

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



นางสาวพัชญา คชศิริพงศ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

MENTAL HEALTH PROBLEM OF OLDER PERSONS IN BAN BANG KHAE SOCIAL
WELFARE DEVELOPMENT CENTER FOR OLDER PERSONS



Miss Patchaya Kochsripong

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2010


Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
โดย	นางสาวพัชญา คชศิริพงศ์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

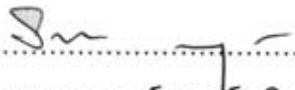
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต


 คณบดีคณะแพทยศาสตร์
 (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติศร ภัทราตุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


 ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุวัชชัย)


 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)


 กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รวีวรรณ นิวัตพันธุ์)

พัญญา ศษศิริพงศ์: ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. (MENTAL HEALTH PROBLEM OF OLDER PERSONS IN BAN BANG KHAE SOCIAL WELFARE DEVELOPMENT CENTER FOR OLDER PERSONS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิณฑิพร, 71 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและพำนักอยู่ในช่วงเดือนสิงหาคม 2553 ถึง ตุลาคม 2553 จำนวน 99 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ Chi-square test, Fisher's Exact Test, Multiple Logistic Regression และ Pearson's Correlation Coefficient

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ 67.7 อายุเฉลี่ย 77.41 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.6 มีระยะเวลาที่พำนักในบ้านบางแคไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี พบปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 22.2 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี, การมีโรคประจำตัว, การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแคอย่างมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง และพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=0.599$) กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r=-0.437$ และ -0.320) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการวิจัยสรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคพบได้ร้อยละ 22.2 การทราบถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและตระหนักในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและให้การดูแลในปัจจัยด้านจิตสังคมดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
 สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา2553.....


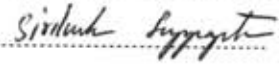
5274957430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : MENTAL HEALTH PROBLEM/ OLDER PERSONS / BAN BANG KHAE
PATCHAYA KOCHSIRIPONG: MENTAL HEALTH PROBLEM OF OLDER
PERSONS IN BAN BANGKHAE SOCIAL WELFARE DEVELOPMENT CENTER
FOR OLDER PERSONS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SIRILUCK
SUPPAPITIPORN, M.D., 71 pp.

The aim of this research study is to determine the prevalence of mental health problem and factors associated with mental health problems of the elderly at Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons. Cross-sectional descriptive study was conducted and ninety-nine subjects who stay in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons were recruited during August 2010 to October 2010. The instruments consisted of demographic data questionnaires, Thai-General Health Questionnaire 28 and The Self-Esteem scale. Descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's Exact test, Multiple Logistic Regression and Pearson's Correlation Coefficient were used for data analysis

About 67.7% of the samples were female. Their mean age was 77.41 ± 7.32 years ; their duration of stay at the center less than 5 years was 64.6%. The research findings were as follows: 1) 22% of the sample had mental health problem; 2) factors significantly associated with mental health were age more than 70 years, graduated below bachelor degree, having health problem, having no visitor, very low to medium level of satisfaction with Ban Bangkhae, low or medium level of self-esteem ($p < 0.05$); 3) self-esteem was significantly correlated to Spiritual Well-Being in positive direction ($r=0.599$) 4) The Thai-GHQ scores were significantly correlated to Spiritual Well-Being and self-esteem in negative direction ($r = - 0.437, r = - 0.320$) at $p < 0.01$

Twenty-two percent of older persons in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center had mental health problems. Finding the factors associated with mental health problem, realizing to help and concern about psycho-social factors are important in the care of mental health of the elderly.

Department : Psychiatry..... Student's Signature 
Field of Study :Mental health..... Advisor's Signature 
Academic Year :2010.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากบุคคลหลายท่านดังนี้

ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาในการให้คำปรึกษาและให้กำลังใจที่ดีเสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุญธวัชชัย และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวีวรรณ นิเวตพันธุ์ที่กรุณาให้เกียรติมาเป็นประธานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคและคุณ อุมารภรณ์ ผ่องจิตต์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุรวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยและความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณ คุณนิรันดร์ อินทร์ตัน ที่กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องสถิติที่ใช้ในการวิจัยและขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคนอกเวลาราชการ) ทุกท่านที่ช่วยให้คำปรึกษาตั้งแต่เริ่มทำโครงร่างวิทยานิพนธ์จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
การให้นิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
ปัญหาทางจริยธรรม.....	5
อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต.....	8
ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	11
ข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค.....	16
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต.....	25

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
รูปแบบการวิจัย	28
ระเบียบวิธีวิจัย	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	36
ส่วนที่ 2 ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28 ..	41
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ chi-square tests และ Fisher's exact test.....	42
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ multiple logistic regression.....	45
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน.....	46
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	47
สรุปผลการวิจัย.....	48
อภิปรายผล.....	49
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	55
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	55
รายการอ้างอิง.....	56
ภาคผนวก.....	62
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	71

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านปัจจัยส่วนบุคคล.....	36-37
2	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในปัจจัยด้านเศรษฐกิจ.....	38
3	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในปัจจัยด้านจิตสังคม.....	39-40
4	ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
5	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต....	42
6	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับภาวะสุขภาพจิต	43
7	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับภาวะสุขภาพจิต...	44
8	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้ multiple logistic regression.....	45
9	ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ...	46
10	ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, อายุ และระยะเวลาที่มาพัก กับคะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28.....	46

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2503, 2523, 2543, 2563.....	12



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้มนุษย์สามารถควบคุมการเกิดและชะลอการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาการทางด้านระบบการศึกษาทำให้ประชากรไทยมีโอกาสเข้าถึงการศึกษาได้ง่ายขึ้น ประชากรในวัยเจริญพันธุ์จึงนิยมแต่งงานสร้างครอบครัวช้าและมีบุตรจำนวนลดลงกว่าในอดีต โครงสร้างของประชากรไทยในระยะหลังมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะของการลดอัตราการเกิดและอัตราการตาย ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศเป็นประชากรในวัยแรงงานและกำลังจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในอนาคต ลักษณะประมุขของประชากรเปลี่ยนจากทรงสามเหลี่ยมหน้าจั่วในปีพ.ศ. 2503 ไปเป็นทรงระฆังคว่ำในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเปลี่ยนไปเป็นทรงแจกันในปี พ.ศ. 2563 อายุมัธยฐานของประชากรส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นทุกปี ประชากรสูงอายุ (60 ปีหรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 1.21 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 ไปเป็น 4.5-5.7 ล้านคนในปี พ.ศ.2543 จากการสำรวจล่าสุดในปีพ.ศ. 2550 ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 11 ล้านคนในปีพ.ศ. 2563 การเปลี่ยนแปลงนี้จะนำประเทศไทยไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” ทั้งนี้ในปีพ.ศ. 2503 สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 4.6 และเพิ่มเป็นร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2543 โดยในปีพ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2563 มีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุอาจเพิ่มขึ้นถึงระดับร้อยละ 11 และ 15 ตามลำดับ [1, 2] ซึ่งตามเกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดว่าประเทศจะเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” เมื่อมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด [3] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้เข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุมาแล้วประมาณเกือบ 10 ปี

จากผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าดัชนีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้นด้วย ในขณะที่จำนวนคนในวัยแรงงานที่จะรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากการลดลงของค่านิยมในการมีบุตรของคนในวัยเจริญพันธุ์ ภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ นั่นคือผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบปัญหาการละเลยและการทอดทิ้งผู้สูงอายุซึ่งกำลังทวีความรุนแรงขึ้นทุกที หน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเริ่ม

ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างจริงจังมากขึ้น โดยมีพัฒนาการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญในประเทศไทยดังนี้ [4]

พ.ศ. 2494 มีพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ ให้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ

พ.ศ. 2496 กรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มจัดสร้างบ้านบางแคให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ยากจนและขยายผลเป็น 20 แห่งในปีพ.ศ. 2546

พ.ศ. 2522 เริ่มศูนย์บริการผู้สูงอายุ (Day Center) และขยายผลเป็น 18 แห่งใน ภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศ

พ.ศ. 2525 มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 – 2544)

พ.ศ. 2532 กระทรวงศึกษาธิการจัดโครงการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ ในสังคมไทย

พ.ศ. 2535 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535 – 2554 ใน 5 ด้าน ซึ่งได้แก่ สุขภาพอนามัยโภชนาการ สวัสดิการสังคม ด้านการงาน และรายได้ ด้านสังคมการศึกษา วัฒนธรรมและจิตใจ ด้านวิจัยและพัฒนา

พ.ศ. 2536 กรมประชาสงเคราะห์จัดโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุฯ และครอบครัวในชุมชน (เบี้ยยังชีพ) และโอนถ่ายผู้สูงอายุปกครองส่วนท้องถิ่นปี 2544 ในปีนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและเกิดโครงการนำร่อง ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชน ซึ่งกรมประชาสงเคราะห์ร่วมกับสถานประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสมาคมสภาผู้สูงอายุ ดำเนินการทดลองใน 4 จังหวัด โดยการสนับสนุนจาก UNFPA

พ.ศ. 2540 มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มี มาตรา 54 และมาตรา 80 บัญญัติเรื่องผู้สูงอายุ

พ.ศ. 2544 มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)

พ.ศ. 2545 จัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

22 ธ.ค. 2546 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงลงพระปรมาภิไธย พระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติการกิจกรรมตามกฎหมาย

จะเห็นได้ว่าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ภาครัฐเริ่มเข้ามา มีบทบาทอย่างจริงจังในการดูแลผู้สูงอายุมีการวางนโยบายที่จะพัฒนาผู้สูงอายุให้ดำรงอยู่อย่างมีความสุขเต็มอัตถภาพ และล่าสุดในปีพ.ศ. 2546 เน้นเรื่องความสำคัญและสิทธิด้านต่างๆของผู้สูงอายุตามมาตรา 13 ของ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 [5] มีการจัดสวัสดิการต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุ ภาครัฐและภาคเอกชนหลายแห่งเริ่มหันมาให้ความสนใจกับการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง โดยการตั้งเป็นสถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการผู้สูงอายุที่รับดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในหลายๆรูปแบบ มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุและเพื่อเป็นกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว โดยศูนย์เหล่านี้ล้วนมีเป้าหมายเดียวกันคือการเข้าไปเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นโดยการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ การดูแลด้านสุขภาพ การหากิจกรรมยามว่างและกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย [6] แต่อย่างไรก็ตามสิ่งหนึ่งที่สำคัญยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุคือการดูแลทางด้านสภาพจิตใจ เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้านที่ล้วนแต่เป็นภาวะของการสูญเสียทั้งสิ้น การมีระบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุรวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำและให้การรักษาอย่างถูกวิธีเป็นสิ่งสมควรสนับสนุนให้มีขึ้นในสถานสงเคราะห์ทุกแห่ง ซึ่งในปัจจุบันสถานสงเคราะห์ต่างๆยังไม่ค่อยมีนโยบายที่สนับสนุนในด้านการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเท่าใดนัก งานวิจัยของจิราลักษณ์ จงสถิตมันและคณะพบว่า สถานสงเคราะห์สามารถตอบสนองของความต้องการด้านปัจจัย 4 หรือด้านร่างกายได้ แต่ไม่สามารถตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตใจได้ [7] งานวิจัยของเรืองรอง ชาญวุฒิธรรมพบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มักประสบปัญหาในการยอมรับกับสภาพใหม่ของตนเองนำไปสู่การขาดความมั่นใจในตัวเอง [8] ซึ่งเป็นอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตอื่นๆได้ จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในกรุงเทพมหานครเมื่อปีพ.ศ. 2542 โดยอนุรักษ์ บัณฑิตยชาติและคณะโดยใช้แบบสอบถามสุขภาพ Thai GHQ-12 พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ร้อยละ 37.6 มีปัญหาสุขภาพจิต [9] ซึ่งในงานวิจัยกล่าวว่าย่างขาดการศึกษาตัวแปรอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและมีข้อจำกัดในด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ที่สนใจทำงานวิจัยในเรื่องดังกล่าวเป็นจำนวนน้อย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพ Thai GHQ-28 ซึ่งสามารถจำแนกรายละเอียดของปัญหาได้ว่าเป็นอาการทางด้านใด[10] และศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์หรืออาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้สถานสงเคราะห์สามารถนำข้อมูลจากงานวิจัยนี้ไปประกอบในการวางแผนส่งเสริม ป้องกันและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้อย่างตรงจุด โดยผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคซึ่งเป็นศูนย์สาธิตด้านการ

ดูแลผู้สูงอายุในสังกัดของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ [11] ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้นกว่าเดิม และเป็นตัวอย่างให้สถานสงเคราะห์อื่นๆนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของตนเองต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ซึ่งเป็นศูนย์สาธิตด้านการดูแลผู้สูงอายุในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เท่านั้น

การให้นิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

บ้านบางแค หมายถึง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคซึ่งเป็นศูนย์สาธิตด้านคนชราในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนจากการวัดด้วยแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป [10]

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแคเท่านั้น ซึ่งอาจมีบริบทที่ต่างออกไปจากสถานสงเคราะห์คนชราแห่งอื่นๆ

ปัญหาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้แบบสอบถามที่แสดงความรู้สึกส่วนตัวโดยอิสระของผู้ตอบโดยผู้ตอบสามารถที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลที่ผู้ตอบไม่ยินดีได้ ก่อนทำการแจกแบบสอบถามผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและให้ลงชื่อแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ในแบบสอบถามจะมีการใช้รหัสแทนชื่อและเก็บข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับโดยจะมีการวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวมเท่านั้น

อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ดังนั้นจึงพบปัญหาทางสายตาหรือการได้ยิน ทำให้ไม่สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ มาตรการในการแก้ไข คือ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้ฟังและช่วยในการกรอกข้อมูลตรงตามคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถามที่ละข้อจนครบ ทำเช่นนี้ในกลุ่มตัวอย่างทุกราย เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างต่อข้อความคำถามในแบบสอบถาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำการวิจัย

1. เพื่อให้บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนนำข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ เช่น นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยในด้านสุขภาพจิตกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ หรือ ศึกษาต่อยอดในสถานสงเคราะห์แห่งอื่นๆในประเทศไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต
 - นิยามของสุขภาพจิต
 - แบบทดสอบทางสุขภาพจิต
 - แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย
2. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - นิยามของผู้สูงอายุ
 - การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรสูงอายุ
 - การจัดสวัสดิการด้านการดูแลผู้สูงอายุ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
 - วัตถุประสงค์
 - ประเภทของผู้รับบริการ
 - คุณสมบัติของผู้รับบริการ
 - รูปแบบภารกิจหน้าที่ในการดำเนินงาน
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
 - สาเหตุที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตเสื่อม
 - การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
 - ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต

นิยามของสุขภาพจิต

คำว่า “Healthy” หมายถึง การมีสุขภาพที่ดี ในที่นี้หมายถึงสุขภาพของร่างกายและจิตใจ การที่คนใดคนหนึ่งจะได้ชื่อว่าเป็นคนที่มีสุขภาพดีนั้น หมายถึงบุคคลที่มีลักษณะ 3 ข้อคือ [12]

1. ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม
2. มีการพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม
3. ยอมรับสภาพความเป็นจริงของตน

ความหมายของคำว่า “สุขภาพจิต” นักจิตวิทยาหลายท่านอธิบายไว้ดังนี้

สุภวรรณ พันธุ์จันทร์ ให้นิยามว่า “สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางร่างกายและทางจิตใจของมนุษย์ ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ ตระหนักรู้ในตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบตามศักยภาพแห่งตน มีสมรรถภาพในการทำงานมีสัมพันธภาพต่างๆ ที่ดีกับบุคคลอื่นและสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ” [12]

ความหมายของสุขภาพจิต (ระดับบุคคล) หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหา ในการดำเนินชีวิตมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึง ความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง [13]

องค์การอนามัยโลกให้นิยามของสุขภาพจิตไว้ว่า “Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.” [14]

สุวณีย์ เกียรติงิ้วแก้ว ให้นิยามว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของจิตใจที่สงบและมีความสุขซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ความสุข การปรับตัวเข้าหาสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีชีวิตและใช้ชีวิตอย่างสร้างสรรค์ [15]

ฉวี ธรรมสุข กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่มีคุณภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มองโลกในแง่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี และปรับตัวอยู่ในสังคม เพื่อกำหนดชีวิต ภายใต้อสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีความสุขและความพอใจ [16]

จากคำนิยามสุขภาพจิตข้างต้น สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะของความสมบูรณ์ของจิตใจที่มีความสามารถในการตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเองตามสภาพความเป็นจริง สามารถที่จะปรับตัวและเผชิญหน้ากับปัญหาและอุปสรรคต่างๆในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบบทดสอบทางสุขภาพจิต

การวัดภาวะสุขภาพจิตในด้านต่างๆมีแบบทดสอบด้านสุขภาพจิตที่ผ่านการรับรองจากกรมสุขภาพจิตหลายฉบับ เช่น [17]

- ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ใหม่ ปี 2547 (54 ข้อ)
- ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้นใหม่ ปี 2547 (15 ข้อ)
- เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)
- แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย
- แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST – 20)
- ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (TMHI – 15)
- ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสมบูรณ์ Thai Happiness Indicators (TMHI – 66)

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากเครื่องมือนี้ถูกสร้างในบริบทที่ใกล้เคียงกับในงานวิจัยนี้คือเป็นการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชนทั่วไป โดยผู้ตอบเป็นผู้ประเมินตนเองสามารถนำไปใช้กับบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือในกรณีที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง นอกจากนี้เครื่องมือยังมีค่าความเที่ยงและความตรงที่ยอมรับได้

แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย [10]

แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ธนา นิลชัยโกวิทย์พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่งและมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้นสามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัย

ได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด ผลการทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ Thai GHQ ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ที่ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และสมควรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชนที่สามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ

1. การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น
2. การมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลต่าง ๆ เช่น ปัญหานุคลิกภาพ

วิธีการใช้ เป็นแบบสอบถามที่ประชาชนสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงเหมาะที่จะนำไปใช้กับบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบ แบบสอบถามเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

ข้อคำถามของ Thai GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis)

Thai GHQ มีทั้งหมด 4 ฉบับ ดังนี้

1. Thai GHQ – 60 มีข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ
2. Thai GHQ – 30 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ
3. Thai GHQ – 28 มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ
4. Thai GHQ – 12 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

สำหรับ Thai GHQ – 28 ซึ่งเป็น Sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่ม 1 ข้อ 1 – 7 เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms)
- กลุ่ม 2 ข้อ 8 – 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)
- กลุ่ม 3 ข้อ 15 – 21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)
- กลุ่ม 4 ข้อ 22 – 28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

อย่างไรก็ตาม Thai GHQ เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และบอกเพียงว่าน่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด

ข้อจำกัด คือ Thai GHQ – 60 มีค่าความแม่นยำใกล้เคียงกับ Thai GHQ – 30 และมีค่าความเชื่อถือได้ดีที่สุดแต่มีความยาวมากกว่า ดังนั้นในทางปฏิบัติ Thai GHQ – 30 จึงน่าจะเป็นฉบับที่เหมาะสมที่สุด ส่วน Thai GHQ – 28 มีความเหมาะสมในกรณีที่ต้องการคะแนนของ Sub – Scale ต่าง ๆ เพื่อดูรายละเอียดของอาการ ส่วน Thai GHQ – 12 มีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้ต่ำกว่าฉบับอื่น ๆ แต่มีข้อดีที่มีขนาดสั้นกะทัดรัด อย่างไรก็ตามในการนำแบบสอบถาม Thai GHQ – 12 ไปใช้ในการวิจัยของอนุรักษ บัณฑิตชาติและคณะ พบว่า แบบสอบถามยังมีข้อจำกัดในการใช้และในกรณีที่ต้องการทราบรายละเอียดของอาการว่าเป็นอาการทางด้านใดก็ไม่สามารถบอกรายละเอียดได้

2. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

นิยามของผู้สูงอายุ

ขอบเขตอายุระหว่างวัยผู้สูงอายุและวัยกลางคนยังไม่มีข้อกำหนดเป็นนิยามที่แน่ชัด เพราะมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่นนั้น โดยทั่วไปแล้วคนในสังคมจะตัดสินใจการเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง การทำงานหรือบทบาททางสังคมที่ลดลง เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน การเข้าสู่บทบาทของการเป็นปู่ย่าตายาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนนำมาซึ่งปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

ในประเทศแถบทวีปอเมริกา, สหราชอาณาจักรอังกฤษและประเทศในแถบยุโรปหลายประเทศให้นิยามความเป็นผู้สูงอายุว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป [18]

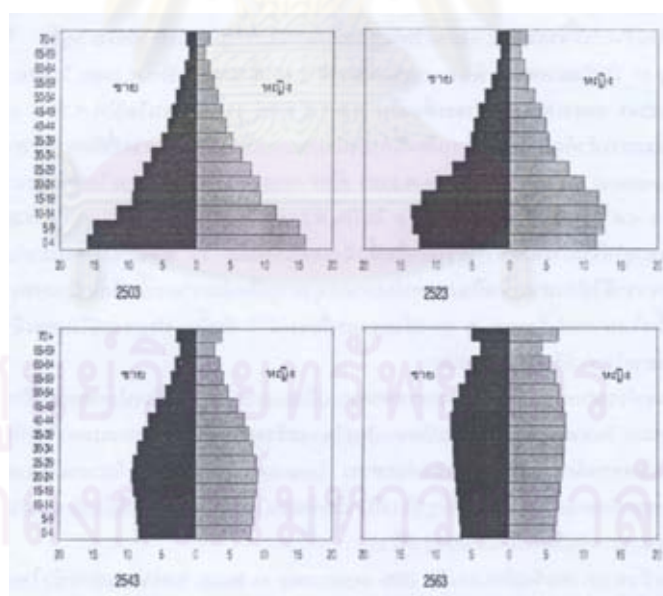
องค์การอนามัยโลกกำหนดว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป [19]

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป [5]

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้แบ่ง ผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปีและผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป [20]

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรสูงอายุ

ลักษณะประมิตของประชากรเปลี่ยนจากทรงสามเหลี่ยมหน้าจั่วในปีพ.ศ. 2503 ไปเป็นทรงระฆังคว่ำในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเปลี่ยนไปเป็นทรงแจกันในปี พ.ศ. 2563 อายุมัธยฐานของประชากรส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นทุกปี ประชากรสูงอายุ (60 ปีหรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 1.21 ล้านคนในปี พ.ศ.2503 ไปเป็น 4.5-5.7 ล้านคนในปีพ.ศ.2543 จากการสำรวจล่าสุดในปีพ.ศ. 2550 ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 11 ล้านคนในปีพ.ศ. 2563 การเปลี่ยนแปลงนี้จะนำประเทศไทยไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” ทั้งนี้ในปีพ.ศ. 2503 สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 4.6 และเพิ่มเป็นร้อยละ 9 ในปีพ.ศ. 2543 โดยในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2563 มีการคาดหมายว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุอาจเพิ่มขึ้นถึงระดับร้อยละ 11 และ 15 ตามลำดับซึ่งตามเกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดว่าประเทศจะเข้าสู่ภาวะสูงอายุเมื่อมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้เข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุมาแล้วประมาณเกือบ 10 ปี [1, 2]



รูปที่ 1 โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2503, 2523, 2543, 2563 [1]

จากผลการสำรวจล่าสุดพบว่าดัชนีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้นด้วย ในขณะที่จำนวนคนในวัยแรงงานที่จะรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากการลดลงของค่านิยมในการมีบุตรของคนในวัยเจริญพันธุ์ [2]

ภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ นั่นคือผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบปัญหาการละเลยและการทอดทิ้งผู้สูงอายุซึ่งกำลังทวีความรุนแรงขึ้นทุกที ภาระในการดูแลผู้สูงอายุจึงกลายมาเป็นหน้าที่ของรัฐบาลในการจัดสวัสดิการด้านการดูแลผู้สูงอายุ

การจัดสวัสดิการด้านการดูแลผู้สูงอายุ

หลักการจัดสวัสดิการและการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care) ตามระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาตรฐาน (Australia' Aged Care System) ซึ่งมีหลายลักษณะดังนี้ [21]

1. Services to support people living in the community มีบริการที่สนับสนุนการดำรงชีวิตในชุมชน

- การจัดการดูแลที่บ้านและชุมชน (Home & Community care : HACC)
- บริการผู้สูงอายุเพิ่มเติมที่บ้าน (Extended Aged Care at Home : EACH)
- ศูนย์บริการรักษาภาคกลางวัน (Day therapy centers)
- ศูนย์บริการสถานที่พักผ่อนตลอดทั้งวันและคืน (Day & Overnight respite centers)

2. Residential Aged care services เป็นบริการที่จัดเป็นบ้านพักหรือที่อยู่อาศัยให้อยู่ภายใต้การดูแลของทีมงานที่จัดไว้ ซึ่งสนับสนุนเงินโดยรัฐบาลกลางที่ให้บริการสำหรับบุคคลที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้เองทั้งเรื่องขาดคนดูแล ความเจ็บป่วยหรือมีความพิการ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- ระดับสูง (high care) มีการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง อาหาร ซักเสื้อผ้า การทำความสะอาดและการดูแลส่วนบุคคล เป็นกลุ่มที่ต้องดูแลทางการแพทย์ใกล้ชิด หรือช่วยตัวเองพอได้บ้างไม่ถึงกับเป็นผู้ป่วยอย่างเต็มที่เรียกว่า Nursing home
- ระดับต่ำ (low care) ช่วยดูแลเรื่องอาหารการกิน ซักรีดเสื้อผ้าการดูแลส่วนบุคคล แต่ไม่มีการพยาบาล เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ต้องการการดูแลทางการแพทย์ไม่มากเรียกว่า Hostel มีการจัดบริการโดยทีมผู้ดูแล (Career)

ในประเทศไทยภารกิจหลักในการดูแลผู้สูงอายุเป็นของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน้าที่รับผิดชอบตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 [6] กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้.

1. สถานสงเคราะห์คนชรา เป็นการอุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยาก เดือดร้อน เช่น ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้อุปการะดูแล ที่มีความสมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ **ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์เป็นศูนย์สถิติด้านคนชราของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการจำนวน 7 แห่ง ดังนี้**

1. สถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค กรุงเทพมหานคร
2. สถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
3. สถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปภรณ์เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
4. สถานสงเคราะห์คนชราร้านทักษิณ จังหวัดยะลา
5. สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
6. สถานสงเคราะห์คนชราร้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
7. สถานสงเคราะห์คนชราร้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์.

2. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (Day Centre) เนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ประกอบกับการสงเคราะห์ ภายในสถานสงเคราะห์มีค่าใช้จ่ายสูงมากมีความจำกัดด้านบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้รับอัตรากำลังเพิ่ม รวมทั้งหลักการดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ไม่ใช่การแยกผู้สูงอายุจากครอบครัว จากหลักการและเหตุผลดังกล่าว กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จึงจัดให้มีบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยให้บริการ ดังนี้

- บริการภายในศูนย์ ได้แก่ สุขภาพอนามัย กายภาพบำบัด สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเสริมความรู้ และศาสนกิจ บริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นต้น

- บริการบ้านพักฉุกเฉิน เป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า โดยรับเข้าพักในบ้านพักฉุกเฉิน และให้บริการในด้านปัจจัย 4 สังคมสงเคราะห์ หรือส่งไปรับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น การจัดตั้งศูนย์บริการบางแห่งเป็นส่วนหนึ่งของสถานสงเคราะห์ และในบางแห่งจัดตั้งเป็นเฉพาะศูนย์บริการเพียงอย่างเดียว

3. บริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน นำข้อมูลข่าวสารบริการไปเผยแพร่การให้บริการในด้านคำแนะนำ และการรักษาพยาบาลเล็ก ๆ น้อย ๆ โดยหน่วยเคลื่อนที่ที่จะประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ดำเนินการโดยหน่วยงานส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราต่าง ๆ

4. การสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่น ๆ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้บริการตามความเหมาะสม รวมทั้งติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมให้ความช่วยเหลือต่อไป

5. การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โครงการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเข้ารับการฝึกอบรมในหน่วยงานสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการกำหนด

ในปี 2546 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ถ่ายโอนภารกิจสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุให้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อม ดังนี้

สถานสงเคราะห์คนชราประเภทสามัญ จำนวน 12 แห่ง

1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
2. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณวิวัฒน์ จังหวัดนครราชสีมา
3. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
4. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
5. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุทอง-พนักตัก จังหวัดชุมพร
6. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
7. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม
8. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
9. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร
10. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี
11. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอู่ปัทม) จังหวัดนครปฐม
12. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอู่ปัทม) จังหวัดกาญจนบุรี

สถานสงเคราะห์ประเภทพิเศษ จำนวน 1 แห่ง (สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่)

ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 11 แห่ง

1. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีสุคต จังหวัดพิษณุโลก
3. ศูนย์บริการผู้สูงอายุโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
4. ศูนย์บริการผู้สูงอายุทักษิณ จังหวัดยะลา
5. ศูนย์บริการผู้สูงอายุนันทรมปภรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา
6. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุวัยทอง จังหวัดเชียงใหม่
7. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุลพบุรี จังหวัดลพบุรี
8. ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร
9. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีตรัง จังหวัดตรัง
10. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุอุทอง-พื้งดัก จังหวัดชุมพร
11. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุเพชรทองคำ กรุงเทพมหานคร

3. ข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค [11]

บ้านบางแค เดิมใช้ชื่อว่า สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2496 ในสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี การจัดตั้งสถานสงเคราะห์แห่งนี้ นับเป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุแห่งแรกของประเทศไทย เริ่มเปิดดำเนินการในสมัยของ นายปกรณ อังคสุสิงห์ เป็นอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ จนกระทั่งเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2546 บ้านบางแคได้ปรับบทบาทจากหน่วยงานปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ มาเป็นงานส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2548 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน
3. เป็นศูนย์ประสานงานเครือข่ายในการให้บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
4. เป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน

ประเภทของผู้รับบริการ

1. ประเภทสามัญ ให้การอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุโดยไม่ต้องเสียค่าบริการใด ๆ ทั้งสิ้น ปัจจุบันมีเรือนพักสามัญจำนวน 5 หลัง คือ อาคารสุขสันต์ อาคารพิบูลสุข อาคารมหาดไทย อาคารโสมสวัสดิ์ และอาคารสวัสดิผล
2. ประเภทเสียค่าบริการแบบหอพัก แบ่งออกเป็นห้องเดี่ยว เสียค่าบริการคนละ 1,500 บาท ต่อเดือน และห้องคู่เดือนละ 2,000 บาท มีจำนวนทั้งหมด 40 ห้อง
3. ประเภทพิเศษ (บังกะโล) ผู้สูงอายุสามารถปลุกบ้านอยู่เองตามแบบแปลนที่กำหนด ในที่ดินของบ้านบางแคโดยผู้ปลูกสร้างสามารถพักอาศัยอยู่ได้จนถึงแก่กรรม และต้องยกกรรมสิทธิ์ให้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

คุณสมบัติของผู้รับบริการ

1. สัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป และมีความสมัครใจ
2. ไม่พิการทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือน
3. ไม่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคติดต่ออันตราย
4. ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น ฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะดูแล หรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข
5. ต้องไม่อยู่ระหว่างการดำเนินคดีอาญา

รูปแบบภารกิจหน้าที่ในการดำเนินงาน

1. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ให้บริการของศูนย์พัฒนาฯบ้านบางแค ข้อมูลเครือข่ายการดำเนินงานให้บริการด้านผู้สูงอายุ สถานที่ให้บริการด้านต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถ ข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ ฯลฯ
2. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา มีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่รับผิดชอบ จัดการฝึกอบรม ประชุมสัมมนาผู้ปฏิบัติงาน จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้สูงอายุ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องต่างๆ อาทิ จัดฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ จัดค่ายสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว จัดบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

3. ศูนย์การเรียนรู้ มีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนการเรียนรู้ในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุ โดยประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน นักเรียน นักศึกษา หน่วยงาน ภาครัฐ และเอกชน เข้าศึกษาดูงาน ฝึกอบรม วิจัย ด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่งเสริม การถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านอาชีพและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา งานผู้สูงอายุ ถ่ายทอดความรู้ด้านอาชีพและภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ถ่ายทอดความรู้ด้านการจัด สวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน ประกอบด้วย

4.1 การให้บริการผู้สูงอายุกลางวัน โดยจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกเข้ามาใช้ บริการในตอนกลางวัน โดยมีบริการด้านสังคมสงเคราะห์ กิจกรรมเสริมความรู้ กิจกรรม นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมรายได้ บริการด้านการแพทย์ บริการกายภาพบำบัด

4.2 บริการบ้านพักฉุกเฉิน จัดบริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุชั่วคราว ตามระยะเวลาที่ กำหนด ซึ่งได้รับบริการที่พักอาศัยและบริการอื่น ๆ ที่มีในศูนย์พัฒนาฯ โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

4.3 บริการที่พักอาศัยรูปแบบสถานสงเคราะห์ ประกอบด้วย

4.3.1. บริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีปัจจัย 4 ที่จำเป็นต่อชีวิต เพื่อให้มี ความสุขทั้งร่างกายและจิตใจในบ้านปลายชีวิตตามสมควรแก่สภาพ

4.3.2. บริการทางการแพทย์และอนามัย

- ด้านการรักษาพยาบาล ได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลรักษาพยาบาล ตามคำสั่งแพทย์โดยอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่เจ็บป่วยเฉพาะโรคหรือประสบอุบัติเหตุ ฉุกเฉินจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนั้นได้ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี เช่น เอ็กซเรย์ ตรวจเลือด เป็นต้น

- ด้านการอนามัย ได้จัดเจ้าหน้าที่พยาบาล อาสาสมัครจากโรงพยาบาล ต่าง ๆ มาให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ การสุขภาพ การทำความสะอาดที่พักรักษา การกำจัดขยะมูลฝอย เป็นต้น

- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดเจ้าหน้าที่ จัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุให้แข็งแรง เช่น รำมวยจีน (ไทเก๊ก) กีฬาเบตอง , กายบริหาร , นั้่งสมาธิ เป็นต้น

4.3.3. บริการด้านกายภาพบำบัด ได้จัดให้มีนักกายภาพบำบัดจัดบริการทาง กายภาพบำบัด เน้นหลักการป้องกัน รักษา พิ้นฟู โดยการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายกลุ่มและ บริการรักษาเฉพาะโรคในแต่ละรายทั้งทางด้านระบบประสาท และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

4.3.4. บริการด้านอาชีพบำบัด เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมี

กิจกรรมยามว่างให้เหมาะสมกับความสามารถและตามความสมัครใจ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต และรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยจัดสอนงานประดิษฐ์ต่าง ๆ เช่น กลุ่มดอกไม้จันทร์, กลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์, กลุ่มทำเครื่องหอม เป็นต้น ผลผลิตงานที่จำหน่ายจะแบ่งผลกำไรให้เป็นค่าแรงผู้สูงอายุ 70% สมทบทุนหมุนเวียน 25% และเป็นรางวัลผู้ควบคุม 5% ตามระเบียบของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมยามว่างให้เป็นการใช้เวลาว่างให้เหมาะสมกับความสามารถและตามความสมัครใจ

4.3.5. บริการด้านสังคมสงเคราะห์ จัดให้มีนักสังคมสงเคราะห์ประจำอาคารพักเพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษาหรือแก้ไขปัญหาแก่ผู้รับบริการ เมื่อประสบปัญหาโดยยึดหลักสังคมสงเคราะห์และมีการจัดทำข้อมูลของผู้รับบริการโดยดำเนินการเยี่ยมบ้าน สอบข้อเท็จจริงจากแหล่งข้อมูลต่างๆและบันทึกข้อมูลที่ได้ในรูปแบบเขียนประวัติผู้รับบริการด้วยระบบคอมพิวเตอร์ รวมทั้งใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชนในการแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ยังได้ให้บริการในเรื่องการติดต่อครอบครัวตามความประสงค์ให้กับผู้รับบริการ โดยทางจดหมาย โทรศัพท์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น และดำเนินการด้านกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ในเรื่องการจัดทำพินัยกรรม เป็นต้น

4.3.6. บริการด้านศาสนา ได้จัดบริการภายในอาคารศาลาธรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสประกอบพิธีกรรมทางศาสนาประเพณีนิยมในวันสำคัญๆ เช่น วันธรรมสวนะ วันวิสาขบูชา วันมาฆบูชา และวันเข้าพรรษา เป็นต้น และมีการนิมนต์พระสงฆ์ แสดงธรรมเทศนาในวันพระเดือนละ 4 ครั้ง และมีวิทยากรจากพุทธสมาคมแห่งประเทศไทย มาบรรยายออกเสียงตามสายให้ผู้สูงอายุฟังเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้ได้จัดให้มีการทำบุญในวันสำคัญ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันสงกรานต์ เป็นต้น

4.3.7 บริการด้านฌาปนกิจ ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมในศูนย์ และไม่มีญาติจัดการศพให้ ศูนย์พัฒนา จะจัดการศพโดยตั้งศพสดอภิรกรรมที่อาคารศาลาธรรมหนึ่งคืน แล้วนำไปเก็บไว้ที่วัดนิมมานรดี โดยจะทำการฌาปนกิจพร้อมกันในเดือน มีนาคม ของแต่ละปี และนำอัฐิส่วนหนึ่งไปลอยอังคารตามประเพณี อีกส่วนหนึ่งเก็บรวมไว้ภายในเจดีย์อัฐิของศูนย์พัฒนา และทำบุญอุทิศให้ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ของทุกปี

4.3.8 บริการด้านจิตวิทยา ได้จัดให้มีนักจิตวิทยาเพื่อให้คำปรึกษาหรือแก้ไขปัญหา พันฟูและปรับสภาพด้านจิตใจให้กับผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการด้านจิตวิทยาและกิจกรรมกลุ่มบำบัด ให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

4.3.9 บริการนันทนาการ ได้จัดบริการกิจกรรมต่างๆในวันสำคัญทางสังคม หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสนุกสนานรื่นเริงตามประเพณี เกิดความเพลิดเพลิน และยังได้จัดกิจกรรมนันทนาการที่ส่งเสริมด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดกิจกรรมกีฬาที่เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมนันทนาการต่างๆนั้น นอกจากบ้านบางแคจะเป็นผู้ดำเนินการจัดให้แล้ว ยังได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามาจัดบริการให้ความสุขแก่ผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

5. ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน มีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ให้เกิดความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันอย่างสม่ำเสมอ จัดหน่วยเคลื่อนที่เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้าน นำบริการ ข้อมูลข่าวสารไปเผยแพร่ จัดกิจกรรมรูปแบบต่างๆให้กับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

6. ศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ มีหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษา และส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุและประชาชนอย่างทั่วถึง โดยมีการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ จดหมาย และอีเมล ให้คำแนะนำปรึกษาในศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาในหน่วยบริการเคลื่อนที่ เป็นต้น

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยแห่งความเคารพนับถือที่ลูกหลานยกย่องให้เกียรติเป็นวัยแห่งความสุขที่จะได้เห็นลูกหลานที่เลี้ยงมาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ภาวะต่าง ๆ ที่ต้องเลี้ยงดูก็น้อยลงและเป็นวัยแห่งเวลาว่างที่จะได้ทำสิ่งต่าง ๆ ตามความชอบหรือความสนใจอย่างเต็มที่

ในทางจิตวิทยา วัยสูงอายุเป็นอีกหนึ่งช่วงวัยของชีวิตมนุษย์ที่ถือได้ว่าเป็นช่วงรอยต่อของชีวิต กล่าวคือ จะเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ขึ้นทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อถึงสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้[22]

กรมสุขภาพจิตได้เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุที่แบ่งไว้ 5 ด้าน คือ [22]

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย โดยการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่คล่องตัวร่างกายไม่เสื่อมเร็ว
2. พัฒนาการด้านอารมณ์ ปรับอารมณ์ให้มีความหนักแน่น ใจเย็น
3. พัฒนาการความคิด ผู้สูงอายุควรหมั่นใช้ความคิดโดยการอ่านหนังสือหรือทำงาน เพื่อเป็นการช่วยกระตุ้นสมอง

4. พัฒนาสังคม เพื่อไม่ให้ตนเองเกิดความว่าเหว ผู้สูงอายุควรเข้าสังคมอยู่เรื่อยๆ โดยการเข้าหาเด็กวัยรุ่น ด้วยการพูดคุยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำที่ดี เพื่อที่จะช่วยให้เด็กเกิดความเคารพและไม่ทอดทิ้ง
5. พัฒนาการด้านวิญญาณ ผู้สูงอายุควรมีความมุ่งมั่นทำประโยชน์ต่อสังคม เพื่อสร้างคุณค่าให้กับตนเองด้วย

สาเหตุที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตเสื่อม [12]

1. สาเหตุทางร่างกาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม ได้แก่ ความบกพร่องทางร่างกาย ความเจ็บไข้ได้ป่วย ความบกพร่องของอวัยวะรับสัมผัส สมองได้รับความกระทบกระเทือน ความบกพร่องในด้านอนามัยและโภชนาการและสาเหตุทางพันธุกรรม โดยจะแยกอธิบายเป็นข้อๆ ดังนี้

1.1 ความบกพร่องทางร่างกาย เช่น มีร่างกายอ่อนแอ เป็นคนผอมหรืออ้วนเกินไป เตี้ยเกินไป แคระแกร็น จมูกแพบ หรือมีความพิการ ไม่สมประกอบ เช่น ตาถั่ว ปากแหว่ง แขนคอก ทำให้เกิดความวิตกกังวล

1.2 ความเจ็บไข้ได้ป่วย มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหืด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตหรือโรคปอด โรคเรื้อน หรือโรคขาดธาตุอาหารบางอย่าง ทำให้มีผลต่อสุขภาพจิต ทำให้รู้สึกหงุดหงิด ีระแวงฉุนเฉียว ใจน้อย ปรับตัวยาก

1.3 ความบกพร่องทางอวัยวะรับสัมผัส เช่น หูฟังไม่ค่อยได้ยิน ตามองไม่ค่อยเห็น โดยภาพรวมคนที่พิการหรือคนที่บกพร่องทางร่างกายมักจะหงุดหงิดง่ายเพราะทำอะไรไม่ถนัดนัก ยิ่งมาพิการภายหลังจะยิ่งทำให้คนไม่มีความสุขนักเมื่อไม่มีความสุขนานวันเข้าก็ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม

1.4 สมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างหนักจากอุบัติเหตุหรืออื่นๆ

1.5 ความบกพร่องในด้านอนามัยและโภชนาการ

1.6 สาเหตุจากพันธุกรรม (Heredity) ได้แก่ ความบกพร่องทางร่างกายและทาง

สติปัญญาแต่กำเนิด เป็นผลต่อสุขภาพจิตมาก

2. สาเหตุทางจิตใจ ได้แก่

2.1 อารมณ์ เมื่อเกิดปัญหาทางอารมณ์จะมีผลถึงสุขภาพจิต อารมณ์ที่อาจทำให้คนเสียสุขภาพจิตได้มากได้แก่ความกลัว (Fear) ความวิตกกังวล (Anxiety) และ ความโกรธ (Anger)

2.2 ความเหนื่อยล้าของจิต (Fatigue) มีผลต่อสุขภาพจิตและปัญหาอื่นๆ ความเหนื่อยล้าของจิตอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้หลายสาเหตุเช่น การขาดสารอาหารบางกลุ่มในร่างกาย การรับประทานอิมมากเกินไป การอดนอน ออกกำลังกายมากเกินไป ความเบื่อหน่าย การทำงานไม่ประสบความสำเร็จ การมีปัญหาคัดแย้งกับคนอื่น และการขาดความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลยิ่งเกิดความเครียดทางอารมณ์ สุขภาพจิตเสียได้ง่าย

2.3 การเปลี่ยนแปลงของสังคม ทำให้บุคคลย่อมมีปัญหาดังกล่าวมากมาย จึงมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ กัน ถ้าบุคคลถูกขัดขวางจะทำให้เกิดความขัดแย้ง (Conflict) เกิดความขุ่นข้องหมองใจหรือความคับข้องใจ (Frustration) และเกิดความวิตกกังวล (Anxiety) จะทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจขึ้น

3. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด ต้องพึ่งพาคนอื่นก็อาจเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

Rosenberg ให้คำจำกัดความไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านบวก หรือด้านลบ บุคคลที่นับถือตนเองสูง จะคิดว่าตนเองมีค่า มีเกียรติ มีความพอใจในตนเอง ส่วนบุคคลที่มีความยอมรับนับถือตนเองต่ำก็จะรู้สึกว่าตนเองไม่เท่าเทียมผู้อื่น เพราะขาดบางสิ่งบางอย่าง [23]

Lawrence กล่าวว่า คุณค่าในตนเองเป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างอัตมโนทัศน์ ลักษณะรวมของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย ความคิด ความรู้สึกและการกระทำ สิ่งที่ตนคาดหวัง และสิ่งที่ตนเป็น [24]

เกียรติวรรณ อมาตยกุล ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการของคนจิตใจละเอียดอ่อนลึกซึ้ง มีการพัฒนาด้านจิตใจสูง รู้จักศึกษาจิตใจตนเอง ควบคุมตนเอง รู้จักใช้ชีวิตให้อยู่เหนืออิทธิพลของความต้องการขั้นต่ำได้ สามารถจะเห็นว่าตนเองมีคุณค่า มีความภูมิใจในเอกลักษณ์ของตนเอง [25]

ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา กล่าวว่าบุคคลจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง หรือมีความภาคภูมิใจในตนเองจะพิจารณาจากการประเมินคุณค่าตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นคุณค่าที่ผู้อื่นมีต่อตน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล [26]

Rogers กล่าวว่า บุคคลจะรู้สึกมีคุณค่าเมื่อเขาสามารถยอมรับตนเองได้ โดยที่มโนภาพแห่งตนที่เขารับรู้สอดคล้องกับประสบการณ์ที่เป็นจริง เมื่อเขามีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลจะเกิดความวิตกกังวลถ้าหากมโนภาพแห่งตนที่เขารับรู้แตกต่างไปจากความเป็นจริง บุคคลจะไม่สามารถยอมรับในตนเองได้ ถ้าบุคคลอื่นไม่ยอมรับในตัวเขาหรือพฤติกรรมของเขาในภาวะดังกล่าวบุคคลจะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีตามแนวคิดของ Rogers คือ บุคคลที่ยอมรับตนเอง ปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง [27]

ทฤษฎีของ Maslow เชื่อว่า คนทุกคนมีความปรารถนาที่จะได้รับความสำเร็จในตนเอง และต้องการให้ผู้อื่นยอมรับนับถือในความสำเร็จของตน ถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจก็จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ และมีประโยชน์ต่อสังคม [28]

Atchley กล่าวถึงสาเหตุของการสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้ [29]

1. ความเสื่อมโทรมในความสามารถของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะส่งผลกระทบต่อการได้รับการยอมรับของผู้สูงอายุ ซึ่งจะกระทบต่อภาพลักษณ์แห่งตน (Self Image)
2. มีความไม่มั่นคงในภาพลักษณ์แห่งตนอยู่แล้ว ความไม่มั่นคงต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะส่งผลกระทบต่อการกระทำของบุคคล โดยจะมีการพึ่งพาสังคมมากขึ้น และมีการระมัดระวังในบทบาทของตนเองมากขึ้น
3. สูญเสียการควบคุมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เมื่อตนเองสูญเสียการควบคุมในสิ่งที่ตนเองเคยควบคุมได้ หรือสิ่งที่ตนเคยมีอิทธิพลเหนือกว่าจะทำให้กลไกการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุเสียไปและส่งผลกระทบต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

Coopersmith กล่าวว่า บุคคลสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้โดย [30]

1. การได้รับการยอมรับนับถือ และการปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต
2. การประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย
3. การได้รับการกระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยม และความปรารถนาของตน
4. ลักษณะการตอบสนองต่อการลดคุณค่า บุคคลอาจได้รับการกระทบกระเทือนหรือถูกลดคุณค่าการกระทำ อันอาจทำให้รู้สึกว่าลดคุณค่าของตนเองลงไป

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเกิดจากความเข้าใจในชีวิต การมีเป้าหมาย จนเกิดความสุขระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ Paloutizan and Ellison [31,32] กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยของแต่ละบุคคล ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ

1. องค์ประกอบทางด้านศาสนา (Religious component) หมายถึง ความผาสุกที่เกิดมาจากความศรัทธาในศาสนา ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีแรงยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การได้รับผลดีทางจิตใจ ความศรัทธาในหลักคำสอนทางศาสนาที่ตนนับถือ ตลอดจนการเข้าร่วมในศาสนพิธีต่างๆ
2. องค์ประกอบด้านความต้องการมีความหมายของชีวิตและความพึงพอใจ (Meaning in life and satisfaction in life component) หมายถึง ความสุขในการใช้ชีวิต รับรู้ว่ามีคุณค่า และเป็นสิ่งดีงาม มีความพึงพอใจรวมทั้งมีความหวังในสิ่งที่ต้องการ รวมทั้งการตั้งเป้าหมายในชีวิตและการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น

ลักษณะของผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ [33]

- มีความพึงพอใจในชีวิต
- ค้นหาความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต
- ตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่
- รู้จักให้ความรัก ให้ภัยผู้อื่น และต้องการได้รับจากผู้อื่นเช่นกัน
- ยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง
- มีความหวัง
- มีศีลธรรมและคุณธรรม
- มีความสงบสุขภายในใจ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.5 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพ อาชีพที่ทำ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานะทางการเงิน ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การอยู่อาศัย การพึ่งพาผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรม

ทางสังคม การมีผู้มาปรึกษา/รับทุกข์ เหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การมองเห็น การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ความกังวลกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การมีญาติป่วยด้วยโรคทางจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [34]

วัลภา คุณทรงเกียรติ ศึกษาสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า สุขภาพจิตวิญญาณตามการรับรู้ของคนไทยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ

1. มีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต
2. มีความสุขในชีวิตซึ่งเกิดจากมีความพอใจในชีวิตและมีชีวิตที่มีความหมาย
3. พลังที่จะมีชีวิตอยู่ซึ่งเป็นผลจากการมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิต [35]

กับปัญหาในชีวิต [35]

ปริญญา ไตมานะและระวีวรรณ ศรีสุชาติ ทำการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ สถานภาพทางสังคม สุขภาพความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความภูมิใจในชีวิตที่ประสบความสำเร็จหรือสามารถทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับบุตรหลานหรือญาติและเพื่อน [36]

จิราลักษณ์ จงสถิตมันและคณะ พบว่าการบริการของสถานสงเคราะห์มีจุดแข็ง คือสามารถตอบสนองความต้องการด้านกายภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี แต่ข้อจำกัดก็คือไม่อาจตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ ส่วนในด้านการปฏิบัติงานของบุคลากร ก็พบว่าปัญหาสำคัญได้แก่บุคลากรระดับล่างยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร และบุคลากรสถานสงเคราะห์เองก็ยังไม่อาจจะแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ที่นับวันก็จะทวีความรุนแรงมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ [7]

เรืองรอง ชาญวุฒิธรรม พบว่า “อัตลักษณ์” ของคนชราในสถานสงเคราะห์เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมตั้งแต่ขั้นตอนการเข้าสู่สถานสงเคราะห์ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับสถานภาพใหม่ของตัวเองในฐานะคนชราในสถานสงเคราะห์ ที่มักถูกให้ความหมายว่าเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพิง ไม่สามารถเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ยากไร้น่าสงสาร แตกต่างจากคนทั่วไปในสังคม และไม่มีความมั่นใจในตัวเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำไปสู่กระบวนการปกปิดตัวตนในฐานะคนชราในสถานสงเคราะห์ [8]

อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ สํารวจภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในกรุงเทพมหานครเมื่อปี 2542 โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพ (Thai GHQ-12) พบว่าร้อยละ 37.6 มีปัญหาสุขภาพจิต ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค ร้อยละ 42.4 สถานบริการทางสังคมผู้สูงอายุ दिनแดงร้อยละ 36.2 และสถานสงเคราะห์บ้านบางแค 2 ร้อยละ 21.4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุต่างกันมีอัตราการมีปัญหาสุขภาพจิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 อัตราการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน อัตราการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบอยู่ประจำและแบบไปกลับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการแบบอยู่ประจำในช่วงระยะเวลาต่างกันมีอัตราการมีปัญหาสุขภาพจิตต่างกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 3 แห่ง มีอัตราการมีปัญหาสุขภาพจิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .001 [9]

อัมภัสสา พานิชชอบ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชร่าบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เมื่อปี 2546 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชร่าบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.8 และร้อยละ 73.8 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านสภาพเศรษฐกิจ, สุขภาพ, สภาพแวดล้อม, การพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านรวมของผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนดีกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชร่าบ้านบางแค ส่วนด้านกิจกรรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน [37]

ชินัน บุญเรืองรัตน์ พบว่าผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณและด้านความสุข อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 64.5 และ 37.5 ตามลำดับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก ($r = .439$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 [38]

วันเพ็ญ เชาว์เชิง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร่าร้อยละ 20.7 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ความสามารถในการอ่านเขียน การมีโรคประจำตัว [46]

ปราณี ศรีสงคราม ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านหมี่ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้ชีวิตในครอบครัว ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การประเมินสุขภาพตนเองฯลฯ [47]

ภุมรินทร์ เฉลิมยุทธ ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา คือ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การพบปะบุคคลในวัยเดียวกันและปัญหาสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .006 [51]

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในปี 2552 พบว่า จากการสำรวจพบว่าระดับการศึกษาและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันทั้ง 2 ปี นั่นคือผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า คือ ผู้ที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีสุขภาพจิตดีที่สุด และผู้ที่ไม่มีการศึกษา/มีการศึกษาต่ำกว่าประถม มีสุขภาพจิตต่ำสุดทั้ง 2 ปี [52]

จุมพล สมประสงค์ ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัด เทศบาลเมือง กาญจนบุรีในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทย พบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 22.0 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ สุขภาพร่างกายของตนเอง การเจ็บป่วยร้ายแรงของคนในครอบครัว การตกงาน ปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรส ปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจและความพอใจกับงานที่ทำ [53]

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้สูงอายุที่พำนักอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และพำนักอยู่ในบ้านบางแคในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (สิงหาคม 2553 ถึง ตุลาคม 2553) จำนวน 99 ราย (จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง)

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถพูดคุยสื่อสารและให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้
2. มีความยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่กำลังป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้และผู้ที่พักอยู่ในอาคารมหาดไทย
2. ผู้ที่มีปัญหาสมองเสื่อมซึ่งพักอยู่ในอาคารโสมสวัสดิ์
3. มีความบกพร่องทางสายตาหรือการได้ยินจนเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกตัวอย่างจากประชากรเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาและพำนักอยู่ในบ้านบางแคในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (สิงหาคม 2553 ถึง ตุลาคม 2553) แล้วทำการเก็บข้อมูลทุกราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนา

$$n = \frac{z^2 p (1-p)}{d^2}$$

กำหนดให้	n	=	ขนาดของตัวอย่าง
	z	=	1.96 ที่ 95% CI
	d ²	=	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.1
	p	=	สัดส่วนในประชากร

จากงานวิจัยของอนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ ปี 2542 พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ ร้อยละ 37.6 มีปัญหาสุขภาพจิต [9] ดังนั้น ค่า p ที่ใช้ในการคำนวณจะเท่ากับ 0.37

$$\begin{aligned} \text{การแทนค่า } n &= \frac{1.96^2 [0.37 (1-0.37)]}{(0.1)^2} \\ &= 89.5 \end{aligned}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างดังสูตรข้างต้น จะต้องใช้ขนาดตัวอย่างประมาณ 89.5 ราย และเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจึงมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เป็น $89.5 + 8.95 = 98.45$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสอบถามเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28)

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบันด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, การมีบุตรศาสนา, โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ
- ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพเดิม, แหล่งที่มาของรายได้
- ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ามาพัก, ลักษณะที่พัก, ความถี่ของผู้มาเยี่ยมใน 6 เดือน, สาเหตุที่เข้ามาพัก, ความพึงพอใจโดยรวมต่อบ้านบางแค, การเข้าร่วมกิจกรรม

2. แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองโดยเขาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ [39] แปลมาจากแบบประเมินของ Rosenberg สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความรู้สึก การยอมรับตัวเองในด้านการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง ความมั่นใจ ความพึงพอใจ และการเคารพตัวเอง มีการนำแบบประเมินที่แปลเป็นภาษาไทยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 และจากการนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 แบบประเมินนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย

ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ

ข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6 และ 7

ข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9 และ 10

การให้คะแนน

	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

การแปลผล

แปลผลโดยคิดจากคะแนนเฉลี่ย ตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.00-4.00	หมายถึง	มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง	มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง	มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

3. แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดัดแปลงมาจาก The Spiritual Well-Being Scale : SWBS ของ Paloutizan and Ellison ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาติและนางชนัดดา ผาสุกมุล [33] มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.78 และจากการนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามเป็นแบบ Rating scale ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. The Existential Well-Being : EWB แบบวัดความผาสุกในชีวิต การให้ความหมายคุณค่าของชีวิต ความพอใจในชีวิต ความหวังและเป้าหมายที่วางเอาไว้ในชีวิต ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ

2. The Religion Well-Being : RWB ใช้วัดความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนา คือ ความเชื่อ ความศรัทธาและการปฏิบัติตนตามคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือ รวมถึงนำเอาหลักคำสอนมาใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ

คำถามเชิงบวกทั้งหมด 11 ข้อ คือ ข้อ 3,4,7,8,10,11,14,15,17,19,20

คำถามเชิงลบทั้งหมด 9 ข้อ คือ ข้อ 1,2,5,6,9,12,13,16,18

การให้คะแนน มีทั้งหมด 6 ระดับ คิดคะแนน ดังนี้

	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	1
เห็นด้วยปานกลาง	5	2
เห็นด้วย	4	3
ไม่เห็นด้วย	3	4
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	5
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	6

คะแนนรวมทั้งสิ้นเท่ากับ 20-120 คะแนน การประเมินผลคะแนนใช้ค่า Range (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหาร 3) แล้วแบ่งคะแนนที่ได้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ คือ ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด + Range
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + Range ถึง คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range
3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range ถึง คะแนนสูงสุด

4. แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28)

แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ธนา นิลชัยโกวิทย์[10] พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 28 ข้อ ครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis) แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- | | |
|-----------------------|---|
| กลุ่ม 1 (ข้อ 1 – 7) | อาการทางกาย (Somatic Symptoms) |
| กลุ่ม 2 (ข้อ 8 – 14) | อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) |
| กลุ่ม 3 (ข้อ 15 – 21) | ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) |
| กลุ่ม 4 (ข้อ 22 – 28) | อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) |

เครื่องมือมีค่าความเที่ยงและความตรงที่ยอมรับได้ ผลการทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ ,จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ มีค่าความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมี ค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และจากการนำแบบสอบถาม Thai GHQ 28 มาใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92

การให้คะแนน

การให้คะแนนของ GHQ Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3) โดยพบว่า correlation ระหว่าง 2 วิธีนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94

การแปลผล

Thai GHQ – 28 มีคะแนนรวม 28 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่ออธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อขออนุญาตในการเข้าไปเก็บข้อมูลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
2. เข้าพบผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย
3. คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา
4. ตั้งรหัสแทนชื่อสำหรับใช้ในการกรอกแบบสอบถาม
5. เข้าไปทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในวันเสาร์และอาทิตย์จนครบตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

6. แจกแบบสอบถามและอยู่ช่วยในการอธิบายแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และเพื่อขจัดอุปสรรคต่างๆในการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุ เช่น ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน หรือ ปัญหาทางสายตาในผู้สูงอายุจนกว่าผู้ตอบจะตอบแบบสอบถามเสร็จ

7. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยเลือกใช้สถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ในรูปแบบของร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง
3. นำตัวแปรที่พบความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ chi-square test และ Fisher's exact test มาวิเคราะห์ต่อโดยใช้ multiple logistic regression
4. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ คะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, อายุ และ ระยะเวลาที่มาพัก

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 99 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ แบบสอบถามเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, ศาสนา, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, บุตร, โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ

1.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพเดิม, แหล่งที่มาของรายได้

1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในบ้านบางแค, ลักษณะที่พัก, ความถี่ของผู้มาเยี่ยมใน 6 เดือน, สาเหตุที่เข้ามาพัก, ความพึงพอใจ, การเข้าร่วมกิจกรรม, ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 2 ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square tests และ Fisher's exact test

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ multiple logistic regression

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 99 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นปัจจัยด้านต่างๆดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านปัจจัยส่วนบุคคล (n = 99)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน [คน]	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	67	67.7
ชาย	32	32.3
อายุ (เฉลี่ย = 77.41 ปี / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.32 / สูงสุด = 91 ปี / ต่ำสุด = 61 ปี)		
60-70 ปี	20	20.2
71-80	46	46.5
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	33	33.3
ศาสนาที่นับถือ		
พุทธ	99	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20	20.2
ประถมศึกษา	34	34.4
มัธยมศึกษา	24	24.2
ปริญญาตรี	8	8.1
สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.0
อื่นๆ	9	9.1
สถานภาพสมรส		
โสด	37	37.4
หย่าร้าง / หม้าย	32	32.3
แต่งงาน	30	30.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน [คน]	ร้อยละ
การมีบุตร		
ไม่มีบุตร	43	43.4
มีบุตร	56	56.6
โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	25	25.3
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	74	74.7
ความดันโลหิตสูง	41	41.4
โรคกระดูกและข้อ	27	27.3
เบาหวาน	17	17.2
ไขมันในเลือดสูง	16	16.2
โรคหัวใจ	15	15.2
โรคทางการมองเห็น	9	9.1
โรคอื่นๆ	30	30.3

จากตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 อายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 46.5 รองลงมาคืออายุ 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 77.41 ± 7.32 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาที่พบอันดับแรก คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 34.3 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 24.2 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 37.4 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 32.3 และ แต่งงาน ร้อยละ 30.3 กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง มีบุตร คิดเป็นร้อยละ 56.5

ด้านปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 74.7 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 รองลงมาคือ โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 27.3

1.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (n = 99)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน [คน]	ร้อยละ
อาชีพเดิม		
รับจ้าง/อาชีพอิสระ	30	30.3
รับราชการ	28	28.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	18	18.2
พนักงานบริษัทเอกชน	4	4.0
ลูกจ้างทั่วไป	2	2.0
อื่นๆ	17	17.2
แหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบัน (นอกเหนือจากเงินบริจาค)		
ไม่มีรายได้	38	38.4
มีรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	61	61.6
บำเหน็จ/บำนาญ	21	21.2
เงินออม/ดอกเบี้ยย	21	21.2
ลูกหลาน/ญาติ	21	21.2
ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	1	1.0
อื่นๆ	3	3.0

จากตารางที่ 2 แสดงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า อาชีพเดิมก่อนมาอยู่ที่บ้านบางแคพบมากเป็นอันดับแรก คือ อาชีพรับจ้าง/อาชีพอิสระ ร้อยละ 30.3 รองลงมา คือรับราชการ ร้อยละ 28.3 และ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ แหล่งรายได้ในปัจจุบันนอกเหนือจากเงินบริจาคส่วนใหญ่มีรายได้จากแหล่งอื่น ร้อยละ 61.6 โดยได้รับเงินจากบำเหน็จ/บำนาญ, เงินออม/ดอกเบี้ยย และลูกหลาน/ญาติ ร้อยละ 21.2 และ ร้อยละ 38.4 ไม่ได้รับรายได้จากแหล่งอื่น

1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในปัจจัยด้านจิตสังคม (n = 99)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน [คน]	ร้อยละ
ระยะเวลาที่พักในบ้านบางแค		
(เฉลี่ย= 6.02 ปี / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.47/ สูงสุด=30 ปี / ต่ำสุด=1 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	64	64.6
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	35	35.4
ลักษณะที่พัก		
อาคารสามัญ	67	67.7
หอพัก	29	29.3
บังกะโล	3	3.0
ความถี่ของผู้มาเยี่ยมใน 6 เดือน		
ไม่มีผู้มาเยี่ยม	37	37.4
มีผู้มาเยี่ยม	62	62.6
น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน	9	9.1
1-2 ครั้ง/เดือน	38	38.4
3-4 ครั้ง/เดือน	9	9.1
มากกว่า 4 ครั้ง/เดือน	6	6.1
ความพึงพอใจโดยรวมต่อบ้านบางแค		
น้อยมาก	1	1.0
น้อย	4	4.0
ปานกลาง	19	19.2
มาก	43	43.4
มากที่สุด	32	32.3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในปัจจัยด้านจิตสังคม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน [คน]	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์		
ไม่เข้าร่วมกิจกรรม	5	5.1
เข้าร่วมกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	94	94.9
ศาสนา	70	70.7
ออกกำลังกาย	47	47.5
นันทนาการ (วันสำคัญต่างๆ)	44	44.4
อาชีพะบำบัด	16	16.2
กิจกรรมอื่นๆของศูนย์ฯ	22	22.2
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง		
(เฉลี่ย = 29.54 คะแนน / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.48 / สูงสุด = 39 / ต่ำสุด = 16 คะแนน)		
ต่ำ	2	2.0
ปานกลาง	44	44.4
สูง	53	53.5
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (เฉลี่ย = 83.96 คะแนน / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.01 / สูงสุด = 120 / ต่ำสุด = 38 คะแนน / range = 27.33)		
ต่ำ (38 – 65 คะแนน)	3	3.0
ปานกลาง (66 – 93 คะแนน)	74	74.7
สูง (93 – 120 คะแนน)	22	22.2

จากตารางที่ 3 แสดงปัจจัยด้านจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านบางแคเป็นระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 64.6 ระยะเวลาเฉลี่ย 6.02 ± 6.47 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอยู่ในอาคารสามัญ ร้อยละ 67.7 ความถี่ของการมีผู้มาเยี่ยมในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา อันดับแรกมีผู้มาเยี่ยมประมาณ 1-2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 38.4 รองลงมาคือ ไม่มีผู้มาเยี่ยมเลยใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 37.4 ด้านความพึงพอใจต่อบ้านบางแค พบว่ามีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 43.4 รองลงมา คือ พึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 32.3 ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.9 มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางศูนย์จัดขึ้น กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางด้าน

ร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด คือ กิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา ร้อยละ 70.7 รองลงมา คือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 47.5 และกิจกรรมนันทนาการ เช่น วันสำคัญต่างๆ หรือ กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยบุคคลภายนอก ร้อยละ 44.4

ผลการศึกษาด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้แบบสอบถามวัด พบว่าร้อยละ 53.5 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.4 และระดับต่ำ เพียงร้อยละ 2.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 29.54 ± 4.48 คะแนน และเมื่อใช้แบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง ร้อยละ 74.7 รองลงมา คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง ร้อยละ 22.2 และระดับต่ำเพียงร้อยละ 3.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ 83.96 ± 12.01 คะแนน

ส่วนที่ 2 ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย(Thai GHQ-28)

ตารางที่ 4 ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 99)

สุขภาพจิต	จำนวน [คน]	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	77	77.78
มีปัญหาสุขภาพจิต	22	22.22

จากตารางที่ 4 ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 99 คน มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และไม่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square tests และ Fisher's exact test

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต

ข้อมูลทั่วไป	สุขภาพจิต				X ² / Fisher's Exact Test	p-value
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา			
	จำนวน [คน]	ร้อยละ	จำนวน [คน]	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	53	79.1	14	20.9	0.211	0.646
ชาย	24	75.0	8	25.0		
อายุ						
60-70 ปี	19	95.0	1	5.0	4.031	0.038*
มากกว่า 70 ปี	58	73.0	21	27.0		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	65	84.4	22	15.6	3.901	0.048*
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	12	100.0	0	0		
สถานภาพสมรส						
โสด	30	81.1	7	18.9	0.398	0.820
หย่าร้าง / หม้าย	24	75.0	8	25.0		
แต่งงาน	23	76.7	7	23.3		
การมีบุตร						
ไม่มีบุตร	43	76.8	13	23.2	0.073	0.786
มีบุตร	34	79.1	9	20.9		
โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ						
ไม่มีโรคประจำตัว	23	92.0	2	8.0	3.914	0.048*
มีโรคประจำตัว	54	73.0	20	27.0		

*p < 0.05

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ปัจจัยด้านอายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยเรื่องเพศ, สถานภาพสมรส และการมีบุตร ไม่พบความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

3.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับภาวะสุขภาพจิต

ข้อมูลทั่วไป	สุขภาพจิต				X ² / Fisher's exact test	p- value
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา			
	จำนวน [คน]	ร้อยละ	จำนวน [คน]	ร้อยละ		
อาชีพเดิม						
รับราชการ	22	28.6	6	27.3	3.238	0.663
บริษัทเอกชน	2	2.6	2	9.1		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	15	19.5	3	13.6		
รับจ้าง/อาชีพอิสระ	23	29.9	7	31.8		
ลูกจ้างทั่วไป	1	1.3	1	4.5		
อื่นๆ	14	18.2	3	13.6		
แหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบัน (นอกเหนือจากเงินบริจาค)						
ไม่มีรายได้	26	34.2	12	54.5	3.124	0.077
มีรายได้	51	65.8	10	45.5		

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square test พบว่าปัจจัยเรื่องอาชีพเดิมก่อนมาอยู่ที่บ้านบางแคและรายได้ในปัจจุบันไม่พบความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

3.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับภาวะสุขภาพจิต

ข้อมูลทั่วไป	สุขภาพจิต				X ² / Fisher's exact test	p-value
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา			
	จำนวน [คน]	ร้อยละ	จำนวน [คน]	ร้อยละ		
ระยะเวลาที่พักในบ้านบางแค (\bar{X} = 6.02 ปี / S.D.= 6.47)						
น้อยกว่า/เท่ากับ 5 ปี	52	81.3	12	18.7	1.263	0.261
มากกว่า 5 ปี	25	71.4	10	28.6		
ลักษณะที่พัก						
บังกะโลและหอพัก	28	87.5	4	12.5	2.586	0.108
อาคารสามัญ	49	73.1	18	26.9		
การมีผู้มาเยี่ยม						
ไม่มีผู้มาเยี่ยม	24	64.9	13	35.1	5.70	0.017*
มีผู้มาเยี่ยม	53	85.5	9	14.5		
ความพึงพอใจโดยรวมต่อบ้านบางแค						
น้อยมากถึงปานกลาง	15	62.5	9	37.5	4.278	0.039*
มากถึงมากที่สุด	62	82.7	13	17.3		
การเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์						
ไม่เข้าร่วมกิจกรรม	3	60.0	2	40.0	0.963	0.307
เข้าร่วมกิจกรรม	74	78.7	20	21.3		
การเห็นคุณค่าในตัวเอง						
ต่ำหรือปานกลาง	31	67.4	15	32.6	5.363	0.02*
สูง	46	86.8	7	13.2		
ความผาสุกทางวิญญาณ						
ต่ำหรือปานกลาง	58	75.3	19	24.7	1.206	0.387
สูง	19	86.4	3	13.6		

*p < 0.05

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยเรื่องการไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแค่น้อยมากถึงปานกลางและการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลางมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นๆไม่พบความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ multiple logistic regression

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ multiple logistic regression

	B	S.E.	Wald	df	p-value	adjusted OR	95% C.I. of adjusted OR	
							Lower	Upper
เห็นคุณค่าต่ำถึงปานกลาง	1.158	0.545	4.515	1	0.034*	3.183	1.094	9.259
พอใจน้อยมากถึงปานกลาง	1.241	0.565	4.824	1	0.028*	3.460	1.143	10.475
ไม่มีผู้มาเยี่ยม	1.097	0.530	4.291	1	0.038*	2.996	1.061	8.461
constant	-2.760	0.574	23.120	1	0.000	0.063		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 8 เมื่อนำตัวแปรต่างๆ ที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Multiple Logistic Regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแค่น้อยมากถึงปานกลาง และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

	การเห็นคุณค่าในตัวเอง	
	Pearson's correlation coefficient	p-value
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	0.599	< 0.001*

*p < 0.01

จากตารางที่ 9 การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ 0.599

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างคะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28 กับ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, อายุ และระยะเวลาที่พำนักในบ้านบางแค

	คะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28	
	Pearson's correlation coefficient	p-value
การเห็นคุณค่าในตนเอง	-0.437	< 0.001*
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	-0.320	0.001*
อายุ	0.107	0.29
ระยะเวลาที่พำนักในบ้านบางแค	0.126	0.214

*p < 0.01

จากตารางที่ 10 คะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ที่ได้คะแนนจาก Thai GHQ สูง พบว่ามีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ ส่วนปัจจัยเรื่องอายุและระยะเวลาที่พำนัก พบว่าไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนนจาก Thai GHQ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาและไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา และพำนักอยู่ในบ้านบางแคในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (สิงหาคม 2553 ถึง ตุลาคม 2553) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 99 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสอบถามเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในรูปแบบของร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง และ นำตัวแปรที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ต่อโดยใช้ multiple logistic regression และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และระหว่างคะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, อายุ และระยะเวลาที่พำนักในบ้านบางแค

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิง ร้อยละ 67.7 และเพศชาย ร้อยละ 32.3 อายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 46.5 รองลงมาคืออายุ 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 77.41 ± 7.32 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าเป็น มัธยมศึกษา ร้อยละ 34.3 รองลงมาคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 24.2 ด้านสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโสด ร้อยละ 37.4 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 32.3 กลุ่มตัวอย่างมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 56.5 ด้านปัญหาสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 74.7 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคกระดูกและข้อ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า อาชีพเดิมก่อนมาอยู่ที่บ้านบางแคอันดับแรกที่พบบ่อย คือ ประกอบอาชีพรับจ้าง/อาชีพอิสระ ร้อยละ 30.3 รองลงมา คือรับราชการ ร้อยละ 28.3 ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างมีรายได้จากแหล่งอื่น ได้แก่ บำเหน็จ/บำนาญ, เงินออม/ดอกเบี้ย และได้รับเงินจาก ลูกหลาน/ญาติ มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 21.2

ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านบางแคเป็นระยะเวลา น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.6 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 6.02 ± 6.47 ปี ส่วนใหญ่พักอยู่ในอาคาร สามีผู้ซึ่งไม่เสียค่าบริการ ร้อยละ 67.7 รองลงมาคือ อาคารหอพัก ร้อยละ 39.3 ความถี่ของการมี ผู้มาเยี่ยมในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาอันดับแรกมีผู้มาเยี่ยมประมาณ 1-2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 38.4 รองลงมาคือ ไม่มีผู้มาเยี่ยมเลยใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 37.4 ด้านความพึงพอใจของกลุ่ม ตัวอย่างที่มีต่อบ้านบางแค พบว่ามีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 43.4 และ พึงพอใจมากที่สุด ร้อย ละ 32.3 ตามลำดับ ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางศูนย์จัดขึ้นถึง ร้อยละ 94.9 กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางด้านร่างกายที่เป็น อุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมส่วนใหญ่ที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด คือ กิจกรรมเกี่ยวกับ ศาสนา ร้อยละ 70.7 รองลงมา คือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 47.5 และกิจกรรมนันทนาการ เช่น วันสำคัญต่างๆ หรือ กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยบุคคลภายนอก ร้อยละ 44.4

ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ร้อยละ 53.5 รองลงมาคือ เห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง ร้อยละ 44.4 ด้านความผาสุกทางจิต วิญญาณ พบความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง ร้อยละ 74.7 รองลงมา คือ ความ ผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง ร้อยละ 22.2

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับปัญหาสุขภาพจิต

ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ

77.78 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.22 มีปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการวิเคราะห์ chi-square และ Fisher's exact test ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี, การมีโรคประจำตัว, การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแค่น้อยมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง ส่วนปัจจัยอื่นๆไม่พบความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยที่อธิบายปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่มีผู้มาเยี่ยม ความพึงพอใจต่อบ้านบางแค่น้อยมากถึงปานกลาง และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง ($p < 0.05$)

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.599$) กับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กล่าวคือ ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงพบว่ามีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง และ คะแนนจาก Thai GHQ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = -0.437$ และ -0.320 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยผู้ที่ได้คะแนนจาก Thai GHQ สูง พบว่ามีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ ส่วนปัจจัยเรื่องอายุและระยะเวลาที่พำนักในบ้านบางแค ไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนนจาก Thai GHQ

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนบ้านบางแค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของกรมสุขภาพจิตโดยอนุรักษ์ บัณฑิตยชาติและคณะ [9] อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 71-80 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 77.41 ± 7.32 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญฤทัย อิมสมโภช [40], อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ [9] และตรงกับการสำรวจโดยบ้านบางแค [11] ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ มัธยมศึกษา และ ประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจโดยบ้านบางแค [11] กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่โสด หรือ หม้าย / หย่าร้าง และ ร้อยละ 38.4 ไม่มีรายได้จากแหล่งอื่น อาจเนื่องจากคุณสมบัติของผู้เข้ารับการสงเคราะห์โดยบ้านบางแค

กำหนดไว้ว่า ต้องเป็นผู้ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น ฐานะยากจน ขาดผู้อุปการะดูแล หรือ อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข [11] จากการสอบถามเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเงิน ค่าใช้จ่ายและเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็นจากการรับบริจาคอยู่อย่างสม่ำเสมอ ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 74.7 สอดคล้องกับที่พบในงานวิจัยของขวัญ ฤทัย อิมสมโภช[40] โรคที่พบบ่อยเป็นอันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ โดยโรคประจำตัวที่พบมีความคล้ายคลึงกับที่พบในผู้สูงอายุทั่วไปจากการ สํารวจโดยสำนักงานสํารวจสุขภาพประชาชนไทย [57]

ด้านจิตสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.6 อาศัยอยู่ในบ้านบางแคเป็น ระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 6.02 ± 6.47 ปี โดยส่วนใหญ่พักอยู่ใน อาคารสามัญ ร้อยละ 67.7 ซึ่งเป็นอาคารที่ไม่เสียค่าบริการ ซึ่งสอดคล้องกับคุณสมบัติของผู้รับ การสงเคราะห์ และเนื่องจากจำนวนผู้รับบริการส่วนใหญ่ในปัจจุบันที่สํารวจโดยบ้านบางแคมี จำนวนผู้พักอาศัยอยู่ในอาคารสามัญมากที่สุด [11] จึงทำให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีความ สอดคล้องกับข้อมูลดังกล่าว ในด้านของผู้ที่มาเยี่ยมในระหว่างที่พักอยู่ที่บ้านบางแค พบว่า ส่วน ใหญ่มีผู้มาเยี่ยม ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้งและ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบ้านบางแคในระดับ มากถึงมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับที่พบในงานวิจัยของขวัญ ฤทัย อิมสมโภช [40] ด้านการเข้าร่วม กิจกรรมส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางศูนย์จัดขึ้นถึงร้อยละ 94.9 ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของ ศูนย์ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรม ส่วนใหญ่ที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด คือ กิจกรรมเกี่ยวกับศาสนาทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับ ถือศาสนาพุทธ โดยมีการนิมนต์พระสงฆ์มาแสดงพระธรรมเทศนาในศาลาธรรมทุกวันพระ [11]

ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลางถึงสูง พบกลุ่มตัวอย่างเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชินัน บุญเรืองรัตน์ และขวัญ ฤทัย อิมสมโภช ที่พบว่าผู้สูงอายุบ้านบางแค ส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิต วิญญาณและความสุข อยู่ในระดับปานกลาง [38,40] การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นการประเมินองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ ความผาสุกในชีวิตและความผาสุกด้านความศรัทธาใน ศาสนาหรือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สำหรับการส่งเสริมในเรื่องของกิจกรรมทางศาสนานั้นปัจจุบันทาง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคได้จัดบริการในอาคารศาลาธรรม เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีโอกาสประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในวันสำคัญต่างๆ และมีการนิมนต์พระสงฆ์มา

แสดงพระธรรมเทศนาในวันพระเดือนละ 4 ครั้ง และมีวิทยากรจากพุทธสมาคมแห่งประเทศไทย มาบรรยายออกเสียงตามสายให้ผู้สูงอายุฟังเป็นประจำทุกเดือน

ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยนี้พบร้อยละ 22.22 สัดส่วนที่พบใกล้เคียงกับงานวิจัยสถานสงเคราะห์ในประเทศไทยมาเลเซียและสิงคโปร์ที่พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.2 และ 21.0 ตามลำดับ [41,42] แต่ความชุกที่พบในการวิจัยนี้น้อยกว่าที่พบในงานวิจัยของอนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ [9] ซึ่งทำการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค (ในปัจจุบันคือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง (ปัจจุบันทั้ง 2 แห่งสังกัดกรุงเทพมหานคร) จากงานวิจัยดังกล่าวพบปัญหาสุขภาพจิตถึง ร้อยละ 37.6 เหตุผลที่ความชุกในงานวิจัยนี้น้อยกว่าในวิจัยครั้งก่อนอาจเป็นเพราะงานวิจัยนี้กำหนดขอบเขตของประชากรเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคเท่านั้นซึ่งที่นี่เป็นศูนย์ต้นแบบในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นอกจากนี้ยังเป็นสถานที่ดูงานและเป็นต้นแบบของการจัดการด้านสถานสงเคราะห์ให้แก่สถานสงเคราะห์แห่งอื่นๆ จากภารกิจดังกล่าวจึงทำให้ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคมีความพร้อมในด้านบุคลากรและรูปแบบการดำเนินงานที่ได้มาตรฐานกว่าสถานสงเคราะห์แห่งอื่นๆ [11] อย่างไรก็ตามถึงแม้ทางศูนย์จะมีระบบการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานแล้วก็ตามก็ยังสามารถพบปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราลักษณ์ จงสถิตมัน และคณะ ที่พบว่าการบริการของสถานสงเคราะห์ มีจุดแข็งคือ สามารถตอบสนองความต้องการด้านกายภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี แต่ข้อจำกัดก็คือไม่อาจตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ [7] และสอดคล้องกับงานวิจัยสถานสงเคราะห์ในหลายๆประเทศที่พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่มักถูกละเลย สถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่มีเพียงแพทย์ทั่วไปเท่านั้นที่เข้ามาดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ [43,44,45] จากการวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่พบเพียงร้อยละ 13.8 ถึง 20.7 [46,47,48] ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนได้รับแรงสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและคนรอบข้างร่วมด้วยซึ่งต่างจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จึงควรมีการประเมินปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งมีระบบให้คำปรึกษาและประคับประคองทางด้านจิตใจอันเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี, การมีโรคประจำตัว, การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้าน บางแค่น้อยมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆไม่พบความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ในด้านอายุผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีมักประสบกับปัญหาสุขภาพจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นสาเหตุของความรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิตและนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ เช่นเดียวกับผู้ที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันความไม่ปกติสุขทางกายย่อมนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตได้ สุขภาพจิตที่ดีย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์ [49] ในทางกลับกันร่างกายที่อ่อนแอ ปรับตัวได้น้อยก็มักจะทำให้เกิดอาการทางร่างกายและจิตใจได้ง่าย เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรังหรือเรื้อรัง ทำให้เกิดความเครียดสูง [50] สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันเพ็ญ เขาว์เชิงที่พบว่าผู้มีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [46,47] สอดคล้องกับงานวิจัยของภุมรินทร์ เฉลิมยุทท์ที่พบว่าผู้มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต [51] ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีพบปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าระดับการศึกษาและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า [52] ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ รวมถึงวิธีการค้นคว้าข้อมูล มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ดีและรู้จักหาวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดหรือวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆในชีวิตได้ดีกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของจุมพล สมประสงค์ ที่ทำการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาและการมีโรคประจำตัว [53]

ด้านการมีผู้มาเยี่ยมในที่นี้หมายถึงผู้มาเยี่ยมที่เป็นญาติพี่น้องหรือคนรู้จักของผู้สูงอายุซึ่งไม่นับรวมถึงบุคคลภายนอกที่เข้ามาบริจาคหรือมาจัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้มาเยี่ยมพบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้มาเยี่ยมและในการวิจัยนี้พบว่า ร้อยละ 37.4 ของผู้สูงอายุไม่มีผู้มาเยี่ยมในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มิกิจกรรมการมาเยี่ยมผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และให้ความเข้าใจกับญาติถึงความสำคัญในการมาเยี่ยม เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความว่าเหว และรู้สึกว่าตนยังเป็นที่ต้องการของลูกหลานหรือญาติ และสังคม นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้มาเยี่ยมมักเป็นผู้สูงอายุเพศชาย, ผู้ที่ไม่มีรายได้จาก

แหล่งอื่นและเป็นผู้ที่พักอยู่ในอาคารหอพักหรืออาคารบังกะโล ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเพิ่มเติม

ในด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบ้านบางแค พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมต่อสถานสงเคราะห์ที่พำนักอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีจำนวนน้อยที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามจากการวิจัยพบว่าผู้ที่มีความพึงพอใจน้อยมากถึงปานกลางพบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด เนื่องจากความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างไร [54] ความพึงพอใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลาย, การได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและให้เกียรติจากคนรอบข้าง ความรู้สึกไม่พึงพอใจหรือไม่มีความสุขเท่าที่ควรอาจเป็นปัจจัยเครียดที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตได้ แต่ในทางกลับกันอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งต่างๆ น้อยลงหรือมีทัศนคติในแง่ลบต่อสิ่งรอบตัว ดังนั้นในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและการสร้างความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่จึงเป็นสิ่งที่จะต้องดูแลควบคู่กันไป เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีความพึงพอใจน้อยมากถึงปานกลางมักเป็นผู้ที่มีรายได้จากแหล่งอื่นทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีความคาดหวังสูงต่อการได้รับการดูแลจากสถานสงเคราะห์ ในขณะที่กลุ่มของผู้ไม่มีรายได้มักจะพอใจและสามารถยอมรับกับสถานภาพของการเป็นผู้ได้รับการอุปการะจากสถานสงเคราะห์

ส่วนปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเองพบว่าผู้ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางพบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers ที่ว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี คือ บุคคลที่ยอมรับตนเอง และปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง [27] ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลางมักเป็นผู้ที่ไม่มีความมั่นใจในตนเองและพักอยู่ในอาคารสามัญซึ่งข้อมูลทั้งสองมีความสอดคล้องกันเนื่องจากอาคารสามัญเป็นอาคารที่ไม่เสียค่าบริการซึ่งต่างจากอาคารหอพักและบังกะโล ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีรายได้ ไม่มีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น ไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพิงสถานสงเคราะห์ในการดำรงชีวิตจึงเกิดเป็นความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ ดังนั้นการพัฒนาความรู้สึกยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยมีแนวทางต่างๆ เช่น การเสริมแรงและให้กำลังใจโดยการหากิจกรรมเสริมที่ตรงกับความชอบของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น งานอาชีพะบำบัด, ศิลปะบำบัด, ดนตรีบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลินและเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ช่วยให้รู้สึกว่าคุณค่ายังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีคุณค่าได้ทัดเทียมกับผู้อื่น นอกจากนี้ชิ้นงานที่

ผู้สูงอายุประดิษฐ์ขึ้นอาจส่งเสริมให้มีการจำหน่ายเพื่อเพิ่มรายได้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งยังมีส่วนช่วยให้เกิดความภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่ง [25,40]

จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของคะแนนดิบจากแบบสอบถามต่างๆ พบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=0.599$) กับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงพบว่ามีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง สอดคล้องกับคำกล่าวของ O'brien (อ้างถึงในชนิดดา ผาสุกมุล) ที่ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นเกี่ยวข้องกับความสุขที่เกิดขึ้นกับตัวเราเองจนทำให้เกิดความเข้าใจในศักยภาพที่ตัวเรามี มองภาพลักษณ์ของตัวเองได้อย่างเหมาะสม สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ด้วยความไว้วางใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง [33] นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์คะแนนจาก Thai GHQ กับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณและคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า คะแนนจาก Thai GH Q มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ที่ได้คะแนนจาก Thai GHQ สูง พบว่ามีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีคะแนนแสดงถึงภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล อาการทางกายสูงกว่าและมีภาวะทุพพลภาพมากกว่า [55] และมีการศึกษา พบว่าสุขภาพจิตขึ้นอยู่กับประเด็นหลักๆ คือ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตหรือศาสนา [35,56] ความสุขในชีวิตซึ่งเกิดจากมีความพอใจในชีวิตและมีชีวิตที่มีความหมาย และ พลังที่จะมีชีวิตอยู่ซึ่งเป็นผลจากการมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิต [35] ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของ Maslow ที่ว่าคนทุกคนมีความปรารถนาที่จะได้รับความสำเร็จในตนเองและต้องการให้ผู้อื่นยอมรับนับถือในความสำเร็จของตน ถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจก็จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ และมีประโยชน์ต่อสังคม [28]

จากการวิจัยสรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคพบได้ร้อยละ 22.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี, การมีโรคประจำตัว, การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแคน้อยมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง การทราบถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและตระหนักในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและให้การดูแลในปัจจัยด้านจิตสังคมดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผลการวิจัยที่ได้ อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ทั้งหมด เนื่องจากสถานสงเคราะห์แต่ละแห่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกัน
2. ความซุกของปัญหาสุขภาพจิตอาจต่ำกว่าที่เป็นจริงเนื่องจากเกณฑ์ในการคัดออกของการศึกษานี้เป็นผู้ที่มีกำลังป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ รวมถึงผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาซึ่งมักพักอยู่ในอาคารมหาตมา (อาคารพยาบาล) และอาคารโสมสวัสดิ์ (อาคารสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม)

การนำไปประยุกต์ใช้

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้โดยการดูแลด้านสุขภาพร่างกายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังต่างๆ สนับสนุนให้มีกิจกรรมการมาเยี่ยมผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และให้ความเข้าใจกับญาติถึงความสำคัญในการมาเยี่ยม สร้างความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ทั้งในด้านของสถานที่พักและผู้ดูแล พัฒนาความรู้สึกยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยการเสริมแรงและให้กำลังใจ การหากิจกรรมเสริมที่ตรงกับความชอบของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น งานอาชีพะบำบัด, ศิลปะบำบัด, ดนตรีบำบัด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรายละเอียดของปัจจัยทางจิตสังคมในด้านการมีผู้มาเยี่ยม เช่น ระยะเวลาในการมาเยี่ยมแต่ละครั้งและรูปแบบของกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้มาเยี่ยมเพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำหรือให้ความรู้แก่ญาติ และเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในบางปัจจัย เช่น ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบ้านบางแค เพื่อจะได้เห็นปัญหาในเชิงลึกอันจะนำไปสู่การแก้ไขอย่างตรงจุดมากขึ้น
3. ควรมีการต่อยอดการศึกษาไปสู่สถานสงเคราะห์แห่งอื่นๆ เนื่องจากสถานสงเคราะห์แต่ละแห่งอาจมีบริบทที่ต่างกัน

รายการอ้างอิง

- [1] คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545
- [2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2550
- [3] United Nations. **The aging of populations and its economics and social implications (population studies no.26)**. New York: United Nations, 1956
- [4] สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **พัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.oppo.opp.go.th/info/data_process.htm. [2552, ธันวาคม 12]
- [5] สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์, 2547
- [6] สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.oppo.opp.go.th/info/network.htm>. [2552, ธันวาคม 12]
- [7] จิราลักษณ์ จงสถิตมัน. **การประเมินสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีสถานสงเคราะห์ 3 แห่ง**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543
- [8] เรืองรอง ชาญวุฒิศิธรรม. **คนชราในสถานสงเคราะห์: ชีวิตและตัวตน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547
- [9] อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ. **การสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ปี พ.ศ. 2542**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542
- [10] ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาล ศิลปะกิจ. **ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General health Questionnaire ฉบับภาษาไทย**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539; 41(1): 2-17
- [11] ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. **ผลการดำเนินงานศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552**. กรุงเทพมหานคร: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552

- [12] สุภวรรณ พันธุ์จันทร์. **ความหมายและความสำคัญของสุขภาพจิต**[ออนไลน์].
แหล่งที่มา: <http://socialscience.igetweb.com>. [2552, ธันวาคม 12]
- [13] อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรวรรณ จุฑา. **การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่**.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2547.
- [14] World Health Organization. **Mental health** [Online]. Available from:
http://www.who.int/mental_health/en/. [2009, Dec 12]
- [15] สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. **รายงานวิจัยเรื่องเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย**. เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2530
- [16] ฉวี ธรรมสุข. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2544
- [17] กรมสุขภาพจิต. **แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต ที่ผ่านการรับรองจากกรมสุขภาพจิต**
[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/test/>. [2552, ธันวาคม 12]
- [18] Wikipedia. **Old age**[Online]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Old_age.
[2009, Dec 12]
- [19] กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย**.
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2541
- [20] อรอนงค์ แจ่มผล. **การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
http://www.oppo.opp.go.th/info/data_process.htm. [2552, ธันวาคม 12]
- [21] ปริญญา ไตมานะ, บรรณาทิการ. **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ**. สำนักพัฒนา
สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- [22] ผู้จัดการออนไลน์. **กรมสุขภาพจิตห่วงผู้สูงอายุกว่า 11 ล้านคนมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง**
[ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNew...=9490000151078>. [2552, ธันวาคม 12]
- [23] Rosenberg, M.and Pearlin, L.1. **Social class and self-esteem**. **Consulting**
Psychologists Press. Palo Alto: CA, 1981
- [24] Lawrence, D. **Enhance Self-esteem in the Classroom**. USA: Paul Chapman, 1987.
- [25] เกียรติวรรณ อมาตยกุล. **ผู้ช่วยจิตวิทยา**. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์, 2531
- [26] วิมลพรรณ นิธิพงศ์. **ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการเห็นคุณค่า
ในตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2534

- [27] สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. **การปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543
- [28] Maslow, A. *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row, 1970
- [29] Atchley RC. *The Sociology of Retirement*. Massachusetts: Schenkman Publishing Company Inc., 1976.
- [30] Coopersmith SSEI. *Self-Esteem Inventories*. Psychologists Press Inc. California, 1981
- [31] Bufford RK., Paloutzian RF and Ellision CW. Norms for the spiritual well-being scale. *J Psychol Theology*. 1991; 19: 56-67.
- [32] Ellision CW and Smith J. Toward an integrative measure of health and well-being. *J Psychol Theology*. 1991; 19: 35-48
- [33] ชันด์ดา ผาสุกมุล. **สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545
- [34] พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, หม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณและคณะ. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2546. **การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ**, วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีนซ์พาเลซ, หน้า 81-82
- [35] วัลภา คุณทรงเกียรติ. สุขภาพจิตของคนไทย. *Thai Journal of Nursing Research*. 2004 January-March; 8(1): 64-82.
- [36] ปริญญา โตมานะ, ระวีวรรณ ศรีสุชาติ. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุนอื่นๆ. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2005; 13(1)
- [37] อัมภัสสา พานิชชอบ. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546

- [38] ชินัน บุญเรืองรัตน์. **ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551**
- [39] เขาวัดอักษร มหาสิทธิวัฒน์. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529**
- [40] ขวัญฤทัย อิมสมโภช. **ผลของศิลปะเพื่อการบำบัดต่อการเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549**
- [41] Aris MAM, Draman S. Physical and Mental Health Problems of the Elderly in Nursing Homes in Kuantan, Pahang. *Int Med J.*[online]. Available from: www.eimjm.com/Vol6-No1/Vol6-No1-B4.htm. [2011, Jan 5]
- [42] Yap LK, Au SY, Ang YH, Kwan KY, Ng SC, Ee CH. Who are the Residents of Nursing Home in Singapore? *Singapore Med J.* 2003; 44 (2): 65-73
- [43] Barbera EF. Improving the treatment of mental health issues in nursing homes[Online]. 2010. Available from: <http://www.mcknights.com/improving-the-treatment-of-mental-health-issues-in-nursing-homes/article/171434/>. [2011, Jan 5]
- [44] Burns BJ, Wagner HR, Taube JE, Magaziner J, Permutt T, Landerman LR. Mental health service use by the elderly in nursing homes. *Am J Public Health.* 1993 March; 83(3): 331-7.
- [45] Lie D. Mental health issues in Australian nursing homes. *Aust Fam Physician.* 2003 Jul; 32(7): 519-22.
- [46] วันเพ็ญ เชาว์เชิง. การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะ สุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน จังหวัดนครราชสีมา. **การสัมมนาาระบาศริททยาแห่งชาติ ครั้งที่ 15. วันที่ 22-24 พ.ค 2545. กรุงเทพมหานคร, 2545:52-3**

- [47] ปราณีย์ ศรีสงคราม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลบ้านหมี่. **บทความย่อผลงานวิชาการในงานประชุมวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุข 2551**, วันที่ 28-30 พ.ค 2551 ณ โรงแรมปรินทร์พาเลซ,
หน้า 394
- [48] Qiu WQ, Dean M, Liu T, George L, Gann M, Cohen J, Bruce ML. Physical and
mental health of homebound older adults: an overlooked population. *J Am
Geriatr Soc.* 2010 Dec; 58(12): 2423-8.
- [49] เทเวศน์ พิริยะพจนท์. **การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต**[ออนไลน์]. 2542. แหล่งที่มา:
<http://www.swu.ac.th/royal/book6/index.html>. [2554 มีนาคม 16].
- [50] โรงพยาบาลนครพิงค์. **การส่งเสริมสุขภาพจิต**[ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา:
<http://www.nkp-hospital.go.th/institute/pj/articleDetail.php?aID=2>. [2554
มีนาคม 21]
- [51] ภูมิรินทร์ เฉลิมยุทธ. **การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543
- [52] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **บทสรุปผลสำหรับผู้บริหาร การสำรวจสุขภาพจิตคนไทยปี
2552**[ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา:
[http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/mentalHealthExec52
.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/mentalHealthExec52.pdf). [2554 มีนาคม 16].
- [53] จุมพล สมประสงค์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของ
เทศบาลเมืองกาญจนบุรี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 2540;
42(4) :184-196
- [54] วิรุฬห์ พรรณเทวี. **ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของหน่วยงาน
กระทรวงมหาดไทยในอำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542
- [55] Hunter KI, Linn WW. Harris R. Characteristics of high and low self-esteem in the
elderly. *Int J Aging Hum Dev.* 1981-1982; 14(2): 117-26.
- [56] Moreira-Almeida C, Meto FL, Koeing HG. Religiousness and mental health: A
review. *Rev Drafr Tsikuiatr.* 2006; 28(3)

- [57] สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในปี 2552-2553[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.herbalone.net/index.php?option=com_content&task=view&id=1404&Itemid=41. [21 มีนาคม 2554]



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงบนช่อง ด้านขวามือตามความเป็นจริง

1. ท่านเกิดปี พ.ศ
 2. เพศ

ชาย	<input type="checkbox"/>	1
หญิง	<input type="checkbox"/>	2
3. วุฒิกการศึกษาสูงสุดที่ท่านได้รับคือ อะไร

ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/>	1
ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/>	2
มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/>	3
ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/>	4
สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/>	5
อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	6
4. สถานภาพสมรสก่อนเข้ามาอยู่ในบ้านบางแค

โสด	<input type="checkbox"/>	1
แต่งงาน	<input type="checkbox"/>	2
หย่าร้าง / หม้าย	<input type="checkbox"/>	3
อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	4
5. ท่านมีบุตรหรือไม่ (ทั้งบุตรแท้และบุตรบุญธรรม)

ไม่มี	<input type="checkbox"/>	1
มี จำนวน.....คน	<input type="checkbox"/>	2
6. ศาสนา

พุทธ	<input type="checkbox"/>	1
คริสต์	<input type="checkbox"/>	2
อิสลาม	<input type="checkbox"/>	3
อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	4

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มี 1
- ความดันโลหิตสูง 2
- ไขมันในเลือดสูง 3
- เบาหวาน 4
- ปวดข้อหรือกระดูก 5
- โรคหัวใจ 6
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... 7

8. อาชีพเดิมก่อนเข้ามาพักที่บ้านบางแค

- รับราชการ 1
- พนักงานบริษัทเอกชน 2
- ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย 3
- รับจ้าง / อาชีพอิสระ 4
- ลูกจ้างทั่วไป 5
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... 6

9. ปัจจุบันท่านได้รับเงินสำหรับใช้จ่ายจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ธุรกิจส่วนตัว / รับจ้าง 1
- บำนาญ / บำนาญ 2
- เงินออม / ดอกเบี้ย 3
- เบี้ยยังชีพ 4
- ลูกหลาน / ญาติพี่น้อง 5
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... 6

10. ก่อนที่จะเข้ามาพักที่บ้านบางแคท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- คนเดียว 1
- สามี / ภรรยา 2
- ลูก / หลาน 3
- พี่น้อง / ญาติ 4
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... 5

11. ระยะเวลาที่พักอยู่บ้านบางแค.....ปี.....เดือน
12. ประเภทของผู้รับบริการ
- | | | |
|------------|--------------------------|---|
| สามี | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ห้องเดี่ยว | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ห้องคู่ | <input type="checkbox"/> | 3 |
13. ลักษณะที่พัก
- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| บังกะโล | <input type="checkbox"/> | 1 |
| หอพัก | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ห้องพัก | <input type="checkbox"/> | 3 |
| อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
14. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ใดมาเยี่ยมท่านที่บ้านบางแคบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| ไม่มี | <input type="checkbox"/> | 1 |
| สามี / ภรรยา | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ลูก / หลาน | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ญาติ / พี่น้อง | <input type="checkbox"/> | 4 |
| เพื่อน / คนรู้จัก | <input type="checkbox"/> | 5 |
| อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | <input type="checkbox"/> | 6 |
15. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยเฉลี่ยแล้ว มีผู้มาเยี่ยมท่านบ่อยเพียงใด
- | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|
| ไม่มี | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 – 2 ครั้ง / เดือน | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3 – 4 ครั้ง / เดือน | <input type="checkbox"/> | 3 |
| มากกว่า 4 ครั้ง / เดือน | <input type="checkbox"/> | 4 |
16. ท่านเข้ามาพักที่บ้านบางแคเนื่องจากสาเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| ไม่มีคนดูแลยามเจ็บป่วย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| เหงา / ต้องการเพื่อน | <input type="checkbox"/> | 2 |
| มีปัญหาทางการเงิน | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติด้วยตัวเองได้ | <input type="checkbox"/> | 4 |
| อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | <input type="checkbox"/> | 5 |

17. ท่านมีความพึงพอใจต่อบ้านบางแคโดยรวมทุกด้านมากน้อยเพียงใด

น้อยมาก 1

น้อย 2

ปานกลาง 3

มาก 4

มากที่สุด 5

18. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเข้าร่วมกิจกรรมใดของศูนย์บ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ด้านการออกกำลังกาย (กายบริหาร/ โยคะ ฯลฯ) 1

จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์

ด้านอาชีพบำบัด (งานประดิษฐ์ / ทำอาหาร ฯลฯ) 2

จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์

ด้านนันทนาการ (วันสำคัญต่างๆ เช่น ปีใหม่ / สงกรานต์) 3

จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์

ด้านศาสนา (ฟังธรรม / นั่งสมาธิ / สวดมนต์) 4

จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์

อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... 5

จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละหัวข้อ และกรุณาตอบทุกข้อโดยเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกท่านเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น				
2. ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ				
3. ท่านรู้สึกที่ท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4. ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน				
5. ท่านมีความภูมิใจในตัวเองน้อย				
6. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				
7. โดยทั่วไปท่านพอใจในตนเอง				
8. ท่านรู้สึกมีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น				
9. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไร้ประโยชน์				
10. บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				

ส่วนที่ 3 แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วยปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันพบว่าฉันไม่ค่อยพอใจมากนักในการ สวดมนต์หรือปฏิบัติศาสนกิจ						
2. ฉันไม่รู้ว่าฉันเป็นใครมาจากไหน และจะ ดำเนินชีวิตไปทางใด						
3. ฉันเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์รักฉันและดูแลฉันอยู่						
4. ฉันรู้สึกว่าการมีชีวิตของฉันมีประสบการณ์ที่ดี						
5. ฉันเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ไม่เป็นมิตรและไม่สนใจ ในการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน						
6. ฉันรู้สึกว่าอนาคตของฉันยังไม่แน่นอน						
7. ฉันมีความผูกพันกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์อย่างลึกซึ้ง						
8. ฉันรู้สึกว่าฉันพึงพอใจและปลื้มปิติในชีวิต						
9. ฉันไม่ได้รับความเข้มแข็งและการช่วยเหลือ จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์มากนัก						
10. ฉันจะมีความสุขที่มั่นคงของชีวิตในอนาคต						
11. ฉันเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ใส่ใจที่จะช่วยเหลือ ปัญหาของฉัน						
12. ฉันไม่มีความสนุกสนานกับชีวิตมากนัก						
13. ฉันไม่มีความสัมพันธ์ทางจิตใจที่ดีกับ สิ่งศักดิ์สิทธิ์						
14. ฉันรู้สึกดีเกี่ยวกับอนาคตของฉัน						
15. การมีความผูกพันและเชื่อมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ของฉันทำให้ฉันไม่รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว						
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตเต็มไปด้วยความขัดแย้งและ ความทุกข์						
17. ฉันรู้สึกอึดอัดมากที่สุดขณะที่ฉันได้สวดมนต์ หรือใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์						
18. ชีวิตไม่มีความหมายมากนัก						
19. ความผูกพันต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีผลต่อความรู้สึก สุขสบายของฉัน						
20. ฉันเชื่อว่าฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่เป็นจริงได้						

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะเวลาสองถึงสามสัปดาห์ผ่านมาเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบัน หรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะเวลาสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

- | | | | |
|---|-------------------|------------------------|-------------------|
| 1) รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี | | | |
| ก. ดีกว่าปกติ | ข. เหมือนปกติ | ค. แย่กว่าปกติ | ง. แย่กว่าปกติมาก |
| 2) รู้สึกต้องการยารักษาให้มีกำลังวังชา | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 3) รู้สึกทรมานและสุขภาพไม่ดี | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 4) รู้สึกไม่สบาย | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 5) เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 6) รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 7) มีอาการวูบร้อนหรือหนาว | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 8) นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 9) ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 10) รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 11) รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |
| 12) รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร | | | |
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ | ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติมาก |

- 13) รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทั้บมจนรับไม่ไหว
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 14) รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 15) ทำอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้
 ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก
- 16) ทำอะไรช้ากว่าปกติ
 ก. เร็วกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ช้ากว่าปกติ ง. ช้ากว่าปกติมาก
- 17) รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี
 ก. ดีกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ดีน้อยกว่าปกติ ง. ดีน้อยกว่าปกติมาก
- 18) พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป
 ก. มากกว่าปกติ ข. พอ ๆ กับตามปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก
- 19) รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ
 ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 20) รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้
 ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก
- 21) สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้
 ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก
- 22) คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 23) รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 24) รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 25) คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง
 ก. ไม่อย่างแน่นอน ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน ง. มีแน่ ๆ
- 26) รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 27) พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 28) พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ
 ก. ไม่อย่างแน่นอน ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน ง. มีแน่ ๆ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสาวพัชญา	นามสกุล	คชศิริพงศ์
วันเดือนปีเกิด	27 พฤษภาคม พ.ศ. 2526	จังหวัด	กรุงเทพมหานคร
			ปัจจุบันอายุ 27 ปี
พ.ศ. 2550	สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย		
พ.ศ. 2550	ทำงานในตำแหน่ง เภสัชกร สถานที่ทำงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข		
ปัจจุบัน	ทำงานในตำแหน่ง เภสัชกร สถานที่ทำงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข และเข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552		

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย