

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

A RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM AND WELL-BEING ON MENTAL
HEALTH AMONG THE ELDERLY, WANG TAKU DISTRICT,
NAKHON PRATHOM PROVINCE

รุ่งอรุณ กุลบุตร

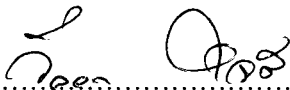
- 9 ก.ค. 2563
389028

b00262480


งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาขารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์
ของ รุ่งอรุณ กุลบุตร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

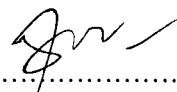
อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)

คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

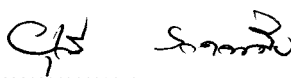

..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)


..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรจร ตันวัฒนกุล)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรียรัตน์ ล้อมพงศ์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยวดี รอดจากภัย)

วันที่/..เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561

ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.วัลลภ ใจดี อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอย่างสูงยิ่ง ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา เสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไขและวิจารณ์ผลงานทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู ผู้สูงอายุในตำบลวังตะกูในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านในครอบครัว ผู้บังคับบัญชา ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุน ผู้ศึกษาเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่สำคัญทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่านานนี้

รุ่งอรุณ กุลบุตร

สิงหาคม 2561

58920218: ส.ม. (สาขารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต)

คำสำคัญ: การเห็นคุณค่าตนเอง/ ภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิต/ ผู้สูงอายุ

รุ่งอรุณ กุลบุตร: ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (A RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM AND WELL-BEING ON MENTAL HEALTH AMONG THE ELDERLY, WANG TAKU DISTRICT, NAKHON PRATHOM PROVINCE)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วัลลภ ใจดี, Ph.D., 79 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ผู้สูงอายุมียุ่ยืนยาวเพิ่มมากขึ้น ต้องเผชิญกับสภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีปัญหสุขภาพ ไม่เฉพาะสุขภาพทางกายเท่านั้น สุขภาพจิตก็เป็นปัญหาด้วยเช่นเดียวกัน ดังนี้ การศึกษาจึงต้องการค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 200 คน ของตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ข้อมูลเก็บด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นหญิงร้อยละ (61.5%) อายุเฉลี่ย 69.98 ± 7.52 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (65.0%) มีสถานภาพสมรสคู่ (70.5%) และมีโรคประจำตัว (83.0%) ผู้สูงอายุส่วนมากเห็นความสำคัญตนเองโดยรวมในระดับสูง ให้คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 81.0 ของคะแนนเต็ม และมีภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตโดยรวมในระดับดีมาก ให้คะแนนคิดเป็นร้อยละ 84.5 ของคะแนนเต็ม การเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน .223 มีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$ ดังนั้น ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ด้านสภาพแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ

58920218: M.P.H. (PUBLIC HEALTH)

KEY WORDS: SELF-ESTEEM/ MENTAL HEALTH/ ELDERLY

RUNGAROON KULLABUTH: A THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM AND WELL-BEING ON MENTAL HEALTH AMONG THE ELDRLY, WANG TAKU DISTRICT, NAKHONPRATHOM PROVINCE. ADVISOR: WANLOP JAIDEE, Ph.D., 79 P. 2018.

The elderly have more longevity. Faced with social conditions. The economy and environment change. Have health problems. Not only physical health. Mental health is also a problem. The study sought to identify the relationship between self-esteem and mental health status among the elderly. The sample consisted of 200 elderly people in Wang Taku District, Nakhon Pathom Province. Data collected through structured interviews. And analyzed by percentage, mean, standard deviation And Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that most of the elderly were female (61.5%) with mean age 69.98 ± 7.52 years. Highest Graduation Level (65.0%) Marital status (70.5%) and morbidity (83.0%). Most elderly self-perceived high self-esteem. Average score was 81.0% of full score. Full and complete mental health status at a very good level. Scoring is a percentage. 84.5 of the full score. Self-esteem and well-being are positively correlated. Pearson's correlation coefficient .223 was statistically significant $P < 0.01$. Should be studied on other factors. This will affect the mental health of the elderly, such as the economic environment.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
สมมติฐานของการศึกษา.....	4
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	4
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา.....	5
ขอบเขตของการศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
การวัดและการประเมินสุขภาพจิต.....	12
ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต.....	16
การเห็นคุณค่าตนเอง.....	17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	29
รูปแบบการศึกษา.....	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32
การรวบรวมข้อมูล.....	33
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง.....	35

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษา.....	36
ข้อมูลส่วนบุคคล.....	36
การเห็นคุณค่าตนเอง.....	38
ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	43
ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ...	33
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	49
สรุปผลการศึกษา	50
อภิปรายผลการศึกษา	52
ข้อเสนอแนะ	54
บรรณานุกรม	55
ภาคผนวก.....	64
ภาคผนวก ก	65
ภาคผนวก ข	77
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	79

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนผู้สูงอายุตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม แยกรายหมู่บ้าน..... 29
2	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 37
3	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าตนเองจำแนกรายด้านและรายชื่อ..... 39
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการเห็นคุณค่าตนเอง 42
5	การเห็นคุณค่าตนเอง ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 43
6	จำนวน (ร้อยละ) ของข้อคำถามภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ..... 44
7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอาการภาวะความสมบูรณ์ ทางสุขภาพจิต 47
8	ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน. 47
9	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทาง สุขภาพจิต 48

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา.....	4
2 กระบวนการในการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุข ทำให้ประชากร ได้รับบริการที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น จำนวนประชากรสูงอายุจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548, หน้า 6) จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 26.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 เป็น 66.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2551 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 70 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรรวม พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2533 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรรวมเท่ากับ 1: 13 เพิ่มเป็น 1: 8 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1: 3 ในปี พ.ศ. 2573 ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งด้านร่างกาย และทางด้านสังคมทางด้านร่างกาย เนื่องด้วยความสูงวัย เป็นช่วงของการพัฒนาการในทางเสื่อมถอยทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะระบบ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติลดลงพร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้นทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสจะเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย และรุนแรงกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคและยังมีอายุสูงขึ้นอัตราการเกิดโรคมกกว่าหนึ่งโรคจะสูงมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 87 มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค (เขวาลักษณ์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (บรรณาธิการ), 2549, หน้า 198) กลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อเอ็นเส้นเอ็น กระดูกและข้อซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย สำหรับทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการที่เคยมีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้นำในการตัดสินใจภายในครอบครัว ต้องลดบทบาทมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาครอบครัว บทบาทในการช่วยเหลือกิจการภายในครอบครัวลดลงต้องสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญ ไม่ให้ความเคารพนับถือ ผู้สูงอายุเท่าที่ควร (ชลลดา ภัคตีปราวฤทธิ์, 2542, หน้า 33) กอปรกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่มีระบบการแข่งขันสูง สมาชิกที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวต้องออกไป

ทำงานนอกบ้าน ทำให้จำนวนผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง มีเวลาให้ผู้สูงอายุ น้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวลดลง ขาดการให้ความรักและความอบอุ่น ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว ดำเนินชีวิตตามลำพัง

การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความสูงวัยดังกล่าวนับเป็นสิ่งเร้าที่มาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบุคคล และภายนอกบุคคล (Roy & Roberts, 1981, p. 55) ที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว ถ้าสิ่งเร้าดังกล่าวอยู่ในขอบเขตที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะตอบสนองในทางบวกได้ ผู้สูงอายุจะมีการแสดงพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นมีความรุนแรง คุกคามต่อตนเองสูง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทางลบไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ อาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่น มีความสามารถในการปรับตัว หรือมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม จะช่วยบรรเทาภาวะทางสุขภาพจิตที่ไม่ให้รุนแรงและสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ส่วนบุคคลที่มีแนวโน้มมองโลกว่าลำบาก เต็มไปด้วยอุปสรรค อาจมีความยืดหยุ่นได้น้อยกว่า และมีแนวโน้มเกิดภาวะทางสุขภาพจิตเรื้อรัง (Coleman, Butcher, & Carson, 1980) จากการสำรวจภาวะทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทยพบว่า มีอัตราความชุกร้อยละ 12.78 โดยปัจจัยสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านสัมพันธ์ภายใน ครอบครัว และปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Thongtang, 2002, p. 540) และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ปัจจัยอันเนื่องมาจากความสูงวัย ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ อายุ (กนกรัตน์ สุขตุงคะ, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ และมงคล หลักล้า, 2542, หน้า 232-243; Blazer, Burchett, Service, & George, 1991) รายได้ (Blazer et al., 1991) สถานภาพสมรส (Koenig, Meader, Cohen, & Blazer, 1998) การเจ็บป่วยทางกาย (สรวิณี สังข์รัมย์, พิมพาภรณ์ สังข์รัมย์ และสุวรรณี เรืองเดช, 2540) ยาที่ได้รับ (Koenig et al., 1998) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ซัดเจน จันทรพัฒน์, 2543, หน้า 23; Alexopoulos et al., 1996, p. 878; Dunham & Sager, 1994, p. 676; Oxman & Hull, 1997, pp. 1-14) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Koenig et al., 1998, p. 29; Parmlee, Kate, & Lawton, 1991, pp. 15-21) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (Kennedy, Kelman, & Thomas, 1991) แรงสนับสนุนทางสังคม (Dean, Kolody, & Wood, 1990, pp. 148-161) และการประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต (Murphy, 1982, p. 142)

สุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพ การเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกกัน โดยเด็ดขาด การเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะ โรคที่เป็นเรื้อรัง หรือรักษาไม่หายขาด มักมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ในทางกลับกันการมีสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นผลดีกับสุขภาพทางกายด้วย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพจิตว่าไม่ได้หมายถึงเฉพาะการไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้น แต่สุขภาพจิตหมายความรวมถึงภาวะปกติที่บุคคลรู้ถึงความสามารถของ

ตนเอง สามารถเผชิญต่อความเครียดในชีวิตประจำวันได้ สามารถทำงานได้ประสบผลสำเร็จและสามารถช่วยเหลือสังคมและชุมชนของตนเองได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548 อ้างใน อภิรัช มงคล และคณะ, 2552)

จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวเช่นกัน กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 778,040 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 78,706 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 821,127 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 89,468 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับว่าเป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการของแผนระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ ที่ใช้เป็นแผนแม่บทสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถ ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม พร้อมทั้งให้มีบริการด้านการดูแลและสวัสดิการต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุขสมวัย (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) จากสถิติสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม 3 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทางสุขภาพจิต 523, 595 และ 723 คนตามลำดับ แสดงว่าประชาชนในจังหวัดนครปฐมมีแนวโน้มปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2553) ชุมชนบ้านปิ่นเกลียวหมู่ที่ 1 และชุมชนบ้านวังตะกุ่มหมู่ที่ 2 เป็นสองชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกุ่ม โดยมีประชากรรับผิดชอบ 5,780 คน จากรายงานสรุปผลงานประจำปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนซึ่งมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อภาวะทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เนื่องสภาพความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป อยู่บ้านเพียงลำพัง ลูกหลานต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน บางรายเกษียณอายุราชการต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้น

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจปัญหาภาวะทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านปิ่นเกลียวหมู่ที่ 1 และชุมชนบ้านวังตะกุ่มหมู่ที่ 2 เพื่อนำผลการศึกษานี้มาใช้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศต่อไป

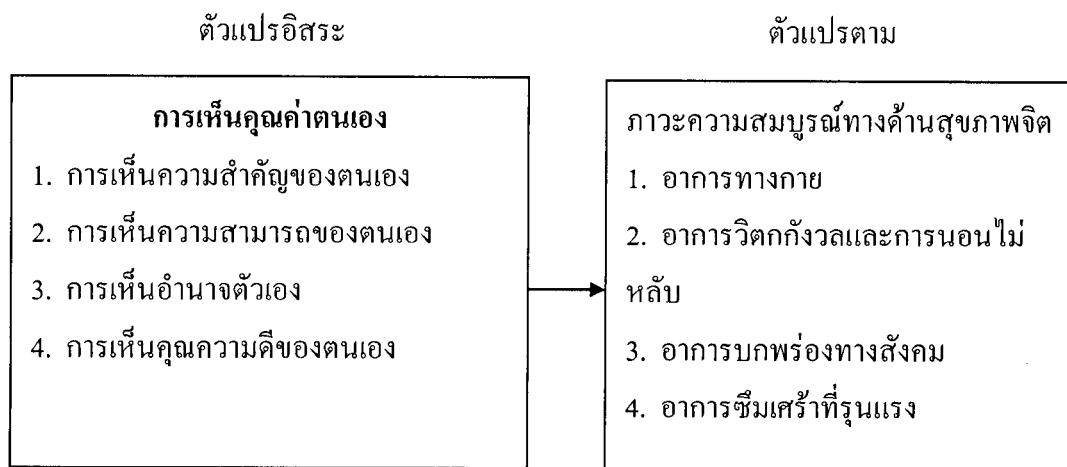
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าตนเอง ทาง การเห็นความสำคัญตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง การเห็นความสามารถตนเองและการเห็นคุณค่าตนเอง
2. เพื่อศึกษาภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ของอาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ อาการบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการศึกษา

การเห็นคุณค่าตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา

1. ทำให้ทราบถึงข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อนำข้อมูลไปเป็นฐานในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาดูแล ช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุ ได้อย่างถูกต้อง เมื่อผลของแบบวัดพบว่า อยู่ในกลุ่มที่สุขภาพจิตไม่ดี

3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษาการเห็นคุณค่าตนเอง ตามแนวคิดของคูเปอร์สมิท ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การเห็นความสำคัญตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง การเห็นความสามารถตนเอง และการเห็นคุณค่าความดีตนเอง โดยดัดแปลงข้อคำถามจากการศึกษาของ ศศิวรรณ บุญธรรม การวัดภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดภาวะสุขภาพจิต GHQ-28 ฉบับภาษาไทย เป็นการถามข้อมูลย้อนหลัง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเห็นคุณค่าตนเอง หมายถึง รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อภาวะความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการยอมรับ และไม่ยอมรับตนเอง ประกอบด้วย การเห็นความสำคัญตนเอง การเห็นความสามารถตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง และการเห็นคุณค่าความดีตนเอง

การเห็นความสำคัญตนเอง หมายถึง รับรู้ว่าคุณค่าตนเองยังเป็นที่รักและได้รับการเอาใจใส่ มีประโยชน์ มีความสำคัญ ได้รับการยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และสังคม

การเห็นอำนาจตนเอง หมายถึง รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมตนเอง และบุคคลอื่น มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมถึงโน้มน้าวให้บุคคลอื่นคล้อยตามและยอมรับข้อเสนอแนะของตนเอง

การเห็นความสามารถตนเอง หมายถึง รับรู้ว่าคุณค่าตนเองตนเองมีความสามารถในการกระทำได้ตามเป้าหมาย สามารถแก้ไขปัญหาและทำสิ่งต่าง ๆ ได้เท่าเทียมผู้อื่น สามารถปรับตัว ควบคุมอารมณ์ และตัดสินใจ เมื่อเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ด้วยความมั่นใจ

การเห็นคุณค่าความดีตนเอง หมายถึง รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่าความดี มีความเป็นระเบียบ มีเหตุมีผลยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนา ปฏิบัติตัวกับศีลธรรมและวัฒนธรรมประเพณี มองโลกในแง่ดีและรับรู้คุณค่าตนเองตามความเป็นจริง

ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจอันเป็นสุขอันเป็นผลมาจากความสามารถในการจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม ได้อย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อมเวลาที่เปลี่ยนแปลง

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอาศัยอยู่ในเขต
ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมผู้ศึกษาได้รวบรวมงานวิจัย แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ความหมายของสุขภาพกายและสุขภาพจิต
3. การวัดและการประเมินสุขภาพจิต
4. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต
5. การเห็นคุณค่าตนเอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม (2534) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงของการพัฒนาเปลี่ยนแปลง อย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัย WHO (2007) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงของร่างกายไปโดยธรรมชาติ มีกำลังลดลงลง เริ่มเสื่อมช้าจึงเป็นบุคคลที่ถูกหลาน และสังคมควรให้การเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษ สุวดี เบญจวงษ์ (2541) ให้ความหมายว่า เป็นสถานะของบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล วัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตอาจยาวนาน 10-20 ปี หรือมากกว่านั้น

จากการศึกษาความหมายต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุกล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เป็นวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ในทางเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. ประเภทของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจัดว่าเป็นวัยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ร่างกายมีแต่จะเสื่อมโทรมและสึกหรอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะดำเนินไปในลักษณะค่อยเป็น ค่อยไป (ชูศรี วงษ์เครือวัลย์, 2533) จึงเป็นการยากที่จะระบุได้ว่าบุคคลใดอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตาม

สภาพสังคมซึ่งได้มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ เช่น ฮอลล์ (Hall, 1976 อ้างใน แสงเดือน มุสิกกรรมณี, 2545) ได้แบ่งการสูงอายุของบุคคลออกเป็น 4 ประเภท คือ

2.1 การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่สถานภาพในระบบสังคม

2.2 การสูงอายุตามวัย (Chronological) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป ทำให้สามารถบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีอายุน้อยเพียงใด

2.3 การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระที่เปลี่ยนแปลงเสื่อมโทรมไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

2.4 การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ และลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น WHO (1986) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
3. คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ กรมอนามัย (2557) ยังได้แบ่งผู้สูงอายุจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ โดยประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มคิดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

3. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่มานาน ร่างกายย่อมเสื่อมโทรมอ่อนแอ และเกิดโรคง่าย แต่อย่างไรก็ตาม ความเสื่อมโทรมหรือการเปลี่ยนแปลงจะแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ กรรมพันธุ์ วิธีการดำรงชีวิต สภาพเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ศึกษามานี้พบว่า มีปัญหาด้วยกัน 3 ด้าน คือ

3.1 ปัญหาสุขภาพกาย จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว หรือป่วยด้วยโรคที่พบ ในกลุ่มที่ทำวิจัยอันดับแรกคือ โรคปวดข้อ และกระดูก รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ตาผิดปกติ โรคเบาหวาน และการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) พบว่า ผู้สูงอายุไทยทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ โดยความชุกของภาวะทุพพลภาพสูงสุดถึงร้อยละ 18 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ร้อยละ 16.14 ของผู้มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวไม่สามารถออกนอกที่อาศัย ร้อยละ 3.8 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายภายในบ้านหรือในห้องโดยลำพัง และร้อยละ 4.9 ต้องนอนตลอดเวลา ร้อยละ 6.9 ช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมส่วนตัวไม่ได้ ร้อยละ 11.8 ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อออกนอกเคหะสถาน ปัญหาเหล่านี้มีอัตราที่สูงมากในกลุ่มที่มีอายุสูง นอกจากนี้จากการศึกษาของวลัยพร นันทสุภวัฒน์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอาการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุ ดังนี้

3.1.1 ระบบภูมิคุ้มกัน การทำหน้าที่และปริมาณของเม็ดเลือดขาวลดลงประกอกับต่อมน้ำเหลืองและม้ามมีขนาดเล็กลงด้วย ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มติดเชื่อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

3.1.2 ระบบประสาท มีการเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง และส่วนปลาย การส่งกระแสประสาทช้าลง ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทต่อสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมจะช้าลง ความสามารถในการตอบสนองต่ออากาศเย็นลดลงเนื่องจากหลอดเลือดขาดประสิทธิภาพในการหดตัว กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังลดลงทำให้ทนหนาวไม่ได้

3.1.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณเลือดจากหัวใจจะลดลงทำให้การไหลเวียนของเลือดในร่างกายมีการปรับตัวใหม่ จำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจจะลดน้อยกว่าเลือดที่ไปเลี้ยงไตตับ มีแคลเซียม และฟอสฟอรัสไปเกาะเกิดความแข็งกระด้างของลิ้นหัวใจและหลอดเลือดทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะต้องบีบตัวสูงหรือทำงานมากกว่าขึ้น ความดันโลหิตสูงจะสูง และมีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

3.1.4 ระบบไต หน้าที่ต่าง ๆ ของไตจะลดลงตามอายุ พบว่า เลือดไหลเวียนในไตจะลดลงการทำให้ไนโตรเจนในปัสสาวะเข้มข้นจะลดลง ขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง รวมทั้งมีการอ่อนแอของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำให้มีการคั่งของปัสสาวะอย่างเรื้อรังและการขับยาของไตลดลง

3.1.5 ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังจะเริ่มลดขนาดและหน้าที่ลงตามอายุ ผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึง ไม่ยืดหยุ่น ลักษณะจะเหี่ยวย่น การแบ่งเซลล์เพื่อซ่อมแซมลดลงทำให้แผลหายยาก

3.1.6 ระบบทางเดินอาหาร การหลั่งน้ำลายลดลง ตุ่มรับรสที่ลิ้นฝ่อและรับรสได้น้อยลง ความไวการรับรส ความแข็งแรงของฟันและเหงือกจะลดลง การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด กระบวนการย่อยในปากขาดคุณภาพ

3.1.7 ระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อของปอด ทำให้ปริมาณออกซิเจนเข้าในร่างกายน้อย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการหายใจเข้าและออกลดลงปอดแข็งเนื้อเยื่อปอดเสื่อมทำให้ระบบหายใจลดประสิทธิภาพลง ผู้สูงอายุจึงหายใจถี่ขึ้นและเสียงมากขึ้นต่อการสำลักสิ่งต่าง ๆ เข้าทางเดินหายใจได้

3.2 ปัญหาสุขภาพจิต จากการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ (2538) พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเหงา หัวเหว่รอลงมาผู้สูงอายुर้อยละ 15 มีความกังวลใจในเรื่องของการขาดคนดูแล ยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว มีส่วนน้อยที่ทะเลาะกับคนในบ้าน ร้อยละ 9 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เกือบครึ่งของผู้สูงอายุมักมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการกินอยู่ประจำวัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้มักได้รับการละเลยมาก โดยที่คนส่วนใหญ่มักจะคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอาการเหล่านี้เป็นภาวะเจ็บป่วยอย่างหนึ่งแต่เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจซึ่งต้องการการดูแลและช่วยเหลือด้วยความเข้าใจ

3.3 ปัญหาทางด้านสังคม บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในบ้านและมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ หมดคุณค่าและเป็นภาระลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ การขาดรายได้หรือลดรายได้ลง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก

ความหมายของสุขภาพกายและสุขภาพจิต

1. สุขภาพกาย หมายถึง สภาวะของร่างกายที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรง เจริญเติบโตอย่างปกติ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายสามารถทำงานได้เป็นปกติและมีประสิทธิภาพ ร่างกายมีความต้านทานโรค ได้ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและความทุพพลภาพ

2. สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของจิตใจที่มีความสดชื่น แจ่มใส สามารถควบคุมอารมณ์ให้มั่นคงเป็นปกติ สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดี สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี และปราศจากความขัดแย้งหรือความสับสนภายในจิตใจ

สุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับทุกชีวิต การที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติ ก็คือ การทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ จิตใจมีความสุข ความพอใจ ความสมหวัง ทั้งตนเองและผู้อื่น ผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีจะปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือการทำงานเป็นไปด้วยดี มีประสิทธิภาพ การที่เราารู้สึกว่า ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเรามี ความปกติและสมบูรณ์ดี เราก็จะมีความสุข ในทางตรงข้าม ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเรา ผิดปกติหรือไม่สมบูรณ์ เราก็จะมีความสุข ในทางตรงข้าม ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเรา ผิดปกติหรือไม่สมบูรณ์ เราก็จะมีความสุข ดังนั้น การรู้จักบำรุงรักษาและส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตของทุกคน ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า การรู้จักดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตนั้นเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้ชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุขสมบูรณ์ และมีคุณภาพที่ดี

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ผู้ที่มีสุขภาพกายดี จะมีลักษณะดังนี้

1. มีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายที่สมวัย มีน้ำหนัก และส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์อายุ

2. มีขนาดร่างกายสมส่วน คือ มีน้ำหนักและส่วนสูงที่ได้สัดส่วนกัน

3. กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ มีความแข็งแรง ลุก-นั่ง ได้หลายครั้ง ดึงข้อได้หลายครั้ง

4. มีความอดทนของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตที่ดี

5. มีความอ่อนตัวที่ดี

6. มีความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว

7. มีความอยากรับประทานอาหารและอยากรับประทานอาหารมาก ๆ ไม่เบื่ออาหาร

8. มีร่างกายแข็งแรง

9. มีภูมิต้านทานโรคดี และไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่พิการหรือผิดปกติอื่น ๆ

10. พักผ่อนนอนได้เป็นปกติ

ลักษณะผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี การที่จะบอกได้ว่า บุคคลใดมีสุขภาพจิตดีหรือไม่นั้นต้องสนิทหรือรู้จักกับบุคคลนั้นพอสมควร ถ้ารู้จักกันเพียงผิวเผิน คงบอกได้ยาก ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีดังนี้

1. ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท

2. สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

3. มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ

4. มีชีวิตมั่นคง ไม่ขัดแย้ง เมื่อที่ใดก็มีความสุข ความสบายใจ

5. ยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล

6. ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง ให้อภัยข้อบกพร่องข้อคนอื่น

7. มีความรับผิดชอบ
8. มีความพึงพอใจกับงานและผลงานของตนเอง พอใจที่จะเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ
9. แก้ไขความไม่สบายใจ ความคับข้องใจ และความเครียดของตนเองได้
10. รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ไม่หวาดระแวงผู้อื่นเกินควร
11. มีอารมณ์มั่นคง เป็นคนอารมณ์ดี มีอารมณ์ขันบ้าง
12. มีความเชื่อมั่นในตนเอง
13. สามารถควบคุมความต้องการของตนเองในความเป็นแนวทางที่สังคมยอมรับ
14. แสดงออกด้วยความรู้สึกสบาย ๆ
15. อยู่ในโลกความเป็นจริง สามารถเผชิญกับความจริงได้

การวัดและการประเมินสุขภาพจิต

การประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งส่วนใหญ่มักจะประเมินกัน ในแง่ของความสุขความพึงพอใจในชีวิตการปรับตัวและความเครียดการประเมินภาวะสุขภาพจิต ไม่สามารถประเมินได้โดยตรงเนื่องจากไม่มีเครื่องมือจะใช้ตรวจสอบสภาพจิตเหมือนกับการประเมิน สุขภาพทางร่างกายจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เครื่องมือที่ได้รับการ พัฒนาและนิยมนำมาใช้มีดังต่อไปนี้

แบบทดสอบมาตรฐานเป็นการวัดภาวะที่บุคคลปราศจากอาการทางจิต Symptom Checklist 90 (SCL-90) ซึ่งนักจิตวิทยาโรงพยาบาลสมเด็จพระยาได้แปลมาจาก Dr. Leonard R. Derogatis และ Dr. Line Covi (คณะกรรมการกลุ่มผลิตวิชาเออร์คอนอมิกส์และ จิตวิทยาในการทำงานมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2534) ประกอบด้วยข้อคำถาม 90 ข้อเป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับความผิดปกติเบื้องต้นของร่างกายและจิตใจ โดยวัดอาการทางคลินิก 9 ด้าน ได้แก่ ด้านความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย (Somatization) อาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive) ความรู้สึกไวต่อผู้อื่น (Interpersonal sensitivity) อาการเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) ความคิดหวาดระแวง (Paranoid) และภาวะหลงผิด ประสาทหลอน (Psychoticism) แบบวัดนี้สามารถนำไปใช้ได้กับคนปกติและผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิต การประเมินมี 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการนั้นเลยจนถึงระดับ 5 คือ มีความทุกข์และมีปัญหาเกี่ยวกับอาการนั้นมากที่สุด

เครื่องมือวัดสุขภาพจิตของคนไทยเป็นแบบวัดภาวะสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดย สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว และคณะ (2530, หน้า 22-23) เป็นแบบวัดคุณลักษณะคนไทยที่มีสุขภาพจิตดี 10 ประการคือ มีสุขภาพ โดยทั่วไปแข็งแรง ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเครียดวิตกกังวลและ

เสรีเรื่อรังมีความรักและความพึงพอใจในคนอื่นมีความรักและความพึงพอใจในตนเองมองโลกในแง่ดีและแข่งขันมีกิจกรรมประจำวันและการสังคมมีจริยธรรมและคุณธรรมประจำวันสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างเพียงพอสามารถควบคุมอารมณ์และเผชิญปัญหาชีวิตด้วยวิธีการที่ไม่เป็นอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่น ไม่ยึดมั่นอยู่กับความคิดใดความคิดหนึ่งมากเกินไปและประสบการณ์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 110 ข้อมีลักษณะเป็นมาตราลิกิต 5 อันดับมีเกณฑ์การให้คะแนนรายข้อคำตอบเป็นจริงสำหรับตนเองมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงเป็นจริงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน คะแนนรวมยิ่งมากหมายถึงยิ่งมีสุขภาพจิตดี

แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดยจอห์นซัทตันและเว็บสเตอร์ (John, Sutton, & Webster, 1985, pp. 61-65) ได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินไว้ 13 ประการ ดังนี้

1. ความต้องการ (Need) โดยพิจารณาว่าบุคคลสามารถจำแนกความต้องการของตนเองได้หรือไม่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดีเพียงไรตามความต้องการขั้นพื้นฐานของมาสโลว์ ดังนี้

1.1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological need) ได้แก่ การรับประทานอาหารการนอนหลับการมีความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นต้น

1.2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety need) ได้แก่ ความต้องการที่อยู่ถ่มั่นคงและมีความปลอดภัยจากอันตรายทั้งหลาย

1.3 ความต้องการด้านความรัก (Love need) เป็นความต้องการให้และรับความรักจากผู้อื่น ได้แก่ ความต้องการเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อน

1.4 ความต้องการให้ตนเป็นที่นับถือ (Esteem need) จะแสดงออกด้วยการแสวงหาอำนาจตำแหน่งหน้าที่ที่สำคัญ

1.5 ความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต (Need for self-actualization) ปรากฏให้เห็นเมื่อบุคคลเริ่มใช้สมรรถภาพและความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อสร้างสรรค์สังคม

2. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Goals) ประเมินได้จากการที่บุคคลมีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิตโดยผู้ที่มีเป้าหมายในชีวิตจะมีพฤติกรรมที่แน่วแน่มั่นคงและมีจุดมุ่งหมายที่ไม่ทำให้ชีวิตไร้ประโยชน์

3. ภาพพจน์ที่บุคคลมีต่อตนเอง (Self image) ประเมินจากบุคคลมีความรู้สึกอย่างไรกับตนเองโดยผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

4. การเติบโตการพัฒนาการและการใช้ศักยภาพของตนเอง (Growth, development and self-actualization) ประเมินโดยพิจารณาจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะ

มีวุฒิทางอารมณ์สมวัยรู้จักตนเองรู้จักศักยภาพของตนเองและใช้ศักยภาพนี้ให้เป็นประโยชน์ในสังคม

5. บุคลิกภาพผสมผสานกลมกลืนกันดี (Integration) โดยพิจารณาความสามารถในการควบคุมและสนองตอบความต้องการของบุคคลไม่แสดงออกซึ่งความอยากความต้องการที่ขัดกับสังคมส่วนใหญ่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อและค่านิยมจนเกินความต้องการของตนซึ่งจะทำให้ไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ

6. ความรักและเพศสัมพันธ์ (Love and sex) โดยพิจารณาความสามารถของบุคคลในการให้และรับความรักผู้อื่นทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันเกิดความช่วยเหลือกันให้อภัยแก่กันและกันมีความรักในเพศตรงข้ามและมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามเมื่อถึงวัยอันควร โดยมีจุดมุ่งหมายในการสร้างครอบครัวดำรงชีวิตครอบครัวและพัฒนาความเจริญให้กับคนรุ่นหลัง

7. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) พิจารณาจากความเป็นอิสระได้แก่การมีอิสระในการเลือกและตัดสินใจการมีอิสระทางด้านความคิดและการมีค่านิยมเป็นของตนเอง

8. การอุทิศตนเพื่องาน (Commitment to work) เป็นคุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีเนื่องจากการทำงานเป็นปัจจัยพื้นฐานของชีวิตทำให้บุคคลได้ใช้พลังความสามารถและศักยภาพแห่งตนรวมทั้งทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองด้านการขั้นพื้นฐานแห่งตนเช่นอาหารเครื่องนุ่งห่มการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นต้น

9. การรับรู้ตามเป็นความจริง (Perception of reality) พิจารณาจากการมองโลกมอบตัวของบุคคลว่าสอดคล้องกับบุคคลส่วนรวมหรือบุคคลส่วนใหญ่หรือไม่

10. ความสัมพันธ์กับสังคมและทักษะทางสังคม (Social relationship-social competency) เนื่องจากการมีส่วนร่วมในสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองในปัจจัยพื้นฐานเช่นความปลอดภัยการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มส่วนการหนีสังคมเป็นอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิตทักษะทางสังคมจึงเป็นเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตดีได้

11. ประสบการณ์ทางอารมณ์ (Emotional experience) พิจารณาจากการมีความสามารถในการควบคุมและแสดงออกซึ่งภาวะทางอารมณ์ได้มากน้อยเพียงไร

12. การเผชิญปัญหาหรือการแก้ปัญหา (Coping or adapting) พิจารณาได้จากผู้ที่มีความสุขจิตดีจะสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ไม่หนีปัญหาด้วยการใช้สิ่งดับทุกข์ในทางที่ผิดเช่นสุราหรือสิ่งเสพติดเป็นต้น

13. ความสุข (Happiness) พิจารณาจากความสามารถในการแสวงหาความสุขในชีวิตและประสบการณ์ชีวิตความสุขในการเข้าสมาคมและสังคมคือ เป็นผู้ที่สามารถปรับตัวได้ในสังคมที่เขาอยู่ส่วนภาวะที่ไม่มีมีความสุขจะเป็นอาการบ่งชี้ถึงความผิดปกติทางจิตซึ่งไม่สามารถปฏิบัติตน

ได้ถูกต้องและเหมาะสม

แบบสำรวจความเครียดเฮลท้อปินิออน (Health Opinion Survey: HOS) เป็นแบบสำรวจที่สร้างขึ้นโดยแมคมิลแลน (Macmillan, 1951 cited in McDowell & Newell, 1987, pp. 109-114) มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความเครียดของประชาชนใช้ครั้งแรกที่เมืองสเตอร์ลิง (Stirling Country) โดยโครงการจิตเวชสังคมของมหาวิทยาลัยคอร์เนลประเทศสหรัฐอเมริกาแบบสำรวจนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาเมื่อร่างกายได้รับความเครียดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อประเมินโดยนำคะแนนมารวมกันถ้าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีความเครียดในระดับสูง

แบบสำรวจสุขภาพซีเอ็มไอ (The Cornell Medical Index: CMI) เป็นแบบสำรวจสุขภาพทั่ว ๆ ไปที่สร้างขึ้นโดยมหาวิทยาลัยคอร์เนลมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิตถ้ามีคะแนนมากในบุคคลใดแสดงว่าบุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ประกอบด้วยข้อคำถามที่ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่จำนวน 195 ข้อเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจำนวน 130 ข้อและเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจจำนวน 65 ข้อ เกณฑ์การพิจารณาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของแบบวัดนี้พิจารณาได้สองทางคือ คะแนนรวมจากการตอบแบบวัดทั้งหมดและคะแนนที่เกี่ยวกับอารมณ์และจิตใจประกอบกันถึงแม้ว่าแบบสำรวจ CMI นี้จะประกอบด้วยคำถามที่ค่อนข้างสมบูรณ์ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (ยรรยง สุทธิรัตน์, 2522, หน้า 321-328) แต่ก็พบว่า แบบสำรวจนี้มีคำถามค่อนข้างมากต้องใช้เวลามากในการตอบข้อคำถามจึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุเพราะว่าอาจทำให้สับสนได้

แบบวัดสุขภาพทั่วไป (Thai General Health Questionnaire: Thai GHQ) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972 อ้างในชนานิล ชัยโกวิท, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล สิลปะกิจ, 2539, หน้า 2-17) ใช้ประเมินสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต 2 ประการ คือ การไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติตามที่ควรจะเป็นและการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจสามารถใช้สำรวจประชากรในชุมชนทั่วไปและในสถานบริการหรือคลินิกผู้ป่วยข้อคำถามจะครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้านคือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่าโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis) Thai GHQ-60 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-scale GHQ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ข้อ 1-7 เป็นอาการทางกาย (Somatic symptoms)

กลุ่มที่ 2 ข้อ 8-14 เป็นอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)

กลุ่มที่ 3 ข้อ 15-21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)

กลุ่มที่ 4 ข้อ 22-28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีโดย ธนาณิล ชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปะกิจ (2539, หน้า 2-17) ได้นำแบบประเมิน GHQ นี้มาแปลเป็นภาษาไทยและใช้ศึกษากับประชาชนในเขตหนองจอกกรุงเทพมหานครที่มารับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จำนวน 100 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยง (Reliability) และความตรงของเครื่องมือ (Validity) ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและเพื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมิน GHQ ฉบับภาษาไทยทุกฉบับคือ GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 และ GHQ-12 มีค่าความเที่ยงและค่าความตรงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 มีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 89.7 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 85.3 ดังนั้น แบบวัด GHQ จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยได้ทุกฉบับ โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสมการศึกษาของโกลด์เบิร์กและคณะ (Goldberg et al., 1997, p. 191) ที่พบว่า อายุไม่มีผลกระทบต่อความเที่ยงตรงของแบบวัด GHQ ดังนั้น แบบวัด GHQ จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับบุคคลได้ทุกกลุ่มอายุ

จากการศึกษาผู้วิจัยจึงนำแบบวัด Thai GHQ-28 มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยนำแบบวัด Thai GHQ-28 มาใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาคือ มองเห็นไม่ค่อยชัดผู้วิจัยจึงใช้การสัมภาษณ์แทนการทำแบบทดสอบด้วยตัวเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย และมีลักษณะแบบพหุปัจจัย โดยปัจจัยเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุโดยตรง เนื่องจากภาวะสุขภาพจิตมีความซับซ้อนที่เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นการผสมผสานกันระหว่างปัจจัยที่หลากหลายทั้งภายในและ

ภายนอก (Shives, 2012)

WHO (2013) ได้ให้แนวคิดถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้านดังต่อไปนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรม (Individual attributes and behaviors) เป็นลักษณะที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด การเรียนรู้ภายหลังการเผชิญและการจัดการกับความเครียด ความรู้สึกในชีวิตประจำวัน ที่เรียกว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) หรือเป็นความสามารถในการเผชิญและจัดการทางสังคมเช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความรับผิดชอบ และการเคารพมุมมอง ความคิดเห็นของบุคคลอื่น ที่เรียกว่า ความฉลาดทางสังคม (Social intelligence) ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตของบุคคลอาจมาจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์และชีวภาพ บุคคลอาจเกิดมาด้วยความผิดปกติของโครโมโซม เช่น ภาวะดาวน์ซินโดม หรือมีความผิดปกติของสติปัญญาเนื่องมาจากการได้รับสารแอลกอฮอล์จากมารดาที่ดื่มระหว่างตั้งครรภ์ หรือการขาดออกซิเจนขณะคลอด

2. ผลจากปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and economic circumstance) เป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาในขณะที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และการมีข้อจำกัดหรือด้วยโอกาสทางการศึกษาและการมีรายได้ที่ดีก็เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตได้

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล เช่น การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ (บริการสุขภาพ กฎเกณฑ์ทางกฎหมาย) การถูกรบกวนด้วยความเชื่อทางวัฒนธรรม ทัศนคติ หรือการปฏิบัติต่าง ๆ การถูกแบ่งแยกเชื้อชาติ เช่น วิกฤติเศรษฐกิจทำให้เกิดผลกระทบต่อตารางชีวิต ความบีบคั้น เกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่นำไปสู่การเพิ่มอัตราการทำตัวตายและการใช้สารเสพติดของบุคคล

การเห็นคุณค่าตนเอง

1. ความหมายของการเห็นคุณค่าตนเอง การเห็นคุณค่าตนเองตรงกับภาษาอังกฤษว่า Self-esteem ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Rosenberg (1979) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าตนเองว่า หมายถึง ความคิดทางบวก หรือทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง เคารพ ยอมรับนับถือตนเอง และมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

Sasse (1978) ได้ให้ความหมายการเห็นคุณค่าตนเองว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่า ตนเองมีความสำคัญ และมีคุณค่าตนเอง มีความต้องการ ได้รับความเชื่อถือ การยอมรับนับถือ โดยได้รับการสนับสนุน หรือการยอมรับนับถือจากผู้อื่น เพื่อที่จะได้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและนับถือตนเอง

Kaplan (1975) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าตนเอง คือ ความต้องการส่วนบุคคลต่อความรู้สึกทางด้านบวก การมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็ลดความรู้สึกทางด้านลบหรือปฏิเสธตนเอง นับเป็นกระบวนการของการเพิ่มพูนความรู้สึกการนับถือตนเอง และการมีคุณค่า เมื่อไรที่ความสมดุลอยู่ด้านลบ บุคคลจะรู้สึกต่อต้าน รู้สึกว่าตนเสียหาย

Branden (1981) กล่าวว่า ความรู้สึกตนเองมีความสำคัญ คือ เป็นสิ่ง บ่งบอกถึงคุณสมบัติของบุคคล และบ่งบอกถึงคุณค่าของบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความมั่นใจในตนเอง และความเคารพนับถือตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคุณสมบัติในการทำงานอย่างพอเพียง และมีคุณสมบัติเพียงพอในการดำรงชีวิต แบนเดน มีความเชื่อว่า โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์โดยทั่วไปมีความต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง แต่บุคคลอาจไม่มีความรู้ว่าจะทำอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการไม่รู้ว่ามีมาตรฐานการวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างไร

Coopersmith (1981) ให้ความหมายว่า หมายถึงการตอบสนองตามความคาดหวังต่อความสำเร็จ การยอมรับตนเอง และการเห็นจุดแข็งของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การเห็นความสำคัญตนเอง (Significance) การเห็นความสามารถตนเอง (Competency) การเห็นอำนาจตนเอง (Power) และการเห็นคุณค่าความดีตนเอง (Virtue)

จากความหมายที่กล่าวมา พอจะสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าตนเอง หมายถึง ความคาดหวัง ความรู้สึก และทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง ในด้านบวก โดยมองตนเองว่าเป็นคนที่มีความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ มีคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงการยอมรับและเชื่อถือจากบุคคลอื่น เพื่อให้ตนเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและนับถือตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้จึงพิจารณาเลือกใช้ทฤษฎีของ Coopersmith

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าตนเอง

2.1 แนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow (1970) ได้ศึกษาความต้องการของมนุษย์และได้นำความต้องการของมนุษย์มาจัดเรียงเป็นลำดับความต้องการขั้นพื้นฐาน ออกเป็น 5 ขั้น เรียงจากลำดับที่สำคัญที่สุดไปหาลำดับที่มีความสำคัญอันด้อยรองลงไปโดยได้กล่าวไว้ว่า ความต้องการของคนเรานั้นสามารถจะเรียงลำดับขั้นตอนได้ตามความสำคัญและขั้นตอน ความสำคัญเหล่านั้นสามารถยึดหยุ่นได้เมื่อความต้องการเบื้องต้นได้รับการตอบสนองแล้ว คนเราก็

จะให้ความสนใจกับความต้องการในลำดับสูงต่อไป ตามความต้องการดังกล่าวมีดังนี้

2.1.1 ความต้องการทางสรีระ หรือความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการเบื้องต้นของชีวิตที่มีความต้องการพื้นฐานของร่างกายซึ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และความต้องการเพศ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการทางสรีระ อยู่เสมอจะขาดไม่ได้ ถ้าอยู่ในสภาพที่ขาดร่างกายจะกระตุ้นให้ตนมีกิจกรรมขวนขวาย เพื่อให้ได้มาตอบสนองความต้องการ

2.1.2 ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัยหรือสวัสดิภาพ เป็นความต้องการ ความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นความต้องการของเราที่จะพยายามหลีกเลี่ยงภัย อันตราย ความเจ็บปวด ความผิดหวังต่าง ๆ มนุษย์จึงเกิดความต้องการความมั่นคง ความปลอดภัย เช่น มีอาชีพที่มั่นคง มีการออมทรัพย์ การมีชีวิตอย่างมั่นคงในสังคม

2.1.3 ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะให้เป็นที่รักของผู้อื่น ต้องการเพื่อน ต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ต้องการเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ให้ทุกคนยอมรับตน เป็นสมาชิก ดังนั้น คนเราควรหัดที่จะเป็นฝ่ายให้ความรักแก่ผู้อื่น และในเวลาเดียวกันก็ยอมตนเป็นที่รักของผู้อื่น ไปด้วย หรือรู้จักรับความรักที่ผู้อื่นมอบให้ด้วยไมตรีจิตมิตรภาพ

2.1.4 ความต้องการที่จะรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับนับถือจากผู้อื่น เป็น ความต้องการที่จะให้ผู้อื่นเห็นว่าตนมีความสามารถ มีคุณค่า มีเกียรติ มีตำแหน่ง และมีฐานะ บุคคล ที่มีความต้องการประเภทนี้ จะเป็นผู้ที่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าคุณค่ามีประโยชน์ หากความรู้สึก หรือความต้องการดังกล่าวถูกทำลาย และไม่ได้รับการตอบสนองจะรู้สึกว่าคุณค่ามี ประโยชน์ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย และต้องการสิ่งชดเชยถ้าเกิดความรู้สึกรุนแรงจะทำให้บุคคลนั้น เกิดความท้อถอยต่อชีวิต

2.1.5 ความต้องการที่จะรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับนับถือจากผู้อื่น เป็น ความต้องการที่จะให้ผู้อื่นเห็นว่าตนมีความสามารถ มีคุณค่า มีเกียรติ มีตำแหน่ง และมีฐานะบุคคล ที่มีความต้องการ ประเภทนี้จะเป็นผู้ที่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าคุณค่ามีประโยชน์ หากความรู้สึกหรือความต้องการดังกล่าวถูกทำลาย และไม่ได้รับการตอบสนองจะรู้สึกว่าคุณค่ามี ประโยชน์ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย และต้องการสิ่งชดเชย ถ้าเกิดความรู้สึกรุนแรงจะทำให้บุคคลนั้น เกิดความท้อถอยต่อชีวิต

เมื่อพิจารณาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow จะพบว่า หากขั้นของ ความต้องการขั้นพื้นฐาน ความปลอดภัย และความรักได้รับการตอบสนอง และทำให้บุคคลพอใจ แล้ว ก็จะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าตนเอง ซึ่ง Maslow ได้กล่าวว่า การเห็นคุณค่าตนเองนั้นเป็น

ความรู้สึกของบุคคลที่ต้องการให้ตนเองเป็นคนมีประโยชน์ และมีคุณค่า จำแนกได้ 2 ประเภท ดังนี้

1) ความต้องการเห็นคุณค่าตนเอง เป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะให้ตนเองมีความเข้มแข็ง (Strength) มีความสามารถ (Adequacy) เพียงพอในสิ่งต่าง ๆ การมีศักยภาพและอำนาจคุกคาม (Mastery and competence) มีความเชี่ยวชาญ และความเชื่อมั่นในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ความเป็นอิสระ และประสบความสำเร็จ (Achievement) ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2) ความต้องการให้ผู้อื่นเห็นคุณค่าของตน เป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะให้บุคคลอื่นเห็นว่าตนเองเป็นผู้มีชื่อเสียง มีเกียรติ มีตำแหน่งฐานะ มีอำนาจเหนือผู้อื่น มีความสำคัญ และมีศักดิ์ศรี เป็นที่ยอมรับ และชื่นชมของผู้อื่น

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานสมบูรณ์แล้ว กล่าวคือ ได้รับความรัก การยกย่องนับถือ จากบุคคลอื่น ทำให้บุคคลนั้นพึงพอใจในตนเอง มองเห็นส่วนดีของตนเอง และมองว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ ภาควิไมใจ ก็จะผลักดันให้บุคคลเห็นคุณค่าตนเองประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่มีคุณค่า ไม่นำสิ่งที่ไม่ดีมาให้กับตนเอง

2.2 แนวคิดทฤษฎีเชิงสังคมวิทยา ของ Rosenberg (1979, pp. 129-135 อ้างในสุชาติ อรรถนะपाल, 2550) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับตนเอง โดยอยู่ในลักษณะของการประเมินตนเองในเรื่องของคุณค่า และความสามารถซึ่งจะเกี่ยวข้องกับเอกลักษณ์ และคุณสมบัติเฉพาะบางประการของบุคคล การเห็นคุณค่าตนเอง คือทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านบวก หรือด้านลบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้นการที่บุคคลหนึ่งมีการเห็นคุณค่าตนเองในระดับสูง หมายถึง การที่บุคคลคิดว่าตนเองเป็นคนที่มีความดี มีเกียรติ มีความพึงพอใจตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าตนเองต่ำ หมายถึง คนที่ขาดความเคารพตนเอง ปฏิเสธตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความพึงพอใจตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองด้อยขาดบางสิ่งบางอย่าง ไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น ซึ่งแยกออกเป็น 2 มิติ คือ

2.2.1 ความรู้ความเข้าใจตนเอง (Cognitive self) เป็นความรู้ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเองจากการที่บุคคลเป็นเจ้าของตำแหน่ง หรือสถานภาพ ภายในโครงสร้างทางสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ ทำให้แต่ละคนมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง ซึ่งเอกลักษณ์ที่บุคคลได้จากสังคมทำให้บุคคลรู้ว่าเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร การรับรู้นี้นำไปสู่อัตมโนทัศน์ (Self concept) ของบุคคล

2.2.2 การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการตีค่าตนเองของบุคคล โดยการที่บุคคลนำตนเองไปเปรียบเทียบกับสิ่งอื่น หรือบุคคลอื่น เพื่อที่จะให้ตนเองรู้ว่าบุคคลมีคุณค่า หรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงหรือต่ำอย่างไร การที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองในเรื่องการเห็นคุณค่าตนเองอย่างไรจะนำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น

สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าตนเองในภาพรวมสูงหรือต่ำ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ เป็นกระบวนการทางสังคมซึ่งเกิดจากการหล่อหลอมทางสังคม หากบุคคลอยู่ในสังคมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ประสบความสำเร็จ เป็นคนฉลาด คนเก่ง ได้รับการยกย่องเขาจะมองตนเองในทางที่มีคุณค่า หรือมีการเห็นคุณค่าในตนเองภาพรวมสูง ส่วนบุคคลที่อยู่ในสังคมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือยากจน ประสบความล้มเหลวในการเรียน มีความเจ็บป่วยทางจิต บุคคลเหล่านี้จะมีการเห็นคุณค่าตนเองในภาพรวมต่ำ

2.3 แนวคิดทฤษฎีการเห็นคุณค่าตนเองของ Coopersmith (1981) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญของการเห็นคุณค่าตนเองไว้ 3 ประการ ได้แก่

2.3.1 การเห็นคุณค่าตนเองเน้นที่การประมารถค่าตนเองของแต่ละบุคคลซึ่งจะมีความแตกต่าง และการคงอยู่ในสิ่งที่ตนเองประเมินนั้นก็แตกต่างกันไปด้วย

2.3.2 การเห็นคุณค่าตนเองตามขอบเขตของประสบการณ์มีความสอดคล้องกับเพศ อายุ และบทบาทของบุคคลนั้น

2.3.3 การเห็นคุณค่าตนเองเน้นที่กระบวนการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการตรวจสอบการปฏิบัติงาน ความสามารถที่สอดคล้องกับมาตรฐานของแต่ละบุคคล ค่านิยมและคุณค่าของตนเองจากลักษณะสำคัญของการเห็นคุณค่าตนเองดังกล่าวนี้ และวัฒนธรรมประเพณีสามารถรับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริง มองโลกในแง่ดี พอใจ ในชีวิตที่เป็นอยู่มีการแสดงออกของความคิดที่ดี และถูกต้องเหมาะสมตามทำนองคลองธรรม จากลักษณะสำคัญของการเห็นคุณค่าตนเองดังกล่าวนี้ Coopersmith (1981, pp. 2-4) ยังได้กล่าวถึงคุณลักษณะพื้นฐานของการเห็นคุณค่าตนเองซึ่งบุคคลใช้เป็นสิ่งที่ตัดสินใจว่าตนประสบความสำเร็จมีอยู่ 4 ประการ ดังนี้

2.3.3.1 การเห็นความสำคัญตนเอง (Significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นที่รัก และได้รับการเอาใจใส่ มีประโยชน์ และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

2.3.3.2 การเห็นความสามารถตนเอง (Competence) เป็นวิถีทางที่บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองสามารถในการกระทำได้ตามเป้าหมาย สามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตด้วยความมั่นใจ ปรับตัวได้ดี ใช้กลไกการป้องกันตนเองน้อย และสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.3.3 การเห็นอำนาจตนเอง (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมตนเอง บุคคลอื่น แลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัว มีความเชื่อมั่นในอำนาจจากการกระทำของตนว่าจะเกิดผลตามที่ต้องการและมีความสามารถเพียงพอในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

2.3.3.4 การเห็นคุณค่าความดีตนเอง (Virtue) ความรู้สึกว่าคุณค่าความดีรวมทั้งเป็นการปฏิบัติตนสอดคล้องกับศีลธรรม จริยธรรม ค่านิยม และวัฒนธรรม ประเพณี สามารถรับรู้คุณค่าของตนตามความเป็นจริง มองโลกในแง่ดี พอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ มีการแสดงออกของความคิดที่ดี และถูกต้องเหมาะสมตามทำนองคลองธรรม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. ปัจจัยภายใน คือ ลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ทำให้การเห็นคุณค่าตนเองแตกต่างกัน

1.1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical attributes) ความสูง น้ำหนักบุคลิกภาพ ความแข็งแรง เสื้อผ้าที่สวมใส่ ถ้ารูปร่างหน้าตาดี ร่างกายแข็งแรง ก็จะทำให้เกิดการเห็นคุณค่าตนเอง ได้ส่วนหนึ่ง แต่ก็ขึ้นอยู่กับค่านิยมส่วนตัว

1.2 ความสามารถทั่วไป เช่น ผลงาน และสมรรถภาพ จะช่วยเสริมบุคลิกให้เกิดการเห็นคุณค่าตนเองได้ บุคคลที่ประสบความสำเร็จจะเป็นแรงเสริมให้กับตนเอง และทำให้เกิดคุณค่าแห่งตน

1.3 ภาวะทางอารมณ์ เช่น ความพอใจ ความเสียใจ ความวิตกกังวล ทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออก ถ้าประเมินว่าบุคคลรอบข้างยอมรับ และรู้สึกชื่นชม ก็จะรู้สึกพอใจเกิดความภูมิใจ แต่ถ้าประเมินด้านลบ ก็จะรู้สึกวิตกกังวล และรู้สึกว่าคุณค่าแห่งตนต่ำ

1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล บุคคลจะประเมินคุณค่าแห่งตน และเทียบเคียงกับสิ่งที่ตนให้คุณค่าหรือให้ความสำคัญ ซึ่งแต่ละคนจะมีค่านิยมต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน

1.5 ความทะเยอทะยาน ปรารถนาจะทำสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจคุณค่าของบุคคลเกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน และความสามารถของตนกับเกณฑ์ความสำเร็จที่ตั้งไว้

1.6 เพศ (Sex) เพศชายมักจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง เพราะสังคมและวัฒนธรรม ส่วนใหญ่ยอมรับ และยกย่อง แก่เพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมักได้รับมอบหมายตำแหน่งที่มีอำนาจทางสังคม มีบทบาทมากกว่า

1.7 โรคภัยไข้เจ็บและปัญหาต่าง ๆ ปัญหาสุขภาพจิต อาการทางกายที่มาจากจิตใจ และพฤติกรรม มีผลต่อการเห็นคุณค่าตนเอง ผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวสูง จะมีการเห็นคุณค่าตนเองต่ำ จะแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล มีความทุกข์ ส่วนบุคคลที่มีปัญหาน้อย จะมีการเห็นคุณค่าตนเองสูง

2. ปัจจัยภายนอกคือ สภาพแวดล้อมที่บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าตนเองแตกต่างกันออกไป

2.1 ความสัมพันธ์กับครอบครัว เป็นประสบการณ์ในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้การเห็นคุณค่าตนเองของเด็กแตกต่างกัน ถ้าครอบครัวอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกัน สัมพันธภาพ และ

บุคลิกภาพของ พ่อ แม่ ล้วนมีผลต่อการเห็นคุณค่าตนเอง ของเด็กถ้าเด็กเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง รู้สึกไม่มีความสุข ก็จะมีผลต่อเด็กเมื่ออยู่ในสังคม

2.2 สถานภาพทางสังคม และเพื่อน เช่น ตำแหน่ง หน้าที่ การงาน ฐานะทางสังคม รายได้ บุคคลที่มาจากรอบครัวที่มีสถานะทางสังคมสูง ก็จะเห็นคุณค่าตนเองสูงกว่าบุคคลที่มาจากรอบครัวที่มีสถานะทางสังคมปานกลาง และต่ำ กลุ่มเพื่อนก็มีอิทธิพล ถ้าเพื่อนไม่ตีชอบตำหนิอยู่เสมอ ก็ยากที่จะมองตนเองและบุคคลอื่นในด้านดีด้วย

2.3 การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ส่วนหนึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน ด้านความสามารถ ทักษะ ความถนัด ถ้ารู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่นก็จะมีการเห็นคุณค่าตนเองต่ำ

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าตนเองได้มีผู้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าตนเองไว้หลากหลายดังนี้

Coopersmith (1981) เสนอว่าบุคคลจะแสดงถึงการเห็นคุณค่าในตนเองจากลักษณะท่าทางน้ำเสียงคำพูดและการกระทำซึ่งอาจแสดงออกมาโดยรู้ตัวก็ได้บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าตนเองสูงสามารถรับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริงรู้ถึงศักยภาพของตนเองและแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการทำงานให้ประสบความสำเร็จได้ ส่วนบุคคลที่เห็นคุณค่าตนเองต่ำจะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่พยายามที่จะทำงานที่ยากลำบากให้สำเร็จ

ลักษณะของผู้ที่เห็นคุณค่าตนเองสูงเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยเครียดหรือวิตกกังวลมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยสูงมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีค่ามีความสำคัญแก่การเคารพนับถือ ไม่ถูกกระทบกระเทือนจากการตัดสินการวิจารณ์หรือการตำหนิของบุคคลอื่น ได้ง่ายใช้กลไกในการป้องกันตนเองน้อยยอมรับความจริงมีความตั้งใจจริงที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ ไม่ท้อแท้ง่ายมีความสุขกับชีวิตของตนเองมีความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์มีความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ กล้าทำงานที่ท้าทายโดยรวม ๆ แล้วจะมีความสุขและใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ลักษณะของผู้ที่เห็นคุณค่าตนเองต่ำจะไม่มี ความเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่มีความสามารถมีข้อบกพร่องมีความวิตกกังวลสูงมีความเครียดสูงเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่เคยเจอมาก่อนไม่มีความพยายามที่จะเอาชนะต่ออุปสรรคต่าง ๆ มักท้อแท้ง่ายหลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหาไม่มีความยืดหยุ่นจะยึดติดอยู่กับสิ่งที่รู้จักหรือเคยชินเพื่อความรู้สึกปลอดภัยมักใช้กลไกในการป้องกันตนเองเป็นบุคคลลักษณะเก็บกดหรือบุคคลที่เห็นคุณค่าตนเองต่ำบางคนอาจใช้การปกป้องคุณค่าตนเอง (Defensive self-esteem) ทำให้มีพฤติกรรมมั่นใจมากเกินไปและบางครั้งก้าวร้าว

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีดังนี้

1. สงบและรู้สึกผ่อนคลาย (Calm and relaxed) สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อต้องเผชิญกับความยุ่งยากและความท้าทายที่หวาดกลัวอยู่ก็ตามมักไม่ค่อยมีความเครียดปรากฏบนใบหน้า หลังจากผ่านการได้รับความกดดันอย่างสูงก็สามารถกลับคืนสู่ความสงบได้อย่างรวดเร็ว
2. ดูแลตนเองดี (Well-nurtured) มีความเป็นอยู่ที่ดีในเรื่องของการดูแลตนเอง การออกกำลังกายดูแลในเรื่องการเลือกแบบการแต่งกายและการไม่ทำลายตนเองด้วยการละเลย สุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหารการดื่มและการนอนหลับและเมื่อตกอยู่ภายใต้ความกดดันหรือเจ็บป่วยจะดูแลและใส่ใจร่างกายของตนเป็นพิเศษ
3. มีพลังและจุดมุ่งหมาย (Energetic and purposeful) มีชีวิตชีวาทั้งร่างกายและจิตใจ สนุกสนานกับการทำงานในหน้าที่อย่างกระตือรือร้นมีแรงจูงใจสูงมีความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางที่ดี
4. เปิดเผยและแสดงความรู้สึก (Open and expressive) สามารถสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมาทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางซึ่งบ่งถึงความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น ได้ทันทีและสามารถควบคุมหรือหยุดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เมื่อต้องการ
5. คิดในทางที่ดีและมองโลกในทางที่ดี (Positive and optimistic) มักจะไม่ค่อยมีความวิตกกังวลและความกลัวเมื่อพบอุปสรรคขัดขวางสามารถเปิดเผยและปลดปล่อยความคับข้องใจและสามารถกลับมาแก้ปัญหาด้วยพลังและความตั้งใจที่เพิ่มขึ้นจะพูดถึงอนาคตด้วยความตื่นเต้นมองเห็นโอกาสที่ดีในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาด้วยความสนใจและกระตือรือร้น
6. มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliant) มีความสามารถสูงที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างอิสระและเป็นตัวของตัวเองจะไม่แสดงความเห็นด้วยหรือข้อคิดเห็นจนกว่าจะได้ตัดสินใจหรือลงมือกระทำด้วยตนเองเสียก่อนพึ่งพาตนเองได้โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้อื่นคอยชี้แนะ
7. มีความสามารถในการเข้าสังคมและร่วมมือกับผู้อื่นได้ (Sociable and co-operative) เป็นมิตรและเป็นที่ยอมรับได้ของผู้อื่น ไม่มีความเห็นแก่ตัวสนใจรับฟังผู้อื่นสามารถที่จะประนีประนอมและเจรจาเพื่อความสัมพันธ์อันดีภายในกลุ่มดีใจกับความสุขและความสำเร็จของผู้อื่นมีลักษณะเป็นผู้นำโดยธรรมชาติแต่ก็สามารถร่วมมือกับผู้อื่นที่มีอำนาจที่มีความเหมาะสมได้
8. มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Appropriately assertive) สามารถยื่นกรานความต้องการและสิทธิของตนได้บางครั้งความพยายามในการแก้ปัญหาสัมฤทธิ์ผลจะมีความสุขในการที่จะใช้วิธีที่การไม่ได้ตอบหรือใช้ความก้าวร้าวในการที่จะได้รับความยุติธรรมและเหตุผลในการตัดสินใจ

9. มีการพัฒนาตนเอง (Self-developing) แม้บุคคลเหล่านี้จะมีคุณค่าในตนเองสูงก็ยังคงตรวจสอบตนเองอยู่เสมอมีความสุขกับการได้รู้ข้อบกพร่องและความผิดพลาดของตนเองอันจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

การสร้างเสริมการเห็นคุณค่าตนเอง มีแนวทางการสร้างเสริมการเห็นคุณค่าตนเองดังนี้
Coopersmith (1981) ได้เสนอไว้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมการเห็นคุณค่าตนเองประกอบด้วย 4 อย่างดังนี้

1. การได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลสำคัญรอบข้าง
2. การประสบความสำเร็จในชีวิตตามสถานภาพของตนในสังคมและสังคมเห็นพ้องเช่นกัน โดยมีปัจจัยย่อย ๆ ดังนี้คือ
 - 2.1 การมีอิทธิพลและการควบคุมผู้อื่น ได้ซึ่งแสดงถึงอำนาจ
 - 2.2 การได้รับการยอมรับความสนใจความรักใคร่ซึ่งทำให้คนรู้สึกว่ามีคุณค่า
 - 2.3 การเป็นบุคคลที่มีศีลธรรมตามมาตรฐานของสังคมซึ่งแสดงถึงการเป็นบุคคลที่มีคุณงามความดีน่าเชื่อถือศรัทธา
 - 2.4 การประสบความสำเร็จตามความมุ่งหวังซึ่งแสดงถึงการมีความสามารถ
3. ความพยายามที่จะให้ได้มาในสิ่งที่ตนต้องการซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและสำคัญ
4. ขอบเขตของความสามารถที่จะวัดผลกระทบต่อบุคคลความวิตกกังวลเพื่อให้เกิดสถานะสมดุลงจะเห็นได้ว่าการเห็นคุณค่าตนเองเป็นพลังงานสำคัญอย่างหนึ่งในการผลักดันให้บุคคลก้าวเข้าสู่ความสำเร็จในชีวิตและอาจกล่าวได้ว่าเป็นดัชนีบ่งชี้ตัวหนึ่งของทักษะชีวิตและการมีสุขภาพจิตที่ดีได้สรุปเทคนิคเฉพาะในการพัฒนาการเห็นคุณค่าตนเองได้ดังนี้คือ

1. การยอมรับความรู้สึกของบุคคลตามความเป็นจริงจะช่วยให้เขาสามารถถ่ายทอดความรู้สึกออกมาโดยเฉพาะการยอมรับความรู้สึกทางลบความรู้สึกกลัวความรู้สึกขัดแย้งและความรู้สึกปฏิเสธของบุคคลเป็นสิ่งที่มิใช่ประโยชน์ต่อการแสดงความรู้สึกของบุคคลในขณะนั้น
2. ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันควรทำความเข้าใจในวิธีการแก้ปัญหาและให้โอกาสแต่ละบุคคลในการแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่แล้วนอกจากนี้การให้เขาได้ฝึกเลือกวิธีการแก้ปัญหาเองนั้นทำให้เขาค้นพบว่า ยังมีวิธีการที่เหมาะสมอีกหลายอย่างที่เขาอาจจะเลือกใช้
3. หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงและกะทันหันกับบุคคลซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นควรแจ้งให้ทราบล่วงหน้าอย่างชัดเจนและในทันทีและถ้าเป็นไปได้ไม่ควรให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันเกิดขึ้น

4. การมีตัวแบบที่ดีและมีประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาเนื่องจากตัวแบบมีอิทธิพลต่อความรู้สึกมั่นคงของบุคคลตัวแบบจึงควรมีความเชื่อมั่นและให้การสนับสนุนบุคคลให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่เผชิญปัญหาอย่างมั่นใจและให้กำลังใจว่าบุคคลสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง

5. การช่วยให้บุคคลพัฒนาขั้นตอนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์โดยให้เขาได้ระบายความขุ่นมัวซึ่งเป็นโอกาสให้เขาได้ค่อย ๆ เข้าใจความยุ่งยากในตนเองช่วยลดระดับความเครียดจากนั้นเขาจะค่อย ๆ ใส่ใจกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง

6. ความคาดหวังที่สูงเกินความเป็นจริงจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดวิตกกังวลมากกว่าจะหาวิธีแก้ปัญหาและจะเป็นการทาลายความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเอง

Cypert (1994) กล่าวว่าไม่สายเกินไปที่จะเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงความคิดและความสามารถเกี่ยวกับตัวคุณเองการพัฒนาตนเองเริ่มจากการตรวจสอบเกี่ยวกับตนเองอย่างละเอียดประเมินตนเองอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของตนและสร้างในความต้องการเปลี่ยนแปลงตัวเองในการเปลี่ยนแปลงตัวเองจำเป็นต้องยอมรับความจริงที่ว่ามีทั้งสิ่งที่ควบคุมได้และสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ การเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำเป็นผลมาจากการสั่งสมมาในอดีตจากพ่อแม่เพื่อนญาติพี่น้องคนรักคู่สมรสหรือคนที่มีความสำคัญกับตัวคุณคุณไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอดีตได้แต่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณ ได้วางมั่นไว้ข้างหลังยอมรับว่ามันไม่สามารถควบคุมได้แต่คุณสามารถควบคุมผลของมันที่จะมากระทบตัวคุณได้ไม่มีสิ่งไหนที่จะทำให้คุณโกรธหรือสับสนได้ไม่มีสิ่งไหนที่จะทำให้คุณรู้สึกด้วยหรือไม่มีความสำคัญเป็นไปไม่ได้เลยที่สิ่งอื่นจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อความรู้สึกหรืออารมณ์ของคุณ ได้ยกเว้นว่าคุณจะยอมให้มันทำตัวคุณเองและได้กล่าวถึงเทคนิคในการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 7 ประการดังนี้

1. ประเมินและยอมรับ (Evaluate and accept) เริ่มต้นโดยการวิเคราะห์เกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองและตัดสินใจว่าจะอะไรที่คุณชอบและไม่ชอบเกี่ยวกับตัวคุณคิดว่าไม่มีอะไรที่สมบูรณ์แบบยินดีกับสิ่งที่คุณชอบเกี่ยวกับตัวเองพยายามปรับปรุงหรือไม่สนใจในสิ่งที่ไม่ดีของคุณ

2. ทดสอบเกี่ยวกับความเชื่อของคุณ (Examine your beliefs) คุณมีความแน่นอนของคุณค่าและหลักการในชีวิตของคุณหรือไม่ถ้าไม่คุณอาจจะหวั่นไหวกับความคิดเห็นของคนอื่นได้ ดังนั้นจงทำให้พื้นฐานของคุณให้เข้มแข็ง

3. หาค่าความเสี่ยงที่เหมาะสม (Take appropriate risks) ลดขนาดของความเสี่ยงให้เล็กที่สุดโดยการคิดหาทางเลือกด้วยความระมัดระวังแต่ต้องไม่กลัวในการพยายามทำสิ่งใหม่ ๆ

4. เรียนรู้จากความล้มเหลว (Learn from failure) ความผิดพลาดไม่ใช่สิ่งที่คงทนเรียนรู้จากมันและเปลี่ยนมันให้เป็นความท้าทายคุณจะเป็นบุคคลที่เข้มแข็งจากผลของประสบการณ์เหล่านี้และในเวลาต่อมาคุณจะสามารถประสบความสำเร็จ
5. ใช้ชีวิตอยู่กับอนาคต (Live in the future) อย่าไปคิดถึงความล้มเหลวที่ผ่านมาหรือแม้แต่นึกถึงความสำเร็จก่อนหน้านี้ให้มองไปที่กระจกและบอกกับตัวเองว่า “เธอทำอะไรไปเมื่อเร็ว ๆ นี้และเธอวางแผนจะทำอะไรในวันพรุ่งนี้”
6. เลือกสิ่งที่มีอิทธิพลด้านบวก (Choose positive influences) อย่าไปเสียเวลากับบุคคลที่ดูถูกและทำให้คุณเศร้าถ้าความสัมพันธ์ของคุณเป็นสิ่งที่ทำลายคุณก็ให้หาผู้ชำนาญมาช่วยเช่นอ่านหนังสือเกี่ยวกับการคิดด้านบวกหรือเข้าหากลุ่มสนับสนุนการเห็นคุณค่าในตนเอง
7. ต้องการความเคารพ (Demand respect) ถ้าคุณไม่ชอบในสิ่งที่คนอื่นปฏิบัติกับคุณก็ให้บอกพวกเขา (เพื่อนครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน) ให้รู้ว่าคุณคาดหวังให้พวกเขาเอื้อเฟื้อและเห็นใจคุณเหมือนอย่างที่คุณทำให้พวกเขา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของข้าราชการเกษียณอายุ ในจังหวัดสงขลาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงถึงแม้ปัจจุบันเพศหญิงจะออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น หรือมีบทบาททางสังคมเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีบทบาทในการทำงานบ้านและดูแลบุคคลในครอบครัวเช่นเดิมจึงไม่ค่อยมีเวลาว่าง ทำให้ออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือพบปะเพื่อนฝูงและมีเครือข่ายทางสังคมน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเพศหญิงแยกตัวออกจากสังคมและมีความว้าเหว่มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2540) ได้ศึกษาความว้าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว้าเหวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2532) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง และบุตรหลานจะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรังเกียจตาย ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีไปด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและได้รับการดูแลจากบุตรหลานมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วย

อรวรรณ ธนนันทกุล (2547) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมเผชิญปัญหา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เทียนทิพย์ เทียนสีม่วง (2549) ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลรามาราชิตี พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และ การเห็นคุณค่าสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 27.7 ($R^2 = .227$)และการรับรู้ ภาวะสุขภาพซึ่งร่วมกับการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.64 รวมเป็นร้อยละ 34.1 ($R^2 = .341$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

สุชาดา อรัญยะपाल (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคลิกภาพ ความเครียดในการทำงาน และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง บุคลิกภาพแบบอารมณ์ห้วนไหว มั่นคงและความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรียาภรณ์ ตั้งเพ็ชร (2551) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พบว่า ทั้งการสนับสนุนทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในรูปแบบของการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross-sectional research) แบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้คือ เป็นผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุแยกรายหมู่บ้านซึ่งมีจำนวน 8 หมู่บ้าน โดยมีคุณสมบัติคือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ รวมทั้งสิ้น 1,029 คนดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม แยกรายหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ
หมู่ที่ 1 บ้านปิ่นเกลียว	135
หมู่ที่ 2 บ้านวังตะกู	152
หมู่ที่ 3 บ้านตลาดเสือ	98
หมู่ที่ 4 บ้านคลองน้ำเค็ม	121
หมู่ที่ 5 บ้านคลองน้ำเค็ม	120
หมู่ที่ 6 บ้านกิโลห้า	165
หมู่ที่ 7 บ้านท่าซี้เหล็ก	78
หมู่ที่ 8 บ้านทุ่งรางเทียน	160
รวม	1,029

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง นำประชากรเป้าหมาย จำนวน 1,029 คน มาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995, p. 180) โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติเท่ากับ 1.95

d = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ 0.05

p = โอกาสที่เกิดขึ้นมีค่าเท่ากับ 0.75 (สุภัทรา มิ่งปรีชา, 2551)

q = โอกาสที่ไม่เกิดขึ้น มีค่าเท่ากับ $1-p$

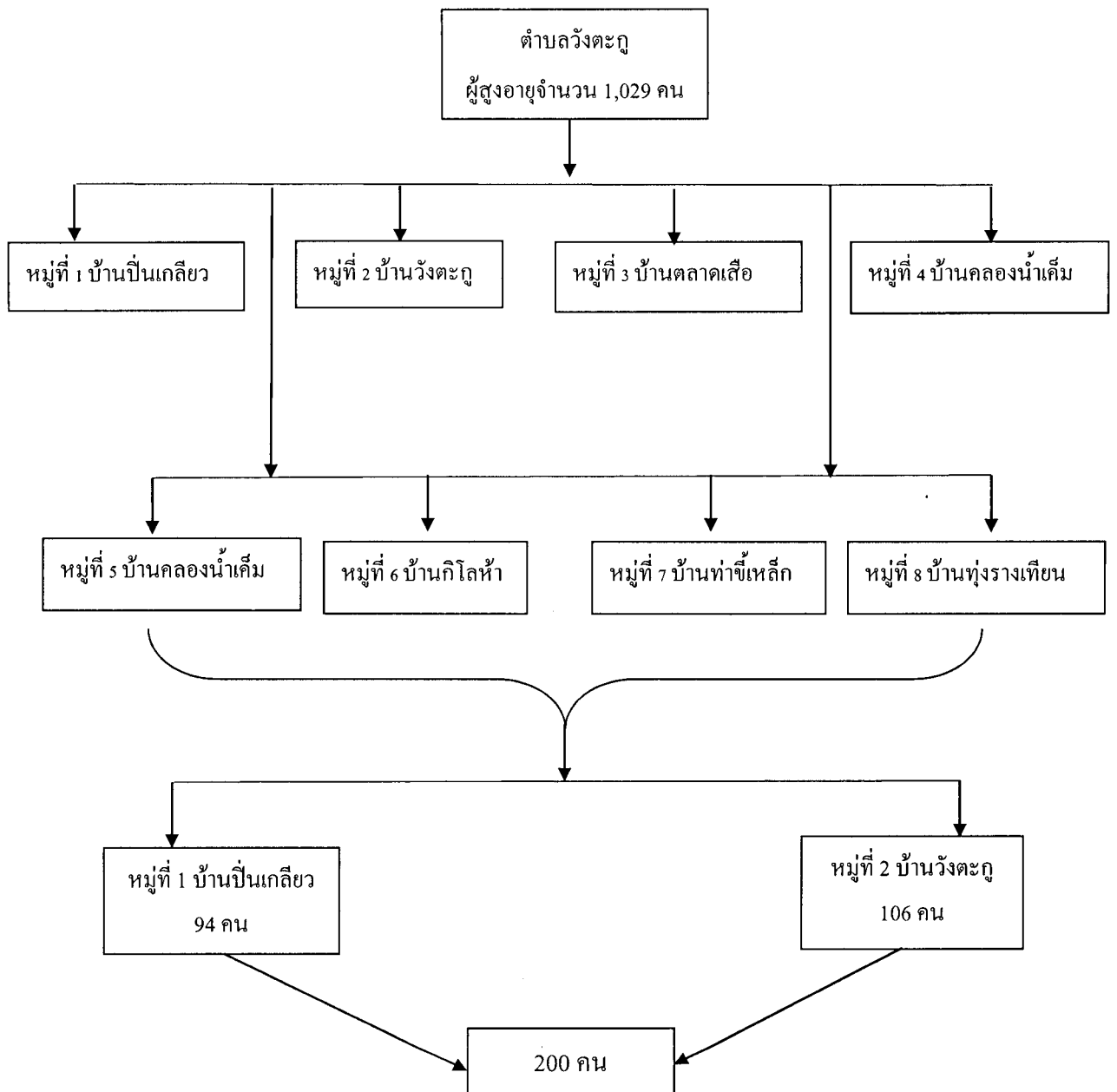
$$\begin{aligned} \text{แทนในสูตร } n &= \frac{1.96^2 \cdot 0.76(1-0.76)}{0.05^2} \\ n &= \frac{3.84 (0.76)(1-0.76)}{0.0025} \\ n &= 191.59 \end{aligned}$$

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) มีหลายขั้นตอนดังนี้

3.1 ใช้วิธีการสุ่มแบบยกกกลุ่ม (Cluster sampling) โดยนำประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มแยกรายหมู่บ้าน จำนวน 8 หมู่บ้าน

3.2 จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากรายชื่อ โดยเขียนชื่อ 8 หมู่บ้านใส่ถ้วย แล้วจับขึ้นมา 2 หมู่บ้าน ปรากฏว่าจับสลากได้หมู่บ้าน หมู่ที่ 1 บ้านปิ่นเกลียว และหมู่ที่ 2 บ้านวังตะกู ซึ่งมีผู้สูงอายุทั้งสองหมู่บ้านรวมกัน 287 คน จากนั้นทำการจับสลากรายชื่อผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนผู้สูงอายุ จนได้ตัวอย่างแบ่งให้เป็นสัดส่วนกันจะได้ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 บ้านปิ่นเกลียว 94 คน และหมู่ที่ 2 บ้านวังตะกู 106 คน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กระบวนการในการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบ สัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว มีลักษณะคำถามเป็นแบบเปิด มีจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การเห็นคุณค่าตนเอง ข้อคำถามแบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การเห็น ความสำคัญตนเอง จำนวน 8 ข้อ การเห็นอำนาจตนเอง จำนวน 6 ข้อ การเห็นความสามารถตนเอง จำนวน 5 ข้อ การเห็นคุณค่าความดีตนเอง จำนวน 11 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวนรวม 30 ข้อ และเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ใช้แบบสุขภาพจิต Thai GHQ-28 ที่พัฒนาขึ้น ใช้เป็นแบบมาตรฐานการคัดกรอง ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ (2539, หน้า 2-17) ลักษณะเป็นแบบ ประเมินค่า (Rating scale) 4 คำตอบ คือ ดีกว่าปกติ น้อยกว่าปกติ น้อยกว่าปกติมาก

2. การสร้างแบบสัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้สร้างแบบสัมภาษณ์จากการศึกษา ตำรา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยส่วนที่ 2 การเห็นคุณค่าตนเอง ได้ศึกษาเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง และสร้างแบบสัมภาษณ์ตามทฤษฎีการเห็นคุณค่าตนเองของคูเปอร์สมิท โดยดัดแปลง ข้อคำถามจากการศึกษาของ ศศิวรรณ บุญธรรม (2548) ส่วนที่ 3 ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ใช้แบบสุขภาพจิต Thai GHQ-28

3. การตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก) พิจารณาตรวจสอบสำนวนภาษาความชัดเจนความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรงตาม วัตถุประสงค์ นิยามศัพท์เฉพาะ และเหมาะกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยทำแบบประเมินให้ ผู้เชี่ยวชาญเลือก 3 ข้อ คือ เห็นด้วย (แน่ใจว่าคำถามมีความสอดคล้อง) ไม่แน่ใจ (ไม่แน่ใจว่าคำถาม มีความสอดคล้องหรือไม่) ไม่เห็นด้วย (ไม่แน่ใจว่าคำถามไม่มีความสอดคล้อง) นำผลการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาให้คะแนน (1 = เห็นด้วย, 0 = ไม่แน่ใจ, 1 = ไม่เห็นด้วย) และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ด้วยสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้แต่ละข้อ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการหาค่า IOC พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.33-1.00 แสดงว่า ทุกข้อคำถามมีความตรงตามเนื้อหา ที่ต้องการวัด (ดังรายละเอียดภาคผนวก) และได้ปรับภาษาบางข้อคำถามให้ชัดเจน ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ และจัดทำเป็นต้นฉบับต่อไป โดยผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ ในแบบสัมภาษณ์ แต่ละส่วนมีค่า ดังนี้

การเห็นคุณค่าตนเอง มีค่าระหว่าง 0.33-1.00

ภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิต มีค่าระหว่าง 0.33-1.00

4. การทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพ ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ต้นฉบับตามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในตำบลนครปฐม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยผู้ศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์เอง เมื่อผู้ตอบไม่เข้าใจในเนื้อหาคำถาม ผู้ศึกษาจะอธิบาย และจดคำอธิบายไว้ แล้วนำมาปรับภาษาให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

นำแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวม ของส่วนที่ 2 มีค่าอำนาจจำแนก (Corrected item total correlation) ระหว่าง 0.20-0.64 และของส่วนที่ 3 มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.20-0.67 ซึ่งเป็นข้อที่มีอำนาจจำแนกใช้ได้ทุกข้อ และปรับภาษาให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 แบบคงที่ภายใน (Internal consistency)

ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช

ผลปรากฏว่า ได้ค่าความเที่ยงแต่ละส่วนของแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

ส่วนที่ 2 การเห็นคุณค่าตนเอง มีค่าความเที่ยง 0.78

ส่วนที่ 3 ภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยง 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บข้อมูลหลังจากที่สุ่มตัวอย่างแล้ว ได้ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกั่ว เพื่อแจ้งให้ทราบและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ จากนั้นขอหนังสือที่ฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขอความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษา และนำหนังสือไปให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกั่ว พร้อมชี้แจงให้เข้าใจถึง วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และวิธีการเก็บข้อมูล เมื่อเข้าใจตรงกันแล้ว ผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ จนครบจำนวนที่ต้องการ โดยที่ผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์เองทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1-30 เมษายน พ.ศ. 2560 โดยผู้ศึกษาทำการตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อตรวจสอบแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว นำไปวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ภาระงานและร้อยละของคำถาม ส่วนอายุ หารอายุต่ำสุด อายุสูงสุด อายุเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ต่างกันกลุ่มละ 5 ปี ภาระงานและร้อยละของกลุ่ม

2. การเห็นคุณค่าตนเอง ทำการแจกความถี่คำตอบของทุกข้อคำถาม ภาระงาน และร้อยละจากนั้นให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม โดยข้อคำถามทุกข้อมีความหมายเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน

เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน

รวมคะแนน จะได้คะแนนเต็มรวมทุกด้าน 150 คะแนน จากทั้งหมด 30 ข้อ ส่วนคะแนนรวมแต่ละด้าน ได้แก่ การเห็นความสำคัญตนเอง มีจำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน การเห็นอำนาจตนเอง มีจำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การเห็นความสามารถตนเอง มีจำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน การเห็นคุณค่าความดีตนเองมีจำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 55 คะแนน จากนั้นหาคะแนนเฉลี่ย ร้อยละเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์การกระจาย ของคะแนนรวมแต่ละด้าน แล้วแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ของ Benjamin Bloom (Bloom, 1975) ดังนี้

กลุ่ม 1 คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการเห็นคุณค่าตนเองสูง

กลุ่ม 2 คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60.1-79.9 หมายถึง มีการเห็นคุณค่าตนเองปานกลาง

กลุ่ม 3 คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา หมายถึง มีการเห็นคุณค่าตนเองต่ำ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต วิเคราะห์รายข้อ โดยการแจกแจงความถี่เพื่อหาจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแต่ละตัวเลือก จากนั้นหาระดับสุขภาพจิตดี และสุขภาพจิตไม่ดีโดยรวมทุกข้อและให้คะแนน ดังนี้

ข้อ ก ให้ 0 คะแนน

ข้อ ข ให้ 1 คะแนน

ข้อ ค ให้ 2 คะแนน

ข้อ ง ให้ 3 คะแนน

เมื่อนำมาคิดคะแนนรวมแล้วจัดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ของ WHO (1989)

ดังนี้

พิสัยคะแนน	ระดับ
คะแนน 0-23 คะแนน	สุขภาพจิตดี
คะแนน 24-84 คะแนน	สุขภาพจิตไม่ดี

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ศึกษาได้อธิบายข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าตนเอง ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิต วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการศึกษา และผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัย และเพื่อไปพัฒนาการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น ในการเก็บข้อมูล ไม่ระบุ ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ และจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ รายชื่อที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะทำลายหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น เมื่อผู้สูงอายุซักถามปัญหา และเข้าใจในรายละเอียดในการดำเนินการศึกษา และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษารั้ครั้งนี้ ต้องการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบรูณ์ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2560 ผลการศึกษานำเสนอด้วการบรรยายประกอบตารางเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. การเห็นคุณค่าตนเอง
3. ภาวะความสมบรูณ์ทางสุขภาพจิต
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบรูณ์ทางสุขภาพจิต

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า เป็นผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 61.5 เป็นผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 38.5 อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 88 ปี เฉลี่ย 69.88 ± 7.52 ปี อายุกระจายกลุ่มละ 5 ระหว่างกลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปี ถึงกลุ่มอายุ 75 ปี ขึ้นไป มีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนมากจบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 รองลงมาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.5 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ ตอนปลาย/ เทียบเท่า ร้อยละ 7.0 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 5.5 ส่วนมากมีสถานภาพสมรส/ คู่ ร้อยละ 70.5 หม้าย ร้อยละ 22.5 หย่าร้าง ร้อยละ 4.0 แยกกันอยู่ ร้อยละ 0.5 ที่เหลือเป็น โสด ร้อยละ 2.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.0 ส่วนมากเป็น ไ้ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.5 รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.0 เบาหวาน ร้อยละ 17.0 และหัวใจ ร้อยละ 5.5 มี 2 โรคร่วมกัน ส่วนมากเป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 7.5 รองลงมาความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 5.5 ที่เหลือเป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับหัวใจ ร้อยละ 1.0 และเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 0.5 มี 3 โรคร่วมกัน ส่วนมากเป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 2.5 และเป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและหัวใจ ร้อยละ 1.0 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	38.5
หญิง	123	61.5
อายุ		
อายุต่ำกว่า 65 ปี	59	29.5
65-69	41	20.5
70-74	49	24.5
75 ปีขึ้นไป	51	25.5
ค่าต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 88 ปี เฉลี่ย 69.88 ± 7.52 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	130	65.0
มัธยมศึกษาตอนต้น/ ตอนปลาย/ เทียบเท่า	14	7.0
ปริญญาตรี	45	22.5
สูงกว่าปริญญาตรี	11	5.5
สถานภาพสมรส		
โสด	5	2.5
สมรส/ คู่	141	70.5
หม้าย	45	22.5
หย่า/ ร้าง	8	4.0
แยกกันอยู่	1	0.5
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	166	83.0
ไขมันในเลือดสูง	43	21.5
ความดันโลหิตสูง	42	21.0
เบาหวาน	34	17.0
หัวใจ	11	5.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
มี 2 โรคร่วมกัน ความดันโลหิตสูง/ ไขมันในเลือดสูง	15	7.5
ความดันโลหิตสูง/ เบาหวาน	11	5.5
ความดันโลหิตสูง/ หัวใจ	2	1.0
เบาหวาน/ ไขมันในเลือดสูง	1	0.5
มี 3 โรคร่วมกัน ความดันโลหิตสูง/ เบาหวาน/ ไขมันในเลือดสูง	5	2.5
ความดันโลหิตสูง/ เบาหวาน/ หัวใจ	2	1.0
ไม่มีโรคประจำตัว	34	17.0

การเห็นคุณค่าตนเอง

การศึกษาการเห็นคุณค่าตนเองได้ศึกษาด้านการเห็นความสำคัญตนเอง ด้านการเห็นอำนาจตนเอง ด้านการเห็นความสามารถตนเอง ด้านการเห็นคุณค่าตนเอง ผลการศึกษามี ดังนี้

การเห็นความสำคัญตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว คิดว่าตนเองมีคุณค่า บุคคลใกล้ชิดให้เกียรติ มีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลสุขภาพ สูงสุดร้อยละ 100 รองลงมา คือ การดูแลสุขภาพมากได้รับคำชมจากครอบครัว ร้อยละ 99.5 บุคคลใกล้ชิดให้ความสำคัญกับการเสนอความคิดเห็น ร้อยละ 99 และ เมื่อทำสิ่งที่ผิดพลาดคนในครอบครัวให้การยอมรับ ร้อยละ 97 ตามลำดับ

การเห็นอำนาจตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ร้อยละ 96 ครอบครัวส่วนใหญ่รับฟังและปฏิบัติตามความคิดเห็น ร้อยละ 92.5 พบเห็นสิ่งผิดปกติสามารถบอกคนในครอบครัวได้และบุคคลใกล้ชิดยอมรับแนวทางการแก้ปัญหา ร้อยละ 87 สามารถอธิบายได้เมื่อทำงานไม่สำเร็จ ร้อยละ 85 และ ท่านสามารถโน้มน้าวให้สมาชิกในครอบครัวคล้อยตามความคิดเห็น ได้ ร้อยละ 82.5 ตามลำดับ

การเห็นความสามารถตนเอง ผลการศึกษาพบว่า มีความภาคภูมิใจที่สามารถดูแลสุขภาพได้ ร้อยละ 97.5 สามารถปรับตัวกับสถานที่ใหม่ ๆ ได้เร็ว ร้อยละ 41 สามารถทำงานได้สำเร็จตามที่บุคคลในครอบครัวคาดหวัง ร้อยละ 38.5 มีความสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เท่าเทียมกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ร้อยละ 36 และเมื่อประสบปัญหาในการทำงานสามารถแก้ปัญหาได้ ร้อยละ 27.5

การเห็นคุณค่าความดีตนเอง ผลการศึกษาพบว่า มีความภาคภูมิใจในการกระทำของตนเอง ร้อยละ 100 ยึดมั่นในหลักคำสอน ร้อยละ 99 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 98 ไม่ลำบากใจเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ร้อยละ 88.5 ตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ร้อยละ 88 ในสายตาของเพื่อนคิดว่าท่านเป็นคนเอื้อเฟื้อ ร้อยละ 87 ทำสิ่งที่ถูกต้องตามหลักศาสนา ร้อยละ 86.5 ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีของชุมชน ร้อยละ 77.5 สามารถควบคุมอารมณ์เมื่อเผชิญปัญหา ร้อยละ 60 จะช่วยเหลือผู้อื่นเต็มความสามารถ ร้อยละ 55 และมีความมั่นใจเมื่อพูดต่อหน้าชุมชน ร้อยละ 44 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าตนเองจำแนกรายด้านและรายชื่อ

	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น	ไม่เห็น
	อย่างยิ่ง			ด้วย	ด้วยอย่าง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	ยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
การเห็นความสำคัญตนเอง					
1. ลูกหลานยังดูแลเอาใจใส่	81 (40.5)	119 (59.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. ยังมีคุณค่าแก่ลูกหลาน	87 (43.5)	113 (56.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ลูกหลานยังยอมรับและให้เกียรติ	87 (43.5)	113 (56.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของลูกหลาน	96 (48.0)	104 (52.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. ลูกหลานยังคอยดูแลสุขภาพ	88 (44.0)	112 (56.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. ลูกหลานยังชมเชยว่ามีสุขภาพ แข็งแรงดี	85 (42.5)	114 (57.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. ลูกหลานยังให้ความสำคัญ	114 (42.0)	2 (57.0)	0 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
8. เมื่อทำผิดพลาด ลูกหลานยังให้อภัย	75 (73.5)	119 (59.5)	6 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
การเห็นอำนาจตนเอง					
9. มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา	36 (18.0)	156 (78.0)	8 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ลูกหลานรับฟัง และยังปฏิบัติตามความคิดเห็น	37 (18.5)	148 (74.0)	15 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
11. เมื่อพบเห็นสิ่งผิดปกติสามารถบอกลูกหลานได้	32 (16.0)	142 (71.0)	26 (13.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
13. เมื่อทำงานไม่สำเร็จยังอธิบายเหตุผลกับลูกหลานได้	29 (14.5)	141 (70.5)	30 (15.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
14. ยังโน้มน้าวให้ลูกหลานคล้อยตามได้	25 (12.5)	140 (70.0)	33 (16.5)	2 (1.0)	0 (0.0)
ด้านการเห็นความสามารถตนเอง					
15. ภาคภูมิใจที่ยังสามารถดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี	95 (47.5)	100 (50.0)	5 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
16. ยังปรับตัวกับสถานที่ใหม่ ๆ ได้	15 (7.5)	6 (33.5)	86 (43.5)	27 (13.5)	5 (2.5)
17. ยังทำงานได้สำเร็จตามที่ลูกหลานคาดหวัง	10 (5.0)	67 (33.5)	91 (45.5)	27 (13.5)	5 (2.5)
18. ยังทำกิจกรรมได้เท่ากับผู้สูงอายุรุ่นเดียวกัน	8 (4.0)	64 (3.0)	84 (42.0)	31 (15.5)	13 (6.5)
19. เมื่อมีปัญหายังแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง	4 (2.0)	51 (25.5)	101 (50.5)	28 (14.0)	16 (8.0)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
การเห็นคุณค่าของตนเอง					
20. ภูมิใจในการกระทำของตนเอง	93 (46.5)	107 (53.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
21. ยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนา เป็นแนวทางในการปฏิบัติตน	90 (45.0)	108 (54.0)	2 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
22. เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทางด้าน สุขภาพจิต	82 (41.0)	114 (57.0)	4 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
23. ไม่รู้สึกลำบากใจเมื่อต้องปฏิบัติ ตามกฎระเบียบ	52 (26.0)	125 (62.5)	23 (11.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
24. สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง และมีเหตุผล	38 (19.0)	138 (69.0)	21 (10.5)	3 (1.5)	0 (0.0)
25. ในสายตาของเพื่อนและบุคคล ใกล้ชิดยังเป็นคนเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	52 (26.0)	122 (61.0)	23 (11.5)	3 (1.5)	0 (0.0)
26. ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้องตามหลัก ศาสนาหรือขนบธรรมเนียม	77 (38.5)	96 (48.0)	27 (13.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
27. ยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตาม ประเพณีของชุมชน	55 (27.5)	100 (50.0)	44 (22.0)	1 (0.5)	0 (0.0)
28. ควบคุมอารมณ์ได้ดีเมื่อต้องเผชิญ กับปัญหา	9 (4.5)	111 (55.5)	60 (30.0)	20 (10.0)	0 (0.0)
29. ช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเต็ม ความสามารถ	42 (29.0)	68 (34.0)	90 (45.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
30. มีความมั่นใจเมื่อได้รับเกียรติให้ พูดต่อหน้าชุมชน	14 (7.0)	74 (37.0)	102 (51.0)	9 (4.5)	1 (0.5)

เมื่อวิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 59.5 โดยที่มีการเห็นความสำคัญตนเองสูงสุด ร้อยละ 100 รองลงมาการเห็นอำนาจตนเอง ร้อยละ 72.5 การเห็นคุณค่าความดีตนเอง ร้อยละ 58.5 การเห็นความสามารถตนเอง ร้อยละ 29.5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการเห็นคุณค่าตนเอง

	ระดับสูง		ระดับกลาง		ระดับต่ำ	
	n	%	n	%	n	%
การเห็นความสำคัญตนเอง	100	100.0	0	0.0	0	0.0
การเห็นอำนาจตนเอง	145	72.5	55	27.5	0	0.0
การเห็นความสามารถตนเอง	59	29.5	102	51.0	39	19.5
การเห็นคุณค่าความดีตนเอง	117	58.5	83	41.5	0	0.0
การเห็นคุณค่าตนเอง	119	59.5	81	40.5	0	0.0

เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าตนเองอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 81.0 ของคะแนนเต็ม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การเห็นคุณค่าตนเองด้านการเห็นความสำคัญตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 88.4 ของคะแนนเต็ม มากเป็นอันดับ 1 รองลงมา การเห็นความสามารถตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 81.2 ของคะแนนเต็ม การเห็นคุณค่าความดีตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.0 ของคะแนนเต็ม และการเห็นอำนาจตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.2 ของคะแนนเต็ม ซึ่งน้อยสุด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเห็นคุณค่าตนเอง ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

	Min	Max	\bar{X}	% \bar{X}	SD
การเห็นความสำคัญตนเอง	31	40	35.37	88.4	3.76
การเห็นอำนาจตนเอง	19	30	24.24	80.0	2.46
การเห็นความสามารถตนเอง	8	25	17.31	69.2	17.31
การเห็นคุณค่าความดีตนเอง	34	55	44.67	81.2	4.67
การเห็นคุณค่าตนเอง	103	159	121.58	81.0	9.60

ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการศึกษาภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่แสดงอาการทางกาย พบว่า รู้สึกสบายดี ร้อยละ 14 รู้สึกต้องการยาบำรุง ร้อยละ 14 รู้สึกทรุดโทรม ร้อยละ 13.5 รู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 10.5 มีอาการร้อนวูบวาบหรือหนาว ร้อยละ 4 เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ ร้อยละ 2.5 รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ ร้อยละ 2.5

ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตที่แสดงอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ พบว่า นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ ร้อยละ 1.5 ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว ร้อยละ 1.0 รู้สึกกังวลกระวนกระวายและเครียดอยู่ตลอดเวลา ร้อยละ 0.5

ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตที่แสดงอาการบกพร่องทางสังคม พบว่า ทำอะไรช้ากว่าปกติ ร้อยละ 38.5 รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี ร้อยละ 13.0 รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 20.5 หาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้ ร้อยละ 13.0 พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไปได้ ร้อยละ 7.0 รู้สึกว่าได้ทำให้เป็นประโยชน์ ร้อยละ 3.5 สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 0.5

ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตที่แสดงอาการซึมเศร้าที่รุนแรง พบว่า คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่อยากจะทำชีวิตตนเอง ร้อยละ 2.5 รู้สึกอยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ ร้อยละ 2.0 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน (ร้อยละ) ของข้อความภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

	ดีกว่า ปกติ	ปกติ	น้อยกว่า ปกติ	น้อยกว่า ปกติมาก
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
อาการทางกาย				
1. รู้สึกสบายสุขภาพดี	1 (0.5)	171 (85.5)	28 (14.0)	0 (0.0)
2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลัง วังชา	75 (7.5)	97 (48.5)	28 (14.0)	0 (0.0)
4. รู้สึกไม่สบาย	69 (34.5)	119 (59.5)	20 (10.0)	1 (0.5)
5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	119 (59.5)	76 (38.0)	5 (2.5)	0 (0.0)
6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	124 (62.0)	71 (35.5)	5 (2.5)	0 (0.0)
7. มีอาการวูบร้อนหรือหนาว	114 (57.0)	78 (39.0)	8 (4.0)	0 (0.0)
อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ				
8. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	118 (59.0)	79 (39.5)	3 (1.5)	0 (0.0)
9. ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจาก หลับแล้ว	120 (60.0)	78 (39.0)	2 (1.0)	0 (0.0)
10. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	105 (52.0)	95 (47.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
11. รู้สึกหงุดหงิดอารมณ์ไม่ดี	105 (52.0)	95 (47.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
12. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มี เหตุผลสมควร	139 (69.5)	61 (30.5)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

	ดีกว่า	ปกติ	น้อยกว่า	น้อยกว่า
	ปกติ		ปกติ	ปกติมาก
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
13. รู้สึกเรื่องต่างๆ ทับถมจนรับ ไม่ไหว	165 (82.5)	35 (17.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
14. รู้สึกกังวล กระวนกระวายและ เครียดตลอดเวลา	149 (74.5)	50 (25.0)	1 (0.5)	0 (0.0)
อาการบกพร่องทางสังคม				
15. ห่าอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	28 (14.0)	146 (59.0)	26 (13.0)	0 (0.0)
16. ทำอะไรช้ากว่าปกติ	1 (0.5)	118 (59.0)	77 (38.5)	4 (2.0)
17. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ได้ดี	1 (0.5)	137 (68.5)	62 (31.0)	0 (0.0)
18. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป	8 (4.0)	178 (89.0)	14 (7.0)	0 (0.0)
19. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ เรื่องต่างๆ	4 (2.0)	189 (94.0)	7 (3.5)	0 (0.0)
20. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่อง ต่างๆ ได้	3 (1.5)	154 (77.0)	41 (20.5)	2 (1.0)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

	ดีกว่า	ปกติ	น้อยกว่า	น้อยกว่า
	ปกติ		ปกติ	ปกติมาก
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
21. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	15 (7.5)	184 (92.0)	1 (0.5)	0 (0.0)
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง				
22. คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า	187 (93.5)	13 (6.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
23. คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า	188 (94.0)	12 (6.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
24. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	189 (94.5)	12 (6.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
25. คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่อยากจะจบชีวิตตนเอง	143 (71.5)	52 (26.0)	5 (2.5)	0 (0.0)
26. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียดมาก	162 (81.0)	38 (19.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
27. รู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ	189 (94.5)	11 (5.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
28. รู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ	118 (59.0)	78 (39.0)	4 (2.0)	0 (0.0)

เมื่อวิเคราะห์ระดับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ร้อยละ 84.5 มีภาวะความสมบูรณ์ทางกายระดับดี ร้อยละ 83.3 อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ร้อยละ 84.0 อาการบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 80.5 และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 82.5 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอาการภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต

	ระดับดี		ระดับไม่ดี	
	n	%	n	%
อาการทางกาย	166	83.0	34	17.0
อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ	168	84.0	32	16.0
อาการบกพร่องทางสังคม	161	80.5	39	19.0
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง	165	82.5	35	17.5
ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต	169	84.5	31	15.5

เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ร้อยละ 46.8 ของคะแนนเต็ม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อาการทางกาย ร้อยละ 31.93 ของคะแนนเต็ม อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ร้อยละ 28 ของคะแนนเต็ม อาการบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 56.42 ของคะแนนเต็ม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 12.88 ของคะแนนเต็ม ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

	Min	Max	\bar{X}	% \bar{X}	SD
อาการทางกาย	0	15	4.79	31.93	3.32
อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ	0	9	2.52	2.46	28.00
อาการบกพร่องทางสังคม	1	14	7.90	56.42	1.85
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง	0	9	1.16	12.88	1.82
ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต	6	35	16.38	46.8	7.29

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต
ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทาง
สุขภาพจิต

	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5
X1	-.058	-.015	-.052	-.023	-.050
X2	-.122	.010	-.089	.027	-.068
X3	-.350**	-.207**	-.338**	-.009	-.317**
X4	-.105	.005	-.108	-.022	-.079
X5	-.267	-.097	-.253**	-.017	-.223**

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

หมายเหตุ	X1	=	การเห็นความสำคัญตนเอง
	X2	=	การเห็นอำนาจตนเอง
	X3	=	การเห็นความสามารถตนเอง
	X4	=	การเห็นคุณค่าความดีตนเอง
	X5	=	การเห็นคุณค่าตนเอง
	Y1	=	อาการทางกาย
	Y2	=	อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ
	Y3	=	อาการบกพร่องทางสังคม
	Y4	=	อาการซึมเศร้าที่รุนแรง
	Y5	=	ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกกันโดยเด็ดขาดการเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะ โรคที่เป็นเรื้อรังหรือรักษาไม่หายขาดมักมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตในทางกลับกันการมีสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นผลดีกับสุขภาพทางกายด้วยซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพจิตว่าไม่ได้หมายถึงเฉพาะการไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้นแต่สุขภาพจิตหมายความรวมถึงภาวะปกติที่บุคคลรู้ถึงความสามารถของตนเองสามารถเผชิญต่อความเครียดในชีวิตประจำวันได้สามารถทำงานได้ประสบผลสำเร็จและสามารถช่วยเหลือสังคมและชุมชนของตนเองได้

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสำคัญมากการรักษาภาวะจิตใจให้อยู่ในสภาพที่ดีเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุและทำให้มีความสุขผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะสดชื่นแจ่มใสแต่มีผู้สูงอายุบางส่วนที่อาจมีปัญหาหรือเกิดความผิดปกติทางจิตได้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในวัยสูงอายุได้แก่ความเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายการเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น โรคเมเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและอื่น ๆ ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดโรคทางจิตได้และสาเหตุด้านสังคมและเศรษฐกิจจากการปลดเกษียณไม่ได้ทำงานทำให้สูญเสียอำนาจรายได้ตำแหน่งหน้าที่เกียรติยศชื่อเสียงกลัวการถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการเหลียวแลจากญาติและคนใกล้ชิดคิดเหมือนเก่าก่อนทำให้เครียดคิดมากปรับใจไม่ได้อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวก้าวร้าวรุนแรงนอกจากนี้สาเหตุด้านจิตใจจากการขาดความสุขความอบอุ่นใจความไม่สมหวังในชีวิตขาดความสามารถในการปรับตัวยอมรับความเปลี่ยนแปลงไม่ได้ทำให้อารมณ์แปรปรวนจนควบคุมไม่ได้กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย โมโห ซึมเศร้า และเกิดการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ

ดังนั้นเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษาว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตเป็นอย่างไรฉะนั้นจึงได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐมเป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐมและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามข้อมูลส่วนบุคคลอาศัยรูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ตัวแปรอิสระคือ เพศอายุสถานภาพ โรคประจำตัวคือ ภาวะสุขภาพจิตเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุดำเนินการเก็บข้อมูลในวันที่ 1 เมษายนถึง 30 เมษายน 2560 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่เพศอายุสถานภาพสมรสระดับการศึกษาโรคประจำตัว

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูง ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 200 คน ขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นซึ่งผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงและทดลองใช้จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและหา ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.5 อายุเฉลี่ย 69.88 ปี S.D \pm 7.52 ช่วงอายุต่ำกว่า 65 ปี ร้อยละ 29.5 รองลงมา ช่วงอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 20.5 ช่วงอายุระหว่าง 70-74 ปี ร้อยละ 24.5 และช่วงอายุ 75 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.5 ตามลำดับ

1.2 ผู้สูงอายุส่วนมาก มีระดับการศึกษาในระดับระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 รองลงมา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.5 มัธยมศึกษาตอนต้น/ ตอนปลาย/ เทียบเท่า ร้อยละ 7.0 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ

1.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.5 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.0 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 7.5 โรคหัวใจ ร้อยละ 5.5 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.5 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 2.5 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 1.0 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและโรคหัวใจ ร้อยละ 1.0 และโรคเบาหวานร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 0.5 9 ตามลำดับ

2. การเห็นคุณค่าตนเอง

2.1 การเห็นคุณค่าตนเองรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในแต่ละข้อของแต่ละด้าน ดังนี้

2.1.1 การเห็นความสำคัญตนเองซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อพบว่า ส่วนมากเห็นด้วยและเห็นอย่างยิ่งรวมกันมากกว่าร้อยละ 80.0 มีคะแนนสูงสุดร้อยละ 96 รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 88 และที่น้อยที่สุดคือ เมื่อทำสิ่งที่

ผิดพลาดคนรอบคร้วยังให้การยอมรับร้อยละ 75

2.1.2 การเห็นอำนาจตนเองซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อพบว่า คำถามเห็นด้วยและเห็นอย่างยิ่งรวมกันมากกว่าร้อยละ 80.0 โดยข้อที่ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาครอบคร้วให้กับบุคคลในครอบคร้วได้ร้อยละ 96 รองลงมาคือ เมื่อครอบคร้วประสบปัญหาสมาชิกครอบคร้วส่วนใหญ่รับฟังและปฏิบัติตามความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของท่านร้อยละ 92.5 และที่น้อยที่สุดคือ ท่านสามารถโน้มน้าวให้สมาชิกในครอบคร้วหรือบุคคลใกล้ชิดคล้อยตามความคิดเห็นของท่านได้ร้อยละ 82.5

2.1.3 การเห็นความสามารถตนเองซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อพบว่า ร้อยละ 50.0 ของข้อคำถามเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกันมากกว่าร้อยละ 80.0 โดยข้อที่ท่านมีความภาคภูมิใจที่ท่านสามารถดูแลสุขภาพของท่านได้เป็นอย่างดีได้ร้อยละ 97.5 รองลงมาคือ สามารถปรับตัวทำ ความคุ้นเคยกับสถานที่ใหม่ ๆ ได้เร็ว ร้อยละ 41 น้อยที่สุดคือ เมื่อประสบปัญหาในการทำงานหรือการดำเนินชีวิต ท่านสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 27.5

2.1.4 การเห็นคุณค่าตนเองซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ พบว่า ร้อยละ 50.0 ของข้อคำถามเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน มากกว่า ร้อยละ 80 โดยข้อที่ท่านมีความภาคภูมิใจในการกระทำของตนเองได้ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ท่านยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนาให้นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนได้ ร้อยละ 99 น้อยที่สุดคือ ท่านมีความมั่นใจเมื่อท่านได้รับเกียรติให้พูดต่อหน้าชุมชนได้ร้อยละ 44

2.1.5 ระดับการเห็นคุณค่าตนเอง การเห็นคุณค่าตนเองรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าตนเองอยู่ในระดับสูง มากกว่าร้อยละ 80.0 โดยการเห็นคุณค่าตนเอง รองลงมา การเห็นความสำคัญตนเอง การเห็นความสามารถตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าตนเองรายด้าน คือ การเห็นคุณค่าตนเอง รองลงมาการเห็นความสำคัญตนเอง การเห็นความสามารถตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง อยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าตนเองอยู่ในระดับสูง

3. ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มอาการ โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมาก ไม่มีปัญหาภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต โดยมีผู้สูงอายุส่วนน้อย ระหว่าง ร้อยละ 10-38 ที่รับรู้ว่าคุณเองมีปัญหาสุขภาพจิต ในเรื่องต่อไปนี้

อาการทางกาย

รู้สึกสบายสุขภาพดี	ร้อยละ 14.0
รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา	ร้อยละ 14.0

รู้สึกไม่สบาย	ร้อยละ 10.0
อาการบกพร่องทางสังคม	
หาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	ร้อยละ 13.0
ทำอะไรซ้ำกว่าปกติ	ร้อยละ 38.5
รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี	ร้อยละ 31.0
รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้	ร้อยละ 20.5
ส่วนอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ทุกข้อความคำถาม ผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ 10 ระบุว่าตนมีภาวะผิดปกติ	
คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า	ร้อยละ 0.0
คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า	ร้อยละ 0.0
รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	ร้อยละ 0.0
คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่อยากจบชีวิตตนเอง	ร้อยละ 2.5
รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก	ร้อยละ 0.0
รู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ	ร้อยละ 0.0
รู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ	ร้อยละ 2.0
เมื่อวิเคราะห์ระดับภาวะสุขภาพจิต ด้วยการให้คะแนนคำตอบข้อความคำถาม รวมคะแนนและแบ่งคะแนนเป็นกลุ่มผู้มีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 84.5 และไม่ดี ร้อยละ 15.5	

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมพบว่า การเห็นคุณค่าตนเองทุกด้าน ได้แก่ การเห็นความสำคัญตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง การเห็นความสามารถตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.0 โดยผู้สูงอายุ มีการตัดสินใจเห็นคุณค่าตนเอง

จากการเห็นคุณค่าตนเอง ในด้านการช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเต็มความสามารถเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ การเป็นคนดีของครอบครัว ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้องและดีงาม มรความภาคภูมิใจในการกระทำของตนเอง มีความยินดีที่จะปฏิบัติตามกฎระเบียบของชุมชนและสังคม นำคำสอนของหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน ยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือประเพณีของชุมชน และเป็นคนที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีความใส่ใจในสุขภาพของตนเองซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าตนเองสูง ซึ่ง Coopersmith (1981) ได้กล่าวว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าตนเองสูงจะมีลักษณะกระตือรือร้น เชื่อมมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ดี คิดในด้านบวก

พอใจในตนเอง รักตนเอง ไม่รู้สึกด้อยค่าเคารพตนเอง ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้

ภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 84.5 และสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 15.5 ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี จากการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนพูดคุย ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ดังที่ สุวัฒน์ ศรีสรจันทร์ (2543) กล่าวว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ไม่เหงาหรือว้าเหว และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานซึ่งเป็นผู้รับภาระต่าง ๆ ภายในครอบครัวให้ความช่วยเหลือเพื่อความสุขของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัย อาหาร การซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวก การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความสามารถในการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเอง มีบทบาทในครอบครัวและมีส่วนร่วมกับชุมชนระดับหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และยังมีประโยชน์ต่อสังคมส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี

การที่ผู้สูงอายุที่มีความสมดุลของสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต สามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลงอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย เกิดความเครียดได้ง่าย รู้สึกท้อแท้และซึมเศร้า การสูญเสียคนใกล้ชิดรวมทั้งบทบาททางสังคมที่ลดลง หากผู้สูงอายุสามารถรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจทั้งที่ทำให้จิตใจเป็นสุขเป็นทุกข์ได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความปิติมีอิสระ มีความสุขอันล้ำลึก (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีสามารถดำเนินชีวิตในสังคมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น มีความเมตตา กรุณา ยอมรับและเชื่อมั่นในตนเองสามารถเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะต้องรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีอิสระในการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547)

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต แสดงว่าผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าตนเองในระดับสูง เมื่อพิจารณาการเห็นคุณค่าตนเองเป็นรายด้าน พบว่าการเห็นความสำคัญตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง การเห็นความสามารถตนเอง และการเห็นคุณค่าความดีตนเอง ทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำเสนอผลการศึกษาไปใช้ จากผลการศึกษาทำให้ทราบภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ดังนั้นสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ โดยสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนระบบการจัดการงานผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานและการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ เช่น การติดตามเยี่ยมกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ติดเตียงในชุมชน การเยี่ยมติดตามในชุมชน

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุสูงสุดคือ อายุ 88 ปี และโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะขับเคลื่อนในการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การควบคุม ป้องกัน อย่างทั่วถึง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมและรณรงค์ทำให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต โดยผ่านทางช่องทางสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ โทรศัพท์ หอกระจายข่าว วิทยุ แผ่นพับ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาด้านปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่จะสามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ เช่น ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม ผู้สูงอายุ โรคประจำตัว เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษาวิจัยไปดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน และมงคล หลักคำ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. *สารศิริราช*, 51(4), 232-243.
- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2527). ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมือง และเขตอำเภอหาดใหญ่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลีน สาตรา. (2531). ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). *คู่มือความรู้สุขภาพจิตครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: อุดมศึกษา.
- กรมอนามัย. (2557). *สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: แก้วเจ้าจอม.
- กัญญา สุวรรณแสง. (2532). *สุขภาพจิต: จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: บำรุงสาส์น.
- กัญญา สุวรรณแสง. (2540). *จิตวิทยาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- กาญจนา ไทยเจริญ. (2543). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กาด่าพี หะยี่เค, ประชา ฤาษตุกุล และวิรัตน์ ธรรมภรณ์. (ม.ป.ป.). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี*. วารสารวิชาการเขต 12, 19 (32), 51-62.
- เกริกศักดิ์ บุญญานุกงศ์. (2539). *นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต*. สถาบันวิจัยสังคม. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). *ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข*. กรุงเทพฯ: รัฐสภา.
- จันทิมา จารณศรี. (2539). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, วิชาเอกสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์

- จารุวรรณ เหมะธร และคณะ. (2532). รายงานการวิจัยการสำรวจปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และค้นหาผู้นำในในกลุ่มผู้สูงอายุใน ตำบลเกราะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ศรีมูล. (2535). จิตวิทยาพัฒนาการในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12(1), 36-43.
- จิรา เต็มจิตอารีย์. (2550). ทำอย่างไรจึงจะอยู่อย่างมีความสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไฉไล ไชยเสรี. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ชลลดา ถักดีปราพฤทธิ์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยทางครอบครัวกับการ ได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมือง ของกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 29(1), 31-39.
- ชัดเจน จันทพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชุติมา หฤทัย. (2531). นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาสาธารณสุข. วารสารกองการพยาบาล, 15(6), 1-7
- ชื่นจิตต์ ย่านทรัพย์. (2550). สุขภาพจิตและการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดรุณี ชมธวัช. (2525). การบริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารผู้สูงอายุ ฉบับพิเศษ, 1-9.
- เทียนทิพย์ เทียนสีม่วง. (2549). ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามธิบดี. จิตวิทยาพัฒนาการ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- चना นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17.
- ชนิกานต์ เชื้อนดิน. (2545). *สุขภาพจิตของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธาราทิพย์ โล่พานิช. (2541). *ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์*. การค้นคว้าอิสระสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดา มีศิริ. (2540). *การศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นภาพร ชโยวรรณ และแซกซารี ซิมเบอร์. (2543). สุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุในประเทศไทย: บุตรอยู่ที่ไหนและทำอะไรกันอยู่. *วารสารพฤตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(2), 24-39.
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). *สรุปผลโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะนโยบาย*. *วารสารประชาสงเคราะห์*, 5, 3-11.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2542). *จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน*. โดยไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2533). สุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารคลินิก*, 6(6), 432-436.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- บรรลุ ศิริพานิช, ธงชัย ทวิชาชาติ, วันดี โภคกุล, นันทิกา ทวิชาชาติ, ศุภชัย ฤกษ์งาม และปริญญา โทมานะ. (2531). *รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: จามจุรีย์โปรดักท์.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2531). *มโนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ*. *วารสารกองการพยาบาล*, 15(1), 2-12
- ประสพ รัตนากร. (2522). *บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ประหยัด เชื้อเอี่ยมพัฒน์ และสุลีพร มากมี. (2538). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. *วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์*, 10(1), 18-20.

- ปราโมทย์ วังสะอาด. (2530). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรียาพร จันทรโอทาน, สมลักษณ์ กาญจนพงศ์สกุล, จงดี ชัยภักดี และอลิสรา กุณฑลบุตร. (2541). ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลราชวิถี, 9(3), 57-59.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2546). การศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พิรสิทธิ์ คำนวนคิดปี. (2523). ความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. รายงานการวิจัย. สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- มนตรี ต้นประยูร. (2533). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยประชาชนและสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิวัลย์ หงสนันท์และคณะ.(2542). ภาวะสุขภาพจิตกับความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข.
- มารศรี นุชแสงพลี. (2532). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไมตรี ดิยะรัตน์กูร.(2536).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยประชากรและสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยรรยง สุทธิรัตน์. (2522). แบบสอบถามสุขภาพ ประโยชน์ทั่วไปและประโยชน์ทางจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 24(3), 322-326.
- เยาวลักษณ์ ปรีปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. (2549). รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2549. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525* (พิมพ์ครั้งที่ 6).

กรุงเทพฯ: วิกตอรี เพาเวอร์พอยท์.

ละออง สุขวิทยาภรณ์. (2534). *ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาเฉพาะ*

อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา

ประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วลัยพร นันท์สุภวัฒน์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*.

ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

วิณีกาญจน์ คงสุวรรณ. (2548). *วิจารณ์ญาณในสถานการณ์ชายแดนใต้*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*,

14(1), 9-15

วิพุธ พูเจริญ. (2544). *สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

วีณา ศิริสุข และคณะ. (2542). *พ่อใหญ่แม่ใหญ่: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในภาค*

ตะวันออกเฉียงเหนือ. โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงในประเทศไทย.

กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2538). *การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ*. ใน *เอกสาร*

ประชุมวิชาการ ครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เรื่อง

สังคมศาสตร์ผู้สูงอายุในศตวรรษหน้า. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมศาสตร์

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิวรรณ บุญญธรรม. (2548). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและการ*

ตัดสินใจทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2532). *ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของ*

ผู้สูงอายุไทย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*.

กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สรุจภูมิ สังข์ศรี, พิมพ์ภรณ์ สังข์ศรี และสุวรรณณี เรืองเดช. (2540). *การศึกษาอารมณ์เศร้า*

ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. *วารสารจิตวิทยา*

คลินิก, 28(2), 1-11.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). *ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต*. *วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์*

ผู้สูงอายุ, 1(2), 3-4.

- สุวดี เบญจวงศ์. (2541). ผู้สูงอายุ คนแก่และคนชรา: มิติทางสังคมและวัฒนธรรม. *มนุษยสังคมสาร*, 5(2), 54-60.
- สุวัฒน์ ศรีสรจรรย์. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัด นครราชสีมา. *วารสารสุโขศึกษา*, 23(84), 76-85.
- แสงเดือน มุสิกธรรมณี. (2545). *ความต้องการด้านกิจกรรมผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการโครงการ สวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียว.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). *สถานภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศ สถิติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2553). *กลุ่มงานสุขภาพจิต*. ม.ป.ท.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2544). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุชาดา อรรถยะपाल. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเอง บุคลิกภาพ ความเครียด ในการทำงาน และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา สุภาพ. (2531). *สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนาแลประเพณี (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์รัตน์ คุณกิตติ. (2541). *รายงานการวิจัยการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการ การบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิณา ศิริสุข และมัลลิกา มัติโก. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย: การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส.
- สุตี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2532). *การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เขต กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2530). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป้อง.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล พนาวัฒนกุล. (2534). *อ้อม โนนท์สน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวัฒน์ ศรีสรณ์. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขศึกษา*, 23(84), 76-85.
- โสภา หอยสังข์. (2541). *ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรวรรณ ธนนันท์กุล. (2547). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตัวเอง และพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. วิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคาแหง. ม.ป.ท.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชษฐ อุดมรัตน์, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรวรรณ จุฑา และคณะ. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์.
- อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมช้าย และวรวรรณ จุฑา. (2552). *การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชษฐ อุดมรัตน์, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรวรรณ จุฑา และคณะ. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์.
- อภิสิทธิ์ ชำรงวารางกูร. (2542). เกริ่นนำ. *วารสารคำคุณ*, 9(3).
- อานนท์ อากาภิรม. (2525). *สังคม วัฒนธรรมประเพณีไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- อัมพร ศิวิลัย. (2532). *ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ* ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพร โอตระกุล. (2540). *สุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- อัมพร โอตระกูล, ชรินทร์ เจริญกุล, ชูชัย สมितिไกร, ประเวศ ตันติพิพัฒน์สกุล และมยุรี กัลป์วงศ์.
(2540). *การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bloom, B. S. T. (1975). *Taxonomy of education object, hand book 1: Cognitive domain*.
New York: David Mckay Psychological. Theory. *Health Education
Monography*, 2 winter: 336-385
- Blazer, D., Burchett, B., Service, C., & George, L. K. (1991). The association of age and
depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology*,
46, 210-215.
- Branden, N. (1981). *The psychology of self-esteem* (15th ed.). Palo Alto, California: Consulting
Psychologists.
- Brearley, C. P. (1977). *Residential work with the elderly*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting
Psychologists.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essential of psychological testing* (5th ed.). Harper Collins: Publishers.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York:
Wiley & Sons.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1998). *Toward healthy aging: Human need and nursing response*
(5th ed.). London: The C. V. Mosby Company.
- Goldberg, D. P. (1987). *The general health questionnaire*. In *Measuring Health: A guide to
Rating Scales*. New york: Oxford.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Satorius, N., Ustun, T. B ., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C.
(1997). *The validity of two versions of GHQ in the WHO study of mental illness in
general*. n.p.
- Johns, E. B., Sutton, W. C., & Webter, L. E. (1985). *Health for effective living* (4th ed.).
New York: McGraw-Hill.
- Kaplan, H. B. (1975). *Self-attitudes deviant behavior*. Palisades: Good year.
- Koenig, H.G. (1998). Depression in hospitalized older patients with cognitive heart failure.
General Hospital Psychiatry, 20, 29-43.

- McDowell, J., & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire*. New York: Oxford University press.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed). New York: Harper & Row Publishers.
- Miller, A. C. (2004). *Nursing for wellness in older adults Theory and practice* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Murray, R. B., & Zentner, J. P. (1993). *Nursing assessment and health promotion strategies through the life span* (5th ed.). New York: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton Century Crofts.
- Richard, B. F. (1980). *A dictionary of mental health*. London: Granada publishing Limited.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.
- Roy, S. C. & Roberts, S. (1981). *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Sasse, C R. (1978). *Person to person*. Peoria, IL: Benefit.
- Shives, L. R. (1990). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincot Company.
- Shultz, C. (1988). *Mental health and psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach* (2nd ed.). St.Louis: Mosby.
- Wallace, R. B. (1992). *Aging and disease: From laboratory to communication in the epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1989). *The age of aging: implication for nursing*. Jenevn: Press Central.
- World Health Organization. (2001). *Health and Ageing: A Discussion paper*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_HPS_01.1.pdf.
- World Health Organization. (2001). *World Health Report 2001*. Mental health: New understand, new hope Geneva.
- World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on falls Prevention in Older Age*. retrieved on January 30, 2011: World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม คำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมและผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมต่อไป

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ด้านการเห็นคุณค่าตนเอง มีจำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ด้านภาวะสุขภาพจิต มีจำนวน 28 ข้อ

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด

ขอขอบคุณที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี

รุ่งอรุณ กุลบุตร

นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง

2. อายุปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

1) ประถมศึกษา

2) มัธยมศึกษาตอนต้น/ ตอนปลาย/ เทียบเท่า

3) ปริญญาตรี

4) สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส

1) โสด

2) สมรส/ คู่

3) หม้าย

4) หย่า/ ร้าง

5) แยกกันอยู่

5. โรคประจำตัว

1) ความดันโลหิตสูง

2) เบาหวาน

3) โรคหัวใจ

4) ไขมันในเลือดสูง

5) ไม่มีโรคประจำตัว

6) โรคอื่น ๆ โปรด ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การเห็นคุณค่าตนเอง

การเห็นคุณค่าตนเอง ถ้ามเกี่ยวกับ การเห็นความสำคัญตนเอง การเห็นความสามารถ
ตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง การเห็นคุณความดีของตนเอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบวัดความรู้สึกหรือความคิดเห็นของตัวท่านเอง โปรดทำ
เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง
	การเห็นความสำคัญตนเอง					
1	เมื่อท่านทำสิ่งที่ผิดพลาด คนในครอบครัวยังให้ การยอมรับและให้อภัยท่าน					
2	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยจากคนใน ครอบครัว และบุคคล ใกล้ชิด					
3	ท่านรู้สึกว่าคุณค่า ต่อครอบครัว และบุคคล ใกล้ชิด					
4	ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ยอมรับ และให้เกียรติท่าน					
5	ท่านมีความภาคภูมิใจที่จะ บอกกับทุกคนว่าท่านเป็น ส่วนหนึ่งของครอบครัว					
6	ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ของท่านให้ความสำคัญกับ การนำเสนอความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของท่าน					
7	การดูแลสุขภาพของท่าน ได้รับการสนับสนุนจากคน ในครอบครัวเป็นอย่างดี					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเห็น				ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
8	การดูแลสุขภาพของท่านมักได้รับคำเชชมจากคนในครอบครัวเสมอ					
	การเห็นอำนาจตนเอง					
9	เมื่อพบเห็นสิ่งผิดปกติหรือไม่ถูกต้องท่านสามารถบอกคนในครอบครัวได้					
10	ท่านสามารถอธิบายเหตุผลกับคนในครอบครัวได้เมื่อท่านทำงานไม่สำเร็จ					
11	ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาครอบครัวให้กับบุคคลในครอบครัวได้					
12	เมื่อครอบครัวประสบปัญหา สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่รับฟัง และปฏิบัติตามความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะของท่าน					
13	ท่านสามารถโน้มน้าวให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดคล้อยตามความคิดเห็นของท่านได้					
14	ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดยอมรับแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาของท่านเสมอ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง
	การเห็นความสามารถตนเอง					
15	เมื่อประสบปัญหาในการทำงานหรือการดำเนินชีวิตท่านสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง					
16	มีความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ทำเทียมกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ในชุมชน					
17	ท่านมีความภาคภูมิใจที่ท่านสามารถดูแลสุขภาพของท่านได้เป็นอย่างดี					
18	ท่านสามารถปรับตัวทำ ความคุ้นเคยกับสถานที่ใหม่ ๆ ได้เร็ว					
	การเห็นคุณค่าความดีตนเอง					
19	ท่านสามารถทำงานได้สำเร็จตามที่บุคคลในครอบครัวคาดหวัง					
20	ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา					
21	เมื่อท่านต้องตัดสินใจท่านมั่นใจว่าท่านตัดสินใจอย่างถูกต้องมีเหตุผล					
22	ท่านมีความมั่นใจเมื่อท่านได้รับเกียรติให้พูดต่อหน้าชุมชน					
23	ท่านจะช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเต็มความสามารถโดยยึดหลักความถูกต้องหรือกฎระเบียบ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง
24	ท่านได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง ตามหลักศาสนาหรือ ขนบธรรมเนียมประเพณี ที่ดีงาม					
25	ท่านคิดว่าตนเองสามารถ เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ ทางด้านสุขภาพจิต					
26	ท่านมีความภาคภูมิใจใน การกระทำของตนเอง					
27	ท่านไม่รู้สึกลำบากใจเมื่อ ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ของครอบครัวและชุมชน					
28	ท่านยึดมั่นในหลักคำสอน ทางศาสนาและนำมาเป็น แนวทางในการปฏิบัติตน					
29	ท่านยินดีที่จะเข้าร่วม กิจกรรมตามประเพณี ของชุมชน					
30	ในสายตาของเพื่อนและ บุคคลใกล้ชิด ท่านเป็นคน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่					

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ในระยะ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน สุขภาพโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไรบ้าง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ด้วยคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบัน หรือในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้มากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่เคยมีในอดีต

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

1. ท่านรู้สึกสบายสุขภาพดี

ก. ดีกว่าปกติ

ข. เหมือนปกติ

ค. แย่กว่าปกติ

ง. แย่กว่าปกติมาก

2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา

ก. ไม่เลย

ข. ไม่มากกว่าปกติ

ค. ก่อนข้างมากกว่าปกติ

ง. มากกว่าปกติ

3. รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี

ก. ไม่เลย

ข. ไม่มากกว่าปกติ

ค. ก่อนข้างมากกว่าปกติ

ง. มากกว่าปกติ

4. รู้สึกไม่สบาย

ก. ไม่เลย

ข. ไม่มากกว่าปกติ

ค. ก่อนข้างมากกว่าปกติ

ง. มากกว่าปกติ

5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ

ก. ไม่เลย

ข. ไม่มากกว่าปกติ

ค. ก่อนข้างมากกว่าปกติ

ง. มากกว่าปกติ

6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ

ก. ไม่เลย

ข. ไม่มากกว่าปกติ

ค. ก่อนข้างมากกว่าปกติ

ง. มากกว่าปกติ

7. มีอาการวูบร้อนหรือหนาว
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
8. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
9. ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
10. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
11. รู้สึกหงุดหงิดอารมณ์ไม่ดี
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
12. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
13. รู้สึกเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |

14. รู้สึกกังวล กระวนกระวายและเครียดอยู่ตลอดเวลา
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
15. หออะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
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. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. น้อยกว่าปกติ | ง. น้อยกว่าปกติมาก |

21. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้
- | | |
|-----------------|--------------------|
| ก. มากกว่าปกติ | ข. เหมือนปกติ |
| ค. น้อยกว่าปกติ | ง. น้อยกว่าปกติมาก |
22. คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
23. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
24. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
25. คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่อยากจะจบชีวิตตนเอง
- | | |
|------------------------|---------------------------|
| ก. ไม่อย่างแน่นอน | ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น |
| ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน | ง. มีแน่ ๆ |
26. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |
27. พบว่า ตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ
- | | |
|------------------------|-------------------|
| ก. ไม่เลย | ข. ไม่มากกว่าปกติ |
| ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ | ง. มากกว่าปกติ |

28. พบว่า มีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ

ก. ใช้อย่างแน่นอน

ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้นแน่นอน

ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน

ง. มีแน่ ๆ

ภาคผนวก ข
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. คุณพิศมร กองสิน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ)
2. คุณศุภรัศมี อัสวพรรณภัทร์
อาจารย์ประจำภาควิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
3. คุณเขาวนาท วิริยประสิทธิ์ชัย
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
ระดับกลาง เทศบาลเมืองนครปฐม