเป็นการทำหาความสามารถของนักวิจัยหรือนักประเมิน ที่จะต้องสร้างและพัฒนาเครื่องมือของตนให้วัดได้ตรงหรือใกล้เคียง โดยคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด

การวัดทางสังคมจะมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเสมอ มากน้อยตามสภาพการณ์ต่างๆ อันเป็นที่ยอมรับกันได้บ้างเพราะเป็นธรรมชาติของการวัดทางสังคมศาสตร์ ถ้าไม่คลาดเคลื่อนมากจนกระทั่งเกิดความเสียหายขึ้น โดยทั่วไปการวัดทางสังคมศาสตร์จะมีข้อจำกัดที่สำคัญ 6 ประการ คือ

2.3.1 การวัดทางอ้อม โดยใช้เครื่องมือที่มีลักษณะเป็นข้อคำถาม หรือ ประเด็นต่างๆ เป็นตัวเชื่อมระหว่างพฤติกรรมที่เป็นจริงกับข้อมูลที่ได้ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ทั้งทางบวกและทางลบ คือ ได้น้อยหรือมากกว่าความเป็นจริง ต่างกับการวัดทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นการวัดโดยตรง ผลที่ได้จึงถูกต้องหรือเกิดความคลาดเคลื่อนน้อยมาก

2.3.2 วัดได้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากสิ่งที่จะวัดเป็นนามธรรมไม่ทราบขอบเขตที่ชัดเจน หรือมีข้อจำกัดไม่สามารถวัดได้ทั้งหมด เช่น การสุ่มหรือเลือกเนื้อหาออกข้อสอบ เนื่องจากผู้สอนไม่สามารถออกข้อสอบตามเนื้อหาทั้งหมดได้ เป็นต้น ส่วนการวัดทางวิทยาศาสตร์เป็นการวัดสมบูรณ์ เช่น การชั่งน้ำหนักทั้งตัว ไม่ใช่เป็นการชั่งเฉพาะแขนขาแล้วอนุมานไปถึงน้ำหนักตัวทั้งหมด เป็นต้น หรือถ้าเป็นการวัดไม่หมดด้วยการสุ่มตัวอย่าง สิ่งที่เป็นตัวอย่างนั้นก็จะเป็นตัวแทนของสิ่งที่จะวัดได้ทั้งหมด เพราะมีคุณสมบัติเหมือนกัน เช่น การตรวจเลือดเพียงจำนวนหนึ่งก็สามารถเป็นตัวแทนของเลือดทั้งร่างกายได้

2.3.3 วัดได้ไม่ละเอียด หน่วยการวัดทางสังคมศาสตร์มักจะเป็นจำนวนเต็ม โดยไม่มีจุดทศนิยม หรืออาจมีแต่เป็นเพียงตำแหน่งเดียว คือ ครึ่งคะแนนหรือ 0.50 ไม่ค่อยมีหลายตำแหน่ง อาจกล่าวได้ว่าพิสัยของการวัดทางสังคมแคบมีคะแนนหรือข้อมูลน้อย ส่วนการวัดทางวิทยาศาสตร์จะมีหน่วยการวัดที่ละเอียดเป็นจุดทศนิยมได้หลายตำแหน่ง เช่น การวัดน้ำหนักอาจละเอียดถึงมิลลิกรัม หรือ 1 ใน 1,000 ส่วนพิสัยก็วัดได้กว้าง เช่น ความต้านทานไฟฟ้ามีหน่วยเป็นเมกะโอห์มหรือ 1,000,000 เป็นต้น

2.3.4 หน่วยการวัดไม่เท่ากัน คือ มีขนาดของช่วงต่างกัน ไม่เป็นสัดส่วนหรือเป็นเส้นตรง (Linear) เช่น คะแนนระหว่าง 10-15 จะมีช่วงไม่เท่ากับคะแนนระหว่าง 20-25 คะแนน แม้จะมีความต่างเท่ากัน คือ 5 คะแนนก็ตาม เนื่องจากการวัดทางสังคมศาสตร์ไม่ได้เริ่มจากศูนย์แท้หรือวัดในระดับ ratio นั่นเอง

2.3.5 ต้องนำไปเปรียบเทียบ การวัดทางสังคมศาสตร์จะไม่มี ความหมายสมบูรณ์ในตัวเอง จะต้องนำไปเปรียบเทียบกับสิ่งอื่น เช่น ผู้ที่สอบได้ 80 คะแนน ไม่ทราบว่าได้คะแนนเต็ม หรือสัดส่วนเท่าไร ผ่านหรือไม่ เก่งแค่ไหน ชะคนอื่นหรือไม่ ดังนั้นจึงต้องนำไปเปรียบเทียบกับคะแนนเต็ม หรือเกณฑ์ผ่าน หรือผู้เข้าสอบคนอื่นๆ สำหรับการวัดทางวิทยาศาสตร์มักจะมีเกณฑ์ที่ชัดเจนไว้ให้เปรียบเทียบได้ ผู้ชายรอบเอวไม่เกิน 36 นิ้ว ผู้หญิงไม่เกิด 32 นิ้ว ใครมีรอบเอวเกินแสดงว่าอ้วน เป็นต้น

2.3.6 ขาดเครื่องมือมาตรฐาน เนื่องจากการวัดทางสังคมศาสตร์ส่วนใหญ่ต้องใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบวัดทักษะปฏิบัติ และแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเครื่องมือที่ได้

มาตรฐานมีจำนวนน้อย ทำให้การสร้างแบบวัดทางสังคมศาสตร์ให้ได้มาตรฐานมีความยุ่งยาก อาจทำได้แต่ต้องใช้เวลาไม่นาน ในขณะที่อาจใช้ได้ไม่นานเพราะพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงได้

2.4 ชนิดของมาตรวัด

มาตรวัดที่ใช้สำหรับการวัดเจตคติ หรือมาตรวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มี 4 แบบ ซึ่งอาจนำมาปรับใช้ได้ดังนี้ (จิราพร เขียวอยู่, 2543; อรพิน ชูชม, 2545 อ้างใน พิสนุ ฟองศรี, 2553; Streiner & Norman, 1995)

2.4.1 แบบลิเคิต (Likert-type หรือ Summated rating scale) เป็นแบบวัดทัศนคติที่สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชื่อลิเคิต ลักษณะการวัดใช้สำหรับแสดงความเห็นที่ดีหรือไม่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ การตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้ตั้งแต่ 2 ตัวเลือกขึ้นไป ส่วนใหญ่นิยม 4 หรือ 5 ตัวเลือก เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบจะใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น สำหรับการให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ คะแนนทัศนคติของผู้ถูกวัดแต่ละคนจะได้จากผลรวมของคะแนนในแต่ละข้อ หรือเป็นค่าเฉลี่ยของผลรวมของทุกข้อ มาตรวัดแบบลิเคิตได้รับความนิยมมาก เนื่องจากมีข้อดี คือ สร้างง่าย ไม่ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคำนวณหนัก ตอบง่าย ได้ผลในภาพรวมดีกว่าแบบเธอร์สโตน เพราะต้องตอบทุกข้อ แต่มีจำกัดบ้าง เช่น ผู้ตอบมักตอบปานกลางเนื่องจากขี้เกียจคิด หรือต้องการปกปิดพฤติกรรมบางอย่าง ถ้าตัดออกอาจทำให้คนกลุ่มนี้ไม่ตอบก็ได้

2.4.2 แบบเธอร์สโตน (Thurstone-type) เป็นแบบวัดที่สร้างโดยนักจิตวิทยาชื่อเธอร์สโตน ในปี ค.ศ. 1920 การสร้างสเกลแบบนี้เป็นการพยายามทำให้แต่ละข้อคำถามมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่า ๆ กัน หรือดูเหมือนว่าเท่ากัน (equal appearing interval) ลักษณะของแบบวัดนี้ใช้สำหรับการแสดงความเห็นสนับสนุน หรือเห็นด้วยกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งน้อยที่สุด จนกระทั่งมากที่สุด ซึ่งถ้าให้ละเอียดมากจะมี 11 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 ถ้าทัศนคติดีค่าจะเข้าใกล้ 11 แต่ถ้าไม่ดีค่าจะเข้าใกล้ 0 อย่างไรก็ตามแบบของเธอร์สโตน มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การสร้างเครื่องมือยาก ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากร่วมกันกำหนดค่าน้ำหนักแต่ละข้อ ผู้ตอบต้องเลือกตอบบางข้อ ส่งผลให้ตอบแบบขอไปที และตัดสินใจยากเนื่องจากใช้มาตรถึง 11 ระดับ จึงมีผู้นิยมใช้น้อยกว่าแบบลิเคิต

2.4.3 แบบกัทท์แมน (Guttman-type or cumulative scale) สเกลแบบนี้ใช้วัดการเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยเพียง 2 ระดับเท่านั้น ข้อคำถามจะมีความเป็นมิติเดียว หรือวัดไปในแนวเดียวกัน โดยการสร้างข้อความที่มีความต่อเนื่องกันเป็นขั้นบันได ถ้าเห็นด้วยกับข้อความที่ 2 แสดงว่าเห็นด้วยกับข้อความที่ 1 คะแนนรวมที่ได้จะเป็นคะแนนสะสมของแต่ละคำตอบ นั่นคือทุกคะแนนของสเกลที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของทัศนคติในเรื่องนั้น ดังนั้นจากคะแนนทัศนคติที่ได้สามารถทราบถึงแบบแผนของคำตอบได้ คนที่ได้คะแนนเท่ากันจะมีแบบแผนของคำตอบเหมือนกัน ลักษณะของแบบวัดแบบนี้คะแนนรวมของแต่ละคนจะได้จากผลรวมของแต่ละข้อโดยมีทิศทางเดียวกัน เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน ข้อดีของแบบกัทท์แมนคือมีความเป็นมิติเดียว ให้ภาพความต่อเนื่องของทัศนคติตามคะแนนที่เพิ่มขึ้น แต่มีข้อเสียที่สำคัญ คือ ต้องใช้การวิเคราะห์ที่ยุ่งยากมากจึงไม่ค่อยนิยมใช้

2.4.4 แบบออสกูต (Osgood scale) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยออสกูต และคณะ ในปี ค.ศ. 1957 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดรวบยอดหรือโน้ตส์ของสิ่งต่าง ๆ โดยใช้ คำคุณศัพท์ที่แสดงถึงพฤติกรรมการประเมิน เช่น ดี-เลว แสดงศักยภาพ เช่น แข็งแรง-อ่อนแอ แสดง การกระทำหรือปฏิกิริยา เช่น เร็ว-ช้า มืด-สว่าง เป็นต้น หรือเรียกว่า มาตราวัดความแตกต่างแห่ง ความหมาย (semantic differential scale) โดยผู้วิจัยต้องหาคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกัน เป็นคู่ ๆ เพื่อหาความหมาย โดยแบ่งการให้คะแนนออกเป็น 7 ระดับ 1 - 7 หรือทางบวกถึง +3 กลาง = 0 และทางลบถึง -3 ก็ได้

2.5 แนวทางการสร้างและพัฒนาแบบวัด (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553; Papadimitriou et al, 2012) เพื่อให้ได้แบบวัดที่มีความแม่นยำตรงในการวัด ดังนั้นขั้นตอนในการสร้างและพัฒนาจึงมี ความครอบคลุมกระบวนการ ดังนี้

2.5.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการต่างๆ เป็นขั้นตอนแรกที่ต้องค้นคว้า และ ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรหรือตัวชี้วัด เพื่อให้ได้ข้อสรุปจากเอกสารต่างๆ และกำหนดเป็นนิยามเชิง ปฏิบัติการเพื่อให้วัดได้ โดยการนำองค์ประกอบสำคัญหรือประเด็นหลักของนิยามไปร่างเป็นข้อ คำถาม

2.5.2 การรวบรวมรายการคำถามเพื่อสร้างแบบสอบถาม (items aggregation) ผู้วิจัยสามารถรวบรวมรายการคำถามได้โดย

- 1) ปรับปรุงจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้
- 2) เขียนขึ้นใหม่โดยอาศัยทฤษฎีหรือแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 3) สัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญ และบางครั้งมีการระดมสมอง
- 4) อาศัยความเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (focus group) จากบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะสร้างสเกล
- 5) จากข้อคำถามที่ได้นำมาขัดเกลา แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญช่วย ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (content validity)

2.5.3 การตรวจสอบด้วยตนเองและผู้เกี่ยวข้อง

- 1) การตรวจสอบด้วยตนเอง ถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยหลังการ สร้างคำถามควรทิ้งช่วงห่างไว้สัก 2-3 วัน แล้วจึงอ่านคำถามและตัวเลือกอย่างละเอียดว่าเข้าใจหรือไม่ ครอบคลุมและจำเป็นหรือไม่ ตอบยากหรือไม่ ใช้ภาษากระชับหรือยัง เป็นต้น
- 2) การตรวจสอบโดยผู้เกี่ยวข้อง ผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เช่นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งอาจให้ตรวจสอบในภาพรวม และอาจให้คนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิทช่วยตรวจคำผิด ความ เข้าใจต่างๆ เป็นต้น

2.5.4 ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ การตรวจในขั้นตอนนี้ นับเป็นขั้นตอนแรกของการ พัฒนาเครื่องมือโดยใช้สถิติ เป็นการหาค่าความตรงตามสูตร IC (Index of Item Congruence) หรือ CVR หรือค่าเฉลี่ยก็ได้ หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแบบสอบถามจากผลการตรวจของผู้เชี่ยวชาญ

2.5.5 ทดลองใช้เพื่อหาค่าความเที่ยงหรือค่าอำนาจจำแนก (ถ้ามี) ขั้นตอนนี้จะนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูล 30 คนขึ้นไป เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง และอาจหาค่าอำนาจ จำแนก (ถ้ามี) โดยส่วนใหญ่ใช้สูตรแอลฟาของคอนบาร์ค ในกรณีที่มาตรวัดมีตั้งแต่ 3 ระดับขึ้นไป

2.6 ความตรงของเครื่องมือหรือสเกล (Instrument or Scale's Validity)

ความตรงหรือความถูกต้อง (Validity) ของเครื่องมือหรือสเกล หมายถึง เครื่องมือหรือสเกลนั้นสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการจะวัด และวัดได้ตรงกับความเป็นจริง หรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด แสดงว่าเครื่องมือที่มีความตรง วิธีการหาความตรงอาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540; จิราพร เขียวอยู่, 2543; ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2550; เกียรติสุตา ศรีสุข, 2552; บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2553; บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2555; Medical outcomes trust, 1995)

2.6.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) คือความสามารถในการวัดของเครื่องมือได้อย่างครอบคลุมทุกประเด็นของคุณสมบัติของตัวแปรที่ต้องการวัด หรือข้อคำถามเป็นตัวแทนของเนื้อหาทั้งหมดได้ การวัดความตรงใช้รายละเอียดของสิ่งที่ต้องการวัดเป็นเกณฑ์ โดยใช้ตารางกำหนดรายละเอียดของแบบทดสอบ (specification table of the test) ที่ได้จากหลักสูตรแบบเรียน ตำราในวิชาที่จะวัด จะทำให้มีความตรงตามเนื้อหาสูงกว่าแบบทดสอบที่สร้างขึ้นโดยไม่ใช้ตารางกำหนดรายละเอียด การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือใช้ดุลพินิจหรือความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion) ซึ่งจำแนกเป็น 2 วิธี ได้แก่

1) การตรวจสอบความตรงแบบผิวเผิน (face validity) หมายถึง การพิจารณาว่าเนื้อหาในคำถามวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือวัดได้ตรงกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยใช้ความคิดเห็นที่เป็นอัตนัยของผู้เชี่ยวชาญ (subjective opinion of expert) ประมาณ 3-5 ท่าน ในการตรวจสอบว่าเครื่องมือหรือสเกลนั้นมีความตรงตามเนื้อหาหรือไม่อย่างไร

2) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) หมายถึง การพิจารณาว่าเนื้อหาในคำถามวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือวัดได้ตรงกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนวคิดทฤษฎีของตัวแปร ไม่ใช้ความคิดเห็นที่เป็นอัตนัยของผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมแพร่หลาย

ภายหลังการตรวจสอบผู้วิจัยจะนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาอีกครั้งจนกว่าจะได้รับการยอมรับตรงกัน (consensus) ทั้งนี้การวิจัยต้องการกำหนดนิยามของสิ่งที่ต้องการวัดให้ชัดเจนสมบูรณ์ และจัดระเบียบให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถวัดและทดสอบได้ เพื่อผู้เชี่ยวชาญจะได้ทราบถึงสาระของสิ่งที่ต้องวัด หรือเกณฑ์ที่จะใช้ตรวจสอบเพื่อจะได้ตัดสินใจได้ถูกต้อง

2.6.2 ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) หมายถึงคุณสมบัติของการวัดที่ให้ผลการวัดสอดคล้องกับคุณลักษณะที่ต้องการวัดตามโครงสร้างทางทฤษฎี เป็นความตรงที่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นความตรงประเภทที่เชื่อมโยงการวัดในทางปฏิบัติกับลักษณะที่ต้องการวัดในทางทฤษฎี และเนื่องจากคุณลักษณะที่ต้องการวัดในสาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมมีหลายองค์ประกอบ การหาความตรงตามโครงสร้างของการวัดจึงต้องมีเกณฑ์ที่เป็นตัวแปรโครงสร้างตามทฤษฎีของสิ่งที่ต้องการวัดหลายตัวแปรหรือหลายเกณฑ์ ค่าของความตรงตามโครงสร้างหาได้จากสัดส่วนความแปรปรวนร่วม หรือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโครงสร้างที่เป็นเกณฑ์ กับคะแนนที่เป็นผลการวัดด้วยเครื่องมือวิจัยนั้น

การศึกษาความตรงตามโครงสร้างมีขั้นตอนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการ คือ ระบุความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีระหว่างแนวคิด (concepts) หรือตัวแปรต่าง ๆ หาความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ระหว่างมาตรวัดและแนวคิดต่าง ๆ เหล่านั้น และตีความหมายของความสัมพันธ์ที่พบว่าช่วยให้ความชัดเจนกับมาตรวัดที่สร้างขึ้นมานั้นถูกต้องหรือไม่อย่างไร ในทางปฏิบัติการหาความตรงตามโครงสร้างทำได้ 5 วิธี ดังนี้

1) การเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รู้จัก (known group technique) โดยการนำเครื่องมือวิจัยไปทดสอบใน 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน มีขนาดตัวอย่างเท่ากัน แต่มีคุณลักษณะที่ต้องการวัดตรงข้ามกัน (contrast groups) คือ กลุ่มที่ 1 มีคุณลักษณะที่ต้องการวัดสูง (extremely high) ส่วนกลุ่มที่ 2 มีคุณลักษณะที่ต้องการวัดต่ำ (extremely low) เพื่อพิสูจน์ว่าเครื่องมือวิจัยนั้นใช้จำแนกกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทางทฤษฎีได้ถูกต้องเพียงไร ถ้าสามารถจำแนกกลุ่มบุคคลได้ถูกต้องแสดงว่าผลการวัดนั้นมีความตรงสูง เช่น การวัดลักษณะอนุรักษนิยมในกลุ่มนักเรียนที่ทราบลักษณะอนุรักษนิยม แล้วได้คะแนนการวัดที่นำมาจำแนกกลุ่มได้อย่างถูกต้อง ถือว่าการวัดมีความตรงสูง

2) วิธีเมทริกซ์หลายลักษณะหลายวิธี (multitrait-multimethod matrix method) เป็นวิธีตรวจสอบความตรงเหมือน (convergent validity of instrument) และความตรงจำแนก (divergent or discriminant validity of instrument) การวัดที่มีความตรงสูง คือ การวัดที่ให้ข้อมูลมีค่าความตรงเหมือนร่วมกันสูง และมีความตรงที่แตกต่างกันมีจำนวนน้อยหรือมีค่าความสัมพันธ์กันต่ำ

2.1) ความตรงเหมือน (convergent validity) หมายถึง เครื่องมือที่สามารถวัดค่าตัวแปรได้เท่ากับเครื่องมือมาตรฐาน ซึ่งวัดตัวแปรที่มีโครงสร้างทฤษฎีเหมือนกัน หรือเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลตัวแปรเดียวกัน รวมทั้งตัวแปรที่ใช้แนวคิดเดียวกัน (same concept or similar concept) เมื่อนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับมาวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์พบว่าค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์มีค่าสูง หมายความว่าเครื่องมือมีความตรงเหมือน (convergent validity)

2.2) ความตรงจำแนก (discriminant validity or divergent validity) หมายถึง เครื่องมือที่วัดค่าได้ต่างจากเครื่องมือฉบับมาตรฐาน ซึ่งวัดตัวแปรที่มีโครงสร้างทฤษฎีต่างกัน หรือวัดตัวแปรที่มีคุณลักษณะที่ตรงข้ามกัน (different concept) ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์มีค่าต่ำ หมายความว่าเครื่องมือมีความตรงจำแนก (divergent validity)

3) วิธีสหสัมพันธ์ของข้อคำถามกับคะแนนรวมจากแบบวัด (item-total correlation) เป็นการวิเคราะห์ข้อคำถาม (item analysis) ของแบบวัดหรือแบบทดสอบ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบวัด ข้อคำถามที่ใช้ทำนายหรือมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะที่ต้องการวัดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเป็นข้อคำถามที่ถูกคัดเลือกมาสร้างเป็นแบบวัด วิธีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นว่าข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัดต้องครอบคลุมตัวแปรตามโครงสร้างตามทฤษฎี และคะแนนรวมของแบบวัดจะใช้เป็นเกณฑ์ในการหาความตรงตามโครงสร้างได้ เมื่อข้อคำถามแต่ละข้อวัดในสิ่งที่แบบวัดทั้งฉบับวัด จึงกล่าวได้ว่าข้อคำถามแต่ละข้อนั้นมีความตรงของข้อคำถาม (item validity)

4) วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) จากหลักความเป็นจริงที่ว่าคุณลักษณะที่ต้องการวัดประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยหลายองค์ประกอบ การพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีความตรงตามโครงสร้างมีขั้นตอนที่ซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยวิธีการทางสถิติที่สามารถรวมกลุ่มคำถามที่วัดมิติเดียวกัน รวมทั้งแยกกลุ่มคำถามที่วัดมิติต่างกัน ซึ่งวิธีการทางสถิติที่นิยมแพร่หลาย ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ในการหาค่าความตรงตามโครงสร้าง เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผลการวัดด้วยแบบวัดชุดใดบ้างที่วัดสิ่งเดียวกัน และวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังใช้ตรวจสอบได้ว่าผลการวัดด้วยแบบวัดสอดคล้องกับเกณฑ์เพียงใด

5) วิธีทดสอบสมมติฐาน (hypothesis testing) การตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือวิจัยโดยวิธีทดสอบสมมติฐาน การระบุสมมติฐานโครงสร้างเชิงทฤษฎีต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่สนับสนุน

2.6.3 ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-related validity) เป็นความตรงที่แสดงความสัมพันธ์ของผลการวัดของเครื่องมือใดๆ กับเครื่องมือหรือวิธีการวัดอื่นที่ถือว่าเป็นเกณฑ์มาตรฐาน หรือการวัดนั้นมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะ หรือพฤติกรรมที่ต้องการวัดซึ่งได้กำหนดเป็นเกณฑ์ (criteria) โดยค่าของความตรงตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องของการวัด คือ สหสัมพันธ์ระหว่างผลการวัดโดยเครื่องมือวิจัยนั้นกับคะแนนตามเกณฑ์ภายนอกซึ่งวัดคุณลักษณะที่ต้องการ ความตรงตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

1) ความตรงตามสภาพ หรือความตรงร่วมสมัย (Concurrent validity) หมายถึง ความตรงของเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ที่ให้ผลการวัด (ซึ่งกระทำในช่วงเวลาเดียวกัน) ตรงกับเครื่องมือมาตรฐาน ถือว่าเครื่องมือที่มีความตรงร่วมสมัย และประโยชน์จะเกิดขึ้นได้มาก หากเครื่องมือที่มีความสัมพันธ์อื่น ๆ ที่ดีกว่าเครื่องมือมาตรฐาน เช่น ถูก ใช้ง่าย เพราะต่อไปจะนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่นี้ไปใช้แทนเครื่องมือมาตรฐาน

2) ความตรงในการทำนาย (Predictive validity) หมายถึง เครื่องมือสามารถทำนายหรือพยากรณ์คุณลักษณะหรือสภาพความเป็นจริงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากเครื่องมือวิจัยกับคะแนนที่เป็นเกณฑ์ เช่น หากแบบทดสอบมีความตรงตามการพยากรณ์ เมื่อนำแบบทดสอบไปสอบคัดเลือกเข้าศึกษา คะแนนสอบคัดเลือกสามารถทำนายผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้สอบได้แม่นยำ กล่าวคือ ผู้สอบคัดเลือกที่ได้คะแนนสูง ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก็สูงด้วย หรือคะแนนสอบคัดเลือกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้

2.7 การพิจารณาตัดรายการคำถามที่ไม่เหมาะสม (Items deletion) (Rattray & Jones, 2007; Radhakrishna, 2007)

ในขั้นตอนการสร้างแบบวัด ผู้วิจัยจะทำการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการ และนำมาร่างเป็นข้อคำถามให้มีความครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญหรือประเด็นหลักตามโครงสร้างเชิงทฤษฎีมากที่สุด จึงอาจทำให้ข้อคำถามมีจำนวนมาก ถึงแม้ข้อคำถามบางส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวข้องน้อย จะถูกตัดออกในขั้นตอนการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ก็ยังพบว่าส่วนใหญ่แล้วข้อคำถามที่เหลือยังมีจำนวนมาก จึงไม่เหมาะที่จะนำแบบวัดนั้นไปใช้จริงในการประเมินกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีความจำเป็นต้องตัดข้อคำถามออกไปอีก โดยมีเป้าหมายการตัดคำถามเพื่อให้ได้แบบวัดที่มีจำนวนข้อพอเหมาะ สะดวกในการนำไปใช้ แต่ยังมี

ความตรงและความเที่ยง (valid and reliability) สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยจะตัดรายการคำถามออกให้เหลืออยู่ในสเกลย่อย (subscale) สเกลละประมาณ 4-5 รายการคำถาม การตัดรายการคำถามออกจะอาศัยผลของการวิเคราะห์คำถามแต่ละข้อ (item analysis) ซึ่งสามารถกระทำได้ 5 วิธี ดังนี้

2.7.1 ทำการแจกแจงความถี่ของแต่ละคำถาม (distribution of response) คำตอบของแต่ละข้อคำถามควรมีการกระจายเท่า ๆ กัน เพื่อบ่งบอกถึงความสามารถในการจำแนกของรายการคำถามนั้น รายการคำถามที่ได้คำตอบไม่กระจายคือ คำตอบตกอยู่ภายใต้ตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเป็นจำนวนมาก ควรตัดออก

2.7.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละข้อคำถาม (inter-items correlation) ข้อคำถามแต่ละข้อภายในสเกลย่อยเดียวกัน ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างกันในทิศทางบวกไม่น้อยกว่า 0.2 ข้อคำถามใดมีความสัมพันธ์ในระดับสูงแต่ทิศทางลบ ควรคงรายการคำถามนั้นไว้แต่เปลี่ยนรหัสข้อมูลใหม่

2.7.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามกับคะแนนรวมจากแบบวัด (item-total correlation) รายการคำถามใดที่บ่งบอกถึงลักษณะของสิ่งที่กำลังจะวัด น่าจะมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของรายการคำถามอื่น ๆ ที่ไม่รวมรายการคำถามนั้น ๆ โดยควรจะมีระดับความสัมพันธ์สูงกว่า 0.2

2.7.4 วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในระหว่างแต่ละรายการคำถาม (inter-item consistency) คำถามแต่ละข้อภายในสเกลย่อย (subscale) เดียวกัน ควรจะบ่งบอกหรือสะท้อนแง่มุม ต่าง ๆ ของเรื่อง หรือทัศนคติเดียว (same attitude) ซึ่งจะทราบได้โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency coefficient) ของสเกลย่อยนั้น เช่น Cronbach's Alpha Coefficient (α) ค่า α จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.0 ถึง 1.0 สำหรับความหมาย 0.0 หมายถึงไม่มี internal consistency 1.0 หมายถึง perfect internal consistency ค่า α ที่เป็นที่ต้องการคือ 0.8 แต่ถ้าประมาณ 0.7 ขึ้นไปก็พอที่จะยอมรับได้ (แต่ถ้า 0.9 ขึ้นไปแสดงว่ามีคำถามที่ถามซ้ำ ๆ กัน) การตัดรายการคำถามจะตัดออกทีละ 1 คำถาม แล้วเปรียบเทียบค่า α ของกรณีนี้กับของกรณีรวมทั้งหมดถ้าค่า α เมื่อตัดคำถามนี้ออกลดลงจากเดิม จะคงรายการคำถามนี้ไว้ ถ้าค่า α เมื่อตัดคำถามนี้ออกแล้วสูงขึ้น จะตัดรายการคำถามนี้ออก

2.7.5 วิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) เป้าหมายของการวิเคราะห์ปัจจัย มี 2 ประการ คือ ประการแรกเพื่อลดรายการคำถามในแต่ละสเกลย่อย ประการที่สองเพื่อทดสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity)

2.8 ปัจจัยที่มีผลต่อความตรงและวิธีการปรับปรุงแก้ไข (Portney & Watkins, 1993; Streiner & Norman, 1995)

2.8.1 ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีของสิ่งที่จะวัด และความถูกต้องในการระบุคุณสมบัติและตัวบ่งชี้คุณสมบัติที่เป็นไปตามแนวคิด ทฤษฎีของสิ่งที่จะวัด ดังนั้น เพื่อให้เกิดความถูกต้องในสิ่งที่กล่าวนี้ ผู้วิจัยจะต้องศึกษา ทบทวนทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้รู้จริง ประกอบกับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือขอความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง

2.8.2 ความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1) Random error เกิดขึ้นโดยการสุ่มไม่มีระบบ คาดคะเนไม่ได้ สามารถแก้ไข random error ได้โดยอาศัยวิธีการทางสถิติ เช่น กำหนดขนาดตัวอย่างให้เพียงพอและถูกต้องตามหลักสถิติ

2) Non-random error แก้ไขได้โดยบริหารและควบคุมการสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล และทุก ๆ ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลของตัวแปรต่าง ๆ ให้ถูกต้องตามหลักวิชา เพราะ สิ่งที่จะส่งผลถึงคุณภาพของข้อมูลหรือค่าที่วัดได้มีตั้งแต่ตัวเครื่องมือ ผู้ใช้เครื่องมือ คนหรือสิ่งที่ถูกวัด และวิธีการใช้เครื่องมือ

2.9 เกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพจิต

การประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เพราะไม่สามารถประเมินได้โดยตรงแต่จะประเมินจากความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก แล้วนำมาหาข้อสรุปว่าบุคคลนั้น ๆ อยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี และในการพิจารณาว่าสิ่งใดปกติหรือไม่ดีนั้น จำเป็นต้องมีเกณฑ์การตัดสิน ซึ่งในการตัดสินนั้น Kisker (1972 อ้างใน สุวนีย์ เกียรติแก้ว, 2527) กล่าวว่าหลักเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินโดย

2.9.1 กำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ (The descriptive model) เป็นวิธีการตัดสินพฤติกรรมของคนว่าปกติหรือผิดปกติ โดยตั้งมาตรฐานขึ้นมาเป็นเกณฑ์ ถ้าใครประพฤติใกล้เคียงกับมาตรฐานถือว่าปกติ ถ้าประพฤติตนไกลจากมาตรฐานก็ถือว่าผิดปกติ ซึ่งการกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ อาจใช้ตนเองเป็นมาตรฐาน (Subjective model) ใช้กลุ่มเป็นมาตรฐาน (Normative model) ใช้สถิติเป็นมาตรฐาน (Statistical model) หรือใช้ขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นมาตรฐาน (Culture model)

2.9.2 การใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Explanatory model) ใน การที่จะบอกว่าพฤติกรรมของคนใดคนหนึ่งปกติหรือผิดปกติ นั้น จะต้องบอกถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ นั้น ๆ ได้ด้วย ดังนั้น การใช้ทฤษฎีมาอธิบายถึงความผิดปกติจึงเป็นวิธีหนึ่งในการที่จะตัดสินพฤติกรรมของบุคคลได้ ซึ่งทฤษฎีที่อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมมีหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการเกิดโรค (The disease model) ทฤษฎีกระบวนการทางจิต (Psychodynamic model) ทฤษฎีการเรียนรู้ (The learning model) และทฤษฎีความเครียด (Stress model)

อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาตัดสินพฤติกรรมอาจใช้หลักเกณฑ์หลาย ๆ อย่างมาเป็นเกณฑ์พิจารณาร่วมกันตามความเหมาะสมในแต่ละสภาพการณ์ ซึ่งการมีเกณฑ์พิจารณาก็จะช่วยให้สามารถพิจารณาได้เหมาะสม ถูกต้อง และมีความแม่นยำยิ่งขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่า การสร้างแบบวัดจะต้องสร้างเครื่องมือให้มีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยเมื่อสร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีแล้วต้องให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ ตรวจสอบเพื่อดูความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขจนผู้เชี่ยวชาญยอมรับ จากนั้นจึงนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มที่ต้องการศึกษาจำนวน 40-50 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมของสเกลในเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขภายหลังทดลองใช้ และนำเครื่องมือที่ได้ไปหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ในอัตราส่วนข้อคำถาม 1 ข้อต่อกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5-10 คน นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ความถูกต้องและเชื่อถือได้ของ

สเกล และลดข้อคำถาม หากมีปัญหาในการลดข้อคำถามจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาร่วมกับวิธีการทางสถิติว่าสมควรตัดข้อคำถามใดบ้าง เพื่อยืนยันความถูกต้องตามโครงสร้าง และความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนหาค่าปกติ (norm) ของเครื่องมือ ซึ่งอาจกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์ (The Descriptive model) หรือการใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Explanatory model) เป็นเกณฑ์ก็ได้

2.10 ขั้นตอนการสร้างสเกล

John Hopkins Bloomberg School of Public Health (2012) ได้ดำเนินการศึกษาภาวะสุขภาพของสูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในสาธารณรัฐจอร์เจีย ก่อนการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ทีมผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือสำหรับใช้เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุประกอบด้วย 8 ขั้นตอน บนพื้นฐานแนวคิดของการพัฒนาเครื่องมือ คือ DIME ได้แก่ 1) การออกแบบ (design) 2) การนำไปปฏิบัติ (implementation) 3) การตรวจสอบ (monitoring) 4) การประเมินผล (evaluation) ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพในการนำไปวางแผนให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสในเมืองที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลาง มีรายละเอียดการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

2.10.1 การกำหนดองค์ประกอบของสุขภาพ (Domain identification) ในขั้นตอนนี้เป็นการเก็บข้อมูลคุณภาพ ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วย และสัมภาษณ์ในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วย ซึ่งการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุนั้นผู้วิจัยจะถามชื่อ และให้เล่าสั้นๆเกี่ยวกับปัญหาใหญ่ๆที่พบในกลุ่มของเขาเอง และปัญหานั้นมีผลอย่างไรต่อตัวพวกเขาและครอบครัว ส่วนผู้ให้ข้อมูลหลักจะเป็นผู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทั่วไปที่ผู้สูงอายุกล่าวถึง หลังจากเก็บมูลเชิงคุณภาพเรียบร้อยแล้ว จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยทีมผู้วิจัย ได้แก่ ผู้มีความเชี่ยวชาญในการวิจัยเกี่ยวกับประชากรผู้ป่วย ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป้าหมายของกิจกรรมในขั้นตอนนี้ เพื่อสกัดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชากรที่ได้จากเรื่องเล่าต่างๆของประชากรที่ศึกษา หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยจะทำการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ นำมากำหนดเป็นสาระสำคัญเป็นองค์ประกอบหลัก ตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพจำแนกตามองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย

Domain	Subdomain	ตัวอย่างข้อความ
Mental health	Depression	- ผู้ป่วยไม่สนใจอะไรเลย มีชีวิตอยู่ไปวันๆ ไม่มีอะไรทำ บางครั้งทำงาน เพื่อให้เวลาหมดไปวันๆ บางครั้งร้องไห้เพื่อคลายความเจ็บปวด มองไม่เห็นอนาคตข้างหน้า และขาดความสนใจในทุกๆ สิ่ง (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) - ฉันหวังว่าฉันน่าจะตายไปแล้ว ทำไมฉันไม่ตายไปเสีย (ผู้สูงอายุ)
	Anxiety	- ผู้ป่วยมีความเครียดเป็นอย่างมาก ไม่มีศรัทธาในตัวเองและไม่มีความสุขกับทุกสิ่ง ไม่มีอนาคต ต้องอาศัยพึ่งพิงลูกหลานที่ไม่มีงานทำ และไม่ได้ทำอะไรเลยเป็นเวลาหลายวัน นอกจากนี้ยังกังวลเกี่ยวกับสิทธิอีกด้วย (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)
	Dignity	- ที่เป็นทุกวันนี้ คือ ขาดความช่วยเหลือ ยากจน และไร้ที่อยู่อาศัย สิ่งเดียวที่มีอยู่คือความทรงจำ (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) - มีบางคนพูดว่าผู้ป่วยไม่มีใครต้องการ (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)
	Traumatic experience	- ดูเหมือนกับว่าชีวิตได้จบลงที่ตรงนี้แล้วและชีวิตกำลังจมอยู่ในอดีต (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)
	Alcohol use	- มีบางคนเมื่อได้รับความช่วยเหลือใดๆ จากสังคม จะนำเงินไปซื้อเหล้าดื่มจนหมด (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)
Physical health	Functioning	- ฉันเคยหกล้มหลายครั้ง ตอนนี้ขาของฉันใช้การไม่ได้ (ผู้สูงอายุ) - เวลาฉันรู้สึกแย่ ฉันจะไม่ทำอาหารหรือทำอะไรเลย (ผู้สูงอายุ)
	Access to health service	- บ่อยมากที่ผู้สูงอายุไม่ยอมบอกลูกหลานว่าตนเองกำลังป่วย ปิดบังการเจ็บป่วยของตนเองเพราะไม่ต้องการให้ลูกหลานเสียเงิน แต่จะไปบอกเรื่องนี้กับคนอื่นพร้อมกำชับไม่ให้บอกลูกหลานตนเอง เพราะไม่ต้องการให้พวกเขาารู้ (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)
Background variables	Social ties and interaction	- เป็นการยากที่ผู้สูงอายุจะสร้างเครือข่ายเพื่อนชั้นใหม่ ทั้งหมดที่เหลืออยู่คือความทรงจำและญาติ ดังนั้นพวกเขาจึงมีความทุกข์จากการขาดการติดต่อสื่อสาร (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) - ผู้สูงอายุที่อพยพจากต่างหมู่บ้านมาอยู่ด้วยกัน ย่อมไม่รู้จักกัน เพราะเครือข่ายเพื่อนเก่าๆ ถูกทำลายลง จึงเป็นการยากที่จะพูดคุยกัน เพราะเพื่อนบ้านก็ไม่รู้จักอดีตซึ่งกันและกัน (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)
	Household problem	- เป็นปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว เป็นต้น (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)

2.10.2 การคัดกรองเครื่องมือที่มีอยู่เดิม (Existing instrument selection) ดำเนินการโดยการทบทวนเอกสารงานวิจัย การใช้ประสบการณ์ของผู้วิจัย และความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องที่จะศึกษา ในการกำหนดองค์ประกอบของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับประชากรกลุ่มที่สนใจศึกษา ในบางครั้งพบว่าแบบวัด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบวัดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล) มีให้เลือกจำนวนมาก ดังนั้นทีมนักวิจัยจะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้านในการคัดเลือกใช้เครื่องมือ ได้แก่ คุณสมบัติในการวัดทางจิตสังคม การนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน ความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยยัยถิ่น วิธีการตอบคำถามและการให้คะแนน และลิขสิทธิ์ของเครื่องมือ เป็นต้น

ทำการกำหนดอายุของประชากรที่ต้องการศึกษา และเนื่องจากแบบสอบถามจะต้องวัดในหลายองค์ประกอบ ซึ่งในการศึกษานี้ต้องการสร้างแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นต้องตระหนักถึงความยาวของเครื่องมือทั้งฉบับด้วย จากการร่วมมือกับนักปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เสนอแนะว่าเวลาในการสัมภาษณ์ควรอยู่ในช่วง 1-1.5 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วน และไม่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยมากเกินไป จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าถ้าความต้องการของผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองเหมาะสมจะทำให้ได้รับข้อมูลที่มีความถูกต้อง เช่น การให้ความเคารพนับถือ การไม่ตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความจากคำถาม การใช้เวลาผู้สูงอายุในการตอบคำถาม เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของประสาทสัมผัสหลายอย่าง ซึ่งจะต่างจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุน้อย

2.10.3 การสกัดภาษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ (Extraction of qualitative language) ทีมผู้วิจัยทำการประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งหมด ทั้งข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักและจากผู้สูงอายุเพื่อนำมาสกัดภาษา ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 1) จัดลำดับความสำคัญเพื่อค้นหาข้อความใดบ้างที่จะนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่นนั้นๆ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และประสบการณ์ที่เจ็บปวด 2) นำข้อความดังกล่าวมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามลักษณะเฉพาะขององค์ประกอบนั้นๆ

2.10.4 การจับคู่ข้อมูลเชิงคุณภาพและเครื่องมือที่มีอยู่เดิม (Matching of qualitative language to existing scale) เมื่อกระบวนการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ทีมสัมภาษณ์จะมาร่วมกันจับคู่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ กับรายการคำถามของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และประสบการณ์ที่เจ็บปวด หลังจากนั้นจะอ่านให้ทีมวิจัยทุกคนฟังอีกครั้งเพื่อนำมาทำเป็นข้อคำถามในแต่ละข้อต่อไป

เป้าหมายของกระบวนการจับคู่นี้ กระทำเพื่อกำหนดข้อความหรือวลีที่อยู่บนเอกสารที่สร้างขึ้นมา ให้สอดคล้องกับคำถามของมาตรวัดที่มีอยู่เดิม วลีที่ตรงกันจะทำการขีดเส้นใต้ไว้ ในบางกรณีภาษาที่ใช้ในการสัมภาษณ์อาจไม่ได้แปลเป็นภาษาอังกฤษไว้โดยตรง แต่เป็นการแปลในเชิงแนวคิด จำเป็นต้องขีดเส้นใต้ไว้เช่นกัน และใส่ลิสลิงไปอธิบายเพิ่มเติมภายหลัง

2.10.5 การสร้างมาตรวัดเพิ่มเติม (Creation of additional scale) ในองค์ประกอบด้านที่อยู่อาศัยและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วย ซึ่งระหว่างการทำสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วย และผู้ให้ข้อมูลหลัก จะถูกถามด้วย 3 คำถามเกี่ยวข้องกับภาระหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระหน้าที่เกี่ยวกับตัวเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจเกี่ยวกับเรื่องเพศ หรือพื้นที่ที่อยู่อาศัย ยกตัวอย่าง เช่น ในบริบทของชาวจอร์เจีย ผู้หญิงควร

ทำอาหาร ในขณะที่การทำการเกษตรอาจจะทำในพื้นที่ชนบท ไม่ใช่พื้นที่ที่เป็นเมือง ซึ่งถ้าจะให้เหมาะสมควรมีการแบ่งหัวข้อในแต่ละกลุ่ม เช่นการทำหน้าที่ในกลุ่มผู้ชายที่อยู่ในเมือง ผู้หญิงที่อยู่ในเมือง อย่างไรก็ตามเพื่อกำจัดความยุ่งยาก ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนามาตรวัดที่สามารถนำไปใช้สอบถามได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ต้องการศึกษา แบบประเมินนี้ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert) 5 ระดับ

เช่นเดียวกับมาตรวัดเกี่ยวกับปัญหาการใช้ชีวิตในบ้านที่ถามในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วย ปัญหาเหล่านี้เกี่ยวข้องกับมนุษยธรรม และสภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป้าหมายสำหรับการสำรวจครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่นำไปสู่การตัดสินใจว่าปัญหาการใช้ชีวิตในบ้านมีความสัมพันธ์ที่เฉพาะเจาะจงกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตหรือไม่ ซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับการช่วยเหลือได้ตรงตามปัญหามากขึ้น

2.10.6 การเพิ่มเติมตัวแปรที่ต้องการศึกษา (Addition of explanatory variable section) เมื่อแบบสอบถามมีรูปร่างและเนื้อหาสาระแล้วเสร็จเป็นส่วนใหญ่ ขั้นตอนนี้จึงเป็นการเพิ่มตัวแปรให้ครบตามโครงร่างที่มีความสอดคล้องตามสมมติฐานการศึกษา ดังนี้

1) ข้อมูลภูมิหลังและคำถามที่ใช้คัดกรอง ได้แก่ หมายเลขของผู้ถูกสัมภาษณ์ วันเดือนปี สถานที่ที่ทำการสัมภาษณ์ คำถามที่ใช้ในการคัดกรองจัดทำขึ้นเพื่อใช้ถามผู้สูงอายุ 60 ปี หรือมากกว่า และเป็นผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษาครั้งนี้ด้วย

การสัมภาษณ์การวิจัยที่ทำในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องตระหนักถึงความเสื่อมด้านพุทธิปัญญา (cognitive impairment) ดังนั้นการคัดกรองผู้สูงอายุเข้าสู่การศึกษาอาจจำเป็นต้องคัดกรองสภาพจิตร่วมด้วย โดยใช้แบบประเมินสภาพจิตชนิดสั้น (The Mini Mental Status Examination: MMSE) ซึ่งเป็นแบบประเมินใช้สำหรับประเมินการทำหน้าที่ทางพุทธิปัญญา ได้แก่ ความจำ สมาธิ ภาษา และความสามารถในการมองเห็น เป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากใช้เวลาเพียง 5-10 นาที แต่ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนของแบบประเมินนี้ ต้องคำนึงถึงจริยธรรมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกันด้วย ในศึกษานี้จึงกำหนดคะแนน เท่ากับ 20 คะแนน เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา

2) ลักษณะทางประชากรของครอบครัว ข้อมูลส่วนนี้ให้ความสนใจที่พื้นฐานทางครอบครัว และข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ขนาดและองค์ประกอบของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม รายได้ของครอบครัว และการประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียของการเป็นผู้ตอบแบบสอบถามตามหลักสิทธิมนุษยชน และให้ลงนามเพื่อเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย

3) ประวัติของการอพยพ การอพยพไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะการย้ายถิ่น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการย้ายที่ไปในสถานที่ที่เจ้าของบ้านไม่ต้อนรับ และเกี่ยวกับการตั้งหลักปักฐานรวมทั้งสภาพที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่แออัด สิ่งสำคัญที่เป็นกลไกที่เชื่อมโยงกับการย้ายที่และผลกระทบต่อสุขภาพที่แออัด คือช่วงเวลาของการย้ายถิ่นและขนาดของความขัดแย้งของเครือข่ายทางสังคม ในการอพยพย้ายถิ่นครั้งแรกนับได้ว่าเป็นสิ่งที่รุนแรง ในขณะที่การอพยพครั้งที่ 2 คาดว่ามี

ขนาดของความขัดแย้งของเครือข่ายทางสังคมมากกว่า เพราะฉะนั้นจึงอาจมีข้อบ่งชี้ได้ว่าอาจเกิดผลเสียต่อจิตใจมากกว่า ประวัติการอพยพย้ายถิ่นจึงเป็นการชี้เฉพาะไปที่ช่วงเวลาที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการอพยพ และสถานที่ที่ตั้งหลักปักฐานตั้งแต่อพยพย้ายถิ่น

4) สุขภาพร่างกาย เนื่องจากไม่มีมาตรวัดที่สามารถวัดสุขภาพร่างกายที่ชัดเจน ทีมวิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรม และเลือกเครื่องมือ Euro Qol 5 dimension (EQ-5D) ซึ่งใช้วัดภาวะสุขภาพทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะประเมินสุขภาพของตนเองใน “วันนี้” ทั้งหมด 5 ด้าน คือ 1) การเคลื่อนไหว (mobility) 2) การดูแลตนเอง (self care) 3) กิจกรรมตามปกติ (usual activity) 4) ความเจ็บปวด ไม่สบาย (pain/discomfort) ในแต่ละด้านจะมี 3 คำตอบให้เลือก คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาบางครั้ง หรือเป็นปัญหารุนแรง ผู้วิจัยพบว่า EQ-5D สามารถนำไปใช้ในผู้ที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงง่ายต่อการประเมินและนำไปใช้กับผู้สูงอายุ และยิ่งกว่านั้นเครื่องมือ EQ-5D ได้เคยถูกนำไปใช้ในประเทศจอร์เจียมาก่อน และมีการแปลเป็นภาษาจอร์เจียด้วย

2.10.7 การพัฒนาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือที่เป็นรูปภาพ (Development of visual aids) บ่อยครั้งที่พบว่าเครื่องมือที่ใช้สำรวจมีความยากลำบากในการสัมภาษณ์และการตอบ เช่น การประมาณค่าของแบบวัด หรือการจัดระดับของการทำหน้าที่ เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือที่เป็นรูปภาพสามารถช่วยให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น ช่วยปรับปรุงให้มีคุณภาพและทำให้ผู้ตอบสามารถตอบได้เที่ยงตรงมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการที่จะนำเครื่องมือที่เป็นรูปภาพมาใช้ในการวิจัยนั้น ต้องมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงให้แน่ใจว่าการประเมินโดยการประมาณค่า (Likert scales) ด้วยรูปภาพมีความเข้าใจที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ

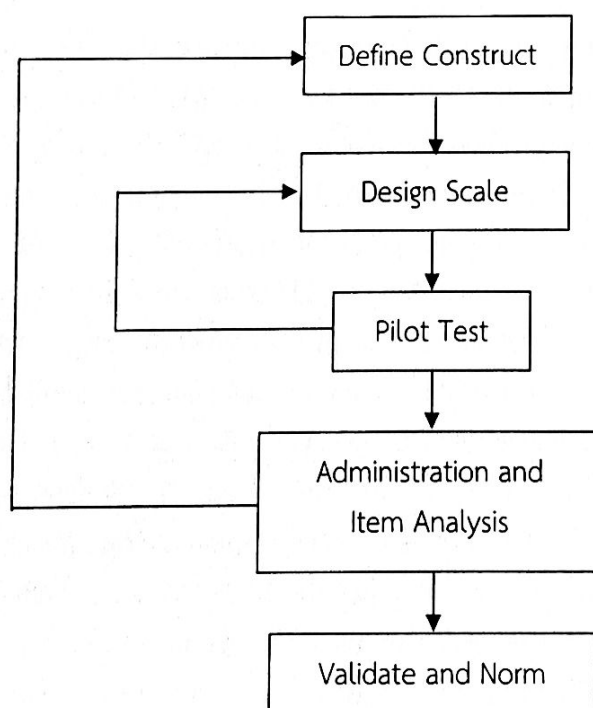
2.10.8 การปรับปรุงแบบสอบถาม : การแปลกลับและการทดสอบนำร่อง (Questionnaire refinement : back-translation and pilot testing) ขั้นตอนที่ 1-7 ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งทีมผู้วิจัยเห็นว่าบรรลุลักษณะที่พึงประสงค์ที่ตั้งไว้ ข้อคำถามได้ถูกจัดเตรียมเพื่อให้มีรูปแบบที่ชัดเจนในทุกส่วนของข้อคำถาม และมีความสอดคล้องเส้นไหลต่อการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้สัมภาษณ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับทุกขั้นตอนของการพัฒนาข้อคำถาม หลังจากได้แบบสอบถามครบแล้ว แบบสอบถามจะถูกแปลด้วยการใช้คำที่ปรับจากขั้นตอนที่ 4 และ 5 ร่วมกับการใช้ 2 ภาษาจากทีมผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต รวมทั้งได้รับการแนะนำสำหรับการแปลเกี่ยวกับข้อคำถามจากการวิจัยระหว่างประเทศ ทั้งนี้ก่อนที่จะเข้าสู่การศึกษาเชิงปริมาณ ทีมผู้วิจัยได้มีการเพิ่มเติมการตรวจสอบความเที่ยงตรงอีกครั้งสำหรับผู้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

เนื่องจากการแปลกลับอย่างเดียวไม่สามารถแน่ใจได้ว่าจะมีความเที่ยงตรงของข้อคำถามในผู้ที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงต้องมีขั้นตอนของการได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหาของข้อคำถามที่ได้รับการแปลแล้วอีกครั้ง ดังนั้นจึงได้มีการดำเนินการให้ผู้วิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในท้องถิ่นที่เข้าใจภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี (และไม่ได้อยู่ในกระบวนการของการแปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาจอร์เจีย) ได้ทำการแปลกลับจากภาษาจอร์เจียเป็นภาษาอังกฤษ ในขณะเดียวกันทีมผู้วิจัยจะเข้าร่วมเพื่อรับฟังในการแปลกลับครั้งนี้ ข้อคิดเห็นต่างๆที่เป็นข้อขัดแย้งจะมีการบันทึกไว้และอภิปรายและปรับปรุงบางข้อคำถามที่จำเป็น

ในขั้นสุดท้ายนี้ผู้สัมภาษณ์จะดำเนินการเข้าสู่กระบวนการศึกษาเชิงปริมาณ ด้วยการนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงเรียบร้อยแล้วสอบถามผู้สูงอายุ 2 ราย ต่อผู้สัมภาษณ์ 1 ราย เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าคำถาม รูปแบบของคำถาม และการสลับไหล ทำให้การสำรวจในกลุ่มเป้าหมายสามารถตอบได้อย่างถูกต้องตรงตามเวลาที่กำหนด และในกระบวนการของการแปลกลับและสำรวจนำร่องนี้พบว่าสามารถเพิ่มความเที่ยงตรงอย่างมีนัยสำคัญของแบบสอบถามได้

โดยสรุปแล้วในการสร้างสเกลไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม ล้วนมีเป้าหมายเพื่อให้ได้สเกลที่มีความเที่ยงตรง และสะดวกในการนำไปใช้ (valid, reliable and practical) และไม่ว่าเป็นสเกลแบบใด ต่างมีขั้นตอนในการสร้างคือ ต้องมีการกำหนดความตรงตามโครงสร้างของสเกล ออกแบบสเกลว่าจะใช้แบบวัดกี่ตัวเลือก อาจใช้ตัวเลือกแบบเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือมากที่สุด มาก น้อย ไม่มีเลย ก็ได้แล้วแต่ผู้วิจัยจะกำหนด จากนั้นนำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นไปทดสอบสเกลในขั้นต้นกับกลุ่มบุคคลที่คล้ายคลึงกับที่ต้องการศึกษาประมาณ 40-50 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา และความเหมาะสมของสเกลในแบบวัดที่ต้องการไปใช้จริง ปรับปรุงแก้ไขภายหลังจากการทดสอบแล้ว จากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริง โดยเก็บจากกลุ่มตัวอย่างในอัตราส่วนคำถาม 1 ข้อต่อกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลอย่างน้อย 5-10 คน (Norman & Streiner, 1986; Tabachnick & Fidell, 1996) ถ้าสร้างแบบวัดมีจำนวน 100 ข้อ จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง ๑ ๑ น้อย 500 คน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ความถูกต้องและเชื่อถือได้ของสเกล เพื่อลดข้อคำถาม หากมีปัญหาในการลดข้อคำถามอาจกลับไปพิจารณาโครงสร้างเชิงเนื้อหาของสเกลอีกครั้ง และมีการดำเนินงานตามขั้นตอนเดิม สำหรับขั้นสุดท้ายเป็นการศึกษาอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องและหาค่าปกติ (norm) ของแบบวัด เพื่อนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่าบุคคลใดปกติ หรือผิดปกติเมื่อใช้เครื่องมือนี้ ขั้นตอนการสร้างสเกลดังภาพที่ 1 (Paul,1992)

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสเกล



3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดสุขภาพจิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้วิจัยเพื่อสร้างแบบวัดสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และแบบวัดที่ใกล้เคียงกันที่สามารถบ่งบอกภาวะสุขภาพจิตที่ดีหรือมีปัญาสุขภาพจิต ดังนี้

3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างแบบวัดในประเทศไทย

3.1.1 แบบวัดภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีนักวิชาการหลายท่านได้ทำการศึกษา ดังนี้

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2537) ได้ทำการศึกษาเรื่อง แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ได้รวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาล จิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จากสถาบัน 14 แห่งทั่วทั้งประเทศมาประชุมร่วมกันเป็นเวลา 1 ปี เพื่อร่วมกันพัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ หลังจากสร้าง TGDS แล้วได้นำแบบวัดนี้ไปศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 คน จากสถาบัน 14 แห่งทั่วประเทศไทย จำแนกเป็นเพศหญิง 154 คน เพศชาย 121 คน โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในแบบวัดด้วยตนเอง เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบวัดนี้มีจำนวน 30 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน ขั้นตอนหลักๆในการศึกษามีดังนี้ 1) การสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุคนไทย 2) การนำแบบวัดความเศร้าที่สร้างขึ้นไปหาความเที่ยงตรงในกลุ่มผู้สูงอายุคนไทยปกติ จำนวน 275 คน

ผลการรวบรวมและวิเคราะห์คะแนนจากแบบวัดความเศร้าฉบับนี้ พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบเท่ากับ 10.09 นาที ค่าความเที่ยงของ TGDS เท่ากับ 0.93 ผลการศึกษาพบว่าเกณฑ์กำหนดคะแนนสำหรับการตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ดังนี้ 0-12 คะแนน = ปกติ 13-18 คะแนน = ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน = ผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง 25-30 คะแนน = ผู้สูงอายุมีความเศร้ารุนแรง

นุสรา นามเดช (2539) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบทดสอบสำหรับคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ชนิดให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเอง โดยกำหนดโครงสร้างสุขภาพจิตประกอบด้วย 1) ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ และ 2) ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญทางจิตเวชผู้สูงอายุ ได้ข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ แล้วนำไปศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 248 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์จำนวน 62 คน และกลุ่มปกติจำนวน 186 คน ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในองค์ประกอบภาวะความตึงเครียดของจิตใจเท่ากับ .93 องค์ประกอบภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจเท่ากับ .85 และรวมทั้งฉบับเท่ากับ .94 แบบทดสอบที่สร้างขึ้นมีความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงตามสภาวะการณ์ โดยคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในองค์ประกอบย่อยและรวมทั้งฉบับ เครื่องมือนี้มีจุดตัดที่เหมาะสมเท่ากับ 18 คะแนน โดยให้ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 85.5 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 83.3 ค่าการคาดคะเนบวกเท่ากับร้อยละ 63.1 ค่าการคาดคะเนลบเท่ากับร้อยละ 94.5 และอัตราผลบวกปลอมเท่ากับร้อยละ 16.7 แสดงว่าแบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นนี้มีคุณสมบัติเหมาะสมสามารถใช้คัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้

อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 2) ศึกษาค่า ปกติซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตคนไทยทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และ จำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) เพศ แต่ละภาคของประเทศ เขตเมืองและเขตชนบท 3) ศึกษา ความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยการประชุมร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ครั้ง ระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง การศึกษาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ การหาค่าปกติของคนไทย และการศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่าง ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi stage random sampling) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อยู่อาศัยในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ใน 15 จังหวัดของ 5 ภาคในประเทศไทย ขนาดตัวอย่าง 3,184 คน ศึกษาค่าปกติของดัชนี ชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยจำแนกตามมิติ เพศ เขตเมือง เขตชนบท และภาคต่างๆของประเทศ สถิติที่ใช้ ได้แก่ Factor analysis, Kappa statistic และ Cronbach's alpha coefficient

ผลการศึกษา เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ได้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 มิติ (สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน) และ 15 มิติย่อย คะแนนของฉบับสมบูรณ์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (179-220) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (158-178) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 157) นอกจากนี้คะแนนของ TMHI ยังแบ่งตามมิติ เพศ เขตเมือง เขตชนบท และ ภาค การศึกษาความพ้องในการประเมินสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นพบว่า อยู่ใน ระดับเกือบดี (kappa statistics 0.66, $p < 0.001$) จากการทบทวนการวิจัยเรื่องนี้มีผู้สนใจนำ เครื่องมือไปใช้ในการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แต่ข้อดกลงของเครื่องมือฉบับนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่อายุ 15-60 ปี

Praditsathaporn (2011) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุคนไทย แบ่ง การศึกษา ออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระบุองค์ประกอบของสุขภาพจิต โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ความตรงตามเนื้อหาได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 13 คน และผู้สูงอายุจำนวน 15 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง ($CVI = 0.99$) ได้เครื่องมือฉบับร่างจำนวน 100 ข้อ แล้ว นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 40 คน 2) พัฒนาเครื่องมือ 3) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยทดสอบ กับผู้สูงอายุจำนวน 1,266 คน ที่อาศัยอยู่ในทุกภาคของประเทศไทย เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนสิงหาคม 2552 ถึงมกราคม 2553 พบว่า เครื่องมือที่พัฒนาใหม่มี ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี เท่ากับ 0.83 การทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบก่อนและหลัง พบว่า ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี มีค่าเท่ากับ 1.00 การทดสอบความตรงตามโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ องค์ประกอบ และใช้วิธีการหมุนแกนแบบ Promax พบว่าสักรงค์ประกอบได้ 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความผูกพันของครอบครัว 2) คุณภาพจิต 3) สภาวะจิต 4) การให้เกียรติและสนับสนุนทางสังคม และ 5) สมรรถภาพจิตใจ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 55.8 เครื่องมือทั้งชุดมีจำนวน 32 ข้อ โดยถามถึงระดับเหตุการณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึก คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ตรง ตรงเพียงเล็กน้อย ตรงมาก ตรงมากที่สุด

3.1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version – Thai : WHOQOL – BRIEF – THAI หรือ WHOQOL – 26) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม (รวมทั้งหมด 26 ข้อ) หลังจากนั้นได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BRIEF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำจำนวน 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 เมื่อเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 เครื่องมือนี้ใช้สำหรับวัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subject) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 มีทั้งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปลผลคะแนน 26 – 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61 – 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และ 96 – 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างแบบวัดในต่างประเทศ

3.2.1 แบบวัดความสุขหรือสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

Ostbye et al. (2009) ได้ทำการสำรวจระดับชาติในประเทศศรีลังกาถึงปัจจัย 13 มิติ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุชาวศรีลังกา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างขององค์ประกอบสุขภาพ 13 มิติ ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง (self relate health : SRH) จำแนกตามอายุ และเพศ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองกับมิติทางสุขภาพอื่นๆ ในผู้สูงอายุประเทศศรีลังกา การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในระดับประเทศ ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน 13 เมืองของศรีลังกา อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,413 คน เครื่องมือที่ใช้วัด คือ แบบประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (SRH) การได้ยินเสียง (hearing) กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living : ADLs) การใช้อุปกรณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (instrument activities of daily living : IADLs) การเคลื่อนไหว ความพิการทางกาย โรคเรื้อรัง ความตึงเครียดและความกังวล อารมณ์ พุทธิปัญญา การมีส่วนร่วมในสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดีในมิติส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษานอกจากนี้ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีการลดลงตามอายุ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความเป็นอิสระจากความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การใช้อุปกรณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเคลื่อนไหว การไม่มีความพิการทางกายหรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี การไม่มีโรคเรื้อรังมีความเป็นอิสระจากความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การใช้อุปกรณ์ในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และเป็นอิสระจากความตึงเครียดและความกังวล การไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางด้านบวก (ระดับดีเยี่ยม ดีมาก ดี) กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เพศชายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าปัจจัยทางด้านเพศไม่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองและมิติทางสุขภาพอื่นๆ

Shiovitz-Ezra et al. (2009) ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ตามโครงการ The National Social Life, Health, Aging Project (NSHAP) โดยได้ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 7 ตัวชี้วัด ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม 4 ตัวชี้วัดคือ ตัวชี้วัดความสุข (happiness) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะโดดเดี่ยว (loneliness) นอกจากนี้ได้ประยุกต์ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (anxiety) ความกดดัน (stress) และภาวะอารมณ์ (self-reported emotional health) รวมเข้าในแบบประเมินนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเพื่อนำเสนอ 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตตามโครงการในภาพรวมทั้งหมด และ 2) หาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมเพียงพอสำหรับการประยุกต์เครื่องมือนี้

วิธีการศึกษา การดำเนินงานประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบคุณสมบัติในการวัดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ 2) การใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตในการตรวจสอบความแม่นยำตรงของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ 3) การตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือจำแนกตามเพศและอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีอายุระหว่าง 57-85 ปี คัดเลือกจากครัวเรือนใน สหราชอาณาจักรที่ทำการสำรวจเมื่อปี 2547 ทำการสัมภาษณ์โดยผู้มีความเชี่ยวชาญในประเทศอังกฤษ และสเปน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2548 ถึงเดือนมีนาคม 2549 ในกลุ่มตัวอย่าง 3,005 คน (ชาย 1,455 คน หญิง 1,550 คน) ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัว สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยตัวชี้วัด 4 ตัว คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกกดดัน และความรู้สึกโดดเดี่ยวสะท้อนคุณภาพชีวิตทางด้านลบ และตัวชี้วัดอีก 3 ตัว คือ สุขภาวะทางอารมณ์ ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สะท้อนคุณภาพชีวิตทางด้านบวก ดัชนีชี้วัดความวิตกกังวลมีความเชื่อมั่นและความแม่นยำในระดับดี ภาวะความกดดันมีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่น่าพอใจโดยเฉพาะค่าความสอดคล้องภายใน แบบประเมินอารมณ์ด้วยตนเองมีค่าความเชื่อมั่นในระดับดีและมีความแม่นยำตรงระดับปานกลาง

Karasawa et al. (2011) ได้ศึกษาเรื่องสุขภาวะของผู้สูงอายุตามมุมมองด้านวัฒนธรรม : การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศญี่ปุ่นและประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ใหญ่วัยกลางคน และผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ($n = 482$) และเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกา ($n = 3,032$) เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีสุขภาพจิตด้านความเติบโตของบุคคล (personal growth) ความมุ่งหมายในชีวิต

(purpose in life) และสัมพันธ์ภาพทางด้านบวกกับบุคคลอื่น (positive relations with other) ตีกว่าผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีความเชื่อว่าระดับของสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันในระยะเปลี่ยนผ่านจากวัยกลางคนสู่วัยผู้สูงอายุ และจากบริบททางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกาที่ถือว่าเป็นสังคมที่ไม่พึ่งพิงกัน (independent) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับความเป็นตัวของตัวเอง ความสำเร็จในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น แต่สำหรับประเทศญี่ปุ่นที่เป็นสังคมแบบพึ่งพิงซึ่งกันและกัน (interdependent) ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะขึ้นกับปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม โดยเฉพาะความสามัคคีของคนในสังคม ความพึงพอใจต่อสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ หรือการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากคนใกล้ชิด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาในประเทศอังกฤษ แล้วจึงแปลมาเป็นภาษาญี่ปุ่น ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) Eudaimonic Well-being ใช้วัดระดับสุขภาพจิต 6 ด้าน ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ความเติบโตของบุคคล สัมพันธภาพเชิงบวกกับบุคคลอื่น ความมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง แต่ละด้าน ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความเห็นด้วยแต่ละข้อคำถาม ตั้งแต่ระดับ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง ระดับ 7 = เห็นด้วยอย่างมาก 2) Hedonic Well-being เป็นคำถามที่ถามความรู้สึกภายใน 30 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรู้สึกยินดีกับชีวิต รู้สึกมีความสุขเป็นอย่างมาก รู้สึกสงบและรุ่มเย็น และรู้สึกพอใจกับชีวิตที่เติมเต็ม คำถามด้านลบ ได้แก่ ความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า หงุดหงิดกังวลใจ กระสับกระส่าย กระวนกระวายใจ รู้สึกว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความยากลำบาก และ รู้สึกเศร้าโดยคิดว่าไม่มีอะไรทำให้ดีขึ้นได้ คำตอบมี 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 = มีความรู้สึกนี้ตลอดเวลา ถึง ระดับ 5 = ไม่มีความรู้สึกแบบนี้เลย การเก็บรวบรวมข้อมูลในประเทศญี่ปุ่นให้ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและให้ส่งกลับมาภายใน 1 สัปดาห์ สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกาเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และให้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีคะแนนความเติบโตด้านบุคคลมากกว่าวัยผู้ใหญ่วัยกลางคน แต่ลักษณะเช่นนี้ไม่พบในประเทศสหรัฐอเมริกา ความมุ่งหมายในชีวิตพบว่ามีความแตกต่างกัน 2 ประเทศ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลพบว่ามีความสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างวัยผู้สูงอายุตอนต้น เปรียบเทียบระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้หญิงทั้งสองวัฒนธรรม (ประเทศ) มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในอยู่ในระดับสูง แต่มีผลกระทบทางด้านลบมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป คือ ควรทำการศึกษารายละเอียดบริบททางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้มีความเข้าใจสุขภาวะของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

3.2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

WHO group (1994) ได้รายงานถึงการศึกษาการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต (World Health Organization Quality of Life Scale : WHOQOL-100) จำนวน 100 ข้อ โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการทำความเข้าใจแนวคิดต่างๆ ตั้งแต่การกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิต โครงสร้างของเครื่องมือ ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจหาโครงสร้างที่แท้จริง โดยจัดกลุ่มอภิปรายอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วย คนปกติ จาก 15 ศูนย์ภาคสนามที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันทั่วโลก ขั้นตอนที่ 3 จัดคำถามของทุกศูนย์นำมารวมกันตามความหมายของแต่ละกลุ่ม และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ใน 15 ศูนย์ภาคสนาม คัดเลือกคำถามเหลือเพียง 100 ข้อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor

analysis) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจากการศึกษา (WHOQOL-100) ประกอบไปด้วยคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ 5) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต 6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/personal beliefs) คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมันต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program : UNDP, 2003) ได้สร้างมาตรวัดที่สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตของประชากรในระดับจังหวัดคือ Human Achievement Index (HAI) ซึ่งถือว่าเป็นมาตรวัดในระดับภาพกว้างอย่างหนึ่ง โดยใช้แนวคิดอิงกับวงจรชีวิตของมนุษย์ (Human life cycle) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบได้แก่ 1) สุขภาพ (Health) 2) การศึกษา (Education) 3) การมีงานทำ (Employment) 4) รายได้ (Income) 5) ที่อยู่อาศัยและเงื่อนไขการดำรงชีวิต (Housing and Living Condition) 6) ชีวิตครอบครัวและชีวิตในชุมชน (Family and Community Life) 7) การคมนาคม และการสื่อสาร (Transportation and Communication) และ 8) การมีส่วนร่วม (Participation) ซึ่งทั้ง 8 องค์ประกอบดังกล่าว มีทั้งหมด 40 ตัวชี้วัด

3.2.3 แบบวัดความสุขและความผาสุก

ในปัจจุบันนักวิชาการได้นำแนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดความสุข โดยใช้ความสุขมวลรวมประชาชาติ บนพื้นฐานความเชื่อว่าการพัฒนาสังคมมนุษย์ที่แท้จริงเกิดจากการพัฒนาทางด้านวัตถุและจิตใจควบคู่กันไป โดยมีหลักการสำคัญ 4 ประการ ที่เรียกว่า สี่เสาแห่งความสุข (Four pillars of happiness) ซึ่งได้แก่การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน (sustainable socio-economic development) การอนุรักษ์และส่งเสริมคุณค่าทางวัฒนธรรม (promotion of cultural) การรักษาสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ (conservation of environment) และการมีธรรมาภิบาลที่ดี (good governance)

ในด้านการประเมินหรือหาตัวชี้วัดด้านความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของประชาชนเป็นสิ่งที่มีความสนใจมากขึ้น ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และสุขภาพอนามัย ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อเป็นดัชนีชี้วัด เช่น ดัชนีความผาสุกของโลก (Happy Planet Index : HPI) โดยมูลนิธิเศรษฐศาสตร์แนวใหม่ (New Economics Foundation : NEF) เป็นวิธีการวัดที่พิจารณาจากผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม และประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรกับความอยู่ดีมีสุขของมนุษย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความยืนยาวของชีวิต ความพอใจในชีวิต และความต้องการบริโภคทรัพยากรธรรมชาติ ความสุขมวลรวมประชาชาติ ซึ่งเป็นการวัดโดยไม่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่เน้นความสุขที่แท้จริงของคนในสังคม ภายใต้หลักการสำคัญ 4 ประการดังกล่าวข้างต้น การคำนวณดัชนีความสุข (HPI) ของ NEF มีองค์ประกอบหลัก 3 อย่าง ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีชีวิต ความคาดหวังในชีวิต และการรักษาระบบนิเวศตามแบบฉบับเดิม เขียนเป็นสมการได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549)

$$\text{ดัชนีความสุข} = \frac{\text{ความพึงพอใจในการมีชีวิต} \times \text{ความคาดหวังในชีวิต}}{\text{การบริโภคสิ่งแวดล้อม}}$$

Dupuy (1977 cited in Bowling, 1991) ได้สร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิต ชื่อ The General Well-being Schedule : GWB ใช้ในการสำรวจประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็นการวัดเกี่ยวกับความรู้สึกที่แสดงถึงการมีสภาวะทางสุขภาพจิตที่ดี ความเครียดกังวลใจ ซึ่งเครื่องมือนี้ วัดภาวะสุขภาพจิตทั้งในด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ความวิตกกังวล 2) ภาวะซึมเศร้า 3) สุขภาพทั่วไป 4) สภาวะสุขภาพจิตในด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง 6) ความกระปรี้กระเปร่ามีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นการถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดย 14 ข้อแรกใช้มาตรฐานส่วนประเมิณค่า 1-6 และอีก 4 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมิณค่า 0-10 การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการแยกออกเป็นหมวดย่อย 6 หมวด หรือ วิเคราะห์โดยการรวมคะแนนคำตอบจากแต่ละข้อ คะแนนต่ำจะแสดงถึงการมีปัญหาทางด้านความเครียดกังวลใจในระดับที่รุนแรง คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0-110 ซึ่ง Dupuy ได้กำหนดระดับความรุนแรงของความเครียดกังวลใจตามระดับของคะแนน ดังนี้ 0-60 คะแนน = ความเครียดกังวลใจที่รุนแรง 61-72 คะแนน = ความเครียดกังวลใจขนาดปานกลาง 73-110 คะแนน = สภาวะสุขภาพจิตที่ดี

Sell & Nagpal (1992) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Assessment of Subjective Well-being ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างเครื่องมือประเมินความผาสุกของบุคคล โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็น รู้สึกเป็นสุข และไม่เป็นสุข การสร้างเครื่องมือนี้จากคำถามเริ่มต้น 130 ข้อ ลดลงเหลือเพียง 40 ข้อ ซึ่งสามารถให้ผลการประเมินได้ใกล้เคียงกัน สำหรับโครงสร้างของ Subjective Well-being ประกอบด้วย 1) ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect) 2) ความคาดหวังและความสำเร็จที่เป็นไปตามที่คาดหวัง (Expectation-achievement congruence) 3) ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping) 4) ประสบการณ์ชีวิตนอกเหนือชีวิตปกติ (Transcendence) 5) การสนับสนุนจากครอบครัว (Family group support) 6) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) 7) ปัจจัยพื้นฐานของครอบครัว (Primary group concern) 8) การควบคุมอารมณ์หรือจิตใจให้มั่นคงและไม่เป็นทุกข์ (Inadequate mental mastery) 9) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived ill-health) 10) ความพร่องด้านสัมพันธ์ทางสังคม (Deficiency in social contacts) และ 11) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect)

สำหรับการให้คะแนน Subjective Well-being Inventory (SUBI) มีการให้คะแนน 3, 2, 1 ในคำถามเชิงบวก และให้คะแนน 1, 2, 3 สำหรับคำถามเชิงลบ ซึ่งคะแนนต่ำสุดเมื่อตอบแบบสอบถามทั้งฉบับจะเท่ากับ 40 คะแนน สูงสุด 120 คะแนน สำหรับค่าปกติของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ชาวอินเดีย (n=120) ในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ย (mean) เท่ากับ 90.8 (S.D. เท่ากับ 9.2)

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP, 2003) ได้พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดความก้าวหน้าของมนุษย์ (Human Achievement Index : HAI) และดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พัฒนาดัชนีชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Index : SDI) ที่ครอบคลุมมิติการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม ดัชนี ความอยู่ดีมีสุข (Well - Being

Index: WBI) ที่ครอบคลุมมิติทางสุขภาพ ความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และการบริหารราชการที่ดี

3.2.4 แบบวัดการทำหน้าที่ทางสังคม

Ware and Gandek (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและการประเมินผลการใช้ SF-36 ในการสำรวจสุขภาพ โดยใช้วิธีการวัดภาวะสุขภาพทั่วไปจำนวน 36 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย

สุขภาพร่างกาย (Physical Health: PCS) ประกอบด้วย 1) Physical Functioning (PF) 2) Role Physical (RP) 3) Bodily Pain (BP) และ 4) General Health (GH)

สุขภาพจิต (Mental Health: MCS) ประกอบด้วย 1) Vitality (VT) 2) Social Functioning (SF) 3) Role Emotional (RE) และ 4) Mental Health (MH)

ในระยะเวลาต่อมา SF-36 ได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในระดับนานาชาติทั่วโลก ประมาณ 40 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งในการศึกษาส่วนใหญ่จะประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การแปลความหมาย (Translation) 2) โครงสร้างของสเกล (Scale construction) 3) การศึกษาความถูกต้องและเกณฑ์ปกติของคนทั่วไป (Validations and norming) ดังนี้

Ware and Gandek (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Method of the testing data quality, scaling assumption and reliability : the IQOLA Project Approach สำหรับการศึกษาเป็นการศึกษาในขั้นตอนที่ 2 คือ ทดสอบสมมติฐานของการให้คะแนนในแต่ละคำถาม และโครงสร้างของสเกล (scale construction) ตลอดจนศึกษาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของ SF-36 ผลของการศึกษาพบว่าเครื่องมือมีความตรงตามโครงสร้าง การให้คะแนนใน 8 หมวด ของ SF-36 เป็นรูปแบบเดียวกัน และสามารถนำไปใช้ได้ในแต่ละประเทศ สำหรับค่า reliability ของสเกลในแต่ละหมวดมีดังนี้ PF .93, RP .89, BP .82, GH .77, VT .85, SF .80, RE .85 และ MH .84

Gandek and Ware (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Method for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires: The IQOLA Project Approach การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในขั้นตอนที่ 3 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความถูกต้องของการสำรวจภาวะสุขภาพด้วย SF-36 และการหาค่าปกติในคนทั่วไป (norming) ตามโครงการ IQOLA ใน 13 กลุ่มประชากรทั่วไปของ 11 ประเทศ

จากผลการศึกษาได้ทำการเปรียบเทียบคะแนน SF-36 โดยจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุโดยแบ่งออกเป็นช่วงละ 10 ปี นอกจากนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพการทำงาน การศึกษา สถานภาพสมรส บางประเทศได้มีการเพิ่ม check list จำนวน 15 ข้อ ในการรายงานถึงภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ได้แนะนำถึงการศึกษา Concurrent validity โดยทำการศึกษา SF-36 กับเครื่องมืออื่นๆ โดยทำการศึกษาเป็นคู่ขนานกันไป และศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเครื่องมือทั้งสอง การศึกษา Predictive validity เป็นการศึกษาหนึ่งที่สามารถควบคู่กันไป โดยเป็นการศึกษาการทำนายถึงเหตุการณ์ในอนาคต เช่น การตาย การไม่มีงานทำ การต้องการใช้บริการทางสุขภาพ (Nunnally & Bernstein, 1994)

Ware, et al. (1993) ได้ทำการศึกษาเรื่อง SF-36 Health survey manual and interpretation guide โดยศึกษาหาค่าปกติของคนทั่วไปในสหรัฐ (U.S.A. general population norms) จำนวน 2,474 คน โดยแบ่งค่าปกติออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทางร่างกาย และจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนปกติของคนทั่วไปในด้านร่างกาย และจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 50.0 คะแนน และมี 25th Percentile และ 75th Percentile ขององค์ประกอบด้านร่างกาย เท่ากับ 42.8 และ 56.0 องค์ประกอบด้านจิตใจ เท่ากับ 45.0 และ 57.4 ตามลำดับ

Stevenson (1995) ได้ทำการศึกษาเรื่อง MOS SF-36 questionnaire-interim Australian norms โดยใช้ SF-36 ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 6,823 คน เพื่อศึกษาหาค่าปกติในประชากรทั่วไปของออสเตรเลีย (Australian general population) ผลการศึกษาพบว่าค่าปกติของ SF-36 (Norms) ใน 8 สเกลย่อย (eight sub-scales) ประกอบด้วย 1) Physical Functioning 2) Role Physical 3) Bodily Pain 4) General Health 5) Vitality 6) Social Functioning 7) Role- Emotional และ 8) Mental Health มีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับ ดังนี้ 83.6, 79.7, 76.9, 71.5, 63.9, 84.6, 83.7, 75.7 มีค่า 25th Percentile ดังนี้ 75.0, 75.0, 62.0, 57.0, 50.0, 75.0, 66.7, 68.0 และมีค่า 75th Percentile ดังนี้ 100.0, 100.0, 84.0, 75.0, 65.0, 100.0, 100.0, 80.0

3.2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือและศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง

Wetherell & Gatz (2005) ได้ศึกษาเรื่องแบบประเมินภาวะวิตกกังวลของเบค (Beck Anxiety Inventory : BAI) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder : GAD) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณสมบัติในการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมิน BAI ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค GAD จำนวน 75 คน เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช จำนวน 32 คน พบว่าแบบประเมินมีความเที่ยงตรงภายใน (internal consistency) มากกว่า 0.80 ผลการประเมินความตรงเหมือน (convergent validity) กับแบบประเมินภาวะวิตกกังวลของฮามิงตัน (The Hamilton Anxiety Rating Scale : HAMA) พบว่าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.57 และในผู้สูงอายุกลุ่มปกติมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.73 แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงในการจำแนก (discriminant validity) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย สำหรับผลการศึกษาความผิดปกติที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ส่วนมากเป็นการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ไม่ใช่อาการวิตกกังวลที่เกิดจากด้านจิตใจ (cognitive anxiety symptom) ทำให้ผลการศึกษาในภาพรวมบ่งชี้ว่าแบบประเมิน BAI ยังมีข้อจำกัดในการประเมินอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุ จึงได้เสนอแนะให้ใช้เครื่องมือที่มีความเจาะจงในการประเมินภาวะวิตกกังวลที่มีสาเหตุเกิดจากจิตใจ

Allen et al. (2013) ได้ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Construct validity of the Assessment of Quality of Life – 6D : AQoL-6D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงร่วมสมัย และความตรงเหมือนในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เขตชนบท และเขตพื้นที่ห่างไกลของประเทศออสเตรเลีย เก็บรวบรวมข้อมูลโดย Hunter Community Study และ Australian Rural Mental Health Study (ระยะเวลาการเก็บข้อมูลเฉลี่ย = 3.90 ปี SD = 1.30) การศึกษาเพื่อยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างด้านองค์ประกอบหลัก (domain) ใช้วิธีการสังเกต และใช้การวิเคราะห์

องค์ประกอบ (factor analysis) สำหรับการยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างที่มีความซับซ้อน ผลการศึกษาพบว่าความตรงเชิงโครงสร้างด้านองค์ประกอบของแบบประเมิน AQoL-6D ถือว่าอยู่ในระดับน่าพอใจ การศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านจิตใจ ผลการศึกษาความตรงเหมือนกันระหว่าง AQoL-6D กับ SF-36 พบว่าปัจจัยด้านร่างกายมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.35 และปัจจัยด้านจิตใจมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.52

Park & Park (2013) ได้ศึกษาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดการเสริมสร้างพลังสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (Validity and Reliability of Korean Version of Health Empowerment Scale : K-HES) การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การแปลภาษา การศึกษานำร่อง การเก็บข้อมูลในชุมชน และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบวัด K-HES นี้ได้แปลมาจากแบบวัดการเสริมสร้างพลังสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานฉบับสั้น (Diabetes Empowerment Scale - Short Form) และปรับปรุงให้มีความครอบคลุมทุกมิติของภาวะสุขภาพที่มีผลต่อพลังสุขภาพ หลังจากนั้นทำการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปศึกษานำร่อง และการศึกษาในผู้สูงอายุชาวเกาหลีจำนวน 175 คน ผลการศึกษาพบว่าแบบวัด K-HES มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ในระดับยอมรับได้โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80 ผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ข้อคำถาม (item analysis) และการทดสอบความตรงเหมือน (convergent validity) ผลวิเคราะห์ข้อคำถามพบว่าทุกข้อคำถามมีความเชื่อมั่นภายในระดับดี ($\alpha > 0.60$) ยกเว้นคำถามข้อ 1 ($\alpha = 0.32$) และคำถามข้อ 6 ($\alpha = 0.19$) ผลการทดสอบความตรงเหมือน (convergent validity) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างแบบวัด K-HES และ แบบวัดความสามารถในการออกกำลังกาย (Exercise Self-Efficacy Scale) (Pearson's coefficient = 0.60) ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96 และมีดัชนีความตรงตามเนื้อหาของคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.96 – 1.0

3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

วิทมา ธรรมเจริญ (2555) ได้ศึกษาเรื่องอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุ 2) เปรียบเทียบระดับความสุขของผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์เส้นทางเพื่อทำความเข้าใจกับกระบวนการของอิทธิพลที่ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ ใช้ข้อมูลจากโครงการนำร่องสำรวจและศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุ และการเกษียณในประเทศไทย โดยใช้ตัวอย่างซ้ำ (รอบที่ 1) ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 550 คน โดยศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่า หรือแยกกันอยู่ และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความสุขเฉลี่ย 76.80 คะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ผลการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน พบว่าปัจจัยภายนอกสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสุขของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19 โดยเขตที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลโดยรวมต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติภารกิจทางสังคมและศาสนา และสถานภาพสมรส ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรงมากกว่าทางอ้อม ด้านการทำงาน และการพบปะติดต่อกับบุตรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความสุข การทำงานมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านภาวะสุขภาพกายและภาวะทางอารมณ์ การพบปะติดต่อกับบุตรมี

อิทธิพลต่อความสุขผ่านภาวะทางอารมณ์ สำหรับปัจจัยภายในพบว่า ภาวะสุขภาพกายมีอิทธิพลมากกว่าภาวะทางอารมณ์เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ได้ศึกษาปัจจัยที่มีต่อความสุขผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายพบว่า การพบปะติดต่อกับบุตรมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางอารมณ์ของผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการกิจทางสังคมและศาสนา มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุตอนปลาย อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพกายของทั้งสองกลุ่มมีอิทธิพลต่อความสุขมากกว่าภาวะทางอารมณ์

Helen et al. (2000) ได้ศึกษาเรื่องการมองโลกในแง่ดีและภาวะซึมเศร้าที่มีต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยกลางคนและผู้สูงอายุจำนวน 659 คน (ใน Veterans Administration (VA) Normative Aging Study) เก็บข้อมูลในช่วง 1990-1991 โดยประเมินตัวแปรต้นเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีด้วยเครื่องมือ The Life Orientation Test และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ประเมินตัวแปรตามเกี่ยวกับการทำหน้าที่และความผาสุก ในปี 1992 โดยใช้ Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) ผลการศึกษาจากการใช้สถิติ Multivariate regression พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป ความรู้สึกมีกำลังวังชา และภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความรู้สึกเจ็บปวดด้านร่างกาย แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม หรือข้อจำกัดในการแสดงบทบาทหน้าที่อันเป็นผลเนื่องจากปัญหาด้านร่างกายหรือด้านอารมณ์ ด้านอาการซึมเศร้าจะลดการทำหน้าที่ในทุกด้านตามแบบประเมิน SF-36 นอกจากนี้ยังพบว่าการมองโลกในแง่ดีและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรในการทำนายในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุ

Lampinen et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจกรรมที่มีต่อการทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดำเนินการศึกษาโดยติดตามประเมินผลในผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 8 ปี เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม (physical activity) และกิจกรรมนันทนาการ (leisure) ในผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ร่วมในโครงการ Evergreen ที่เกิดช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1904-1923 โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 1,224 คน (ร้อยละ 80) มีอายุระหว่าง 65-84 ปี ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น (baseline) และหลังการติดตาม (follow-up) มีผู้สูงอายุจำนวน 663 (ร้อยละ 90) ได้รับการสัมภาษณ์เมื่อครบระยะเวลากำหนด ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์ปัจจัย พบปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อาการซึมเศร้า วิตกกังวล ความโดดเดี่ยว การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และความหมายของชีวิต และศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม กิจกรรมนันทนาการ การเคลื่อนไหว และจำนวนครั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรัง ใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis model) ในการทดสอบปัจจัยในการทำนายภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนทำการติดตามต่อเนื่องมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนน้อยกว่า สามารถเคลื่อนไหว และทำกิจกรรมนันทนาการได้ดี ส่งผลให้สุขภาพจิตดีกว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเส้นทางพบว่า ผู้สูงอายุที่เก็บข้อมูล ระยะก่อนติดตามสามารถอธิบายความแปรปรวนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19 และระยะหลังติดตามร้อยละ 35 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตอนปลายที่เปลี่ยนแปลงไป มีความเชื่อมโยงกับความสามารถในการทำกิจกรรม การมีสุขภาพร่างกายที่ดี และความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

Nanthamongkolchai et al.(2007) ได้ศึกษาเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดนครสวรรค์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้สูงอายุจำนวน 270 คน ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชนบทของจังหวัดนครสวรรค์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระหว่าง 12-15 พฤษภาคม 2546 ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.6) มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง รองลงมาในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 19.3) และระดับมาก (ร้อยละ 15.1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กับความรู้สึกมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน บุคลิกภาพ การมีกิจกรรมร่วมในครอบครัว การมีกิจกรรมร่วมในสังคม และได้รับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมร่วมในสังคม บุคลิกภาพ การมีกิจกรรมร่วมในครอบครัว สามารถร่วมทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 58.2 โดยปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายมากที่สุดคือปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมในสังคมและครอบครัวเพิ่มขึ้น การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอมีผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยให้พวกเขามีความสุขโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

Suh et al. (2012) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลี มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลี และเพื่อตรวจสอบอิทธิพลของทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิต เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ในผู้สูงอายุจำนวน 405 คน ในเขตเมืองหลวงของประเทศเกาหลีใต้ ช่วงกลางเดือนเมษายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย Pearson's correlation analysis และ multiple regression ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้ของผู้สูงอายุมีค่าต่ำกว่าระดับกลาง แต่ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรด้านเพศหญิง อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ เบี้ยเลี้ยงประจำเดือน การอาศัยอยู่กับคู่สมรส ภาวะสุขภาพ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 33.8 ของความแปรปรวนทั้งหมดในการพยากรณ์ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อายุที่มากขึ้นและฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำจะปลดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่เพศหญิง ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 3,000,000 วอน หรือมากกว่า การอาศัยอยู่กับคู่สมรส และผู้สูงอายุที่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นอย่างดี จะช่วยให้เพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยสรุปแล้วพบว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฐานะทางเศรษฐกิจ การอาศัยอยู่กับคู่ครอง และภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้

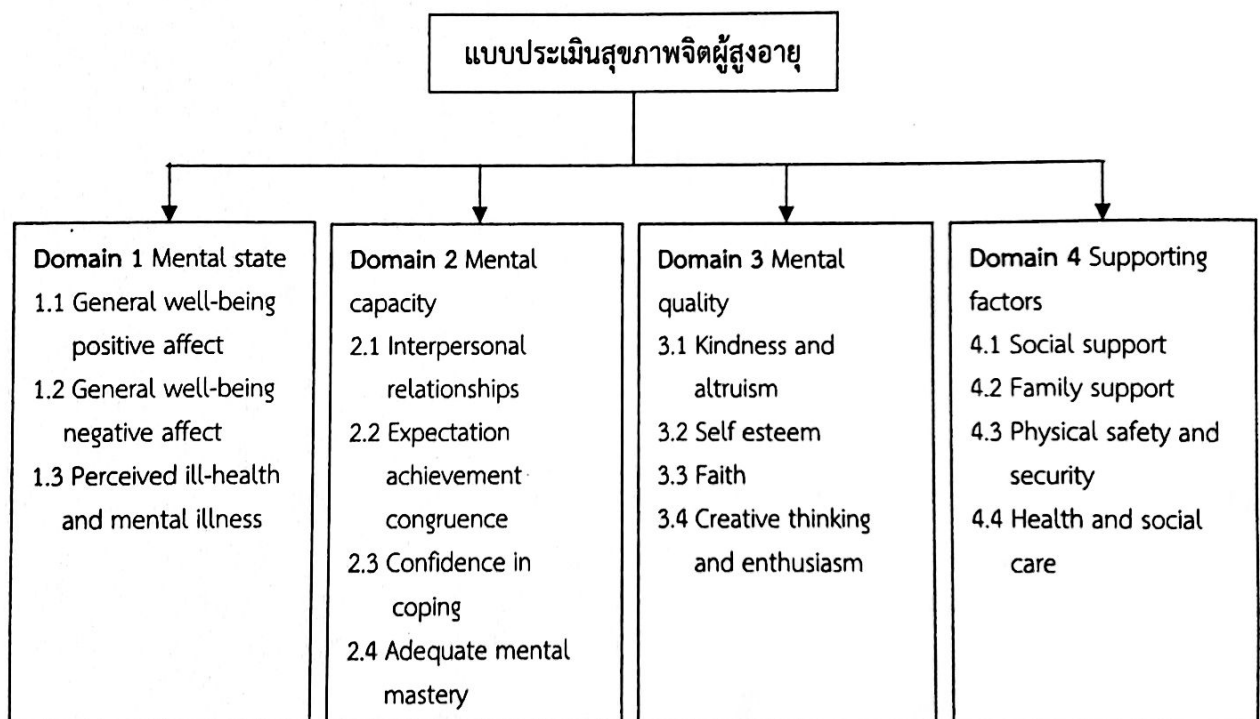
สรุป จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างแบบวัด การประเมินสุขภาพจิตหรือความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างทั้งที่เป็นปัจจัยด้านบวก และปัจจัยด้านลบ ทั้งนี้ต้องมีความครอบคลุมทุกมิติ คือ 1) ด้านร่างกาย เช่น มีสุขภาพดี มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การไม่มีความพิการทางกาย หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และคิดว่าชีวิตมีความหมาย การปรับตัวได้กับความสูญเสียต่างๆที่เกิดขึ้น ความรู้สึกในทางลบ (ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว) 3) การมีคุณภาพจิตใจ

ที่ดี มีความสุขกับการให้หรือเสียสละ 4) มีปัจจัยสนับสนุนทั้งทางด้านครอบครัว สังคม ซึ่งแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ จะได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยต่อไป

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการสร้างสเกลของ Paul (1992) และได้สรุปกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัยของ John Hopkins Bloomberg School of Public Health (2012) นำมาเป็นกรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดโครงสร้างของเครื่องมือ (Define Construct) โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) เป็นเครื่องมือต้นแบบในการพัฒนาเครื่องมือ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ Domain 1 สภาพจิตใจ เป็นการประเมินเกี่ยวกับสุขภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychosocial well-being) ของผู้สูงอายุ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ เป็นการประเมินสมรรถภาพเกี่ยวกับอารมณ์และพุทธิปัญญา (Emotional and cognitive capability) ว่าถ้ามีปัญหาจะแก้ไขได้หรือไม่ ปรับตัวได้หรือไม่ จะปรับตัวไม่ไหวทุกขได้หรือไม่ หรือในกรณีไม่มีปัญหาจะพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น หรือสร้างความสุขให้ตนเองได้อย่างไร Domain 3 คุณภาพของจิตใจ เป็นคุณลักษณะที่เอื้อต่อการทำให้เกิดความสามารถของสมรรถภาพของจิตใจ และเป็นคุณลักษณะที่ทำให้เกิดความสุข ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ไม่สามารถจะพัฒนาหรือฝึกทักษะได้โดยง่าย แต่มักเป็นคุณลักษณะที่ติดตัวมาก่อนแล้ว Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลทำให้เกิดความกดดัน หรือทำให้เกิดความทุกข์ ช่วยแก้ไขปัญหา ช่วยลดความทุกข์ หรือสร้างความสุข ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Mental Health Assessment : T-GMHA) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนในการวิจัย แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1.1 การศึกษาระยะที่ 1 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพัฒนาเครื่องมือ

1.1.1 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญที่เป็นช่องว่างในการศึกษา (Gap analysis) เพื่อวางแผนการศึกษาทั้งด้านการพัฒนาเครื่องมือและระเบียบวิธีวิจัย

1.1.2 เขียนโครงร่างการวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุมัติดำเนินงานตามโครงการ และนำเสนอคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย

1.1.3 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย ครั้งที่ 1 จำนวน 15 คน (จิตแพทย์และแพทย์ 3 คน นักจิตวิทยา 4 คน พยาบาลจิตเวช 6 คน นักสถิติ 2 คน) ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2556 เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดในการวิจัย และระเบียบวิธีวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2552) เป็นเครื่องมือต้นแบบในการพัฒนาเครื่องมือ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยที่ร่วมประชุมครั้งที่ 1 ดังภาคผนวก

1.1.4 การศึกษาความหมายของสุขภาพจิต (Meaning of mental health) ในมุมมองของผู้สูงอายุ เพื่อนำคำตอบที่ได้มาพิจารณาร่วมกับความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเป็นความหมายของสุขภาพจิต องค์ประกอบของสุขภาพจิต (Domain) องค์ประกอบย่อย (Subdomain) และข้อคำถาม โดยสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป - 80 ปี จำนวน 13 คน เป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น 6 คน ที่มีรายได้ดี และในเขตเทศบาลตำบลศิลา จังหวัดขอนแก่น 7 คน ที่มีรายได้น้อย (เพศชาย 7 คน เพศหญิง 6 คน) ระยะเวลาดำเนินการ 11 - 19 มีนาคม 2556 คำถามที่ใช้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย 1) ความสุขของผู้สูงอายุคืออะไร 2) ความทุกข์ของผู้สูงอายุคืออะไร 3) ความภูมิใจของผู้สูงอายุคืออะไร 4) ผู้สูงอายุชอบอะไรบ้าง และ 5) ผู้สูงอายุแก้ไขปัญหาความทุกข์อย่างไร เมื่อนำคำตอบมาจำแนกตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต สามารถสรุปได้ดังภาคผนวก

1.1.5 ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย ครั้งที่ 2 จำนวน 20 คน (จิตแพทย์และแพทย์ 5 คน นักจิตวิทยา 3 คน พยาบาลจิตเวช 10 คน พยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน นักสถิติ 1 คน) ในวันที่ 25 เมษายน 2556 เพื่อพิจารณาคำจำกัดความ องค์ประกอบหลัก (Domain) องค์ประกอบย่อย (Subdomain) และปรับลดหรือเพิ่มข้อคำถาม ได้เครื่องมือฉบับร่าง 1 จำนวน 74 ข้อ รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยที่ร่วมประชุมครั้งที่ 2 ดังภาคผนวก

1.2 การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการทดสอบภาษาของเครื่องมือ

1.2.1 ส่งเครื่องมือฉบับร่าง 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช แพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ) จำนวน 9 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคำถามแต่ละข้อ ในแต่ละคำถามจะมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแสดงความคิดเห็น ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1 คะแนน

การพิจารณาเพื่อหาค่า CVI (Content validity index) ในกรณีผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือเห็นด้วย แสดงว่ามีความเห็นสอดคล้องกัน หรือแสดงความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่ามีความเห็นสอดคล้องกันหรือตรงกัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level Content Validity Index: I-CVI) ซึ่งต้องได้ 0.83 ขึ้นไป (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006) พบว่า มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่าเกณฑ์ยอมรับได้ คือ ข้อ 2) ท่านเชื่อมั่นว่าชีวิตของท่านจะพบแต่ความสุข ค่า I-CVI = 0.78 ข้อ 6) ท่านมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับอนาคตของท่านเสมอ ค่า I-CVI = 0.78 ข้อ 69) ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ค่า I-CVI = 0.78 แต่เมื่อปรึกษาอาจารย์ทางสถิติได้แนะนำไม่ให้ตัดข้อคำถามนั้นออก เนื่องจากข้อคำถามที่ต้องตัดออกมีจำนวนน้อย การจะตัดหรือไม่ตัดข้อคำถามอาจไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาในระยะที่ 3 มากนัก และสุดท้ายข้อคำถามเหล่านี้จะถูกตัดออกด้วยวิธีการทางสถิติ (โดยการพิจารณาค่า factor loading) จึงให้คงข้อคำถามไว้เท่าเดิม และได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้เครื่องมือฉบับร่าง 2 จำนวน 74 ข้อ

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด เท่ากับ 0.97 ซึ่งถือว่ายอมรับได้

[illegible]

ตารางที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน (ต่อ)

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9	จำนวนความคิดเห็นที่ตรงกัน	ค่า I-CVI
67	3	4	4	4	3	3	4	4	4	9	1
68	4	3	4	4	4	4	4	4	4	9	1
69	3	1	4	3	2	3	3	4	4	7	0.78
70	3	3	4	4	4	4	4	4	4	9	1
71	3	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
72	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
73	3	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
74	3	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
สัดส่วนที่ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน	1	.89	1	.93	.92	1	1	1	1	1. ค่าเฉลี่ย I-CVI = 0.97 2. ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความคิดเห็น = 0.97 3. ค่าสัดส่วนผลรวมของคำตอบของทุกคน $647/666 = 0.97$	

หมายเหตุ 1) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level Content Validity Index: I-CVI) คำนวณโดยใช้จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด เพื่อประเมินว่าเกี่ยวข้องมาก มีความเกี่ยวข้องแต่ควรปรับแก้ หรือไม่เกี่ยวข้องซึ่งต้องพิจารณาตัดข้อคำถามนั้นทิ้งไป โดยมีเกณฑ์การพิจารณาระดับที่ยอมรับได้ของค่า I-CVI กรณีผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่า 6 คนขึ้นไป คือประมาณ 0.80 (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006)

2) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (Scale-level Content Validity Index: S-CVI) หมายถึง “สัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าข้อคำถามนั้นมีความเกี่ยวข้องมากหรือเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด” คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยสัดส่วน (average proportion) เรียกดัชนีนี้ว่า S-CVI/Ave เกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้ คือ 0.90 การคำนวณทำได้หลายวิธี (Polit & Beck, 2006) ดังนี้

2.1) หาค่าเฉลี่ยของ I-CVI โดยรวมค่า I-CVI ทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถาม ในการศึกษาครั้งนี้ คือ $71.91 / 74$ เท่ากับ 0.97

2.2) การหาค่าเฉลี่ยสัดส่วนข้อคำถาม ที่ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนประเมินว่าเกี่ยวข้อง โดยรวมค่าสัดส่วนของข้อคำถามที่ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนประเมินว่าเกี่ยวข้องหารด้วยจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ $8.74 / 9$ เท่ากับ 0.97

2.3) ค่าสัดส่วนของผลรวมจำนวนคำตอบที่ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนประเมินว่ามีเนื้อหาเกี่ยวข้อง โดยใช้จำนวนคำตอบที่ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนประเมินว่ามีเนื้อหาเกี่ยวข้องมารวมกัน หารด้วยจำนวนคำตอบทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ คือ (ผลรวมคำตอบที่ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่าเกี่ยวข้อง = 647) หารด้วย (9 คน $\times$ 74 ข้อ = 666) เท่ากับ 0.97

1.2.2 การทดสอบภาษาของเครื่องมือ กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบล ศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 41 คน และเมื่อนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ พบว่าทุก domain มีค่า $\alpha > 0.80$ หลังการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ ได้ เครื่องมือฉบับร่าง 3 จำนวน 74 ข้อ

1.3 การศึกษาระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (Construct validity) ค่าปกติ (norm) และความสัมพันธ์กับเครื่องมือมาตรฐาน

1.3.1 โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด อาศัยอยู่ในหมู่บ้านใน เขตเทศบาลเมือง และเขตเทศบาลตำบล อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น โดยกำหนด 1 ข้อคำถามต่อ กลุ่มตัวอย่าง 10 คน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2553) จากขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถามเบื้องต้น (การศึกษาระยะที่ 1-2) ได้คำถามจำนวน 74 ข้อ และในการศึกษานี้ต้องการหาค่าปกติ (norm) จำแนกตามเพศชาย และเพศหญิงร่วมด้วย ดังนั้นจึงต้องเก็บข้อมูลเพศชายอย่างน้อย 740 คน (เก็บได้ จริง 742 คน) และเพศหญิงอย่างน้อย 740 คน (เก็บได้จริง 747 คน) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย มิถุนายน 2556 – สิงหาคม 2556

1.3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลในระยะที่ 3 ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลทุกคนจะถูกประเมิน ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ฉบับร่าง 3) และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย โลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ, 2540) เพื่อศึกษาความ ตรงเหมือน (convergent validity) ในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ระหว่างเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ใหม่กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต และในกรณีประเมินผู้สูงอายุด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตแล้วพบว่ามี คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับการประเมินต่อด้วยแบบทดสอบ สมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini – Mental State Examination : Thai version : MMSE – Thai 2002) เพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุที่ประเมินแล้วพบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ ไม่ดี หรือมีความผิดปกติของสมองร่วมด้วย จะได้รับการให้การรักษาโดยพยาบาลจิตเวชผู้ออกเก็บ ข้อมูล หลังจากนั้นส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง และติดตาม ประเมินผลการดูแลเมื่อครบกำหนด 1 ปี

1.3.3 จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย ครั้งที่ 3 จำนวน 16 คน (จิตแพทย์และ แพทย์ 4 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลจิตเวช 8 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสถิติ 2 คน) ในวันที่ 27 กันยายน 2556 เพื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลความตรงตามโครงสร้าง การ พิจารณาลดข้อคำถามเพื่อให้เกิดเครื่องมือ 2 ฉบับ คือ ฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น รวมทั้งหาค่าความ เชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) การหาค่าปกติของเครื่องมือ (ฉบับสมบูรณ์ ฉบับสั้น จำแนกตาม องค์ประกอบย่อย และจำแนกตามเพศ) การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมิน สุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และการศึกษาความตรงเชิงเหมือนในการ ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยที่ร่วมประชุมครั้งที่ 3 ดัง ภาคนว

1.3.4 จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป - 80 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง และเขตเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาความหมายของสุขภาพจิต (Meaning of mental health) ในมุมมองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง และเขตเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 คน โดยมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป - 80 ปี
2. อาศัยอยู่ในหมู่บ้านขณะทำการศึกษา
3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้รู้เรื่อง
4. ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนจบกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

1. มีอาการโรคจิตระยะรุนแรงหรือมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม
2. ต้มสุรา หรือใช้ยาเสพติดขณะสัมภาษณ์

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการทดสอบภาษา โดยทำการทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ของเครื่องมือรายข้อกับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 41 คน มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) และคุณสมบัติที่คัดออก (exclusion criteria) เช่นเดียวกับการศึกษาระยะที่ 1

การศึกษาระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (Construct validity) การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในแต่ละองค์ประกอบ ต้องมีค่า α มากกว่า 0.70 และการหาค่าปกติ (norm) ของเครื่องมือ การหาความตรงเหมือน (convergent validity) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลพระลับ ตำบลสำราญ ตำบลศิลา ตำบลโคกสี ตำบลเมืองเก่า ตำบลบ้านค้อ ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,489 คน มีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป - 80 ปี
2. อาศัยอยู่ในหมู่บ้านขณะทำการศึกษา
3. สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก
4. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ดังนี้

1. เมื่อประเมินด้วย MMSE แล้วพบว่ามีความผิดปกติ
2. มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม
3. มีอาการโรคจิตระยะรุนแรง
4. เมาสุราหรือยาเสพติด
5. ออกจากการวิจัยก่อนครบกระบวนการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับร่าง 3 ซึ่งผ่านขั้นตอนการศึกษา 2 ระยะ ข้างต้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาสุขภาพ เรื่องทุกข์ใจ และระดับความสุขในรอบ 1 เดือน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ฉบับร่าง 3) ประกอบด้วย 4 domain มีข้อคำถามจำนวน 74 ข้อ มีทั้งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกและทางลบ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การให้ค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามทางบวก คือ ไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน มาก = 3 คะแนน มากที่สุด = 4 คะแนน การให้ค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามทางลบ คือ ไม่เลย = 4 คะแนน เล็กน้อย = 3 คะแนน มาก = 2 คะแนน มากที่สุด = 1 คะแนน การคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่าทุก domain มีค่า $\alpha > .80$

3.2. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF - THAI) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวด ใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปอีก 2 ข้อคำถาม (รวมทั้งหมด 26 ข้อ) หลังจากนั้นได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน ปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำจำนวน 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความสอดคล้อง (agreement study) เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 เครื่องมือนี้ใช้สำหรับวัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ มีทั้งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกและทางลบ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีคะแนน 26-130 คะแนน การแปลผลคะแนน 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และ 96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.3. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini - Mental State Examination : Thai version : MMSE - Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่แปลมาจากต้นฉบับของ Folstein และคณะ ในปี 1975 โดยคงแก่นและความหมายของแบบทดสอบ MMSE ต้นฉบับภาษาอังกฤษไว้ แบบ one-to-one matching เป็นเครื่องมือสำหรับวัดระดับ cognitive state ในผู้ป่วยที่มีความพิการทางสมอง ประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้าน คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Recall และ Language มีคะแนน 0-30 คะแนน มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ ร้อยละ 87 ค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ ร้อยละ 82 มีจุดตัดที่คะแนน 23 จาก 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

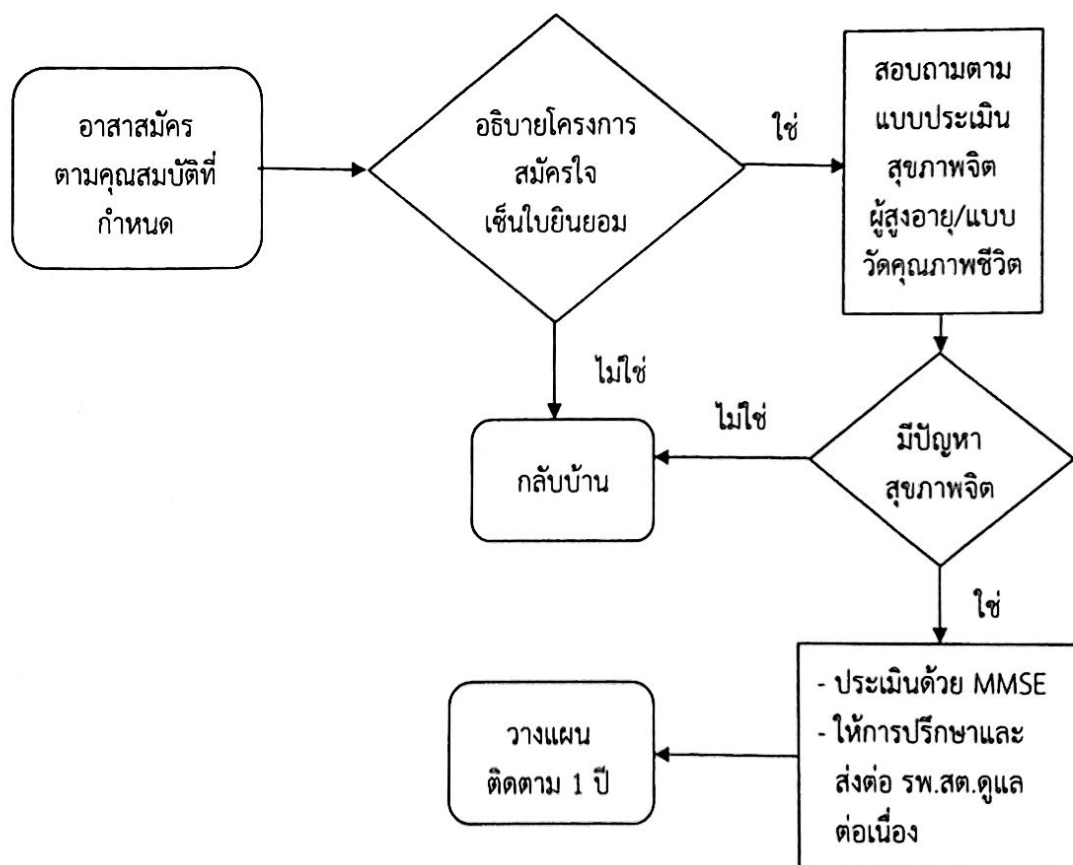
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการการศึกษาระยะที่ 3 ดังนี้

4.1. คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ในวันที่ 12 มิถุนายน 2556 โดยทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือโดยการสลับคู่กันถามตอบ อภิปราย ชักถามกรณีมีข้อสงสัย หรือปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

4.2. ออกเก็บข้อมูลวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลตำบลพระลับ สำราญ โคกสี บ้านค้อ บ้านเปิด บ้านท่ม สวะถิ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น โดยอาสาสมัครแต่ละคนได้รับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการและสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการ แล้วพบพยาบาลเพื่อสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ในกรณีที่ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้วพบว่ามีความผิดปกติ หรือมีปัญหาเรื่องสมองเมื่อประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ผู้ออกเก็บข้อมูลวิจัยจะบริการให้การปรึกษา และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนื่อง หากมีปัญหาในการดูแลสามารถขอรับการปรึกษาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบริการ และโรงพยาบาลจะทำการติดตามประเมินผลเมื่อครบ 1 ปีหลังจากเก็บข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลในชุมชน ดังภาพที่ 3

4.3. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มิถุนายน-สิงหาคม 2556

ภาพที่ 3 กระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชนและการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต



5. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลวันต่อวัน เพื่อป้องกันการสูญเสียของชุดข้อมูล หากพบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วนจะทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมทันที จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้รับจากแบบประเมินเป็นรหัสคอมพิวเตอร์ นำข้อมูลป้อนเข้าคอมพิวเตอร์และทำความสะอาดข้อมูล (Clean data) ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS / PC for window version 11.5 และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการหาค่าปกติ (norm) ของเครื่องมือใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนที่อยู่ตรงกลาง ฐานนิยม เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

5.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างและการวิเคราะห์ข้อคำถาม (Construct validity and item analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ซึ่งประกอบด้วย Factor loading การวิเคราะห์คำถามโดยใช้ Correlation และ Cronbach's alpha coefficient เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายในข้อคำถาม (Internal consistency)

5.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น ด้วย Kappa statistic

5.4 การศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient (เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติหรือ non-normal distribution)

6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้ส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากลตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยหมายเลข 74/2556 ข้อมูลของอาสาสมัครแต่ละคนจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เว้นแต่การส่งต่อข้อมูลของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หรือข้อมูลนั้นเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาในที่นี้มีความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข ดังนี้

6.1 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

6.1.1 อาสาสมัครขอออกจากการศึกษาวิจัยก่อนครบกระบวนการ ดำเนินการแก้ไขโดยการอธิบายให้อาสาสมัครเข้าใจวัตถุประสงค์และยินยอมให้ความร่วมมือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

6.1.2 เกิดปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัคร ดำเนินการแก้ไขโดยการทดลองฝึกสัมภาษณ์ก่อนออกเก็บข้อมูลจริง

6.1.3 อาสาสมัครมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยภาคสนามให้การปรึกษาเบื้องต้น ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้คำแนะนำการดูแลช่วยเหลือและให้การส่งต่อตลอดจนการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

6.1.4 อาสาสมัครมีปัญหาความต้องการรับบริการปรึกษา แก้ไขโดยมีหน่วยบริการปรึกษาในทีมวิจัยหรือส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ จัดที่ปรึกษาหลักในการเก็บข้อมูล นอกหน่วยร่วมกับผู้วิจัยภาคสนามทุกครั้งเพื่อช่วยบริหารงานให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

6.1.5 อาสาสมัครไม่พึงพอใจในการเก็บข้อมูลหรือมีข้อสงสัย กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการตอบข้อสงสัยตลอด 24 ชั่วโมง

6.2 อาสาสมัครทุกท่านจะได้รับคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการ และถ้าสมัครใจเข้าร่วมโครงการจะเซ็นใบยินยอมให้ไว้เป็นหลักฐาน และฉบับจริงผู้วิจัยเก็บไว้ ฉบับสำเนามอบให้แก่อาสาสมัคร พร้อมเอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัครคนละ 1 ชุด (รายละเอียดเอกสารแนะนำตัวสำหรับอาสาสมัคร และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดังเอกสารในภาคผนวก)

6.3 การศึกษานี้จะไม่เปิดเผยความลับใดๆ ที่มีผลต่ออาสาสมัคร แต่จะนำเสนอผลการศึกษาที่ได้ในภาพรวม หรือเปิดเผยเฉพาะผู้ที่กำกับดูแลการวิจัย

6.4 ค่าตอบแทน อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในการศึกษาระยะที่ 1-3 ให้เป็นเงินค่าตอบแทนคนละ 50 บาท

6.5 การออกจากการศึกษาของอาสาสมัคร อาสาสมัครสามารถออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่ออาสาสมัคร

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น การหาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ
3. การศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-56) และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BRIEF - THAI) มีรายละเอียดดังนี้
4. การศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น และการหาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ในการศึกษาระยะที่ 3 ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ จำนวน 1,490 คน ในที่นี้มีจำนวน 3 คน ที่ประเมินด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BRIEF - THAI) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ (26 - 60 คะแนน) จึงทำการประเมินต่อด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination ; Thai version : MMSE - Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) พบว่ามีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีผู้สูงอายุจำนวน 1 คน มีอาการสับสน ไม่สามารถตอบคำถามของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตได้ครบถ้วน และเมื่อประเมินต่อด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองพบว่ามีความผิดปกติ (MMSE $\leq$ 17 คะแนน) และถูกคัดออกจากการศึกษารั้งนี้ (จึงเหลือข้อมูลที่นำมาศึกษา 1,489 ชุด) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และมีปัญหาทางสมอง คณะผู้เก็บข้อมูลวิจัยได้ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบให้ดูแลต่อเนื่อง และเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 1,489 คน เป็นเพศชาย 742 คน (ร้อยละ 49.8) เพศหญิง 747 คน (ร้อยละ 50.2) มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี ร้อยละ 32.4 รองลงมา 60-64 ปี ร้อยละ 28.0 (อายุเฉลี่ย 68.58 ปี SD. = 5.56) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 98.1 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 85.6 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ร้อยละ 49.3 รองลงมาว่างงาน ร้อยละ 19.1 และประกอบอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 17.7 มีรายได้อยู่ในช่วง 1-2,000 ร้อยละ 59.0 (รายได้เฉลี่ย 3,488.69 บาท Median = 2,000 บาท Mode = 600 บาท) ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 58.2

ด้านภาวะสุขภาพพบว่ามีปัญหาสุขภาพ ในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้อ้อยละ 67.3 ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.6 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.3 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ร้อยละ 77.4 ในกรณีมีเรื่องทุกข์ใจพบว่าส่วนใหญ่ทุกข์ใจเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ร้อยละ

36.8 รองลงมามีปัญหาเศรษฐกิจและการเงิน ร้อยละ 28.5 ระดับความสุขโดยรวมในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง (ระดับ 5) ร้อยละ 20.1 รองลงมามีความสุขระดับ 8 ร้อยละ 17.7 (ระดับความสุขเฉลี่ย 7.10 SD. = 2.06) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ และภาพรวม (n = 1,489)

ข้อมูลทั่วไป	ชาย (n = 742)	หญิง (n = 747)	รวม (n = 1,489)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ			
60-64 ปี	175 (23.6)	242 (32.4)	417 (28.0)
65-69 ปี	244 (32.9)	238 (31.8)	482 (32.4)
70-74 ปี	164 (22.1)	156 (20.9)	320 (21.5)
75-79 ปี	129 (17.4)	97 (13.0)	226 (15.2)
80-84 ปี	30 (4.0)	14 (1.9)	44 (2.9)
อายุน้อยสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 68.58 ปี SD. = 5.56			
เขตที่อยู่อาศัย			
เขตเทศบาลเมือง	18 (2.4)	10 (1.3)	28 (1.9)
เขตเทศบาลตำบล	724 (97.6)	737 (98.7)	1,461 (98.1)
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	10 (1.3)	25 (3.4)	35 (2.4)
ประถมศึกษา	600 (80.9)	674 (90.2)	1,274 (85.6)
มัธยมศึกษาตอนต้น	39 (5.2)	18 (2.4)	57 (3.8)
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	53 (7.1)	19 (2.5)	72 (4.8)
อนุปริญญา / ปวส.	19 (2.6)	5 (0.7)	24 (1.6)
ปริญญาตรี	19 (2.6)	5 (0.7)	24 (1.6)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (0.3)	1 (0.1)	3 (0.2)
สถานภาพสมรส			
โสด	14 (1.9)	22 (2.9)	36 (2.4)
คู่ อยู่ด้วยกัน	593 (79.9)	351 (47.0)	944 (63.4)
คู่ แยกกันอยู่	21 (2.8)	17 (2.3)	38 (2.6)
หย่า/ร้าง	6 (0.8)	29 (3.9)	35 (2.3)
หม้าย	108 (14.6)	328 (43.9)	436 (29.3)
ศาสนา			
พุทธ	734 (98.9)	739 (98.9)	1,473 (98.9)
อิสลาม	4 (0.5)	3 (0.4)	7 (0.5)
คริสต์	4 (0.5)	5 (0.7)	9 (0.6)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาระบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ และภาพรวม (n = 1,489) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชาย (n = 742) จำนวน (ร้อยละ)	หญิง (n = 747) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n = 1,489) จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ			
เกษตรกร	455 (61.3)	279 (37.4)	734 (49.3)
รับจ้าง	39 (5.3)	36 (4.8)	75 (5.1)
ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย)	34 (4.6)	35 (4.7)	69 (4.6)
งานบ้าน	60 (8.1)	203 (27.2)	263 (17.7)
ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	48 (6.5)	13 (1.7)	61 (4.1)
ว่างงาน	105 (14.1)	180 (24.1)	285 (19.1)
อื่นๆ (ระบุ)	1 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.1)
รายได้ต่อเดือน			
1-2,000 บาท	408 (55.0)	471 (63.1)	879 (59.0)
2,001-4,000 บาท	147 (19.8)	139 (18.6)	286 (19.2)
4,001-6,000 บาท	82 (11.1)	73 (9.8)	155 (10.4)
6,001-8,000 บาท	24 (3.2)	19 (2.5)	43 (2.9)
8,001-10,000 บาท	26 (3.5)	23 (3.1)	49 (3.3)
10,001-12,000 บาท	4 (0.5)	1 (0.1)	5 (0.3)
12,001-14,000 บาท	2 (0.3)	3 (0.4)	5 (0.3)
14,001-16,000 บาท	10 (1.3)	8 (1.1)	18 (1.2)
มากกว่า 16,000 บาท	39 (5.3)	10 (1.3)	49 (3.3)
รายได้ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 69,460 บาท เฉลี่ย 3,488.69 บาท SD, = 5,401.76			
Median = 2,000 บาท Mode = 600 บาท			
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ	328 (44.2)	294 (39.4)	622 (41.8)
ไม่เพียงพอ	414 (55.8)	453 (60.6)	867 (58.2)
ปัญหาสุขภาพในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้นี้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค			
ไม่มี	272 (36.7)	215 (28.8)	487 (32.7)
มี	470 (63.3)	532 (71.2)	1,002 (67.3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาระบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ และภาพรวม (n = 1,489) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชาย (n = 742) จำนวน (ร้อยละ)	หญิง (n = 747) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n = 1,489) จำนวน (ร้อยละ)
ในกรณีที่เจ็บโรค ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n=1,521)			
ความดันโลหิตสูง	213 (30.2)	285 (34.9)	498 (32.7)
โรคปอดหรือหลอดลม	49 (6.9)	24 (2.9)	73 (4.8)
โรคหัวใจ	41 (5.8)	39 (4.8)	80 (5.2)
โรคกระดูกและข้อ	126 (17.9)	120 (14.7)	246 (16.2)
เบาหวาน	98 (13.9)	180 (22.1)	278 (18.3)
โรคทางจิตเวช	11 (1.6)	11 (1.3)	22 (1.4)
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	54 (7.7)	52 (6.4)	106 (7.0)
ต้อหิน ต้อเนื้อ ต้อกระจก	19 (2.7)	20 (2.5)	39 (2.6)
โรคนี้	10 (1.4)	8 (1.0)	18 (1.2)
โรคระบบประสาท สมอง	12 (1.7)	9 (1.1)	21 (1.4)
ไขมันในเลือดสูง	8 (1.1)	9 (1.1)	17 (1.1)
อื่นๆ (ระบุ)	64 (9.1)	59 (7.2)	123 (8.1)
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่			
ไม่มี	599 (80.7)	553 (74.0)	1,152 (77.4)
มี	143 (19.3)	194 (26.0)	337 (22.6)
ในกรณีที่ตอบว่ามีเรื่องทุกข์ใจประกอบด้วยเรื่อง (n = 337)			
ปัญหาครอบครัว	47 (32.8)	77 (39.7)	124 (36.8)
สูญเสียของรัก	7 (4.9)	12 (6.2)	19 (5.6)
ปัญหาเศรษฐกิจ/การเงิน	42 (29.4)	54 (27.8)	96 (28.5)
ปัญหาการงาน	1 (0.7)	1 (0.5)	2 (0.6)
ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว	38 (26.6)	38 (19.6)	76 (22.6)
คนในครอบครัวเจ็บป่วย	8 (5.6)	10 (5.2)	18 (5.3)
อื่นๆ (ระบุ)	-	2 (1.0)	2 (0.6)

หมายเหตุ: โรคอื่นๆ ได้แก่ เนื้องอก/มะเร็ง อัมพาต ไทรอยด์/คอพอก โรคผิวหนัง
ต่อมลูกหมากโต ภูมิแพ้ โรคไต เป็นต้น

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ และภาพรวม ($n = 1,489$) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชาย ($n = 742$)	หญิง ($n = 747$)	รวม ($n = 1,489$)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความสุขโดยรวมในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา			
ระดับ 1	3 (0.4)	9 (1.2)	12 (0.8)
ระดับ 2	4 (0.5)	9 (1.2)	13 (0.9)
ระดับ 3	13 (1.8)	18 (2.4)	31 (2.1)
ระดับ 4	25 (3.4)	30 (4.0)	55 (3.7)
ระดับ 5	167 (22.5)	133 (17.8)	300 (20.1)
ระดับ 6	84 (11.3)	101 (13.5)	185 (12.4)
ระดับ 7	115 (15.5)	90 (12.1)	205 (13.8)
ระดับ 8	144 (19.4)	119 (15.9)	263 (17.7)
ระดับ 9	97 (13.1)	87 (11.7)	184 (12.3)
ระดับ 10	90 (12.1)	151 (20.2)	241 (16.2)
ระดับความสุขต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน เฉลี่ย 7.10 คะแนน SD = 2.06			

1.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

การศึกษาในขั้นตอนนี้ ได้จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิครั้งที่ 3 จำนวน 16 คน (จิตแพทย์และแพทย์ 4 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลจิตเวช 8 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสถิติ 2 คน รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก) เพื่อพิจารณาลดข้อคำถามให้ได้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น ในวันที่ 27 กันยายน 2556 โดยพิจารณาลดข้อคำถามให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อสะดวกในการนำไปใช้ประเมินผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีปัญหาในการคิดพิจารณาตามข้อคำถาม และต้องใช้ระยะเวลานานในการตอบคำถามที่มีจำนวนมาก การพิจารณาตัดข้อคำถามเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างนักสถิติและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาตัดข้อคำถาม คือ ให้ตัดข้อคำถามที่มีค่า factor loading ต่ำกว่า 0.40 ออกไป ตลอดจนพิจารณาความสัมพันธ์ในแต่ละข้อคำถาม (inter-items correlation) ต้องมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกไม่น้อยกว่า 0.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามกับคะแนนรวมจากแบบวัด (item-total correlation) ซึ่งมีระดับความสัมพันธ์ต้องสูงกว่า 0.2 เช่นกัน (ศึกษารายละเอียดได้ในบทที่ 2 ข้อ 2.7 การพิจารณาตัดรายการคำถามที่ไม่เหมาะสม หรือ Item deletion) และให้มีค่าความเชื่อมั่น (alpha) ไม่ต่ำกว่า 0.70 จึงถือว่ายอมรับได้ในทางสถิติ แต่ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือต้องครอบคลุมความหมายทั้งหมดขององค์ประกอบหลัก (Domain) และองค์ประกอบย่อย (Subdomain) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผลการศึกษา ดังนี้

1.2.1 Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีคำถามเริ่มต้นจำนวน 22 ข้อ หลังการพิจารณาลดข้อคำถามโดยตัดออก 8 ข้อ เหลือข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ดังนี้

Subdomain 1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect) มีคำถามเริ่มต้นจำนวน 10 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 ขึ้นไป จึงให้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่า factor loading น้อยที่สุดออกไปเป็นลำดับ ในจำนวนนี้มีคำถามข้อ 10 “ท่านรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร” มีค่า factor loading น้อยที่สุด เท่ากับ 0.45 แต่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คงคำถามข้อนี้ไว้

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าประเทศแถบ Scandinavia ให้ความสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับเหตุผลความต้องการมีชีวิตอยู่ (reason for living) ว่าเป็นดัชนีอย่างหนึ่งในการวัดระดับสุขภาพจิตประชาชน และเพื่อให้ข้อคำถามที่เหลือมีความครอบคลุมความหมายทั้งหมดขององค์ประกอบย่อยนี้ จึงให้คงข้อคำถามนี้ไว้ และได้ตั้งข้อสังเกตว่าค่า factor loading ที่ต่ำของคำถามข้อนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความสับสนในการตีความหมายของข้อคำถาม และได้ให้ข้อเสนอแนะในการพิจารณาปรับคำถามข้อนี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไป การพิจารณาลดข้อคำถามอื่นโดยตัดข้อที่มี factor loading น้อยในลำดับถัดไป หลังการพิจารณาปรับลดข้อคำถามโดยตัดออกไป 4 ข้อ จึงเหลือคำถามในองค์ประกอบย่อยนี้จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์) ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข ท่านรู้สึกว่ามีชีวิตชีวา ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ท่านว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.64, 0.72, 0.75, 0.70, 0.67 และ 0.45 ตามลำดับ และมีค่า $\alpha = 0.79$

Subdomain 1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 7 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 ขึ้นไป จึงพิจารณาลดข้อคำถามที่มีค่า factor loading ที่มีค่าน้อยที่สุดออกไป หลังการพิจารณาข้อคำถามจึงตัดออก 2 ข้อ คงเหลือคำถามในองค์ประกอบย่อยนี้ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์ ท่านรู้สึกกังวลใจ และท่านรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.77, 0.77, 0.67, 0.73 และ 0.69 ตามลำดับ และมีค่า $\alpha = 0.82$

Subdomain 1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Perceived ill-health and mental illness) มีคำถามเริ่มต้นจำนวน 5 ข้อ พบว่าคำถามข้อที่ 21 “ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้” มีค่า factor loading เท่ากับ 0.39 ให้ตัดคำถามข้อนี้ออกไป และตัดข้อที่ 22 “ท่านไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆได้ตามปกติ” ซึ่งมีค่า factor loading น้อยที่สุด หลังพิจารณาปรับลดข้อคำถามโดยตัดออกไป 2 ข้อ คงเหลือคำถามในองค์ประกอบย่อยนี้จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดังใจ ท่านรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง (ตาฝ้าฟาง หูตึง ความคิด ความจำลดลง) ท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจกับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.66, 0.70 และ 0.64 ตามลำดับ และมีค่า $\alpha = 0.76$

สำหรับค่า α ในภาพรวมขององค์ประกอบสภาพจิตใจ เท่ากับ 0.84 โดยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างในองค์ประกอบนี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 4 และตารางที่ 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)

คำถาม	factor loading		
	1	2	3
Domain 1 Mental state			
1.1 General well-being positive affect			
คำถามข้อที่			
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ทุกวันนี้	.64		
4. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์)	.72		
7. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข	.75		
8. ท่านรู้สึกว่าชีวิตชีวา	.70		
9. ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา	.67		
10. ท่านรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร	.45		
1.2 General well-being negative affect			
คำถามข้อที่			
11. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน		.77	
12. ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง		.77	
13. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์		.67	
14. ท่านรู้สึกกังวลใจ		.73	
16. ท่านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว		.69	
1.3 Perceived ill-health and mental illness			
คำถามข้อที่			
18. ท่านรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตั้งใจ			.66
19. ท่านรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง (ตาฝ้าฟาง หูตึง ความคิด ความจำลดลง)			.70
20. ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน			.64

ตารางที่ 5 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) และ Subdomain ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	SD	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
1. Mental state	14	44.63	5.68	14-56	22-56	0.84
1.1 General well-being positive affect	6	18.01	2.83	6-24	7-24	0.79
1.2 General well-being negative affect	5	17.11	2.75	5-20	5-20	0.82
1.3 Perceived ill-health and mental illness	3	9.50	1.94	3-12	3-12	0.76

หมายเหตุ 1. Potential range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่เป็นไปได้ใน Domain หรือ Subdomain นั้น

2. Obtained range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ตอบคำถามใน Domain หรือ Subdomain นั้น

1.2.2 Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 19 ข้อ หลังการพิจารณาตัดข้อคำถาม โดยตัดออกไป 5 ข้อ เหลือคำถามจำนวน 14 ข้อ ดังนี้

Subdomain 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 4 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 จึงให้คงคำถามทุกข้อไว้ เพราะองค์ประกอบย่อยนี้มีข้อคำถามน้อยอยู่แล้ว ประกอบด้วยคำถาม ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน สนุกสนาน ท่านได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ่อยๆ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.75, 0.76, 0.63 และ 0.62 ตามลำดับ alpha = 0.73

Subdomain 2.2 ความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหวัง (Expectation achievement congruence) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 3 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 จึงให้คงคำถามทุกข้อไว้ ประกอบด้วยคำถาม ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้ ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.68, 0.75 และ 0.78 ตามลำดับ alpha = 0.74

Subdomain 2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping) มีคำถามเริ่มต้น 5 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 ข้อที่ควรพิจารณาตัดออก คือข้อ 30 “ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้” และข้อ 34 “ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดี” ซึ่งการตัดข้อใดข้อหนึ่งออกไปจะให้ค่า alpha ที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นผู้ทรงคุณวุฒิให้คงข้อ 30 ไว้ เพราะจะครอบคลุมความหมายตามองค์ประกอบย่อยได้ดีกว่า จึงตัดข้อคำถามออกไป 1 ข้อ เหลือข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้ ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.51, 0.68, 0.76 และ 0.75 ตามลำดับ alpha = 0.76

Subdomain 2.4 การควบคุมจิตใจของตนเองมีประสิทธิภาพ (Adequate mental mastery) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 7 ข้อ ในจำนวนนี้มีจำนวน 4 ข้อที่มีค่า factor loading ต่ำกว่า 0.40 คือข้อที่ 35 “ท่านมีวิธีผ่อนคลายความเครียดได้หลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย เข้าชมรม นั่งสมาธิ หรือระบายความไม่สบายใจให้คนที่ไวใจฟัง” ข้อที่ 37 “ท่านสามารถยอมรับคำวิพากษ์วิจารณ์จากผู้อื่นได้” ข้อที่ 40 “ท่านสามารถหาความสุขได้ตามที่ท่านต้องการ” และข้อที่ 41 “ท่านสามารถยอมรับได้กับบทบาทหน้าที่ การงาน สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป” factor loading เท่ากับ 0.03, -0.02, 0.14 และ 0.01 ตามลำดับ จึงให้ตัดคำถามทั้ง 4 ข้อออกไป แต่มีข้อควรพิจารณา คือ คำถามข้อที่ 35 ซึ่งควรมีในองค์ประกอบย่อยนี้ แต่ค่า factor loading ต่ำมากจึงให้ตัดออก ทั้งนี้ค่า factor loading ที่ต่ำ อาจเนื่องมาจากการตั้งคำถามว่า “ท่านมีวิธีคลายเครียด” ไม่ได้บ่งบอกถึงการมี mental mastery แต่ถ้าเปลี่ยนคำถามว่า “ท่านสามารถคลายเครียด” จะได้ความหมายที่ตรงมากกว่า เพราะ mental mastery เป็นเรื่องความสามารถทำอะไรได้บ้าง ไม่ใช่วิธีการ หลังการปรับลดข้อคำถามออกไป 4 ข้อ องค์ประกอบย่อยนี้จึงเหลือคำถาม 3 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านจะรู้สึกหงุดหงิดถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.73, 0.85 และ 0.84 ตามลำดับ $\alpha = 0.74$

สำหรับค่า α ในภาพรวมขององค์ประกอบสมรรถภาพของจิตใจ เท่ากับ 0.80 โดยมีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างในองค์ประกอบนี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 6 และตารางที่ 7 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
Domain 2 Mental capacity				
2.1 Interpersonal relationships				
คำถามข้อที่				
23. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	.75			
24. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	.76			
25. ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน สนุกสนาน	.63			
26. ท่านได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ่อยๆ	.62			
2.2 Expectation achievement congruence				
คำถามข้อที่				
27. ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้		.68		
28. ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต		.75		
29. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน		.78		
2.3 Confidence in coping				
คำถามข้อที่				
30. ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้			.51	
31. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)			.68	
32. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น			.76	
33. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต			.75	
2.4 Adequate mental mastery				
คำถามข้อที่				
36. ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง				.73
38. ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ				.85
39. ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน				.84

ตารางที่ 7 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) และ Subdomain ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	SD	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
2. Mental capacity	14	40.88	5.07	14-56	22-56	0.80
2.1 Interpersonal relationships	4	11.93	1.98	4-16	4-16	0.73
2.2 Expectation Achievement congruence	3	8.74	1.64	3-12	3-12	0.74
2.3 Confidence in coping	4	10.98	2.14	4-16	4-16	0.76
2.4 Adequate mental mastery	3	9.23	1.73	3-12	3-12	0.74

1.2.3 Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีคำถามเริ่มต้นจำนวน 16 ข้อ หลังการพิจารณาลดข้อคำถาม โดยตัดออก 2 ข้อ เหลือคำถามจำนวน 14 ข้อ ดังนี้

Subdomain 3.1 เมตตา กรุณา และเสียสละ (Kindness and altruism) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 4 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 ให้คงคำถามทุกข้อไว้ ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาสดังกล่าว โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.69, 0.73, 0.69 และ 0.62 ตามลำดับ และมีค่า alpha = 0.74

Subdomain 3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 5 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 พิจารณาลดข้อคำถามที่มีค่า factor loading น้อยกว่าออกไป ประกอบด้วย ข้อที่ 49 “ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป” ค่า factor loading = 0.58 เนื่องจากข้อที่ 50 “ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อคนรอบข้าง” ค่า factor loading = 0.45 และข้อที่ 50 นี้ คำถามคล้ายกับข้อ 48 “ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัว” แต่ข้อที่ 48 มีความหมายเฉพาะเจาะจงมากกว่า และผู้สูงอายุคนไทยให้ความสำคัญกับเรื่องครอบครัวมากกว่า สังคมรอบข้าง จึงให้คงข้อ 48 ไว้ หลังการปรับลดข้อคำถามออกไป 2 ข้อ องค์ประกอบย่อยนี้เหลือข้อคำถาม 3 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัว โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.68, 0.77 และ 0.78 ตามลำดับ และมีค่า alpha = 0.78

Subdomain 3.3 ความศรัทธา (Faith) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 4 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 ให้คงข้อคำถามไว้ทุกข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ ท่านเชื่อมั่นว่าการทำดีย่อมได้รับผลตอบแทนที่ดี ท่านเคยประสบกับความยุ่งยากและสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่านผ่านพ้นไปได้ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.65, 0.42, 0.77 และ 0.74 ตามลำดับ และมีค่า alpha = 0.73

Subdomain 3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 3 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 ให้คงข้อคำถามไว้ทุกข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดี

ขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.73, 0.82, และ 0.73 ตามลำดับ และมีค่า $\alpha = 0.74$

สำหรับค่า α ในภาพรวมขององค์ประกอบของคุณภาพของจิตใจ เท่ากับ 0.87 โดยมีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างในองค์ประกอบนี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แสดงไว้ในตารางที่ 8 และตารางที่ 9 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
3. Mental quality				
3.1 Kindness and altruism				
คำถามข้อที่				
42. ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	.69			
43. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	.73			
44. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	.69			
45. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	.62			
3.2 Self esteem				
คำถามข้อที่				
46. ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง		.68		
47. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง		.77		
48. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัว		.78		
3.3 Faith				
คำถามข้อที่				
51. ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต			.65	
52. ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ			.42	
53. ท่านเชื่อมั่นว่าการทำดีย่อมได้รับผลตอบแทนที่ดี			.77	
54. ท่านเคยประสบกับความยุ่งยาก และสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่านผ่านพ้นไปได้			.74	
3.4 Creative thinking and enthusiasm				
คำถามข้อที่				
55. ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม				.73
56. ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ				.82
57. ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ				.73

ตารางที่ 9 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ Subdomain ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	SD	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
Domain 3 Mental quality	14	41.90	5.67	14-56	14-56	0.87
3.1 Kindness and altruism	4	11.84	1.89	4-16	4-16	0.74
3.2 Self esteem	3	9.59	1.55	3-12	3-12	0.78
3.3 Faith	4	12.07	2.01	4-16	4-16	0.73
3.4 Creative thinking and enthusiasm	3	8.40	1.79	3-12	3-12	0.74

1.2.4 Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีคำถามเริ่มต้นจำนวน 17 ข้อ หลังการพิจารณาตัดข้อคำถาม เหลือคำถามจำนวน 14 ข้อ ดังนี้

Subdomain 4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีคำถามเริ่มต้นจำนวน 2 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 ให้คงคำถามทุกข้อไว้ ประกอบด้วยคำถาม ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ ท่านมีคนที่สามารถปรับทุกข์ได้ โดย มีค่า factor loading เท่ากับ 0.77 และ 0.72 ตามลำดับ และมีค่า alpha = 0.67 ซึ่งถือว่าพอใช้ได้ แต่นักสถิติแนะนำให้เพิ่มจำนวนข้อคำถามในการศึกษาครั้งต่อไปเพื่อให้ได้ค่าความเชื่อมั่นหรือค่า alpha ที่สูงขึ้น

Subdomain 4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) มีคำถามเริ่มต้นจำนวน 5 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่า factor loading ต่ำกว่าออกไป 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 61 “ท่านปรึกษาหารือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเสมอเมื่อท่านมีปัญหา” factor loading = 0.62 เหลือคำถามจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านรู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ในครอบครัว ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน ถ้าท่านป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่านเป็นอย่างดี สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.71, 0.80, 0.79 และ 0.77 ตามลำดับ และมีค่า alpha = 0.86

Subdomain 4.3 ความปลอดภัยทางร่างกาย ความมั่นคงในชีวิต และสิ่งแวดล้อม (Physical safety, security and environment) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 6 ข้อ มีข้อคำถามที่มีค่า factor loading จำนวน 1 ข้อที่ต่ำกว่า 0.40 คือข้อที่ 68 “ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น” ค่า factor loading = .39 ซึ่งสมควรตัดออก แต่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้คงคำถามข้อนี้ไว้ เนื่องจากการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น เป็นความมั่นคงอย่างหนึ่งของชีวิต แต่ให้พิจารณาตัดข้อคำถามอื่นที่มีค่า factor loading น้อยในลำดับถัดไป ได้แก่ ข้อที่ 67 “ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้” ค่า factor loading = 0.51 ตัดออกเพราะคำถามคล้ายกับข้อที่ 70 “ท่านรู้สึกพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน” ตัดข้อที่ 69 “ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน” เพราะคำถามไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และตามความเป็นจริงคำถามข้อนี้สมควรตัดออกตั้งแต่การทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและคำนวณหาค่า CVI แล้ว เนื่องจากมีค่า CVI ต่ำกว่า 0.83 หลังการปรับลดข้อคำถามสำหรับองค์ประกอบย่อยนี้ออกไป 2 ข้อ คงเหลือข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้ ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ท่านรู้สึก

พึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.73, 0.74, 0.39 และ 0.61 ตามลำดับ และมีค่า $\alpha = 0.68$

Subdomain 4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม (Health and social care) มีคำถามเริ่มต้น จำนวน 4 ข้อ ทุกข้อมีค่า factor loading มากกว่า 0.40 ให้คงทุกข้อคำถามไว้ แต่ในจำนวนนี้มีคำถามข้อที่ 74 “เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน” สามารถอยู่ได้ทั้ง Subdomain 4.1 ค่า factor loading = 0.49 และ Subdomain 4.4 ค่า factor loading = 0.42 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้อยู่ใน Subdomain 4.4 เพราะคำถามอีก 3 ข้อ เป็นเรื่องของการสาธารณสุข ส่วนข้อที่ 74 เป็นเรื่องเกี่ยวกับบริการทางสังคม คำถามใน Subdomain นี้ ประกอบด้วย มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้ มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วยท่านไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.80, 0.83, 0.77 และ 0.42 ตามลำดับ และมีค่า $\alpha = 0.74$

สำหรับค่า α ในภาพรวมขององค์ประกอบปัจจัยสนับสนุน เท่ากับ 0.86 โดยมีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ factor analysis ของโครงสร้างในองค์ประกอบนี้ และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้องแสดงไว้ในตารางที่ 10 และตารางที่ 11 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
4. Supporting factors				
4.1 Social support				
คำถามข้อที่				
58. ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	.77			
59. ท่านมีคนที่สามารถปรับทุกข์ได้	.72			
4.2 Family support				
คำถามข้อที่				
60. ท่านรู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ในครอบครัว		.71		
62. ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน		.80		
63. ถ้าท่านป่วย ท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่านเป็นอย่างดี		.79		
64. สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน		.77		

ตารางที่ 10 ค่า factor loading ของรายการคำถามใน Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) สำหรับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489) (ต่อ)

คำถาม	factor loading			
	1	2	3	4
4.3 Physical safety, security and environment				
คำถามข้อที่				
65. ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน			.73	
66. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้			.74	
68. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น			.39	
70. ท่านรู้สึกพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน			.61	
4.4 Health and social care				
คำถามข้อที่				
71. มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้				.80
72. มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ				.83
73. เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วย ท่านไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน				.77
74. เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน				.42

ตารางที่ 11 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) และ Subdomain ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 1,489)

Factor	Number of item	$\bar{X}$	S.D.	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
4. Supporting factors	14	42.59	5.41	14-56	19-56	0.86
4.1 Social support	2	5.57	1.19	2-8	2-8	0.67
4.2 Family support	4	13.17	2.09	4-16	4-16	0.86
4.3 Physical safety, security and environment	4	11.77	1.79	4-16	5-16	0.68
4.4 Health and social care	4	12.08	1.96	4-16	4-16	0.74

1.3 การลดข้อคำถามแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ ให้เหลือเพียงฉบับสั้น 15 ข้อ

ในการลดข้อคำถามจากฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ เหลือเป็นฉบับสั้น 15 ข้อ กระทำโดยใช้วิธีการพิจารณาจากค่า factor loading ในรายการคำถามทั้งหมด และการพิจารณาลดหรือคง Subdomain ไว้ในแต่ละ Domain จะต้องมียค่า factor loading มากกว่า 0.40 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมากกว่า 0.70 ร่วมกับการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ และ Subdomain ที่เหลือจะต้องสะท้อนความหมายของ Domain นั้นๆ มากที่สุดด้วย ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า

- Domain 1 Mental state เหลือเพียง 2 Subdomains คือ
 - 1.1 General well-being positive affect มี 2 ข้อ
 - 1.2 General well-being negative affect มี 1 ข้อ
- Domain 2 Mental capacity เหลือเพียง 2 subdomains คือ
 - 2.1 Interpersonal relationship มี 2 ข้อ
 - 2.2 Confidence in coping มี 2 ข้อ
- Domain 3 Mental quality เหลือเพียง 2 Subdomains คือ
 - 3.1 Kindness and altruism มี 2 ข้อ
 - 3.2 Self esteem มี 2 ข้อ
- Domain 4 Supporting factors เหลือเพียง 2 Subdomains คือ
 - 4.1 Social support มี 1 ข้อ
 - 4.2 Family support มี 3 ข้อ

แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่า factor loading ของรายการคำถามแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น 15 ข้อ หรือ T-GMHA-15 (n=1,489)

ข้อ	คำถาม	factor loading
1	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์)	.72
2	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตของท่านมีความสุข	.75
3	ท่านรู้สึกกังวลใจ	.73
4	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	.75
5	ท่านมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	.76
6	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้	.51
7	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	.68
8	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	.69
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	.73
10	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง	.68
11	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	.77
12	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆในสังคมคอยช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ	.77
13	ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน	.80
14	ถ้าท่านป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	.79
15	สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน	.77

หมายเหตุ ค่า Cronbach's alpha coefficient ของ T-GMHA-15 = 0.86

1.4 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ T-GMHA-56 และ T-GMHA-15

ผลการศึกษาพบว่า T-GMHA-56 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 56-224 คะแนน พบว่า คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 95-224 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 170 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.83 มัธยฐาน 170 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 160 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 181 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก T-GMHA-56 จากการศึกษาครั้งนี้มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

182-224	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
160-181	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
159	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

ผลการศึกษา T-GMHA-15 ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน พบว่า คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 23-60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 45.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.60 มัธยฐาน 46 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 43 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 49 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก T-GMHA-15 จากการศึกษาครั้งนี้มีการกระจายไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 สำหรับผลการศึกษาค่าปกติของ T-GMHA-56 และ T-GMHA-15 ศึกษารายละเอียดได้

ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิต
 ผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ (n=1,489)

Statistics	T-GMHA-56	T-GMHA-15
Mean	170.00	45.75
Standard deviation	17.83	5.60
Median	170.00	46.00
25 th percentile	160	43
75 th percentile	181	49
Maximum	224	60
Minimum	95	23
Potential range	56-224	15-60
Obtained range	95-224	23-60
Range	129	37

หมายเหตุ ค่าความเชื่อมั่น T-GMHA-56 = 0.94 T-GMHA-15 = 0.86

1.5 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์
 (T-GMHA -56) โดยจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต

Domain ที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง
 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 26-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.63
 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.68 มัธยฐาน 45 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 41 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 75
 เท่ากับ 49 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 1 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ
 (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซนต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

50-56 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

41-49 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

40 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่
 ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 22-56 คะแนน โดยมีคะแนน
 เฉลี่ย 40.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.07 มัธยฐาน 41 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 38 เปอร์เซนต์
 ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 44 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 2 มีการกระจายที่ไม่เป็น
 ปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซนต์ไคล์ เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

45-56 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

38-44 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

37 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สมรรถภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 41.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.67 มัธยฐาน 42 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 39 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 45 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 3 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

46-56 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

39-45 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

38 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง คุณภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 19-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.41 มัธยฐาน 42 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 39 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 46 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 4 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

47-56 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

39-46 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

38 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

สำหรับรายละเอียดผลการศึกษาดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) โดยจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต (n=1,489)

Statistics	Domain 1 Mental state	Domain 2 Mental capacity	Domain 3 Mental quality	Domain 4 Supporting factors
Mean	44.63	40.88	41.90	42.59
Standard deviation	5.68	5.07	5.67	5.41
Median	45	41	42	42
25 th percentile	41	38	39	39
75 th percentile	49	44	45	46
Maximum	56	56	56	56
Minimum	22	22	14	19
Potential range	14-56	14-56	14-56	14-56
Obtained range	26-56	22-56	14-56	19-56
Range	30	34	42	37

1.6 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ T-GMHA-56 เมื่อจำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า T-GMHA-56 เมื่อศึกษาเฉพาะเพศชาย (n=742) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 56-224 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 115-224 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 170.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.43 มัธยฐาน 171 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 161 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 181 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก T-GMHA-56 จากการศึกษานี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้ เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 182-224 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
- 161-181 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
- 160 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

ผลการศึกษา T-GMHA-56 เมื่อศึกษาเฉพาะเพศหญิง (n=747) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 56-224 คะแนน พบว่าคะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 95-224 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 169.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.21 มัธยฐาน 170 คะแนน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 159 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 180 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก T-GMHA-56 จากการศึกษานี้ มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้ เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 181-224 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
- 159-180 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
- 158 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

สำหรับผลการศึกษาค่าปกติของ T-GMHA-56 เมื่อจำแนกตามเพศชาย และเพศหญิง ศึกษารายละเอียดได้ในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) เมื่อจำแนกตามเพศ (n=1,489)

Statistics	Male (n=742)	Female (n=747)
Mean	170.41	169.60
Standard deviation	17.43	18.21
Median	171	170
25 th percentile	161	159
75 th percentile	181	180
Maximum	224	224
Minimum	115	95
Potential range	56-224	56-224
Obtained range	115-224	95-224
Range	109	129
หมายเหตุ	ค่าความเชื่อมั่น T-GMHA-56 เพศชาย = 0.94 เพศหญิง = 0.94	

1.7 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA -56) โดยจำแนกตามเพศ และองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต

1.7.1 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA -56) โดยจำแนกตามเพศชาย และองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต

Domain ที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 22-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.55 มัธยฐาน 45 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 41 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 48 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 1 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

49-56 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

41-48 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

40 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 22-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 41.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.90 มัธยฐาน 41 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 38 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 44 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 2 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์ เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

45-56 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

38-44 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

37 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สมรรถภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 25-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.56 มัธยฐาน 42 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 39 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 46 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 3 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

47-56 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

39-46 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

38 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง คุณภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 24-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.34 มัธยฐาน 42 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 40 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 46 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 4 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซ็นไทล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 47-56 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 40-46 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 39 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าผู้สูงอายุ

ทั่วไป สำหรับรายละเอียดผลการศึกษาดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) จำแนกตามเพศชาย และองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต (n=742)

Statistics	Domain 1 Mental state	Domain 2 Mental capacity	Domain 3 Mental quality	Domain 4 Supporting factors
Mean	44.51	41.02	42.16	42.72
Standard deviation	5.55	4.90	5.56	5.34
Median	45	41	42	42
25 th percentile	41	38	39	40
75 th percentile	48	44	46	46
Maximum	56	56	56	56
Minimum	22	22	25	24
Potential range	14-56	14-56	14-56	14-56
Obtained range	22-56	22-56	25-56	24-56
Range	34	34	31	32

1.7.2 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA -56) โดยจำแนกตามเพศหญิง และองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต

Domain ที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 25-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.81 มัธยฐาน 46 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 40 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 49 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 1 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซนต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

- 50-56 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 40-49 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 39 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 22-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.24 มัธยฐาน 41 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 37 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 44 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 2 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซนต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

45-56 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

37-44 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

36 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สมรรถภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน โดยมี คะแนนเฉลี่ย 41.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.77 มัธยฐาน 42 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 39 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 45 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 3 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซนต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

46-56 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

39-45 คะแนน หมายถึง คุณภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

38 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง คุณภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

Domain ที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนที่ได้จากการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 19-56 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.49 มัธยฐาน 42 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 25 เท่ากับ 39 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 75 เท่ากับ 46 และเนื่องจากการกระจายของคะแนนที่ได้จาก Domain 4 มีการกระจายที่ไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงใช้เปอร์เซนต์ไคล์เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (norm) ดังนี้

47-56 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

39-46 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

38 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป สำหรับรายละเอียดผลการศึกษาดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การศึกษาค่าปกติ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) จำแนกตามเพศหญิง และองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต (n=747)

	Domain 1	Domain 2	Domain 3	Domain 4
Statistics	Mental state	Mental capacity	Mental quality	Supporting factors
Mean	44.74	40.75	41.64	42.47
Standard deviation	5.81	5.24	5.77	5.49
Median	46	41	42	42
25 th percentile	40	37	39	39
75 th percentile	49	44	45	46
Maximum	56	56	56	56
Minimum	25	22	14	19
Potential range	14-56	14-56	14-56	14-56
Obtained range	25-56	22-56	14-56	19-56
Range	31	34	42	37

2. การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ

จากการศึกษาความสอดคล้องหรือความพ้องระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ หมายถึงแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น มีความสอดคล้องในการแปลผลเช่นเดียวกับแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์เป็นอย่างไร ถ้าค่า Kappa ที่เข้าใกล้ 1 มาก แสดงถึงความสอดคล้องสูง ผลการศึกษาพบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าความพ้องระหว่าง T-GMHA-56 และ T-GMHA-15 มีค่า Kappa เท่ากับ 0.71 ซึ่งหมายถึงมีความพ้องกันในระดับมาก ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ (n=1,489)

Pairs	Kappa	p-value
T-GMHA-56 and T-GMHA-15	0.71	<.001

3. การศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-56) และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI)

3.1 การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการประเมินระดับคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 51.1 รองลงมาคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 48.7 และในจำนวนนี้มีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.2) มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา (n = 1,489)

ระดับคุณภาพชีวิต	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
มีคุณภาพชีวิตที่ดี	355 (47.8)	370 (49.5)	725 (48.7)
มีคุณภาพชีวิตกลางๆ	386 (52.0)	375 (50.2)	761 (51.1)
มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	1 (0.2)	2 (0.3)	3 (0.2)
รวม	742 (100.0)	747 (100.0)	1,489 (100.0)

3.2 ความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

การศึกษาความตรงเหมือนระหว่าง T-GMHA-56 และ WHOQOL-26 (BRIEF-THAI) เป็นระดับของความคล้ายคลึงกันของแบบวัดที่ควรจะคล้ายคลึงกันตามทฤษฎี กล่าวคือ ข้อคำถามหรือตัวชี้วัดที่วัดในเรื่องเดียวกันควรจะมีความแปรปรวนร่วมที่อธิบายโดยองค์ประกอบเดียวกันสูง เมื่อทำการศึกษาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับแล้วมีความสัมพันธ์กันสูงก็เป็นหลักฐานบ่งชี้ว่ามีความตรงเหมือน ความตรงเหมือนนี้เป็นการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมืออีกรูปแบบหนึ่ง

จากการศึกษาความตรงเหมือนระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ (T-GMHA-56) กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI) ด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าความสัมพันธ์ระหว่าง T-GMHA-56 และ WHOQOL-BRIEF-THAI มีค่า correlation เท่ากับ 0.70 ซึ่งหมายถึงแบบประเมิน T-GMHA-56 ที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์กับ WHOQOL-BRIEF-THAI หรือมีความตรงเหมือน (convergent validity) ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BRIEF - THAI) ($n=1,489$)

Pairs	Correlation	p-value
T-GMHA-56 and WHOQOL-BRIEF-THAI	0.70	<.001

4. การศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ เมื่อจำแนกตามเพศชาย เพศหญิง และในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป ร้อยละ 51.2, 50.9 และ 51.5 ตามลำดับ

ผลการศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น เมื่อจำแนกตามเพศชาย เพศหญิง และในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป ร้อยละ 52.8, 52.3 และ 52.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น ($n=1,489$)

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ฉบับสมบูรณ์			
ดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป	177 (23.9)	183 (24.5)	352 (23.6)
เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป	380 (51.2)	380 (50.9)	767 (51.5)
ต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป	185 (24.9)	184 (24.6)	370 (24.8)
ฉบับสั้น			
ดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป	182 (24.5)	173 (23.2)	355 (23.8)
เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป	392 (52.8)	391 (52.3)	783 (52.6)
ต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป	168 (22.6)	183 (24.5)	351 (23.6)
รวม	742 (100.0)	747 (100.0)	1,489 (100.0)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ศึกษาค่าปกติซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำแนกตามเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ ฉบับสั้น องค์ประกอบ (Domain) และเพศ ศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และศึกษาความตรงเหมือนระหว่างเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาใหม่กับแบบวัดคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การศึกษาระยะที่ 1 ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพัฒนาเครื่องมือ ดำเนินการศึกษาโดย

1.1 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย ครั้งที่ 1 จำนวน 15 คน (จิตแพทย์และแพทย์ 3 คน นักจิตวิทยา 4 คน พยาบาลจิตเวช 6 คน นักสถิติ 2 คน) ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2556 เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดในการวิจัย และระเบียบวิธีวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) เป็นเครื่องมือต้นแบบในการพัฒนาเครื่องมือ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 การศึกษาความหมายของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป - 80 ปี จำนวน 13 คน เป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น 6 คน ที่มีรายได้ดี และในเขตเทศบาลตำบลศิลา จังหวัดขอนแก่น 7 คน ที่มีรายได้น้อย (เพศชาย 7 คน เพศหญิง 6 คน)

1.3 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย ครั้งที่ 2 จำนวน 20 คน (จิตแพทย์และแพทย์ 5 คน นักจิตวิทยา 3 คน พยาบาลจิตเวช 10 คน พยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน นักสถิติ 1 คน) ในวันที่ 25 เมษายน 2556 เพื่อพิจารณาคำจำกัดความ องค์ประกอบหลัก (Domain) องค์ประกอบย่อย (Subdomain) และปรับลดหรือเพิ่มข้อคำถาม

2. การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการทดสอบภาษาของเครื่องมือ

2.1 ส่งเครื่องมือฉบับร่าง 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช แพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ) จำนวน 9 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคำถามแต่ละข้อ และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index : CVI) เพื่อพิจารณาตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้อง หรือเกี่ยวข้องน้อยทิ้งไป โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา คือ ในกรณีที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป เกณฑ์ที่ยอมรับได้ $CVI = 0.80$ ขึ้นไป ผลการศึกษาได้เครื่องมือฉบับร่าง 2 จำนวน 74 ข้อ โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด เท่ากับ 0.97 ซึ่งถือว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือยอมรับได้ โดยมีค่า 0.80 ขึ้นไป (Davis, 1992)

2.2 การทดสอบภาษาของเครื่องมือ กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 41 คน แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุ พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทุก domain มีค่า $\alpha > 0.80$ หลังการปรับปรุงคำถามตามข้อเสนอแนะได้เครื่องมือฉบับร่าง 3 จำนวน 74 ข้อ

3. การศึกษาระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (Construct validity) ค่าปกติ (norm) และความสัมพันธ์กับเครื่องมือมาตรฐาน

3.1 เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 1,489 คน ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ผ่านกระบวนการวิจัยทั้ง 2 ระยะ (ฉบับร่าง 3) หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาค่า factor loading และค่าสถิติพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพิจารณาในการปรับลดข้อคำถามต่อไป

3.2 ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลทุกคนจะถูกประเมินด้วยเครื่องชี้วัดวัดคุณภาพชีวิตของ WHO จำนวน 26 ข้อ (ส่วตันน์ มหิตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต

3.3 การจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย จำนวน 16 คน (จิตแพทย์และแพทย์ 5 คน นักจิตวิทยา 1 คน พยาบาลจิตเวช 8 คน นักสถิติ 2 คน) ในวันที่ 27 กันยายน 2556 เพื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลความตรงตามโครงสร้าง การพิจารณาลดข้อคำถามเพื่อให้เกิดเครื่องมือ 2 ฉบับ คือ ฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น รวมทั้งหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) การหาค่าปกติของเครื่องมือ (ฉบับสมบูรณ์ ฉบับสั้น จำแนกตามองค์ประกอบ และจำแนกตามเพศ) การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น และการศึกษาความสัมพันธ์ (correlation study) ในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

4. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป - 80 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาความหมายของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง และเขตเทศบาลตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป - 80 ปี 2) อาศัยอยู่ในหมู่บ้านขณะทำการศึกษา 3) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้รู้เรื่อง และ 4) ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนจบกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีอาการโรคจิตระยะรุนแรงหรือมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม 2) ดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดขณะสัมภาษณ์

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการทดสอบภาษาของเครื่องมือ โดยทำการทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ของเครื่องมือรายข้อกับผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเทศบาลตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 41 คน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) และคุณสมบัติที่คัดออก (exclusion criteria) เช่นเดียวกับการศึกษาระยะที่ 1

การศึกษาระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (Construct validity) และความสัมพันธ์กับเครื่องมือมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง และเขตเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,489 คน โดยมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป - 80 ปี 2) อาศัยอยู่ในหมู่บ้านขณะทำการศึกษา 3) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก 4) ให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ดังนี้ 1) เมื่อประเมินด้วย MMSE แล้วพบว่ามีความผิดปกติ 2) มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม 3) มีอาการโรคจิตระยะรุนแรง 4) เมาสุราหรือยาเสพติด และ 5) ออกจากการวิจัยก่อนครบกระบวนการ

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

5.1 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับร่าง 3 ซึ่งผ่านขั้นตอนการศึกษา 2 ระยะ ข้างต้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาสุขภาพ เรื่องทุกข์ใจ และระดับความสุขในรอบ 1 เดือน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตาม กรอบแนวคิดตามเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ของอภิชัย มงคล และคณะ (2552) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด ในคำตอบที่เป็นเชิงบวกการให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน และในคำตอบที่เป็นเชิงลบให้คะแนนตั้งแต่ 4 คะแนน ถึง 1 คะแนน

5.2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BRIEF - THAI) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

5.3 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini - Mental State Examination : Thai version (MMSE - Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ในวันที่ 12 มิถุนายน 2556 โดยทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้ เครื่องมือโดยการสลับคู่กันถามตอบ อภิปราย ชักถามกรณีมีข้อสงสัย หรือปัญหาอุปสรรค และแก้ไข ปัญหาาร่วมกัน

6.2 ออกเก็บข้อมูลวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาล ตำบลพระลับ สำราญ โคกสี บ้านค้อ บ้านเปิด บ้านท่ม สวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดย อาสาสมัครทุกคนจะได้พบพยาบาลเพื่อสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ในกรณีพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี พยาบาลจะประเมินต่อด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย

6.3 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มิถุนายน-สิงหาคม 2556

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนที่อยู่ตรงกลาง ฐานนิยม เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

7.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างและการวิเคราะห์ข้อคำถาม (Construct validity and item analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ซึ่งประกอบด้วย Factor loading การวิเคราะห์คำถามโดยใช้ Correlation และ Cronbach's alpha coefficient เพื่อหาค่า ความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายในข้อคำถาม (Internal consistency)

7.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้น ด้วย Kappa statistic

7.4 การศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่างแบบประเมิน สุขภาพจิตผู้สูงอายุ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient (เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติหรือ non-normal distribution)

8. สรุปผลการวิจัย

8.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพัฒนาเครื่องมือ หลังดำเนินการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย จำนวน 2 ครั้ง และสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 13 คน ได้คำจำกัดความองค์ประกอบหลัก (Domain) องค์ประกอบย่อย (Subdomain) และปรับลดหรือเพิ่มข้อคำถาม ได้เครื่องมือฉบับร่างจำนวน 74 ข้อ

8.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการทดสอบภาษาของเครื่องมือ หลังดำเนินการในระยนี้ได้อาความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97 ได้เครื่องมือฉบับร่างจำนวน 74 ข้อเช่นเดิม

8.3 ผลการศึกษาระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (Construct validity) ศึกษาค่าปกติ (norm) และความสัมพันธ์กับเครื่องมือมาตรฐาน การศึกษาระยะนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,490 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 1 คน ถูกคัดออกจากการศึกษาเนื่องจากมีความผิดปกติทางสมอง ($MMSE \leq 17$ คะแนน) จึงเหลือข้อมูลที่นำมาศึกษาครั้งนี้ 1,489 ชุด มีผลการศึกษา ดังนี้

8.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.2 มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี ร้อยละ 32.4 (อายุเฉลี่ย 68.58 ปี $SD = 5.56$) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 85.6 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.3 มีรายได้ในช่วง 1-2000 ร้อยละ 59.0 (รายได้เฉลี่ย 3,488.69 บาท $SD = 5,401.76$ คะแนนที่อยู่ตรงกลาง = 2,000 บาท ฐานนิยม = 600 บาท) ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 58.2

ด้านภาวะสุขภาพพบว่ามีปัญหาสุขภาพ ในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้อยู่ร้อยละ 67.3 ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.7 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.3 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก ร้อยละ 77.4 ในกรณีมีเรื่องทุกข์ใจพบว่าส่วนใหญ่ทุกข์ใจเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ร้อยละ 36.8 รองลงมามีปัญหาเศรษฐกิจและการเงิน ร้อยละ 28.5 ระดับความสุขโดยรวมในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีความสุขในระดับ 5 ร้อยละ 20.1 รองลงมามีความสุขระดับ 8 ร้อยละ 17.7 (ระดับความสุขเฉลี่ย 7.10 $SD = 2.06$)

8.3.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ พบว่า คำถามแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์มีทั้งหมด 56 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 ประกอบด้วย 4 Domains 15 Subdomains ดังนี้

1) Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีคำถาม 14 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ย 44.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.68 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 22-56 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วย 3 Subdomains ดังนี้

- 1.1) General well-being positive affect มีคำถาม 6 ข้อ
- 1.2) General well-being negative affect มีคำถาม 5 ข้อ
- 1.3) Perceived ill-health and mental illness มีคำถาม 3 ข้อ

2) Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีคำถาม 14 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 40.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.07 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 22-56 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 2 เท่ากับ 0.80 ประกอบด้วย 4 Subdomains ดังนี้

- 2.1) Interpersonal relationships มีคำถาม 4 ข้อ
- 2.2) Expectation achievement congruence มีคำถาม 3 ข้อ
- 2.3) Confidence in coping มีคำถาม 4 ข้อ
- 2.4) Adequate mental mastery มีคำถาม 3 ข้อ

3) Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีคำถาม 14 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 41.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.67 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 3 เท่ากับ 0.87 ประกอบด้วย 4 Subdomains ดังนี้

- 3.1) Kindness and altruism มีคำถาม 4 ข้อ
- 3.2) Self esteem มีคำถาม 3 ข้อ
- 3.3) Faith มีคำถาม 4 ข้อ
- 3.4) Creative thinking and enthusiasm มีคำถาม 3 ข้อ

4) Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีคำถาม 14 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 42.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.41 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้จากการศึกษาอยู่ระหว่าง 19-56 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 4 เท่ากับ 0.86 ประกอบด้วย 4 Subdomains ดังนี้

- 4.1) Social support มีคำถาม 2 ข้อ
- 4.2) Family support มีคำถาม 4 ข้อ
- 4.3) Physical safety, security and environment มีคำถาม 4 ข้อ
- 4.4) Health and social care มีคำถาม 4 ข้อ

8.3.3 การลดข้อคำถามจากแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ (T-GMHA-56) ให้เหลือเพียงฉบับสั้น 15 ข้อ (T-GMHA-15)

จากการลดข้อคำถาม T-GMHA-56 ให้เหลือฉบับสั้นโดยให้มีคำถามครอบคลุมทุก Domain และพยายามครอบคลุม Subdomain เกือบทั้งหมด ในการพิจารณาลดข้อคำถามนี้ ใช้วิธีการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับที่ปรึกษาซึ่งเป็นนักสถิติ ประกอบกับการพิจารณาค่า factor loading ในรายการคำถามจากทั้งหมด และ Eigenvalues ซึ่งเป็นค่าที่บอกน้ำหนักของแต่ละ Subdomain ว่ามีน้ำหนักต่อภาพรวมของแต่ละ Domain หรือไม่ โดยใช้หลักการในการลดคำถามและตัด Subdomain ใดๆ ออกไป Subdomain ที่เหลือต้องมีค่า Eigenvalues อย่างน้อยเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 50.0 ของ Percent of variance ทั้งหมดและ Subdomain ที่เหลือต้องสะท้อนความหมายของ Domain มากที่สุดด้วย ผลการศึกษาพบว่าได้ T-GMHA ฉบับสั้น เหลือคำถามจำนวน 15 ข้อ และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 โดย T-GMHA-15 ยังมี 4 Domains เช่นเดิม แต่เหลือ Subdomains 8 หมวด ดังนี้

- 1) Domain 1 Mental state เหลือเพียง 2 Subdomains คือ
 - 1.1) General well-being positive affect มี 2 คำถาม
 - 1.2) General well-being negative affect มี 1 คำถาม
- 2) Domain 2 Mental capacity เหลือเพียง 2 Subdomains คือ
 - 2.1) Interpersonal relationship มี 2 คำถาม
 - 2.2) Confidence in coping มี 2 คำถาม
- 3) Domain 3 Mental quality เหลือเพียง 2 Subdomains คือ
 - 3.1) Kindness and altruism มี 2 คำถาม
 - 3.2) Self esteem มี 2 คำถาม
- 4) Domain 4 Supporting factors เหลือเพียง 2 Subdomains คือ
 - 4.1) Social support มี 1 คำถาม
 - 4.2) Family support มี 3 คำถาม

8.3.4 การศึกษาค่าปกติ (Norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA) ฉบับสมบูรณ์ 56 และฉบับสั้น 15 ข้อ

- 1) ผลการศึกษาพบว่า T-GMHA-56 มีค่าปกติ (norm) ดังนี้
 182-224 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 160-181 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 159 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
- 2) ผลการศึกษาพบว่า T-GMHA-15 มีค่าปกติ (norm) ดังนี้
 50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

8.3.5 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-56) โดยจำแนกตามองค์ประกอบ (Domain) ของสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า

- 1) Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state) มีค่าปกติ (norm) ดังนี้
 50-56 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 41-49 คะแนน หมายถึง สภาพจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 40 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สภาพจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
- 2) Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) มีค่าปกติ (norm) ดังนี้
 45-56 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 38-44 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 37 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สมรรถภาพของจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

- (norm) ดังนี้
- 3) Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) มีค่าปกติ
 - 46-56 คะแนน หมายถึง คุณภาพของจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 - 39-45 คะแนน หมายถึง คุณภาพของจิตใจเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 - 38 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง คุณภาพของจิตใจต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 - 4) Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีค่าปกติ
 - 47-56 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 - 39-46 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 - 38 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

8.3.6 การศึกษาค่าปกติ (norm) ของ T-GMHA-56 เมื่อจำแนกตามเพศ ผลการศึกษาพบว่า

- 1) T-GMHA-56 ของเพศชาย มีค่าปกติ (norm) ดังนี้
 - 182-224 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 - 161-181 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 - 160 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
- 2) T-GMHA-56 ของเพศหญิง มีค่าปกติ (norm) ดังนี้
 - 181-224 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
 - 159-180 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป
 - 158 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

8.3.7 การศึกษาความพ้อง (agreement study) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ ผลการศึกษาพบว่าค่าความพ้องระหว่าง T-GMHA-56 และ T-GMHA-15 มีค่า Kappa เท่ากับ 0.71 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

8.3.8 ศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI) ด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าความสัมพันธ์ระหว่าง T-GMHA-56 และ WHOQOL-BRIEF-THAI มีค่า correlation เท่ากับ 0.70

9. อภิปรายผล ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

9.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,489 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.2 มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี ร้อยละ 32.4 รองลงมา 60-64 ปี ร้อยละ 28.0 อายุเฉลี่ย 68.58 ปี ($SD=5.56$) อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 98.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.6 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.3 ว่างานร้อยละ 19.1 และประกอบอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 17.7 มีรายได้เฉลี่ย 3,488.69 บาท ($SD=5,401.76$ Median = 2,000 บาท Mode = 600 บาท) ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 58.2

ผลการศึกษาที่ได้รับครั้งนี้ มีทั้งสอดคล้องและแตกต่างกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ Praditsathaporn (2011) ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.3) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ที่สัดส่วนเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน เนื่องจากในการศึกษานี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตามเพศ โดยเป็นเพศชายอย่างน้อย 740 คน เพศหญิงอย่างน้อย 740 คน โดยอาศัยหลักการที่ว่า การสร้างคำถามในแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 1 ข้อ ต่อกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ในการสร้างคำถามเริ่มต้นของการศึกษานี้มีคำถาม 74 ข้อ จึงต้องเก็บข้อมูลอย่างน้อย 740 คนต่อกลุ่มเพศหรือตัวแปร (Streiner & Norman, 1995) ส่วนการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2552) ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย และการศึกษาของ Shiovitz-Ezra et al. (2009) ทำการศึกษาเรื่องดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาทั้งสองนี้พบว่ามีเพศหญิงใกล้เคียงกับเพศชายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการศึกษานี้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาว่าปัจจัยเรื่องเพศนั้นอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จึงต้องการหาค่าปกติ (norm) จำแนกตามเพศชายและเพศหญิงร่วมด้วย และเพื่อให้สอดคล้องกับสัดส่วนเพศของประเทศไทยตามสถิติประชากรของทะเบียนราษฎร จึงได้ออกแบบการสุ่มตัวอย่างให้ได้เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่าการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี และมีอายุเฉลี่ย 68.58 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Praditsathaporn (2011)

เมื่อพิจารณาด้านอื่นๆ พบว่าการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2552) และการศึกษาของ Praditsathaporn (2011) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา คือ ระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน นับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ยกเว้นการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ซึ่งส่วนใหญ่รายได้เพียงพอ มีรายได้เฉลี่ย 7,340.28 บาท ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จากการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ ทำการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15-60 ปี) ซึ่งเป็นวัยทำงาน มีรายได้ แตกต่างจากการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จึงมีสัดส่วนผู้ว่างงานหรือทำงานบ้านสูงกว่า

9.2 ผลการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) เป็นเครื่องมือต้นแบบในการพัฒนาเครื่องมือ ทำให้ความตรงตามโครงสร้างของการศึกษานี้เหมือนกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ กล่าวคือ ประกอบด้วย 4 domains (ได้แก่ domain 1 สภาพจิตใจ domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ domain 3 คุณภาพของจิตใจ และ

domain 4 ปัจจัยสนับสนุน) และ 15 subdomain เช่นเดียวกัน แต่มีความแตกต่างบางประการเกี่ยวกับรายละเอียดของข้อคำถามในองค์ประกอบย่อย เช่น

subdomain 1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect) ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่ามีความเกี่ยวเนื่องกันทั้งความรู้สึกเป็นอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ได้แก่ ความรู้สึกยินดีกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง (successful aging) ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีคุณค่า มีประโยชน์ ความพึงพอใจในชีวิต (ปัจจุบัน) และการมีเป้าหมายในอนาคตว่าต้องการมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร (reason for living) แตกต่างจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) ซึ่งทำการศึกษานในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15-60 ปี) พบว่าวัยผู้ใหญ่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกที่ดีที่เป็นเฉพาะในปัจจุบัน ได้แก่ ความรู้สึกมีความสุข สบายใจ ความสดชื่น เบิกบานใจ หรือความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น อย่างไรก็ตามคำถามในองค์ประกอบย่อยนี้ไม่มีข้อเสนอแนะที่สำคัญให้ปรับคำถามในการศึกษาครั้งต่อไปในข้อ 10 ท่านรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร เนื่องจากเป็นคำถามที่สำคัญแต่มีค่า factor loading ต่ำกว่าข้ออื่นๆ

Subdomain 1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect) คำถามในองค์ประกอบย่อยส่วนใหญ่เช่นเดียวกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552) มีเพียง 1 ข้อที่เพิ่มขึ้น คือ ท่านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ทั้งนี้เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่พบกับการสูญเสียหลายเรื่อง เช่น หน้าที่การงาน การทำหน้าที่ทางสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shiovitz-Ezra et al. (2009) ซึ่งได้พัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ตามโครงการ The National Social Life, Health, Aging Project (NSHAP) ผลการศึกษาพบว่าตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางลบ 4 ตัว ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกกดดัน และความรู้สึกโดดเดี่ยว ส่วนตัวชี้วัดอีก 3 ตัว คือ สุขภาวะทางอารมณ์ ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สะท้อนคุณภาพชีวิตทางด้านบวก ซึ่งตัวชี้วัด 3 ตัวที่เป็นเชิงบวกก็สอดคล้องกับ subdomain 1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี ซึ่งสะท้อนถึงความรู้สึกพึงพอใจ ชีวิตมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์) มีความสุข มีชีวิตชีวา (ดังตารางที่ 4)

Subdomain 1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Perceived ill-health and mental illness) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ผู้สูงอายุให้ความสำคัญเกี่ยวกับความเสื่อมด้านร่างกายที่เป็นไปตามวัย เช่นอาการตาฝ้าฟาง หูตึง ความคิดความจำลดลง การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดังใจตนเอง และความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันลดลงว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lampinen et al. (2006) ซึ่งได้ทำการศึกษารื่องปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจกรรมที่มีต่อการทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตอนปลาย (65-84 ปี) ที่เปลี่ยนแปลงไป มีความเชื่อมโยงกับความสามารถในการทำกิจกรรม การมีสุขภาพร่างกายที่ดี และความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ แต่อาจแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ คือให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายที่เป็นเรื้อรัง และมีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลเป็นประจำว่ามีผลต่อสุขภาพจิตทางด้านลบ ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะเฉพาะตัวตามพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่คือเป็นวัยทำงาน และเป็นวัยกำลังสร้างครอบครัว ดังนั้นการประสบกับการเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะที่เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานหาเลี้ยงชีพ หรือแม้แต่การทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมตามจำเป็น และส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยผู้ใหญ่ในที่สุด

ถึงแม้ว่าในการศึกษาคั้งนี้จะพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.3) มีปัญหาสุขภาพ ในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านั้น (ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค) และส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกและข้อ เป็นต้น และมีจำนวนมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ที่ศึกษาโดย อภิชัย มงคล และคณะ (2552) พบว่าวัยผู้ใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร้อยละ 27.4 แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรังของตนเองมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตน้อยกว่าในวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำใจยอมรับได้กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรังสามารถเกิดได้กับผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็มีโรคประจำตัวเป็นของตนเอง ทำให้ความรู้สึกเป็นกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีน้อยกว่า นอกจากนี้การได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบรุนแรงได้ เป็นปัจจัยทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nanthamongkolchai et al. (2007) และ Praditsathaporn (2011) พบว่าปัจจัยที่ถือว่าเป็นปัจจัยทางด้านบวกอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี คือ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในปัจจุบัน ตลอดจนสามารถทำใจยอมรับได้กับความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการยอมรับตนเองว่ามีความสามารถในการจัดการปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง

Subdomain 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ในภาพรวมพบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยผู้สูงอายุและวัยผู้ใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน คือให้ความสำคัญกับ “การผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น” และ “การมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน” แต่อาจมีความแตกต่างกันเล็กน้อยของผู้ที่มีสัมพันธภาพด้วย กล่าวคือวัยผู้ใหญ่เน้นการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน แต่วัยผู้สูงอายุเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน (เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท กลุ่มสมาชิกหรือชมรม) ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากพัฒนาการที่แตกต่างกันตามวัย ผู้สูงอายุเป็นวัยเกษียณอายุการทำงาน จำเป็นต้องใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทมา ธรรมเจริญ (2555) ได้ศึกษาเรื่องอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการพบปะติดต่อกับบุตรมีอิทธิพลต่อความสุขผ่านภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Karasawa et al. (2011) ที่พบว่าสุขภาวะของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเมื่อพิจารณาการส่งเสริมสุขภาพจิตในด้านความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า subdomain สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการศึกษานี้ก็สอดคล้องกับความสุข 5 มิติ ในด้านสุขสนุก (recreation) ร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชน สุขสง่า (integrity) ขอบข่ายเหลือกิจกรรมต่างๆในสังคม ชุมชน หรือคนในครอบครัว สุขสว่าง (cognition) มีความสามารถทางสังคม มีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2556) (รายละเอียดคำถามใน subdomain นี้ ศึกษาได้ในบทที่ 4)

Subdomain 4.3 ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต (Physical safety and security) พบว่าในองค์ประกอบย่อยนี้มีข้อความเพิ่มขึ้นจำนวน 2 ข้อ ที่แตกต่างจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) คือ “ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น” และ “ท่านรู้สึกพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน” ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยเกษียณการทำงาน ดังกล่าวนมาแล้วข้างต้น จึงส่งผลต่อจำนวนเงินรายได้ประจำที่ลดลง ซึ่งมีผลต่อความมั่นคงในการดำรงชีวิตประจำวันและส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตในที่สุด ประกอบกับหลังวัยเกษียณอายุมีผู้สูงอายุจำนวนมากจำเป็นต้องย้ายที่อยู่ หรือจำเป็นต้องใช้ชีวิตอยู่กับบ้านหรืออยู่ในชุมชนมากกว่าคนในวัยอื่น สภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่จึงอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ สอดคล้องกับสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program :

UNPD, 2003) ได้สร้างมาตรวัดที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของประชากร คือ Human Achievement Index (HAI) มีทั้งหมด 8 องค์ประกอบ ซึ่งในจำนวนนี้มี 4 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การมีงานทำ การมีรายได้ ที่อยู่อาศัยและเงื่อนไขการดำรงชีวิต ชีวิตครอบครัวและชีวิตในชุมชน

เมื่อพิจารณาถึงขั้นตอนการพิจารณาคำถามของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จากฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ ให้เหลือฉบับสั้น 15 ข้อ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) พบว่ายังคงเหลือ 4 องค์ประกอบ (domain) เช่นเดียวกัน แตกต่างกันที่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คงเหลือองค์ประกอบย่อย (subdomain) มากกว่า คือ จำนวน 8 subdomain ในขณะที่ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) คงเหลือ 6 subdomain ที่เหมือนกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ Subdomain 1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect) Subdomain 1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect) Subdomain 2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping) Subdomain 3.1 เมตตา กรุณา และเสียสละ (Kindness and altruism) Subdomain 3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem) และ Subdomain 4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) ส่วนองค์ประกอบย่อยที่การศึกษานี้มีมากกว่า ได้แก่ Subdomain 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) และ Subdomain 4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

เมื่อพิจารณาด้านความตรงตามโครงสร้างเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ผลการศึกษาค้นคว้านี้อาจได้ผลแตกต่างจากบางการศึกษา เช่น นุสรา นามเดช (2539) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดโครงสร้างสุขภาพจิต ประกอบด้วย 1) ภาวะความตึงเครียดของจิตใจ และ 2) ภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ และนำไปศึกษาในผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ และกลุ่มปกติ จะเห็นได้ว่าการศึกษาของ นุสรา นามเดช พัฒนาเครื่องมือมาจากการสามารถจำแนกกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ และกลุ่มปกติ แตกต่างจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งพัฒนาเครื่องมือโดยกรอบแนวคิดของผู้ที่สุขภาพจิตดีเป็นจุดเริ่มต้น และผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง แล้วทำการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั่วไป ไม่ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ทั้งนี้เพื่อจุดประสงค์ต้องการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั่วไปซึ่งอาศัยอยู่ในสังคม หรือชุมชน

หากเปรียบเทียบการศึกษาค้นคว้านี้กับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย พบว่ามีความแตกต่างกันในด้านโครงสร้าง คือ คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อคำถามของ WHOQOL-26 เปรียบเทียบกับ T-GMHA-56 พบว่ามีความหมายใกล้เคียงกันเป็นส่วนใหญ่ โดยคำถามด้านร่างกายและจิตใจของ WHOQOL-26 จะรวมอยู่ใน domain 1, 2 และ 3 คำถามด้านสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคมจะรวมอยู่ใน domain 4 ของ T-GMHA-56

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาค้นคว้านี้กับการศึกษาของ Praditsathaporn (2011) พบว่ามีโครงสร้างใกล้เคียงกัน โดยการศึกษาของ Praditsathaporn มีองค์ประกอบของสุขภาพจิต 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความผูกพันของครอบครัว 2) คุณภาพจิต 3) สภาวะจิต 4) การให้เกียรติและสนับสนุนทางสังคม และ 5) สมรรถภาพจิตใจ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ปัจจัยความผูกพันของครอบครัวและสมรรถภาพจิตใจ มีความหมายตรงกับ domain 2 (สมรรถภาพของจิตใจ) ปัจจัยคุณภาพจิต มีความหมายตรงกับ domain 3 (คุณภาพของจิตใจ) ปัจจัยสภาวะจิต มีความหมายตรงกับ domain 1

(สภาพจิตใจ) และปัจจัยการให้เกียรติและสนับสนุนทางสังคม มีความหมายตรงกับ domain 4 (ปัจจัยสนับสนุน) ของ T-GMHA-56 ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยของ Praditsathaporn (2011) ก็นำแนวคิดของอภิชัย มงคล และคณะ (2552) มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือเช่นกัน

นอกจากผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ร่วมกับการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยจัดให้มีการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับนักสถิติ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในการลดข้อคำถามให้เหลือน้อยที่สุด แต่มีความครอบคลุมทุกองค์ประกอบของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการยืนยันว่าเครื่องมือฉบับนี้มีมาตรฐานเป็นสากล และน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ซึ่งเป็นการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างอีกรูปแบบหนึ่งร่วมด้วย และได้อภิปรายผลในหัวข้อที่ 6 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง T-GMHA-56 กับ WHOQOL-26 (BRIEF-THAI) อีกด้วย

9.3 ผลการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผลการศึกษามีดังนี้

9.3.1 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (56 ข้อ) และฉบับสั้น (15ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่อนข้างสูง (ค่า $\alpha = 0.94$ และ 0.86 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักในการพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดีต้องมีค่าความเที่ยงที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นสูง เครื่องมือทั่วไปควรมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป (Jacobson et al, 1988; Selby-Harrington, 1994; Burns & Grove, 1997)

9.3.2 ค่าความเชื่อมั่นของ Domain 1 Mental state, Domain 2 Mental capacity, Domain 3 Mental quality และ Domain 4 Supporting factor ได้ค่าความเชื่อมั่นซึ่งอยู่ในค่าความเชื่อมั่นที่สูงเช่นกัน ($\alpha = 0.84, 0.80, 0.87$ และ 0.86 ตามลำดับ) เนื่องจากสูงกว่า 0.80 ขึ้นไป

9.3.3 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือใน Subdomain ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยในแต่ละ Domain พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง $0.73 - 0.86$ ซึ่งก็อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เช่นกัน ถึงแม้ว่าค่าความเชื่อมั่นต่ำสุดอยู่ในระดับ $\alpha = 0.73$ แต่ถ้าเป็นเครื่องมือวัดเจตคติก็ควรมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ซึ่งเครื่องมือนี้มีทั้งในส่วนวัดเจตคติ เหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก รวมอยู่ด้วย จึงถือว่าอยู่ในเกณฑ์ตามที่กำหนด (บุญใจ ศรีสถิตยนรากร, 2553) อย่างไรก็ตามยังมีค่าความเชื่อมั่นของ Subdomain 4.1 Social support เท่ากับ 0.67 และ Subdomain 4.3 Physical safety, security and environment เท่ากับ 0.68 ซึ่งต่ำกว่า 0.70 ได้มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิของการวิจัยนี้ร่วมกับนักสถิติว่า หากมีการพัฒนาเครื่องมือนี้ในครั้งต่อไปก็ควรปรับและเพิ่มข้อคำถามให้มากขึ้นใน 2 Subdomain นี้ เพื่อช่วยให้ค่าความเชื่อมั่นสูงขึ้น แต่หากพิจารณาค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมของ Domain 4 Supporting factor พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง คือ เท่ากับ 0.86 ถึงแม้ 2 Subdomain จะมีค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่า 0.70 ก็ตาม

9.4 ผลการศึกษาค่าปกติ (norm)

การศึกษาค่าปกติ (norm) ของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุครั้งนี้ ศึกษาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และใช้กลุ่มคนเป็นเกณฑ์มาตรฐาน (Normative model) ในการตัดสินภาวะสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี โดยใช้กลุ่มผู้ที่มีคะแนนอยู่ในช่วงตรงกลางเป็นเกณฑ์การตัดสินว่ามีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ และกลุ่มผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่าระดับปกติถือว่ามีความผิดปกติสุขภาพจิต เป็นต้น (Kisker, 1972 อ้างถึงใน สุวนีย์ เกี่ยวกิ่ง

แก้ว, 2527) ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ใช้การตรวจวินิจฉัยของแพทย์มาเป็น gold standard หรือการตรวจมาตรฐาน (The disease model) เนื่องจากแพทย์จะมีความเชี่ยวชาญในด้านการวินิจฉัยโรคตามหลักของ ICD-10 (International Classification of Diseases 10) หรือ DSM-IV แต่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยในคนทั่วไปได้ว่าบุคคลใดมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้จึงใช้ Normative model เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการศึกษาค่าปกติ และใช้กลวิธีทางสถิติร่วมกับการประชุมของผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณากำหนดค่าปกติ อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้างนี้ได้ศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) กับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-26) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับและมีคนนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เพื่อศึกษาความสอดคล้องในการวัดผลของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่กับเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน (รายละเอียดผลการศึกษากล่าวถึงต่อไป)

เนื่องจากผลการทดสอบชุดข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้างนี้ พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบไม่ปกติ (Non-normal distribution) ดังนั้นในการหาค่าปกติทั้งในแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ T-GMHA-56 และฉบับสั้น T-GMHA-15 จึงใช้ค่า Percentile 25th และ Percentile 75th เป็นตัวกำหนดค่าปกติ (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2531; บุญใจ ศรีสถิตยนากร, 2553) โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีคะแนนอยู่ในช่วง Percentile 25th ถึง Percentile 75th เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป และต่ำกว่า Percentile 25th เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งนี้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกันในการหาค่าปกติของแต่ละ Domain และค่าปกติจำแนกตามเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) และการศึกษาของ Praditsathaporn (2011)

อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ware, et al. (1993) ซึ่งทำการศึกษารีวิว SF-36 Health survey manual and interpretation guide โดยศึกษาค่าปกติของ SF-36 ในคนทั่วไปของประเทศสหรัฐ (U.S.A. general population norms) จำนวน 2,474 และการศึกษาของ Stevenson (1995) ได้ทำการศึกษารีวิว MOS SF-36 questionnaire-interim Australian norm เพื่อศึกษาค่าปกติของ SF-36 ในกลุ่มตัวอย่างของประเทศออสเตรเลียจำนวน 6,823 คน ซึ่งทั้ง 2 การศึกษาได้นำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Percentile 25th, 50th, 75th มาใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาหาค่าปกติร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามาจากประชากรทั่วไปเช่นเดียวกัน และมีลักษณะการกระจายของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นปกติเหมือนกัน

ผลการศึกษาค่าปกติในการศึกษาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุครั้งนี้ อาจแตกต่างจากการศึกษาของ สุชีรา ภัทรอุตวรรณ และคณะ (2542) ที่ทำการศึกษารีวิวการสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย โดยใช้คะแนนมาตรฐานที่ และการหาค่าอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและกลุ่มมีปัญหาทางจิตเวช ผลการศึกษพบว่ามีความอำนาจจำแนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาของสุชีรา และคณะ ได้พัฒนาเครื่องมือมาจาก DSM-IV และในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มคนปกติ และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน แต่การศึกษาค้างนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาจากผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ทราบมาก่อนว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชหรือไม่

เนื่องจากในการศึกษาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุครั้งนี้ ได้ศึกษาจำแนกค่าปกติ (norm) แบ่งตามองค์ประกอบ และเพศด้วย เพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถใช้ค่าปกติเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาสถานะสุขภาพจิตของแต่ละกลุ่มคนที่ต้องการศึกษาได้ตามความต้องการ หรือวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากคณะผู้วิจัยมีความตระหนักถึงสัดส่วนของประชากรไทยเพศชายและเพศ

หญิงมีความใกล้เคียงกัน ประกอบกับนักวิชาการมีความเชื่อว่าปัจจัยด้านเพศที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อสภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (อัมพร โอตระกูล, 2536; จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

9.5 ผลการศึกษาความพ้อง (agreement study)

การศึกษาความพ้องในการประเมินภาวะสุขภาพจิตตรงกัน ระหว่างแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ พบว่า มีค่า Kappa เท่ากับ 0.71 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับเกือบดี (0.61-0.80 หมายถึง เกือบดี หรือ substantial) (Landis & Koch, 1977) ทั้งนี้เนื่องจาก T-GMHA-15 มีการปรับลดคำถามมาจาก T-GMHA-56 โดยคำนึงถึงข้อคำถามที่เหลือใน T-GMHA-15 จะต้องมีความครอบคลุมทุก domain ของสุขภาพจิต และคัดเลือกคำถามที่มาจาก subdomain ให้เป็นตัวแทนของคำถามที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับความหมายของ subdomain และ domain นั้นๆมากที่สุด นอกจากนี้ในการพิจารณาตัดข้อคำถาม จะพิจารณาโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิในด้านวิชาการร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านสถิติโดยนักสถิติ ซึ่งคำถามที่เหลือจะต้องสะท้อนความหมายของ domain นั้นๆได้อย่างชัดเจน และในภาพรวม T-GMHA-15 ต้องมีค่า alpha มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (จิราพร เขียวอยู่, 2543; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540; บุญใจ ศรีสถิตยราษฎร์, 2555) ซึ่งผลการศึกษานี้ได้ค่า alpha เท่ากับ 0.86 อย่างไรก็ตามเมื่อทำการเปรียบเทียบการศึกษาคครั้งนี้ กับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ที่ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) พบว่าการศึกษาคครั้งนี้มีความพ้องระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น มีค่ามากกว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) เล็กน้อย ซึ่งมีค่า Kappa เท่ากับ 0.66

9.6 ผลการศึกษาความตรงเหมือน (convergent validity) ระหว่าง T-GMHA-56 กับ WHOQOL-26 (BRIEF-THAI)

การศึกษาความตรงเหมือนระหว่าง T-GMHA-56 กับ WHOQOL-26 เป็นระดับของความคล้ายคลึงกันของแบบวัดที่ควรจะคล้ายคลึงกันตามทฤษฎี กล่าวคือ ข้อคำถามหรือตัวชี้วัดที่วัดในเรื่องเดียวกันควรจะมีการแปรปรวนร่วมที่อธิบายโดยองค์ประกอบเดียวกันสูง เมื่อทำการศึกษาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับแล้วมีความสัมพันธ์กันสูงก็เป็นหลักฐานบ่งชี้ว่ามีความตรงเหมือน ความตรงเหมือนเป็นความตรงตามโครงสร้างอย่างหนึ่ง ซึ่งงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาว่าแบบประเมินที่สร้างขึ้นใหม่จะมีโครงสร้างสัมพันธ์กันกับแบบประเมินเดิมหรือไม่ การศึกษานี้เลือกใช้เครื่องมือเดิมที่มีอยู่และเป็นที่ยอมรับ คือ WHOQOL-26 ผลการศึกษาในส่วนของ WHOQOL-26 พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 51.1 มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 48.7 และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 0.2

เมื่อศึกษาความตรงเหมือนระหว่าง T-GMHA-56 และ WHOQOL-26 พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ ค่า correlation = 0.70 ความสัมพันธ์ 0.70 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางและสัมพันธ์กันทางบวก (บุญใจ ศรีสถิตยราษฎร์, 2553, 2555) ซึ่งแปลผลได้ว่าแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และ WHOQOL-26 มีความตรงเหมือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่มีการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพในลักษณะคล้ายคลึงกันนี้ ดังเช่นการศึกษาของ Wetherell & Gatz (2005) Allen et al. (2013) และ Park & Park (2013) ซึ่งมีค่าความตรงเหมือนทั้งต่ำกว่าและสูงกว่าการศึกษานี้ โดยมีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.35-0.73

10. ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย

10.1 ข้อเสนอแนะในการนำเครื่องมือไปใช้

10.1.1 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุจากการศึกษาครั้งนี้มี 2 ชุด คือ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ การนำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับไปใช้ควรใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 80 ปี โดยจะเลือกใช้เครื่องมือฉบับใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) ถ้าต้องการศึกษาวิจัยในกลุ่มที่มีความรู้ มีการศึกษาดี และต้องการได้ผลการศึกษาที่สมบูรณ์ครบถ้วนตรงกับกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามากที่สุด ควรใช้ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ

2) ถ้าต้องการศึกษาวิจัยในกลุ่มที่มีการศึกษาน้อย หรือต้องการความรวดเร็วในการเก็บรวบรวมข้อมูล ควรใช้ฉบับสั้น 15 ข้อ แต่อาจมีข้อจำกัดคือ T-GMHA-15 มีค่าความพ้องอยู่ในระดับเกือบดี (0.71, $P < .001$) เมื่อเทียบกับ T-GMHA-56 คืออาจไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตได้สมบูรณ์ ครบถ้วนเท่ากับการใช้ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ

10.1.2 กรมสุขภาพจิตควรนำแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ไปทำการศึกษาระยะสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั่วประเทศ เพื่อจะได้ทราบสภาพปัญหาในปัจจุบันว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลและสร้างนโยบายสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่อไป และควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อดูแนวโน้มปัญหา

10.1.3 เป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในชุมชน หรือกลุ่มเสี่ยงเพื่อช่วยคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และวางแผนให้การช่วยเหลือ อันจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อาจตามมาได้

10.1.4 ผู้สัมภาษณ์ควรเป็นผู้ที่ผ่านทักษะ และทำความเข้าใจเครื่องมือเป็นอย่างดี และสัมภาษณ์ด้วยจิตใจที่ปราศจากอคติใดๆ ส่วนผู้ตอบคำถามควรตอบตามความเป็นจริง ตามความคิดเห็นและรู้สึกจริง ด้วยความจริงใจ ไม่ปิดบัง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ การอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงมากขึ้น

10.1.5 การประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยแบบประเมินนี้ซ้ำอีกครั้ง เพื่อศึกษาว่าระดับสุขภาพจิตดีขึ้นหรือไม่ ควรประเมินห่างจากครั้งแรกหรือครั้งก่อนที่ประเมินไว้อย่างน้อย 1 เดือน

10.1.6 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาโดยจำแนกค่าปกติออกเป็นหลายกลุ่ม ได้แก่ จำแนกตาม domain และจำแนกตามเพศ ดังนั้นผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้สามารถเลือกใช้ค่าปกติตามความต้องการ หรือวัตถุประสงค์ในการศึกษา หากพบว่าผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีคะแนนใน domain ใดต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ควรส่งเสริมสุขภาพจิตใน domain นั้นๆ

10.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

10.2.1 ในการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุครั้งต่อไป เนื่องจากมีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและนักสถิติ จึงควรมีการปรับและพัฒนาข้อคำถามให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ 1) ท่านรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร (Domain 1 Mental state) 2) ท่านสามารถคลายเครียด (Domain 2 Mental capacity อยู่ใน subdomain 2.4 Adequate mental mastery เป็นการควบคุมจิตใจของตนเองให้มีประสิทธิภาพ) 3) ควรเพิ่มข้อคำถามใน Domain 4 Supporting factors ในองค์ประกอบย่อย 4.1 Social support เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นต่ำ ($\alpha = 0.67$) และ

องค์ประกอบย่อย 4.3 Physical safety, security and environment เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นต่ำเช่นกัน ($\alpha = 0.68$) ทั้งนี้จำนวนข้อคำถามที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ค่าความเชื่อมั่นสูงขึ้น

10.2.2 ควรมีการพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไป ในด้านการศึกษาความตรงในการทำนาย (predictive validity) เพื่อประโยชน์ในการทำนายว่าผู้ที่มีคะแนนอยู่ในระดับใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช และเกิดโรคอะไรได้บ้าง

10.2.3 การศึกษาครั้งนี้มีจุดประสงค์หลัก คือ พัฒนาเครื่องมือแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรอิสระ (independence variable) อยู่ในส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวแปรตาม (dependence variable) คือ ภาวะสุขภาพจิต ดังนั้นการศึกษารั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และสัมพันธ์อย่างไร

10.2.4 การศึกษาในระดับต่อไป ควรทำการศึกษาร่วมกับการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดในค่าปกติ เช่น ถ้าคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ควรช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร และควรรับการบำบัดรักษาที่หน่วยบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง และควรนำแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปวัดซ้ำหลังจากให้การช่วยเหลือเพื่อประเมินผลว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นหรือไม่และอยู่ในกลุ่มใด

10.2.5 การศึกษารั้งนี้มีการศึกษาค่าปกติในแต่ละ domain ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาร่วมกับพัฒนาแนวทางพัฒนาตนเองในแต่ละ domain ด้วย จากนั้นมีการประเมินซ้ำภายหลังพัฒนาตนเองแล้ว ว่าระดับคะแนนสูงขึ้นหรือไม่

10.2.6 การศึกษารั้งนี้ทำให้ได้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มี domain สอดคล้องกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มอายุ 15-60 ปี ดังนั้นในอนาคตอาจมีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในระยะยาวต่อเนื่องตั้งแต่วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ว่าสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร สัมพันธ์กับปัจจัยใดบ้าง

10.2.7 อาจมีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะสุขภาพจิตในวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี

บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้านทั่วประเทศ และรายจังหวัด ณ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2555. Retrieved from http://stat.bora.dopa.go.th/xstat/pop55_1.html. [5 มกราคม 2555].
- กรมสุขภาพจิต. คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา; 2540.
- กัลยา วาณิชยบัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร จำกัด; 2553.
- เกียรติสุดา ศรีสุข. ระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ครองช้าง; 2552.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. รายงานประจำปี: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ; 2554.
- เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. สรุปรายงานการวิเคราะห์นัยความหมายสุขภาพจิต และองค์ประกอบของสุขภาพจิต. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต; 2537.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2543.
- จิราพร เขียวอยู่. โครงการอบรมระยะสั้นและการประชุมเชิงปฏิบัติการประจำปี 2543 หลักสูตรการสร้างมาตรวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
- นิภา นิธยาย. สุขภาพจิต. Retrieved from <http://www.novabizz.com/NovaAce/Mental.htm>. [4 กุมภาพันธ์ 2551].
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale). สารศิริราช 2537; 46(1): 1-9.
- นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. นนทบุรี: คณะกรรมาธิการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ สภาผู้แทนราษฎร ร่วมกับสำนักงานแพทย์ทางเลือก; 2553.
- นุสรา นามเดช. การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย; 2553.
- _____. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิเทศเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
- ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล. จุดเปลี่ยนประชากรประเทศไทย. ใน: สุรีย์พร พันพืง และมาลี สันภูวรรณ, บรรณาธิการ. ประชากรและสังคม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2554.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
- ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชนวนการพิมพ์; 2522.

- พิสนุ พงศรี. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธา
การพิมพ์; 2553.
- ยุวดี ฤๅชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรณวดี พุฒวัฒนะ, รุจิเรศ
ธนุรักษ์. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิคตอรี เพาเวอร์พอยท์
จำกัด; 2531.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย;
2556.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แผนการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2556. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์; 2556.
- วิหมา ธรรมเจริญ. อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ.
[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. พจนานุกรมศัพท์การวิจัยและสถิติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์เสียงเชียง; 2540.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, กนกรัตน์ สุขตั้งคะ. การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับ
วัดสุขภาพจิตในคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44(4): 285-97.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ข้อมูลประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2556
Retrieved from http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population_thai.html.
[30 ธันวาคม 2556].
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai
2002). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราประสาทจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2554.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ,
ราณี พรหมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100
ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปอง; 2527.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรอบแนวคิดการพัฒนาด้านชีวิต
ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สามดีพรีนติ้ง; 2549.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรไทยผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2552.
Retrieved from http://www.oppo.opp.go.th/info/report_surveyOlder52.pdf.
[5 มกราคม 2555].
- _____. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2553. กรุงเทพมหานคร:
ธนาเพรศ; 2554.
- _____. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2555. Retrieved from

<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlywork55.pdf>.

[3 พฤศจิกายน 2555].

อภิชัย มงคล, จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, วัชนี หัตถพนม และจรัญ อึ้งสำราญ. สุขภาพจิตคนไทย : มุมมอง
ของประชาชนชาวอีสาน. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา; 2544.

อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพโรจน์ ร่มซ้าย, วรพรรณ จุฑา.
การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.

อภิสิทธิ์ อารมวรางกูร. เกริ่นนำ. วารสารคำคุณ 2542; 9: 3.

อัมพร โอตระกูล. ปัจจัยด้านระบาดวิทยาต่อการเกิดโรคทางจิตเวช. ใน: เกษม ดันติผลาชีวะ,
บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์; 2536.

_____. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดี; 2540.

อารดา อีระเกียรติกำจร. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัด
เชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;
2554.

Administration on Aging. A profile of older Americans: 2007. Retrieved from
http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistic/Profile/index.aspx.
[23 January 2012].

_____. A profile of older Americans: 2008. Retrieved from http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistic/Profile/2008/docs/2008profile.doc. [16 March 2012].

_____. A profile of older Americans: 2013. Retrieved from <http://seniorliving.about.com/od/lifetransitionsaging/a/seniorpop.htm>. [10 May 2013].

Allen J, Inder KJ, Lewin TJ, Attia JR, Kelly BJ. Construct validity of the assessment of
quality of life – 6D (AQOL-6D) in community samples. Health and Quality of
Life Outcome 2013; 11: 61-75.

Bowling A. Measuring health : a review of quality of life measurement scales.
Philadelphia: Open University Press; 1991.

Burns N, Grove SK. The practice of nursing research : conduct, critique & utilization.
3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997.

Danyuthasilpe C, Amnatsatsue K, Tanasugarn C, Kerdmongkol P, Steckler AB. Ways of
healthy aging: a case study of elderly people in a Northern Thai village.
Health Promotion International 2009; 24(4):394-403.

Davis L. Instrument review : getting the most from your panel of expert. Applied
Nursing Research 1992; 5: 104-7.

Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and proposal for a national
index. American Psychologist 2002; 55: 34-43.

Egbert, E. Concept of wellness. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health

- Elisha D, Castle D, Hocking B. Reducing social isolation in people with mental illness: the role of the psychiatrist. *Australasian Psychiatry* 2006; 14(3): 281-84.
- Gandek B, Ware JE. Methods for validating and norming translation of health status questionnaire: the IQOLA Project approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 953-59.
- Helse DR. Social measurement, classification and scaling. Retrieved from <http://www.indiana.edu/~socpsy/papers/Measurement.htm>. [12 November 2013].
- Helen A, Ichiro R, Avron S, Deborah AD, David S. Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: the normative aging study. *Ann Behav Med* 2000; 22(2): 127-30.
- Hodge DR, Gillespie DF. Phrase completion scales. In: Kempf-Leonard K, editor. *Encyclopedia of Social Measurement*. San Diego: Academic Press; 2005. Vol.3, pp. 53-62.
- Institute of Medicine (IOM). *Retooling for an aging America: building the health care workforce*. Washington, DC: The National Academic Press; 2008.
- Jacobson JF, Anderson RE, Tatham RL. Evaluation instrument for use in clinical nursing research. In: Frank- Stromborg M, editor. *Instrument for clinical nursing research*. Connecticut: Appleton & Lange; 1988.
- Jahoda M. *Currents concepts of positive mental health*. New York: Basic Books, Inc; 1958.
- Karasawa M, Curhan KB, Markus HR, Kitayama SS, Love GD, Radler BT, Ryff CD. Culture perspectives on aging and well-being: a comparison of Japan and the U.S.A. *Int J Aging Hum Dev* 2011; 73(1): 73-98.
- Lampinen P, Heikkinen RL, Kauppinen M, Heikkinen E. Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging and Mental Health* 2006; 10(5): 454-66.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research* 1986;35:382-85.
- Maslow AA. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row; 1954.
- Medical outcomes trust. SAC Instrument review criteria. *Bulletin* 1995; 3: 1-8.
- Mental Health Ireland. Supporting positive mental health. Retrieved from: <http://www.mentalhealththireland.ie>. [30 January 2008].
- Mental Health Professional Group. Frequently asked questions: the psychological component of infertility. Retrieved from : http://www.asrm.org/Professionals/PG-SIG-Affiliated_Soc/MHPG/mhpgfaqs.html. [30 January 2003].

- Nanthamongkolchai S, Makapat K, Charupoonphol P, Munsawaengsub C. Self-esteem of the elderly in rural area of Nakhon Sawan Province. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (1): 155-59.
- National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES). Retrieved from: [http://www.stakes.fi/mental health](http://www.stakes.fi/mental%20health). [22 January 2002].
- Norman GR, Streiner DL. *PDQ Statistic*. Toronto : Decker Inc; 1986.
- Nunnally JC, Bernstein IR. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: Mc Graw-Hill; 1994.
- Ostbye T, Malhotra R, Chan A. Thirteen dimensions of health in elderly Sri Lankas: results from a national Sri Lanka aging survey. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(8): 1376-87.
- Papadimitriou T, Kagalou I, Stalikas C, Pilidis G, Leonardos ID. Assessment of microcystin distribution and biomagnification in tissues of aquatic food web compartments from a shallow lake and evaluation of potential risks for public health. *Ecotoxicology* 2012; 21(4): 1155-66.
- Park C, Park YH. Validity and reliability of Korean version of Health Empowerment Scale (K-HES) for older adults. *Asian Nursing Research* 2013; 7: 142-8.
- Paul ES. *Series : quantitative applications in the social sciences*. California: Sage Publications, Inc; 1992.
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported?. *Critique and recommendations*. *Res Nurs Health* 2006; 29(5):489-97.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge*. NY, Tokyo, Geneva : UNFPA and HelpAge International; 2012.
- Portney LG, Watkins MP. *Foundation of clinical research : applications to practice*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1993.
- Praditsathaporn C. Development of mental health assessment tool for Thai older adult. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of doctor of public health, faculty of graduate studies. Bangkok: Mahidol university; 2011.
- Radhakrishna RB. Ideas for developing and testing questionnaires/instruments. *AAAE Research Conference* 2007; 34: 740-42.
- Rattray J, Jone MC. Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 234-43.
- Richard BF. *A dictionary of mental health*. London: Granada Publishing Limited; 2006.
- Rollant PD, Deppoliti DB. *Mental health nursing*. St Loius : Mosby-Year Book; 1996.
- Selby-Harrington ML. Reporting of instrument validity and reliability in selected clinical nursing journal. *Journal of Professional Nursing* 1994; 10: 47-50.

- Sell H, Nagpal R. Assessment of subjective well-being the Subjective Well-being Inventory. New Delhi: WHO; 1992.
- Shiovitz-Ezra S, Leitsch S, Graber J, Karraker A. Quality of life and psychological health indicators in the national social life, health, and aging project. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64 (1): 30-37.
- Stevenson C. MOS SF-36 questionnaire interim Australian norms. Canberra: Health Outcomes; 1995.
- Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales : a practical guide to their development and use. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- Suh S, Choi H, Lee C, Cha M, Jo I. Association between knowledge and attitude about aging and life satisfaction among older Koreans. *Asian Nursing Research* 2012; 6(3): 96-101.
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 3rd ed. New York : Harper Collins College Publishers; 1996.
- The John Hopkins Bloomberg School of Public Health and the Institute for Policy Studies. Aging in displacement: assessing health status of displaced older adults in the republic of Georgia. US Department of State, Bureau of Population, Refugees and Migration, published; 2012.
- The WHO group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment instrument. In : Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of Life Assessment : International descriptive*. New York : Springer – Verlag; 1994.
- Trubowitz J. Historical overview, personality theories and classification of mental illness. In : Varcarolis EM, editor. *Foundation of psychiatric mental health nursing*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company; 1994.
- United Nations Development Program : UNDP. Human development report. New York: United Nations Development Program/Oxford; 2003.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M and Gandek B. SF-36 Health survey manual and interpretation guide. Boston: Medical Center; 1993.
- Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 903-12.
- _____. Methods of the testing data quality, scaling assumptions, and reliability : the IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 945-52.
- Wetherell JL, Gatz M. The Beck Anxiety Inventory in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2005; 27(1): 17-24.
- Williams N, Wilkinson C, Stott N, Menkens DB. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC Family Practice* 2008; 9(1): 30-7.

Williams N, Wilkinson C, Stott N, Menkens DB. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC Family Practice* 2008; 9(1): 30-7.

World Health Organization. SEARO. Report on the indicators for monitoring progress in mental health. WHO regional advisory group meeting on mental health; 1981.

_____. World Health Report 2001. Mental health: new understand new hope. Geneva: WHO; 2001.

_____. Mental health: strengthening mental health promotion. Fact sheet No. 220 September 2007. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs220/en>. [24 July 2008].

ภาคผนวก

- ก. ประวัติผู้วิจัย
- ข. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56)
- ค. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15)
- ง. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BRIEF - THAI)
- จ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
- ฉ. เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร
- ช. ความหมายของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต
- ซ. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยที่ร่วมประชุมครั้งที่ 1-3
- ณ. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
- ญ. รายชื่อผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายประภาส อุครานันท์
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Prapat Ukranan
- 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 1.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63111, 08-9949-4885
โทรสาร 0-4322-4722
- 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2532
 - 1.4.2 ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (จิตเวชศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2533
 - 1.4.3 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (จิตเวชศาสตร์) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี พ.ศ. 2535
 - 1.4.4 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ปี พ.ศ. 2555
- 1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่
 - 1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 4 เรื่อง ได้แก่
 - 1) ผู้ป่วยโรคจิตกับอาชญากรรมรุนแรง (Psychotic patient and violent crime) (2541)
 - 2) ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการสุขภาพจิต โรงพยาบาลนิติจิตเวช (2544)
- ตีพิมพ์ในวารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2548 หน้า 3-18
 - 3) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ปี พ.ศ. 2554
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2554
 - ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2555 หน้า 1,093-1,104
 - 4) การศึกษาข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ และการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ปี พ.ศ. 2555

1.5.2 ผู้วิจัยหลัก 1 เรื่อง

- แผนที่อัตราฆ่าตัวตายของประเทศไทย พ.ศ. 2540-2553 (Map of suicide rate of Thailand)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2554

ประวัติผู้วิจัยหลัก

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย)

นายอภิชัย มงคล

(ภาษาอังกฤษ)

Mr.Apichai Mongkol

1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย

-

1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน

อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1.3 สถานที่ทำงาน

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์

อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 08-1975-1913

e-mail:apichaim@gmail.com

1.4 ประวัติการศึกษา

1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2522

1.4.2 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปี พ.ศ.2526

1.4.3 รัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ในปี พ.ศ. 2548

1.4.4 ประกาศนียบัตรชั้นสูงการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยสำหรับผู้บริหารระดับสูง (ปปส.) รุ่นที่ 15 วิทยาลัยการเมืองการปกครอง สถาบันพระปกเกล้า ในปี พ.ศ. 2554

1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)

1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 7 เรื่อง ได้แก่

1) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)

- ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในการ

ประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 50 ฉบับที่ 3-4

พ.ศ. 2548 หน้า 71-92

2) การสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548

- ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2548

3) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้าน

สุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชนในการประชุม

วิชาการสุขภาพจิต นานาชาติ ครั้งที่ 5 ปี 2549

- 4) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)
 - ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องพัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2552 หน้า 299-316
 - 5) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550
 - ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องระบาดวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
 - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 104-117
 - 6) สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2554
 - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2555 หน้า 79-89
 - 7) การกระจายของระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย
 - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2555 หน้า 90-102
- 1.5.2 ผู้วิจัยหลัก 6 เรื่องได้แก่
- 1) การศึกษาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2551)
 - 2) แผนที่อัตราฆ่าตัวตายของประเทศไทย พ.ศ. 2540-2553 (Map of suicide rate of Thailand)
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554
 - 3) สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย
 - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม 2553 หน้า 14-23
 - 4) ค่าเกณฑ์เฉลี่ยและคุณสมบัติของเครื่องมือ: แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน ฉบับภาษาไทย
 - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม 2554 หน้า 42-57
 - 5) ระดับสติปัญญาเฉลี่ยของนักเรียน ปี 2554 กับระบบการศึกษาไทย
 - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2555 หน้า 103-112

- 6) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ปี พ.ศ.

2554

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวง

สาธารณสุขประจำปี 2554

- ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2555

หน้า 1,093-1,104

2. ชื่อ สกุล(ภาษาไทย) นางวัชนี หัตถพนม
 (ภาษาอังกฤษ) Mrs. Watchanee Huttapanom

2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 38-20-0169

2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

2.3 สถานที่ทำงาน กลุ่มการพยาบาล
 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
 โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63208,
 08-1729-3113 โทรสาร 0-4322-4722
 e-mail : huttapanom2000@hotmail.com

2.4 ประวัติการศึกษา

2.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ (เกียรตินิยม) วิทยาลัย
 พยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2518

2.4.2 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล
 นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526

2.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
 เจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2532

2.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2550

2.4.5 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2554

2.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)

2.5.1 หัวหน้งานวิจัย 7 เรื่อง

 - 1) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
 จิตเวชในชุมชน

จิตเวชในชุมชน

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 21 ฉบับที่ 1

มกราคม - มิถุนายน 2550 หน้า 24-35

2) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2550 หน้า 390-401

3) ผลการดำเนินงานโครงการ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 ปี 2551

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 91-103

4) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2552 หน้า 19-33

5) ประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)

- ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2553 หน้า 95-110

6) ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช (2554)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554

- ตีพิมพ์ในรวมผลงานวิชาการดีเด่น ประจำปี 2554 กระทรวงสาธารณสุข หน้า 11-25

- ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 5 กันยายน-ตุลาคม 2555 หน้า 929-941

7) การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการให้บริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2555

2.5.2 ผู้วิจัยหลัก จำนวน 15 เรื่อง

1) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคม และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชน ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 5 ปี 2549

- 2) การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรค
ซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (2549)
- 3) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)
- 4) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ และคุณภาพจิตคนไทย
(2551)
- 5) การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาค
อีสาน
- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ.
2551 หน้า 229-241
- 6) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)
- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการ ห้อง
พัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี
2552
- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3
กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 299-316
- 7) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550
- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องระบดวิทยา
สุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2
พฤษภาคม 2551 หน้า 104-117
- 8) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย (2551)
- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องพัฒนาระบบ
บริการและนวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3
กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 287-298
- 9) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 10 และการ
ประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 8 ประจำปี 2554
- 10) การศึกษาความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการ
ให้บริการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2554
- 11) ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย ที่มีต่อการแก้ปัญหา ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11
ประจำปี 2555

- 12) ผลการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555
 - เผยแพร่ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2555
- 13) ผลการพัฒนาฐานข้อมูลวิจัยในระบบอินเทอร์เน็ต
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555
- 14) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ปี พ.ศ. 2554
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2554
 - ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2555 หน้า 1,093-1,104
- 15) การศึกษาข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ และการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555

3. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายศิริระ กิตติวัฒนโชติ
- (ภาษาอังกฤษ) Mr. Sira Kittiwatanachote
- 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ชำนาญการ
- 3.3 สถานที่ทำงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน
- กรุงเทพมหานคร 10600
- โทรศัพท์ 02-442-2500
- 3.4 ประวัติการศึกษา
- 3.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2550
- 3.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (จิตเวชศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2553
- 3.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ --

5. ชื่อ สกุล(ภาษาไทย) นายไพรวลัย ร่มซ้าย
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Praiwan Romsai
- 5.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 5.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 5.3 สถานที่ทำงาน ดิಕ್ಕชงโค กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999, 08-4409-4156
โทรสาร 0-4322-4722
- 5.4 ประวัติการศึกษา
- 5.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2531
- 5.4.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2539
- 5.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
เจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2548
- 5.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2552
- 5.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
- 5.5.1 ผู้วิจัยหลัก จำนวน 11 เรื่อง
- 1) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชในชุมชน
- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 21 ฉบับที่ 1
มกราคม – มิถุนายน 2550 หน้า 24-35
- 2) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถ
ของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4
ตุลาคม – ธันวาคม 2550 หน้า 390-401
- 3) ผลการดำเนินงานโครงการ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)
- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่
7 ปี 2551
- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2
พฤษภาคม 2551 หน้า 91-103

- 4) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)
 - ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2552 หน้า 19-33
- 5) ประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)
 - ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553
 - ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2553 หน้า 95-110
- 6) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)
 - ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องพัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 299-316
- 7) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550
 - ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องระบาดวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
 - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 104-117
- 8) ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช (2554)
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554
- 9) การศึกษาข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ และการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 - เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555
- 10) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)
 - เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ปี พ.ศ. 2554
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2554
 - ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2555 หน้า 1,093-1,104

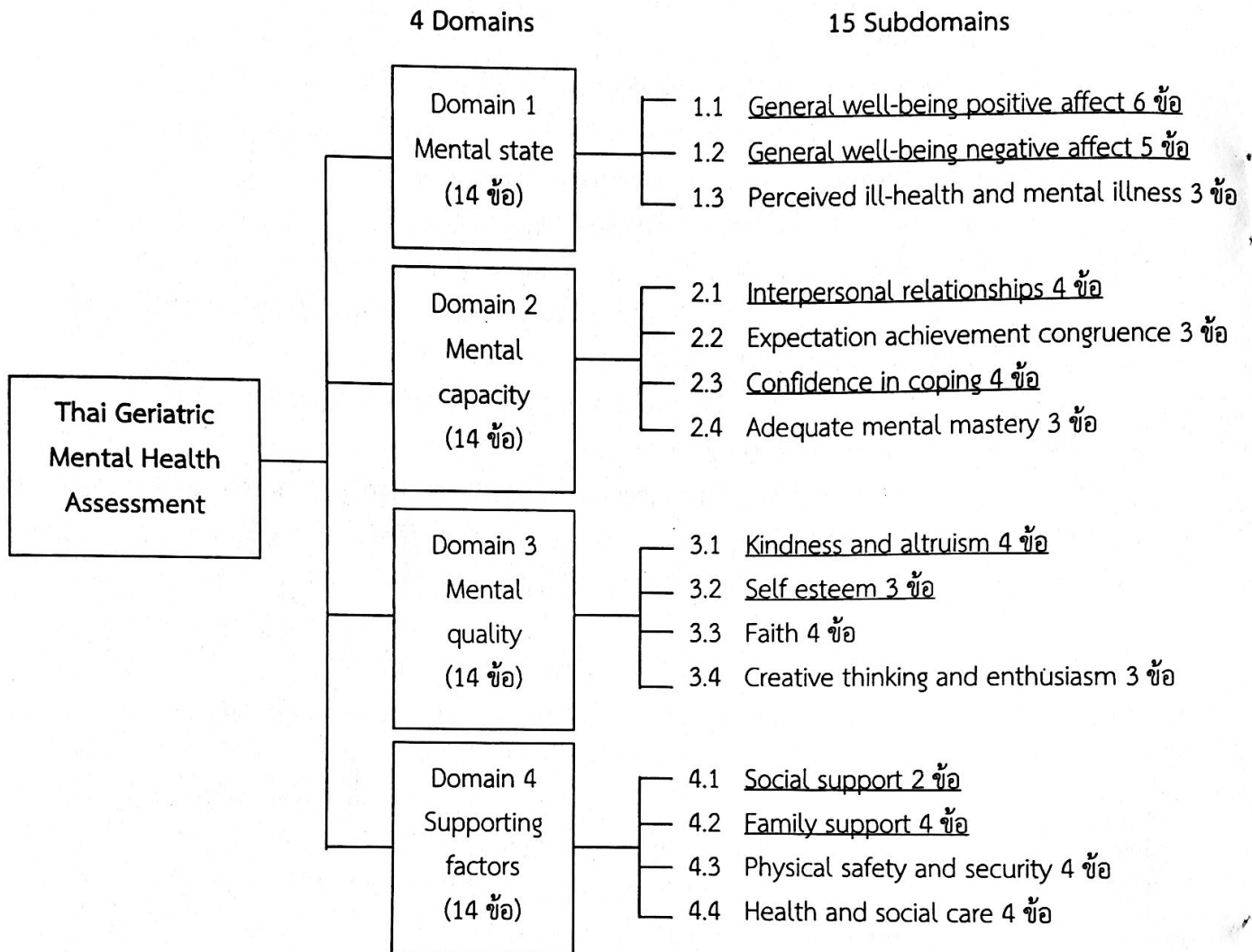
11) การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2555

6. ชื่อ สกุล(ภาษาไทย) นางสาวจิตภินันท์ โชครศมีหิรัญ
(ภาษาอังกฤษ) Ms. Jitpinan Chokerasamehirun
- 6.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 6.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 6.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ. ขาตะผดุง ต.โนนเมือง อ.เมือง จ. ขอนแก่น 40000
- 6.4 ประวัติการศึกษา
- 6.4.1 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2540
- 6.4.2 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553
- 6.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
- 6.5.1 ผู้วิจัยหลัก 1 เรื่อง
- 1) ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ได้รับการคัดเลือกให้ไปนำเสนอในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต
นานาชาติ ครั้งที่ 11 พ.ศ. 2555
- ได้รับการคัดเลือกให้ไปนำเสนอในการประชุมวิชาการ 13th Congress
of ASEAN Federation Psychiatry & Mental Health, Singapore 2012

แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์
Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-56)
ความหมายของสุขภาพจิต Domain และ Subdomain

ความหมายของสุขภาพจิต

หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนานตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป



หมายเหตุ Subdomain ที่ขีดเส้นใต้ หมายถึง Subdomain ที่เหลือเมื่อเป็นเครื่องมือฉบับสิ้น หรือ T-GMHA-15

Domain 1 สภาพจิตใจ (Mental state)

หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (General well-being positive affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุขที่บุคคลรับรู้จากชีวิต เป็นอารมณ์ด้านบวกในลักษณะของภาพรวมทั้งหมด ไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว แต่เป็นการมองในภาพรวมว่า บุคคลมีความรู้สึกในทางที่ดีเพียงใด เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกพอดี (balance) สงบ มีความสุข มีความหวัง มีความบันเทิงใจ และสนุกสนานกับสิ่งดีๆ ในชีวิต มุมมองของแต่ละคน และความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคตจะมีความสำคัญมาก

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ทุกวันนี้					1
2	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์)					2
3	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข					3
4	ท่านรู้สึกว่าชีวิตชีวา					4
5	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา					5
6	ท่านรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร					6

1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (General well-being negative affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคลนั้น เช่น ความสลดหดหู่ ความรู้สึกผิด เศร้า อายากรองไห้ สิ้นหวัง ประหม่า วิตกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่า ความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มมีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรืออาการวิตกกังวล

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
7	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน					7
8	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง					8
9	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์					9
10	ท่านรู้สึกกังวลใจ					10
11	ท่านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว					11

1.3 การรับรู้สภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Perceived ill-health and mental illness)

หมายถึง ความเจ็บป่วย และการรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจ รวมถึงความพึงพอใจ ความกังวลที่มีต่อสุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกาย การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ หรือการรักษาอื่นๆ (เช่น การฝังเข็ม และการใช้สมุนไพร) เพื่อช่วยให้ร่างกายและจิตใจมีความเป็นอยู่ที่ดี การรักษาในบางครั้งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางลบ (เช่น อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาต้านมะเร็ง) ในขณะที่บางกรณีจะไปเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

(เช่น การใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง) นอกจากนี้ยังรวมไปถึงวิธีการรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา แต่จำเป็นต้องใช้อยู่ เช่น เครื่องให้จังหวะการทำงานของหัวใจ แขนขาเทียม

สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Mental illness) นั้นยังรวมถึงการเจ็บป่วยทางกายที่มีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคล โรคและการเจ็บป่วยในที่นี้เป็นการเจ็บป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหรือการตรวจรักษาโดยแพทย์ และแพทย์ลงความเห็นแล้วว่าเป็นโรคนั้นๆ

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
12	ท่านรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดังใจ					12
13	ท่านรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง (ตาฝ้าฟาง หูตึง ความคิด ความจำลดลง)					13
14	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน					14

Domain 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity)

หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships)

หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับมิตรภาพ ความรักที่บุคคลต้องการจะได้รับจากบุคคลอื่น รวมทั้งการเอาใจใส่ดูแล การรู้จักให้กับบุคคลอื่น การมีความสามารถและมีโอกาสที่จะรักหรือถูกรัก และสามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่นทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์ สามารถแบ่งปันความรู้สึกร่วมกันทั้งเรื่องความสุขและความทุกข์กับคนอื่น

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น					15
2	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					16
3	ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน สนุกสนาน					17
4	ท่านได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ่อยๆ					18

2.2 ความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหวัง (Expectation achievement congruence)

หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ มั่นใจในความสามารถของตนเองที่ประสบความสำเร็จ และมีชีวิตตามที่ตนได้คาดหวังไว้

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
5	ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่าน ได้คาดหวังไว้					19
6	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต					20
7	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน					21

2.3 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Confidence in coping)

หมายถึง ความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดหวังได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อความเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด ทั้งนี้ นอกจากปรับตัวได้กับสภาพการณ์นั้นๆ แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมอีกด้วยและหากเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องยากที่จะแก้ไขก็ยังสามารถทำใจยอมรับได้

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
8	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้					22
9	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					23
10	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับ ขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					24
11	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					25

2.4 การควบคุมอารมณ์หรือจิตใจให้มั่นคงและไม่เป็นทุกข์ โดยใช้เหตุผลและยอมรับความจริง (Adequate mental mastery)

หมายถึง ความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจ หรือมีความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่าเป็นการรักษาสมดุลทางจิตใจ ทำให้มีความรู้สึกเป็นสุข (Well-being)

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
12	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง					26
13	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ					27
14	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน					28

Domain 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality)

หมายถึง คุณลักษณะที่ดำรงของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

3.1 เมตตา กรุณา และเสียสละ (Kindness and altruism)

หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้คนอื่นพ้นทุกข์ สามารถเป็นผู้ให้ ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีความเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมหรือผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
1	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					29
2	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					30
3	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					31
4	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					32

3.2 การนับถือตนเอง (Self esteem)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
5	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					33
6	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					34
7	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว					35

3.3 ความศรัทธา (Faith)

หมายถึง สิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ช่วยให้มีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเกิดภาวะวิกฤตหรือยุ่งยากใจแล้ว สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจนี้จะช่วยให้ตนเองเข้มแข็ง มีกำลังใจดีขึ้น และมีศรัทธาในการทำ ความดี ช่วยให้มีความทิศทางการดำเนินชีวิตที่ดี

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถามข้อที่
8	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต					36
9	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยากท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ					37
10	ท่านเชื่อมั่นว่าการทำดีย่อมได้รับผลตอบแทนที่ดี					38
11	ท่านเคยประสบกับความยุ่งยาก และสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่านผ่านพ้นไปได้					39

3.4 ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต (Creative thinking and enthusiasm)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลนั้นในการริเริ่มสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ในทางที่ดี เพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันมีคุณค่า ตลอดจนมีความมุ่งมั่น พยายามมีความใส่ใจในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจแก่ตนเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
12	ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ เดิม					40
13	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					41
14	ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ					42

Domain 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors)

หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจน สิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่ามีเครือข่ายทางสังคมคอยช่วยเหลือจะ เน้นถึงสภาพแวดล้อม และสังคม ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน โดยเพื่อนๆ หรือคนอื่นๆ ในสังคม มีส่วนร่วมรับผิดชอบ และร่วมกันทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงใด เมื่อ บุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
1	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อท่าน ต้องการ					43
2	ท่านมีคนที่สามารถปรึกษาได้					44

4.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและมีความ
ผูกพัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
3	ท่านรู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ในครอบครัว					45
4	ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน					46
5	ถ้าท่านป่วย ท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่าน เป็นอย่างดี					47
6	สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน					48

4.3 ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต (Physical safety and security)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในชีวิต และความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ สิ่งที่คุณมีความมั่นคงปลอดภัย เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากบุคคลอื่น จากการกดขี่ทางการเมืองการปกครองในชุมชน ความหมายในเรื่องนี้จึงรวมถึง ความรู้สึกเป็นอิสระของบุคคล บุคคลที่มีสิทธิ์ที่จะอาศัยอยู่ในชุมชนโดยปราศจากการบังคับ กักขัง มั่นใจในการบริหารของผู้นำชุมชน และความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินอีกด้วย

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
7	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน					49
8	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้					50
9	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น					51
10	ท่านรู้สึกพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน					52

4.4 การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม: การให้บริการและคุณภาพของบริการ (Health and social care)

หมายถึง การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคมในละแวกใกล้เคียงตามมุมมองของบุคคล การให้บริการในเรื่องสุขภาพ และบริการทางสังคมในมุมมองของแต่ละคนเป็นอย่างไร ในแง่ของคุณภาพและความพร้อมของบริการที่เคยได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับ โดยรวมถึงอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชน (องค์กรที่เกี่ยวกับศาสนา วัด) ซึ่งอาจจะจัดเสริมให้มีเพิ่มเติมขึ้นหรืออาจจะเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่พอมืออยู่ในสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น รวมทั้งความยากง่ายเพียงใดกับการไปใช้บริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น ในเรื่องนี้จะไม่เกี่ยวกับวิธีการรักษาสุขภาพ

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	คำถาม ข้อที่
11	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้					53
12	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ					54
13	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วย ท่านไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					55
14	เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน					56

แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์
Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-56)

- คำชี้แจง** 1. แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ
2. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้
 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
3. คำตอบของท่านจะไม่มีผลใดๆ ที่ก่อให้เกิดผลเสียหายต่อตัวท่าน แต่จะเกิดประโยชน์ในด้านการวัดภาวะสุขภาพจิตของท่านเอง
4. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับนี้ใช้สำหรับบุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ถึง 80 ปี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ-สกุล.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน.....
- กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน
1. เพศ
☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
 2. อายุ.....ปี
 3. ระดับการศึกษา
☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ 6. ปริญญาตรี
☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....
 4. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ อยู่ด้วยกัน
☐ 3. คู่ แยกกันอยู่ ☐ 4. หย่า / ร้าง
☐ 5. หม้าย
 5. ศาสนา
☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม
☐ 3. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....
 6. อาชีพ
☐ 1. เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ☐ 2. รับจ้าง
☐ 3. ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ☐ 4. งานบ้าน
☐ 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 6. ว่างาน
☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนของผู้วิจัย

- ID ☐
- Amp ☐
- Int ☐
- Sex ☐
- Age ☐
- Edu ☐
- Mar ☐
- Rel ☐
- Occ ☐

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

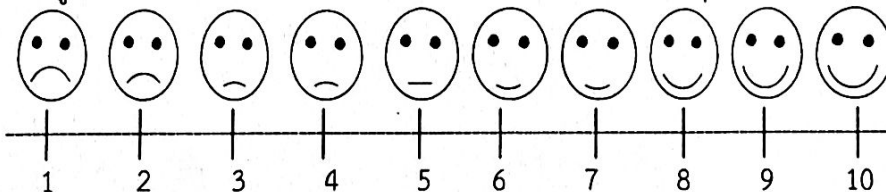
7. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/เดือน (โดยประมาณ)
8. ความเพียงพอของรายได้
☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ
9. ในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้อ ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่า เป็นโรค) (ถ้าตอบ ไม่มีให้ข้ามไปตอบข้อ 11)
☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี
10. ในกรณีตอบว่ามีให้ตอบว่ามีปัญหาในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1. ความดันโลหิตสูง ☐ 2. โรคปอดหรือหลอดลม
☐ 3. โรคหัวใจ ☐ 4. โรคกระดูกและข้อ
☐ 5. เนื้องอก ☐ 6. เบาหวาน
☐ 7. อัมพาต ☐ 8. โรคทางจิตเวช
☐ 9. โรคกระเพาะอาหาร ☐ 10. อื่นๆ (ระบุ).....

11. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

ถ้ามี เรื่อง.....

12. ท่านรู้สึกว่โดยรวมแล้วใน 1 เดือนที่ผ่านมา ชีวิตของท่านมีความสุขในระดับใด



ทุกข์มากที่สุด

สุขมากที่สุด

ถ้ารูปหน้าข้างบนนี้แทนความรู้สึกที่เป็นสุขหรือทุกข์ในระดับต่างๆ โดยรูปหมายเลข 10 แทนความรู้สึกเป็นสุขมากที่สุด รูปหมายเลข 0 แทนความรู้สึกเป็นทุกข์มากที่สุด ท่านคิดว่าความรู้สึกโดยรวมของท่านตรงกับเลขใดให้กาเครื่องหมาย X ใต้หมายเลขนั้น

ส่วนของผู้วิจัย

Inc ☐

Eno ☐

Dis ☐

D1 ☐

D2 ☐

D3 ☐

D4 ☐

D5 ☐

D6 ☐

D7 ☐

D8 ☐

D9 ☐

D10 ☐

Unh ☐

Pro ☐

Smi ☐

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

คำชี้แจง 1. กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

2. คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือกคือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วย กับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ทุกวันนี้					M1 ☐
2	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์)					M2 ☐
3	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข					M3 ☐
4	ท่านรู้สึกว่าชีวิตชีวา					M4 ☐
5	รู้สึกยินดีกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา					M5 ☐
6	ท่านรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร					M6 ☐
7	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน					M7 ☐
8	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง					M8 ☐
9	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์					M9 ☐
10	ท่านรู้สึกกังวลใจ					M10 ☐
11	ท่านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว					M11 ☐
12	ท่านรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตั้งใจ					M12 ☐
13	ท่านรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง (ตาฝ้าฟาง หูตึง ความคิด ความจำ ลดลง)					M13 ☐
14	ท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจกับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน					M14 ☐
15	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น					M15 ☐
16	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					M16 ☐
17	ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน สนุกสนาน					M17 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
18	ท่านได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ่อยๆ					M18 ☐
19	ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้					M19 ☐
20	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต					M20 ☐
21	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ของท่าน					M21 ☐
22	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้					M22 ☐
23	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่อยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					M23 ☐
24	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					M24 ☐
25	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					M25 ☐
26	ท่านจะรู้สึกหงุดหงิดถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง					M26 ☐
27	ท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ					M27 ☐
28	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน					M28 ☐
29	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					M29 ☐
30	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					M30 ☐
31	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					M31 ☐
32	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					M32 ☐
33	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					M33 ☐
34	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M34 ☐
35	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัว					M35 ☐
36	ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต					M36 ☐
37	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยากท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ					M37 ☐
38	ท่านเชื่อมั่นว่าการทำดีย่อมได้รับผลตอบแทนที่ดี					M38 ☐
39	ท่านเคยประสบกับความยุ่งยาก และสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจช่วยให้ท่านผ่านพ้นไปได้					M39 ☐
40	ท่านต้องการทำบางสิ่งใหม่ในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม					M40 ☐

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
41	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					M41 ☐
42	ท่านมีความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ					M42 ☐
43	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ					M43 ☐
44	ท่านมีคนที่สามารถปรับทุกข์ได้					M44 ☐
45	ท่านรู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ในครอบครัว					M45 ☐
46	ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน					M46 ☐
47	ถ้าท่านป่วย ท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่านเป็นอย่างดี					M47 ☐
48	สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน					M48 ☐
49	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีความปลอดภัยต่อท่าน					M49 ☐
50	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้					M50 ☐
51	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น					M51 ☐
52	ท่านรู้สึกพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน					M52 ☐
53	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้					M53 ☐
54	มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านให้บริการได้เมื่อท่านต้องการ					M54 ☐
55	เมื่อท่านหรือญาติเจ็บป่วย ท่านไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน					M55 ☐
56	เมื่อท่านเดือดร้อนจะมีหน่วยงานในชุมชน (เช่น มูลนิธิ ชมรม สมาคม วัด สุเหร่า ฯลฯ) มาช่วยเหลือดูแลท่าน					M56 ☐

การให้คะแนนและการแปลผลค่าปกติ (norm)
แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56)

การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	2	3	4	5	6	15	16	17	18	19	20	21	22	23
24	25	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	1 คะแนน	เล็กน้อย	=	2 คะแนน
มาก	=	3 คะแนน	มากที่สุด	=	4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

7	8	9	10	11	12	13	14	26	27	28
---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

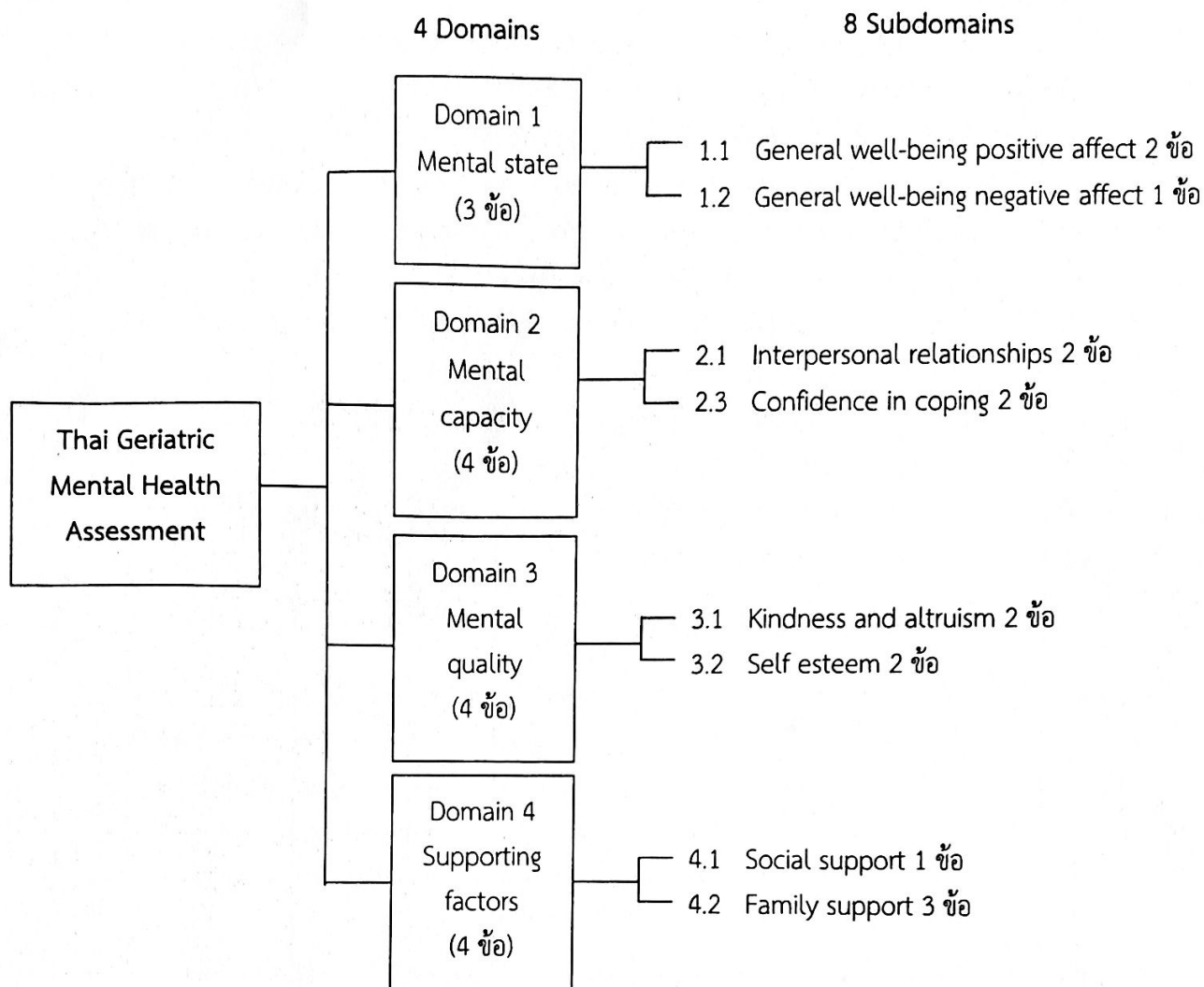
ไม่เลย	=	4 คะแนน	เล็กน้อย	=	3 คะแนน
มาก	=	2 คะแนน	มากที่สุด	=	1 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 224 คะแนน)

182-224	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
160-181	คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
159	คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ท่านอาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น โดยขอรับบริการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้

แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น
 Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-15)
 ความหมายของสุขภาพจิต Domain และ Subdomain



หมายเหตุ หมายเลขใน Subdomain คือหมายเลขที่ตรงกับ Subdomain ในฉบับสมบูรณ์

แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น
Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15)

คำชี้แจง 1. กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

2. คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือกคือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วย กับเรื่องนั้นๆ
เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย
หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย
มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก
มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	ส่วนของ ผู้วิจัย
1	ท่านรู้สึกว่าคุณค่ามีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์)					M1 ☐
2	ท่านรู้สึกว่าคุณค่ามีความสุข					M2 ☐
3	ท่านรู้สึกกังวลใจ					M3 ☐
4	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น					M4 ☐
5	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					M5 ☐
6	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้					M6 ☐
7	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					M7 ☐
8	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น					M8 ☐
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					M9 ☐
10	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง					M10 ☐
11	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					M11 ☐
12	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ					M12 ☐
13	ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน					M13 ☐
14	ถ้าท่านป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่านเป็นอย่างดี					M14 ☐
15	สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน					M15 ☐

การให้คะแนนและการแปลผลค่าปกติ (norm)
แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15)

การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	1 คะแนน	เล็กน้อย	=	2 คะแนน
มาก	=	3 คะแนน	มากที่สุด	=	4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

3

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	4 คะแนน	เล็กน้อย	=	3 คะแนน
มาก	=	2 คะแนน	มากที่สุด	=	1 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

50-60 คะแนน	หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
43-49 คะแนน	หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
42 คะแนน หรือน้อยกว่า	หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ท่านอาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น โดยขอรับบริการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL - BRIEF - THAI)

คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้ถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแสบมาก
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแสบ
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแสบระดับกลางๆ
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด รู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ ที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้แค่ไหน					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					

ข้อ ที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา แค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความ จำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อย เพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการ ทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยเหลือตัวเอง หรือการมี เพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ใน ระดับใด					

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ (กลุ่มที่ 2) และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ (กลุ่มที่ 1) คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้		
ตอบ	ไม่เลยให้	5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย ให้	4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	2 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด ให้	1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้		
ตอบ	ไม่เลยให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด ให้	5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้ คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 - 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนน 96 - 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย

Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE – Thai 2002)

1. Orientation for time (5 คะแนน) บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) คะแนน

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร ☐
- 1.2 วันนี้วันอะไร ☐
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร ☐
- 1.4 ปีนี้ปีอะไร ☐
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร ☐

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร ☐
- 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร ☐
- 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร ☐
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร ☐
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร ☐

2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร ☐
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร ☐
- 2.2.3 ที่นี้อำเภอเขต / อะไร ☐
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร ☐
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร ☐

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบให้คุณ (ตา,ยาย....) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันจะถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ☐

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ? ถ้าตอบว่าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

- 4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

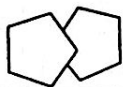
ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2,หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) สะกด
 ถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอ้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหน
 คุณ (ตา, ยาย....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ

.....
 ๖ ๓ ๓ ๓ ๓

5. Recall (3 คะแนน)
เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)
○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ☐
ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า
○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ☐
 6. Naming (2 คะแนน)
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า
“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ☐
6.2 ชี้นำฟีกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า
“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ☐
 7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)
ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอก
เพียงครั้งเดียว
“ใครใครขายไก่ไข” ☐
 8. Verbal command (3 คะแนน)
ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....)
รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....”(พื้น, โต๊ะ, เตียง)
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ
○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) ☐
 9. Written command (1 คะแนน)
ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา , ยาย....) อ่านแล้วทำตาม (ตา , ยาย....)
จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้”
○ หลับตาได้ ☐
 9. Writing (1 คะแนน)
ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ “คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”
○ ประโยคมีความหมาย ☐
 11. Visuoconstruction (1 คะแนน)
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”
(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง ภาพใหญ่อยู่ด้านหลัง). ☐



การแปลผล จุดตัด (cut-of point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน		Sensitivity	Specificity	Positive Predictive value	Negative Predictive value	Efficiency
	จุดตัด	เต็ม					
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก)	≤ 14	23	35.4	76.8	64.5	50.0	54.3
จบ ประถมศึกษา	≤ 17	30	56.6	93.8	88.9	71.0	76.3
สูงกว่า ประถม	≤ 22	30	92.0	92.6	91.2	93.3	92.4

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก) ไม่ต้องถามคำถามข้อ 4, 9 และ 10

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร
การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาความหมายของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุ

1. ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. ชื่อผู้วิจัย..... ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
 หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 0-4320-9999
 เคลื่อนที่ 08-1729-3113, 08-4409-4156, 081-7692543
 โทรสาร 0-4322-4722
4. เนื้อหาสาระของโครงการและความเกี่ยวข้องของอาสาสมัคร (ผู้ตอบแบบสอบถาม)
 - 4.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัย เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต้องการพัฒนาระบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการประเมินกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยให้อาการดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตสู่ภาวะปกติในสังคมเช่นเดิมได้
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาระบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ แต่ก็สามารถประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้

วิธีการศึกษาวิจัยโดยสังเขป ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนของการศึกษาความหมายของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุ โดยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน (เพศชาย 6 คน หญิง 6 คน) ในประเด็นคำถาม “ความสุขของผู้สูงอายุคืออะไร” “ความทุกข์ของผู้สูงอายุคืออะไร” “ความภูมิใจของผู้สูงอายุคืออะไร” “ผู้สูงอายุชอบอะไรบ้าง” “ผู้สูงอายุแก้ไขปัญหาความทุกข์อย่างไร”

 - 4.4 ระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง
 - 4.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัครและผู้อื่น การวิจัยครั้งนี้อาจไม่เกิดประโยชน์ใดๆต่อตัวท่าน แต่จะเกิดประโยชน์อย่างมากต่อผู้สูงอายุทั่วไป หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพราะเป็นขั้นตอนหนึ่งในการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือ และรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
 - 4.6 ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัครและการแก้ไขปัญหา ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้อาจมีบางคำถามที่มีผลกระทบต่อจิตใจของท่านได้ หากบางท่านเคยประสบเหตุการณ์เหล่านี้มาก่อน ท่านสามารถรับการปรึกษารายบุคคลจากผู้วิจัยที่ออกหน่วยในครั้งนี้ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ
 - 4.7 การรักษาความลับของข้อมูลต่างๆของอาสาสมัคร ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย
 - 4.8 การดูแลรักษาที่ผู้วิจัยจัดให้ ท่านจะได้รับบริการให้การปรึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆจากผู้วิจัย ในกรณีที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจภายหลังการสัมภาษณ์รายบุคคล
 - 4.9 ค่าตอบแทนในการสัมภาษณ์รายบุคคลครั้งนี้เป็นเงินจำนวน 50 บาท
 - 4.10 อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการนี้ได้โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ
 - 4.11. หากมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อสอบถาม นางวัชนี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 08-1729-3113 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ
การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาความหมายของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุ

ชื่อโครงการ การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อ).....
 ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย (ชื่อ)..... ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
 และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
 จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมใน
 โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ
 การสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ หรือรู้สึกอึดอัดในการร่วมประชุมกลุ่ม หรือการ
 สัมภาษณ์รายบุคคล ข้าพเจ้าไม่จำเป็นต้องตอบคำถามใดๆที่ไม่อยากตอบ และสามารถหยุดการเข้าร่วม
 วิจัยได้ทันที และผู้วิจัยได้จัดบริการให้การปรึกษาสำหรับข้าพเจ้าโดยไม่คิดมูลค่า

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง
 จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 13209 หรือ
 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-1729-3113 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น นางวัชนี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพ
 ชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
 ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว
 และข้าพเจ้าจึงได้พิมพ์ลายนิ้วมือ (กรณีที่เขียนไม่ได้) ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา และการทดสอบภาษาของเครื่องมือ

1. ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. ชื่อผู้วิจัย.....ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
 หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 0-4320-9999
 เคลื่อนที่ 08-1729-3113, 08-4409-4156, 081,7692543
 โทรสาร 0-4322-4722
4. เนื้อหาสาระของโครงการและความเกี่ยวข้องของอาสาสมัคร (ผู้ตอบแบบสอบถาม)
 - 4.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัย เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต้องการพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการประเมินกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีอาการดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตสู่ภาวะปกติในสังคมเช่นเดิมได้
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ แต่ก็สามารถประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้
 - 4.3 วิธีการศึกษาวิจัยโดยสังเขป ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนของการตรวจสอบภาษาที่ใช้ในแบบประเมิน ว่าสามารถสื่อสารเข้าใจตรงกันในข้อคำถามแต่ละข้อ ทั้งในประเด็นคำถามที่ถาม และคำตอบที่ได้ว่าสอดคล้องตรงกันหรือไม่ ทั้งนี้หากข้อคำถามใดไม่เข้าใจ ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงและให้ข้อเสนอแนะได้ ซึ่งผู้วิจัยจะนำไปปรับปรุงข้อคำถามในแบบคัดกรองให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่ายยิ่งขึ้นต่อไป

การดำเนินการในครั้งนี้โดยการนำเครื่องมือฉบับร่าง ไปทดสอบความเข้าใจในภาษาของเครื่องมือ รวบรวมกับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง และเขตชนบทในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน และหาค่าปกติ (Norm) เพื่อกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มปกติและผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

 - 4.4 ระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง
 - 4.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัครและผู้อื่น การทดสอบภาษาในแบบประเมินนี้ จะเกิดประโยชน์อย่างมากต่อผู้สูงอายุทั่วไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพราะเป็นขั้นตอนหนึ่งในการพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
 - 4.6 ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัครและการแก้ไขปัญหา ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้อาจมีบางคำถามที่มีผลกระทบต่อจิตใจของท่านได้ หากบางท่านเคยประสบเหตุการณ์เหล่านี้มาก่อน ท่านสามารถรับการปรึกษารายบุคคลจากผู้วิจัยที่ออกหน่วยในครั้งนี้ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ
 - 4.7 การรักษาความลับของข้อมูลต่างๆของอาสาสมัคร ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย
 - 4.8 การดูแลรักษาที่ผู้วิจัยจัดให้ ท่านจะได้รับบริการให้การปรึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆจากผู้วิจัย ในกรณีที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจภายหลังการสัมภาษณ์รายบุคคล
 - 4.9 การตอบแทนการสัมภาษณ์รายบุคคลครั้งนี้ เป็นเงินจำนวน 50 บาท
 - 4.10 อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการนี้ได้โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

4.11. หากมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อสอบถาม นางวัชนี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 08-1729-3113 ได้ตลอด 24
ชั่วโมง

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ
การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา และการทดสอบภาษาของเครื่องมือ

ชื่อโครงการ การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อ).....ได้รับ
 การอธิบายจากผู้วิจัย (ชื่อ)..... ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย
 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ
 เข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
 จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมใน
 โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ
 การสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ หรือรู้สึกอึดอัดในการสัมภาษณ์รายบุคคล ข้าพเจ้าไม่
 จำเป็นต้องตอบคำถามใดๆที่ไม่อยากตอบ และสามารถหยุดการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที และผู้วิจัยได้
 จัดบริการให้การปรึกษาสำหรับข้าพเจ้าโดยไม่คิดมูลค่า

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง
 จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 13209 หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่
 08-1729-3113 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็นนางวัชนี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่ม
 การพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
 ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟัง
 จนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้พิมพ์ลายนิ้วมือ (กรณีที่เขียนไม่ได้) ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร
การศึกษาระยะที่ 3 การทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

1. ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. ชื่อผู้วิจัย.....ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
 หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 0-4320-9999
 เคลื่อนที่ 08-1729-3113, 08-4409-4156, 081-7692543
 โทรสาร 0-4322-4722
4. เนื้อหาสาระของโครงการและความเกี่ยวข้องของอาสาสมัคร (ผู้ตอบแบบสอบถาม)
 - 4.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัย เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต้องการพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการประเมินกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เข้าสู่ระบบการรักษา ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยให้อาการดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตสู่ภาวะปกติในสังคมเช่นเดิมได้
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุซึ่งง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ แต่ก็สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้
 - 4.3 วิธีการศึกษาวิจัยโดยการสัมภาษณ์ท่านด้วยแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง กรณีพบว่าท่านมีปัญหาสุขภาพจิต จะขออนุญาตส่งข้อมูลของท่านให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบ เพื่อการดูแลช่วยเหลือหรือส่งต่อท่านไปรับการรักษาตั้งแต่ระยะแรก
 - 4.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัคร ท่านจะได้รับการประเมินว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ หากพบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงท่านจะได้รับการให้การปรึกษา และส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อส่งต่อเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุทั่วไป ภายหลังการศึกษาแล้วเสร็จจะได้เครื่องมือที่นำไปใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือเข้าสู่ระบบการรักษา ตั้งแต่ระยะแรก นับว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั่วไป และต่อประเทศชาติ

- 4.5 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัย การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา ในกรณีที่ท่านพบว่าเกิดความรู้สึกไม่สบายใจจากคำถามใดๆที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิจัย ท่านสามารถขอรับการปรึกษาจากหน่วยบริการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ หรือหากมีข้อสงสัยประการใดอยากสอบถามเกี่ยวกับโครงการนี้ สามารถสอบถามได้จากเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ออกหน่วยเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม
- 4.6 การประเมินระดับสุขภาพจิตและการบำบัดที่จัดบริการให้ ในการศึกษาครั้งนี้ท่านจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิต ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตท่านจะได้รับการปรึกษา และส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามระดับความรุนแรงของอาการของท่าน
- 4.7 การรักษาความลับของอาสาสมัคร ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน สำหรับผู้ที่ผล

การประเมินอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ขออนุญาตส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ทราบ เพื่อการดูแลช่วยเหลือส่งต่อสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4.8 กรณีเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัย ท่านจะได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ต้องเสีย
ค่าใช้จ่ายใดๆ

4.9 การตอบแทนแก่อาสาสมัคร ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับการตอบแทน โดยจ่าย
เป็นเงิน คนละ 50 บาท

4.10 ท่านสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมการ
วิจัยของท่าน ไม่มีผลต่อการรักษาโรคใดๆที่ท่านพึงได้รับต่อไป

4.11 หากท่านมีข้อสงสัย หรือขัดข้องประการใดที่มีต่อการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย
ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

นางวัชนี	หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	08-1729-3113
นายไพรวลัย	รัมย์ชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	08-4409-4156

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ
การศึกษาระยะที่ 3 การทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย กรณีเกิดผลไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบการสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดความอึดอัดหรือไม่สบายใจ ซึ่งเป็นผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะจัดบริการให้การปรึกษากับข้าพเจ้าโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 04-3209-999 ต่อ 13209 หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-1729-3113 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้คือ นางวัชนี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้พิมพ์ลายนิ้วมือ (กรณีที่เขียนไม่ได้) ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ความหมายของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต

Domain 1 Mental state		
1.1	Physical health (positive)	- สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไปได้มาสะดวก ไม่เจ็บป่วย ไม่มีความเจ็บปวด ไม่ต้องเป็นภาระของลูกหลาน หรือถ้าป่วยก็รักษาได้ ทำใจยอมรับได้ว่าป่วย (ถึงแม้เป็นโรครักษาไม่หายขาด) คิดว่าใครๆก็เป็นได้ บางครั้งทำเป็นลืม ก็ทำให้สุขได้ เวลาเจ็บป่วยมีลูกหลานมาดูแลทำให้สบายใจ
1.2	Physical health (negative)	- มีความเสื่อมตามวัย ร่างกายถดถอยอยากทำงานแต่แรงไม่สู้คนหนุ่ม ทุกข์เพราะอยากได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาคนอื่นตลอด - มีอาการหลงลืม ความคิดมึนงง - เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง เช่น ข้อเข่าเสื่อม ถุงลมโป่งพอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ทำให้ทุกข์มาก
1.3	Mental health	- สุขหรือทุกข์อยู่ที่ใจ ถ้าคิดว่ามีเพียงพร้อมก็สุข ถ้าคิดว่าทำไม่มีเหมือนคนอื่นก็จะทุกข์ ทุกข์เพราะความอยาก - สุขที่ได้อยู่กับคนรอบข้างที่มีสุขภาพจิตดี คือ ไม่มีเรื่องให้คิดกลุ้มใจ มีเวลาไปสังสรรค์กับเพื่อนๆ เช่น ทำบุญ ปฏิบัติธรรมตามโอกาส
1.4	Physical functioning	- สามารถทำกิจกรรมในครอบครัว เลี้ยงหลาน ปลูกผักสวนครัว นั่งข้าว ทำกับข้าว ให้ลูก ขับมอเตอร์ไซด์ได้เอง (หมายถึงการเคลื่อนไหวของร่างกาย) หรือทำมาหากินได้เองเล็กน้อยๆ (ค้าขายของชำ)
1.5	Stressor (ปัจจัยเครียด)	- ภรรยาป่วยเป็นหอบหืด ภรรยาทุกข์ ตัวเองก็ทุกข์ - สามีเล่นการพนัน ทำให้คิดมาก แก่แล้วไม่อยากให้ไปเล่นกับเด็ก - อยู่ 2 คนตายาย ไม่มีลูกหลานอยู่ด้วย เวลาเจ็บป่วยกลัวไม่มีคนดูแล - เป็นห่วงลูกหลานไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวแตกแยก ไม่มีงานทำ มีหนี้สิน - คิดมากเรื่องเลี้ยงหลาน ใช้สมอง เมื่อไหร่จะโต จะได้ไม่ยาก - ครอบครัวทะเลาะกัน ลูกหลานไม่ค่อยถูกกัน ลูกคนอยู่กรุงเทพฯมาขอแบ่งสมบัติ - ลูกหลานไม่เคารพนับถือผู้ใหญ่ ปล่อยปละละเลย ไม่สนใจดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร - เห็นลูกหลานไม่มีอนาคต ทำในสิ่งที่ไม่ดี ไม่ถูกต้อง เช่น เกเร ดิตสุรา ยาเสพติด ดิตการพนัน อบายมุขต่างๆ
Domain 2 Mental capacity		
2.1	Confidence in coping	- ใช้วิธีการปลง ปล่อยวาง ถือว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดา เข้าวัด ฟังพระเทศน์ นั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ สุขุเริ่มคืนมา - คิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี ทุกปัญหามีทางออก มีทางแก้ไข - ทำใจตนเองให้เข้าใจปัญหานั้นๆ ทำใจยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ได้ - ปล่อยให้เหตุการณ์ที่ไม่ดีต่างๆหมดไป หรือผ่านไปเอง - เวลามีปัญหาไม่สบายใจใช้การคลายอารมณ์ ไปหาลูกหลาน ไปเล่นไปหัว สบายใจถึงกลับมาบ้าน - ปรึกษาคนที่ไว้วางใจ เช่น สามี ภรรยา ปรึกษากับเพื่อน และมีลูกหลานดูแล

ความหมายสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต (ต่อ)

Domain 3 Mental quality		
3.1	Kindness and altruism	- เห็นคนอื่นมีความทุกข์แล้วไม่สามารถช่วยได้ เช่น เขาเจ็บไข้ได้ป่วย เห็นคนยากจน ไม่สามารถช่วยเหลือได้ก็ทุกข์ใจ ญาติพี่น้องลำบากก็เป็นทุกข์ใจ - ชอบช่วยเหลือผู้อื่นได้บ้างไม่มากก็น้อย ทำเป็นประจำ
3.2	Dignity & Self esteem (มีเกียรติและภูมิใจในตนเอง)	- ประสบความสำเร็จในชีวิต ทั้งการทำงาน สร้างเนื้อสร้างตัว มีบ้านเรือน รถยนต์ ลูกหลานมีงานทำ เลี้ยงหลาน - ยอมรับในสิ่งที่ตนเป็น ภูมิใจในสิ่งที่ตนมี ไม่หะเยอหะยานมาก ไม่ดื้อรน ปล่อยวาง - มีคนนับถือ ได้รับเกียรติและการยกย่องจากสังคม - ภูมิใจสิ่งที่เคยทำดีในอดีตมีประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม เช่น ทำงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริต มีวินัย มีคุณธรรม ไม่มีชื่อเสียงเสื่อมเสีย - แบ่งปันทรัพย์สินให้ลูกหลานตามความเหมาะสม (บ้าน รถยนต์ ที่ดิน) เพื่อไม่ให้ลูกหลานทะเลาะเบาะแว้งกันที่หลัง
3.3	Faith	- สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น วัด ศาสนา เข้าวัดทำให้สุข การทำบุญสบายใจ - ทำตนเป็นผู้มีอุเบกขา เที่ยงธรรม อุดหนุน ทำให้ใจสบาย ไม่คิดมาก อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด วางเฉย ไม่ยึดติด ทำใจยอมรับได้กับความตายที่จะเกิดขึ้น - การช่วยเหลืองานในวัด การทำตัวให้เป็นประโยชน์แก่ชุมชน - ชอบไปวัด ทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิเป็นประจำทุกวันพระ - ชอบความสงบ ไม่มีสิ่งมารบกวน ไปวัดทำให้สงบ พระพาปฏิบัติธรรม

ความหมายสุขภาพจิตในมุมมองของผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต (ต่อ)

Domain 4 Supporting factors		
4.1	Social functioning	- ได้ไปคุยเล่นกับเพื่อน คบเพื่อน ปกซกกันในเรื่องที่ต้งาม โดยไม่มีอบายมุข - การไปวัด ปฏิบัติธรรม ฟังธรรม พระสวตมณต์ ช่งงานในวัด ร่วมงานบุญทุกวัน พระ งานบุญประเพณี ทำให้อบายใจ มีความสุข - การเป็นกรรมการ เป็นผู้นำลูกหลานในการจัดงานตามประเพณี - มีชมรมผู้สูงอายุ ได้ร่วมกลุ่ม มีกิจกรรมให้ทำ - ช่วยเหลือสังคม ช่งงานในหมู่บ้านส่วนรวม ช่วยเหลือคนอื่นได้ตามสมควร - ชอบการร่นเรึง ฟังเพลง เดินร่ำกับเพื่อน
4.2	Family/social support /attachment	- อยู่ในครอบครัวสมบูรณ์พร้อมหน้าพร้อมตา อบอุ่น ลูกหลานรักใคร่กลมเกลียว สามัคคี ไม่มีปัญหาด่าในครอบครัว มีลูกหลานเอาใจใส่ เข้าใจพ่อแม่ - ลูกหลานประสบความสำเร็จในการเรียน การงาน มีงานทำเป็นหลักแหล่ง พออยู่พอกิน สร้างครอบครัวเป็นต้วตน - การเลี้ยงหลานทำให้มีทั้งสุขและทุกข์ สุขเวลาพูดเล่นทำให้จิตใจเบิกบาน ได้ดูแลลูกหลาน ทุกเวลาหลานไม่สบายทำให้หงุดหงิด - ได้พบเพื่อน พูดคุยกัน ทำงานร่วมกัน ทำกับข้าวกินข้าวร่วมกัน มีความสุข - มีเพื่อนสนิทเป็นที่ปรึกษา ให้คำปรึกษาคนอื่นได้ ญาติที่รักใคร่กัน - อยู่ในสังคมที่ดี หมู่บ้านดี ชุมชนดี ผู้นำดี คนถูกกัน เวลามีงานร่วมมือกันดี
4.3	Income	- มีปัจจัย 4 พร้อม เงินทอง ข้าวของไม่ขาดแคลน เสื้อผ้า ยารักษาโรค - มีเงินทองพอได้ใช้จ่าย ได้ทำบุญทำทาน ไม่เป็นหนี้สิน ลูกส่งเงินมาให้ใช้ - มีความสุขตามอัตภาพ (คนอื่นอาจมองต่ำต้อย) มีพอได้กินก็สุขได้ อายุขนาดนี้อาจทำไม่ได้กว่านี้ ไม่สร้างปัญหา ไม่มีหนี้ - บางคนเป็นทุกข์ เพราะอายุมาก ไม่มีรายได้ เงินไม่พออยู่พอกิน - ทำงานเพื่อเพิ่มพูนรายได้ ปลุกฝึกกินเอง เศรษฐกิจพอเพียง - ได้รับเงินผู้สูงอายุที่รัฐบาลช่วยเหลือ
4.4	Environment	- การทะเลาะกับบ้านใกล้เคียงบางครั้งทำให้ทุกข์ เกิดการข่มขู่กัน ถ้าไม่มีปัญหากับเพื่อนบ้านมีความสุข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยที่ร่วมประชุมครั้งที่ 1

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน
1	น.พ.สุจริต สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
2	น.พ.ประภาส อุครานันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
3	น.พ.ศิระ กิตติวัฒนโชติ	นายแพทย์ชำนาญการ
4	รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล	ข้าราชการบำนาญ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5	ผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6	นางสาวสมพร อินทร์แก้ว	นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ กรมสุขภาพจิต
7	นางสาวจินตนา สิงขรอาจ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	นางกานดา ผาวงค์	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
9	นางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
10	นางวัชณี หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
11	นางสุวดี ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
12	นางสิวลี เปาโรหิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
13	นางชนิษฐา สนเทห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
14	นางสาวจิตภินันท์ โชครศรีมิหิรัญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
15	นายไพรวลัย ร่มซ้าย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หมายเหตุ หมายเลข 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยที่ร่วมประชุมครั้งที่ 2

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน
1	น.พ.อภิชัย มงคล	ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข
2	น.พ.สุจิตต์ สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
3	น.พ.ประภาส อุครานันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
4	น.พ.ศิระ กิตติวัฒนโชติ	นายแพทย์ชำนาญการ
5	พ.ญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
6	ผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7	นางสาวจินตนา สิงขรอาจ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	นางกานดา ผาวงค์	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
9	นางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
10	อาจารย์รุ่งทิวา ขอบชื่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11	นางวัชนี หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
12	นางสุวดี ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
13	นางสิวลี เปาโรหิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
14	นางชนิษฐา สนั่นเทห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
15	นางสาวจิตกนิษฐ์ โขศรีศรีมัทธัญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
16	นายไพโรจน์ ร่มชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
17	นางศิริพร ธงยศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
18	นางทัศนีย์ ศิริมุกดากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
19	นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
20	นางอรพิน ยอดกลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หมายเหตุ หมายเลข 3, 4, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยที่ร่วมประชุมครั้งที่ 3

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1	น.พ.อภิชัย มงคล	ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข
2	น.พ.สุจิต สวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
3	น.พ.ประภาส อุครนันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
4	น.พ.ศิระ กิตติวัฒน์โชติ	นายแพทย์ชำนาญการ
5	ผศ.พญ.ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6	ผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7	นางแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์	นักสถิติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	นางสาวสมพร อินทร์แก้ว	นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ กรมสุขภาพจิต
9	นางวัชนี หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
10	นางสุวดี ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
11	นางชนิษฐา สนั่นเทห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
12	นางสาวจิตภินันท์ โชครักษ์มีหิรัญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
13	นายไพรวลัย รมชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
14	นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
15	นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
16	นางศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

- หมายเหตุ 1. หมายเลข 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. รายชื่อที่ 5 ไม่ได้เข้าร่วมประชุมในวันที่ 27 กันยายน 2556 แต่คณะผู้วิจัยได้ส่งข้อมูลวิจัยให้ร่วมพิจารณาตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป และส่งกลับคืนมาทาง e-mail

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน
1	ผศ.พญ.ปณิดา ลิ้มปะวัฒนะ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2	พ.ญ.กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3	พ.ญ. ทศนีย์ กุลจนพงศ์พันธ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
4	นางสาวจินตนา สิงขรอาจ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5	นางสาวสมพร อินทร์แก้ว	นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ กรมสุขภาพจิต
6	นางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
7	อาจารย์รุ่งทิวา ชอบชื่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	นางผ่องศรี งามดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
9	พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

รายชื่อผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1	นางวัชนี หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
2	นางสุวดี ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3	นางชนิษฐา สนเทห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4	นายไพรวัลย์ ร่มซ้าย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5	นายธีรยุทธ ยอดสง่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6	นายวิญญู สิงห์นาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7	นางสาวจิตภินันท์ โชครศรีมีற்று	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8	นางสาวสุจิตตรา อนันทวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
9	นางสาวทัศนีย์ ใจกว้าง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
10	นางอำไพ จันโทรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
11	นางสาคร บุปผาเฝ้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
12	นางสาวศรีณพร มรกตศรีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
13	นางสาวสายชล ยุบลพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
14	นางสุมาลัย อ่อนหาญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
15	นางนิตยา งามคุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
16	นายสงบ ภูแดนแก่น	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
17	นายศักดิ์ดา มีชอบทอง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หมายเหตุ ผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามทั้งหมดปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์