

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. คำจำกัดความของผู้สูงอายุ และลักษณะของผู้สูงอายุปกติ
2. โรคซึมเศร้า (Major depression) ของ DSM-III-R และ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Major depression in the Elderly)
3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า (Assessment Instruments for depression)

คำจำกัดความของผู้สูงอายุ

มีผู้ให้คำจำกัดความ "ผู้สูงอายุ" ไว้มากมาย แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จะใช้ความหมายของผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ของประเทศไทย ซึ่งใช้เกณฑ์ของที่ประชุมสมัชชาโลกจัดโดยองค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2525 ซึ่งได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก โดยถือว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ตามวันเกิด ภายในวันที่ 30 กันยายน ของแต่ละปี ซึ่งเป็นเกณฑ์สำหรับเกษียณอายุด้วย (สุรกุล เจนอบรมชอบ, 2534)

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุปกติ

เมื่อย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นผลต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกในคุณค่าของตน (self-esteem) ลดน้อยลง ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1. ระบบดูดซึมเผาผลาญอาหารพลังงานต่าง ๆ ในร่างกาย มีประสิทธิภาพลดลง
2. มีออกซิเจนไปสู่สมองน้อย เนื่องจากหลอดเลือดแข็ง และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของการ

ได้ยินอย่างถาวร จะเกิดอาการซีมเศร้า และหวาดระแวงร่วมด้วย (Butler & Lewis, 1982, quoting Sunderland)

3. ความไวต่อการรับรู้ต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น การรับรส การได้กลิ่น และความรู้สึกเจ็บปวด
4. มีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ เช่น ร้อน หรือหนาวจัด
5. ระบบทางเดินอาหารมีการเปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้ท้องแน่นอึดเฟื้อ อาหารไม่ย่อย ท้องผูก
6. กระดูกผุ กล้ามเนื้อลีบเล็ก ผิวหนังบางและเหี่ยว
7. สมรรถภาพการทำงานของไตลดลง
8. เซลล์ของสมองมีจำนวนน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอื่น ๆ

1. การนอนหลับ ผู้สูงอายุต้องการการนอนหลับน้อยกว่าช่วงวัยอื่น ในช่วงกลางคืนจะตื่นประมาณ 4-6 ครั้ง แต่แต่ละครั้งกินเวลาประมาณ 12-20 นาที โดยไม่มีใครรบกวนให้ตื่น (Ruge and Basal, 1987)
2. ความสามารถทางสติปัญญาจะไม่เปลี่ยนแปลง จนกระทั่งถึงอายุ 80 ปีในรายผู้สูงอายุปกติ (Ruge and Basal, 1987)
3. การสูญเสียด้านความจำ ผู้สูงอายุจะเริ่มมีความจำเปลี่ยนแปลงไป เริ่มมีอาการหลงลืม แต่ร้อยละ 90 จะถือว่าเป็นผู้สูงอายุปกติ ร้อยละ 10 จะเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นมากกว่า 75 ปี จะพบโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ประมาณร้อยละ 25 (Ruge and Basal, 1987)

จากการศึกษาของ Yesavage (1985) ผู้สูงอายุปกติที่อายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีการสูญเสียด้านความจำ ประมาณร้อยละ 20-40 ซึ่งจะขึ้นกับวิธีที่ใช้ตรวจสอบ ซึ่งความบกพร่องนี้สามารถแก้ไขได้โดยการฝึกโปรแกรมความจำ (training programs) จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความจำดีขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้สูงอายุปกติ ทุกอย่างจะเป็นไปในทางเสื่อมถอยลง นอกจากนี้ยังมีปัญหาต่าง ๆ ตามมาอีก เช่น ปัญหาทางสุขภาพร่างกาย อาจเป็นโรคที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) มีผลทำให้ถูกตัดขาดจากสังคม อาจไม่มีใครดูแล และอาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจร่วมด้วย ปัญหาเหล่านี้ถ้าผู้สูงอายุสามารถแก้ไข และต่อสู้กับปัญหาได้ (Coping effectively) ผู้สูงอายุนั้นจะเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี (Mentally healthy) แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (Kanowski, 1994)

เมื่อกล่าวถึงภาวะซึมเศร้าโดยทั่ว ๆ ไป จะหมายถึงภาวะอารมณ์ที่จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม (Lehtinen and Joukamaa, 1994) ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect or state) ซึ่งใคร ๆ ก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ เป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดกับคนปกติ จากสาเหตุต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or trait) คือ คงนาน และระดับที่เกินปกติ วิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ หรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ เป็นอาการซึมเศร้าที่วัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั่ว ๆ ไป

3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงนาน (mood disorder) ซึ่งจะจำแนกออกตามลักษณะที่แตกต่างกันตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค เช่น หลักเกณฑ์ DSM-III-R และ ICD-10

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามหลักของ DSM-III-R

A. มีอาการร่วมอย่างน้อย 5 ข้อ ตามรายการข้างล่างนี้ อยู่นาน 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย โดยมีอาการหลัก อาการใดอาการหนึ่งระหว่าง

1) อารมณ์เศร้าหมอง หรือ 2) เบื่อ หหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์สนุก

1. อารมณ์เศร้าหมองเกือบตลอดเวลา เกือบทุกวัน ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือเป็นสิ่งที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้

2. รู้สึกเบื่อ ความสนใจหรือความสนุกที่เร้าใจลดลงไปมาก อาการเป็นเกือบทุกวัน หรือเกือบทุกวัน ผู้ป่วยรู้สึกเอง หรือจากที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีความเฉื่อยชา เชื่องช้าเกือบตลอดเวลา

3. น้ำหนักร่างกายลดลง หรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักร่างกายภายในเวลา 1 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้พยายามลดน้ำหนัก

4. นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติเกือบทุกวัน

5. กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitated) หรือ เชื่องช้าเชื่องช้า (retarded) เกือบทุกวัน จนเป็นที่สังเกตเห็นของผู้อื่น (ไม่นับ หากเป็นเพียงความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น)

6. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือพลังกายเกือบทุกวัน

7. รู้สึกไร้ค่า โทษตนเอง หรือรู้สึกผิดมาก (อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด) เกือบทุกวัน (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกคุณหรือสมเพชตนเอง หรือรู้สึกผิดที่เป็นภาระแก่ผู้อื่นจากการป่วย)

8. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้เกือบทุกวัน (อาจเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตผู้อื่น)

9. คิดหมกมุ่นเรื่องความตาย ย้ำคิดเรื่องอยากตาย โดยอาจจะวางแผน หรือไม่ได้วางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

B. 1) ไม่มีโรคทางกายที่จะเป็นสาเหตุ หรือเสริมให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์

2) มิใช่เป็นความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นเป็นปกติจากการสูญเสียผู้เป็นที่รัก

C. ถ้ามีอาการหลงผิดประสาหลอน ก็จะเกิดก่อนหรือหลังมีอาการผิดปกติไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ (ถ้านานกว่านั้นให้นับถึงโรคจิตเภท หรือ Schizoaffective)

D. ไม่มีอาการแทรกซ้อนของ Schizophrenia, Schizophreniform, Delusional disorder หรือ Psychotic Disorder NOS,

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Major depression in the Elderly)

ในด้านการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้วินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R โดยที่ผู้สูงอายุ จะต้องมีอาการใดอาการหนึ่งระหว่างอารมณ์เศร้า หรือการหมดความสุข หมดความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และจะต้องมีอาการ 5 ใน 9 อาการ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยที่อาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือเกิดจากความผิดปกติทางด้านร่างกาย และไม่ใช่อาการที่เกิดแทรกซ้อนจากโรคทางจิตอื่น ๆ (American Psychiatric Association, 1987)

ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่เป็นค่าที่ได้จากการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) และแสดงผลลัพธ์ออกมาในรูปของอัตราความชุกในช่วงเวลานั้น (point prevalence rate) (Blazer, 1993) สาเหตุที่ทำให้อัตราความชุกมีค่าแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย จะขึ้นกับระเบียบวิธีวิจัย (research methodology) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา เวลา สถานที่ และแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนั้น ๆ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมมากที่สุด มีค่าเท่ากับร้อยละ 15 (Finch et al, 1992; Rush, 1993)

ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

จากการศึกษาของ นันทิกา ทวิชาชาติ อรพรรณ เมฆสุภะ และ ชงชัย ทวิชาชาติ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี โดยใช้แบบสอบถาม Zung Self Rating Depressive Scale พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 80.3 และเขตจังหวัดอุทัยธานี พบร้อยละ 84.8

และจากการศึกษาของ อัมพร โอตระกูล และคณะ (2536) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร และอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความชุกของความซึมเศร้าของผู้สูงอายุชุมชนดินแดง มีร้อยละ 38 แต่ที่อำเภอบรรพตพิสัย ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีร้อยละ 67.4

สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยผสมผสานกัน คือ ปัจจัยทางด้านร่างกาย (physical factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางด้านสังคม (social factors) รวมเรียกปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มใหญ่ ๆ นี้ว่า Biopsychosocial factors ซึ่งเป็นได้ทั้งปัจจัยเสริม (predisposing factors) ปัจจัยเร่ง (precipitating factors) และปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากน้อยแตกต่างกันไปในผู้สูงอายุแต่ละคน

ปัจจัยทางด้านร่างกาย (physical factors)

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1. พันธุกรรม (genetic susceptibility) ในครอบครัวที่มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า สมาชิกในครอบครัวจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ 1 ใน 3 ในวัยผู้สูงอายุ (Baldwin, 1991)

2. อารมณ์เศร้าจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 3 ต่อ 1 (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)

3. การเปลี่ยนแปลงของสมองและระบบประสาทในวัยผู้สูงอายุ (Baldwin, 1991) เช่น

- 3.1 การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อกระแสประสาท (neurotransmitters changes) ที่เปลี่ยนแปลงตามอายุ ที่สำคัญได้แก่

- 3.1.1 norepinephrine ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะขาดสาร norepinephrine ที่เชื่อมต่อปลายประสาทในสมอง ซึ่งเห็นได้จากเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแก้เศร้าชนิด tricyclic ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดซึม norepinephrine กลับเข้า presynaptic neurons ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น

- 3.1.2 serotonin หรือ 5-hydroxytryptanine ลดระดับลงมีผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาในสัตว์ทดลอง ในน้ำไขสันหลังของคน หรือผลการศึกษาดทดลองของยา พบว่า serotonin มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

3.1.3 dopamin จากการศึกษาพบว่า dopamine ทำงานลดลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.1.4 acetylcholine หรือระบบ cholinergic เมื่อระบบนี้การทำงานสูงขึ้น จะเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

3.2 เกิดจากลักษณะโครงสร้างของสมองเปลี่ยนแปลง (structural brain changes) เช่น

3.2.1 อันตรายที่เกิดจากการถูกทำลายของเนื้อสมองด้วยสาเหตุต่าง ๆ พยาธิสภาพอาจเกิดข้างใดก็ได้ ซึ่งจะมีผลทำให้อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดแตกในสมอง (Stroke) เท่ากับร้อยละ 30-50 (Stark and Robinson, 1989)

3.2.2 อันตรายที่เกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง การที่เลือดไปเลี้ยงสมองในส่วน cerebral น้อยลง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาของ Krishnan (1991) ด้วยวิธีการทำ magnetic resonance imaging (MRI) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า จะพบ patchy lesions ในบริเวณ frontal deep white matter และ basal ganglia มากกว่าในผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม หรือคนในช่วงวัยอื่น และจากการศึกษาของ Upadhyaya et al. (1990) โดยทำการศึกษากลุ่มอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 18 คน เปรียบเทียบกับ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ชนิด Alzheimer 14 คน และผู้สูงอายุปกติ 12 คน ใช้วิธี Single photon emission computerized tomography (CT) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มโรคซึมเศร้า มีความบกพร่องของเส้นเลือดในเนื้อสมองอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น

4. ภาวะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (physical stresses) เช่น การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ทางด้านระบบประสาททางโรค หรือ ความพิการจากการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

5. ปัจจัยทางด้านลักษณะบุคลิกภาพ โดยเฉพาะกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติชนิดหลีกเลี่ยง (avoidant) และชนิดพึ่งพิงคนอื่น (dependent) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

6. การใช้ยา (pharmacological factors) ยานางชนิดที่ใช้รักษาโรคทางกายมีอาการข้างเคียง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้

ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ที่ผสมผสานความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง พื้นฐานอารมณ์ และจิตใจของคนเราดังแต่แรกเกิด มีผลต่อการเกิดอารมณ์เศร้า ปัญหาภายในจิตใจ จากประสบการณ์ในชีวิตที่สะสมมาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งมีสาเหตุดังต่อไปนี้

1. สาเหตุจากภายในจิตใจ (Intrapsychic models) อธิบายได้ตามทฤษฎีดังต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับ Superego development

Melanie Klein เชื่อว่า superego เกิดขึ้นในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรก ทำให้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น เมื่อเด็กทารกมีปัญหาในสัมพันธภาพกับมารดา จะก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในช่วงต้นของชีวิต ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ในเวลาต่อมา บุคคลที่มี superego สูง จะรู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอ เกิดอารมณ์เศร้าได้ง่าย และมีการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษ หรือทำลายด้านเลวของตนเอง (bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก

จากการศึกษาของ Andersson et al. (1993) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 267 คน อายุ 65-74 ปี เพื่อดูประสบการณ์ชีวิตในวัยเยาว์สัมพันธ์กับสภาพชีวิตในวัยผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามที่ถามย้อนในอดีตถึงพฤติกรรมการเล่นดูของพ่อแม่ พบว่าประสบการณ์ในช่วงชีวิตวัยเยาว์ของผู้สูงอายุกับพ่อแม่ ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างรุนแรง ในรูปของการขาดความรักความผูกพันกับบุคคลใกล้ชิดในปัจจุบัน พบในผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งจะมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับ Ego Psychology

Bibring อธิบายว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ ego เอง ที่ไม่บรรลุถึง ego ideal ไม่ใช่ความขัดแย้งของ ego กับ superego หรือ ego กับบุคคลอื่น ในภาวะซึมเศร้า ego จะสงบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้อถอยตายอยากหมดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่มีการใช้กลไกทางจิตแบบสู้ (fight) หรือหนี (flight)

1.3 ทฤษฎีอื่น เช่น Adolf Meyer อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการทำงาน เป็นต้น โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับปมขัดแย้งในใจ

2. สาเหตุจากความคิดในแง่ลบ (Negative Cognition)

Aron Beck (1967) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่า เกิดจากความคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพที่ท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่า คนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น ผู้ป่วยซึมเศร้านักจะมีประสบการณ์ที่เลวร้าย ทำให้มี Cognitive triad คือ การมองตนเอง มองสังคมที่อยู่รอบตัว และมองอนาคตข้างหน้า ด้วยความรู้สึกในแง่ลบทั้งสิ้น

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models)

มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ทอดอาลัย (learned helplessness) ทหมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลว และผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

หรือเกิดจากภาวะขาดแรงเสริม (noncontingent reinforcement) ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย และไร้ความสุข

ปัจจัยด้านสังคม (Social factors)

สภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุ จะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่รุนแรง จะถือเป็นปัจจัยที่เข้ามากระตุ้น (precipitating factors) ให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ จากการศึกษาพบว่า จำนวน 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีประสบการณ์การสูญเสียเกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วย ปัญหาทางด้านการเงิน การย้ายที่อยู่ การเกษียณอายุ เป็นต้น การสูญเสียเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักจะ พบได้มากที่สุดกับผู้สูงอายุ (Baldwin, 1991)

Zisook และ Shuchter (1993) ได้ทำการศึกษาในพ่อหม้ายและแม่หม้าย จำนวน 259 คน อายุเฉลี่ย 62 ปี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ San Diego Widowhood questionnaire ในช่วงเวลา 2 เดือน 13 เดือน และ 25 เดือน ภายหลังการเสียชีวิต ของคู่สมรส พบว่าร้อยละ 23 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R ภายในช่วงเวลา 2 เดือน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติเคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า หรือมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะเห็นว่า อัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามักจะสูงขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะประสบกับเหตุการณ์นี้มากกว่าในช่วงวัยอื่น จึงควรตระหนักถึงโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้มากขึ้น

ในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม Husaini et al. (1991) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุ 600 คน อายุ 55-85 ปี เพศชายร้อยละ 70 เพศหญิงร้อยละ 30 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตัวต่อตัว พบว่า เพศชายร้อยละ 48 และเพศหญิง ร้อยละ 59 อยู่ลำพังคนเดียว มีสภาพจิตใจที่อ่อนแอ (poor ego) และอยู่ในสภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ตามเหตุการณ์ที่รุนแรง หรือจำนวนญาติและเพื่อนใกล้ชิดลดจำนวนลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความผูกพันกับสังคมน้อย ไม่มีใครช่วยเหลือให้คำแนะนำ หรือสังคมไม่ให้ความเชื่อถือ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

Murphy (1982) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับภาวะสุขภาพที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย การขาดการช่วยเหลือดูแลจากสังคม และมีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นในชีวิต เพื่อดูว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือไม่ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ประสบกับปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดภาวะซึมเศร้าทุกคน และจะเกิดในผู้สูงอายุที่มีลักษณะของบุคลิกภาพ วัตถุประสงค์การเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ในผู้สูงอายุที่ขาดความรักความผูกพันในช่วงวัยเด็ก มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าในช่วงวัยอื่น ซึ่งสรุปได้ว่า ลักษณะทางบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ มีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย

สำหรับปัจจัยทางด้านอื่น ๆ เช่น สภาพทางการเงิน การมีอำนาจในหน้าที่- การงาน บทบาทในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุ

มีความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลง มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น (Fly, 1986, quoting Sunderland)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. อายุ (age)

จากการศึกษาที่ผ่านมา รายงานว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องอายุที่จะมีผลต่อค่าอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า (George et al, 1983) แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า อายุ 60-84 ปี (Blazer et al, 1987) ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ก็สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

2. เพศ (sex)

เพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Weissman and Boyd, 1985; Green et al, 1992) ถึงแม้ว่าจะมีบางรายงานที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุ ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงทั้ง 2 เพศ (Krause, 1986)

3. เชื้อชาติ (race)

ความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ น้อยมาก โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Krause, 1986)

4. สถานภาพสมรส (marital status)

เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุในกลุ่มที่ทำกรสมรสแล้วจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สมรส, กลุ่มที่หย่าร้าง (divorced) หรือแยกกันอยู่ (separated) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง (Blazer et al, 1985; Thoits, 1987) การสมรสเป็นปัจจัยสำคัญที่จะป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มากกว่าในช่วงวัยผู้ใหญ่หรือวัยกลางคน (George, 1992) สภาพ

การเป็นหม้าย มักจะเกิดในวัยผู้สูงอายุมากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ ปัญหาความผิดปกติทางจิตของผู้สูงอายุมักจะเกิดขึ้นรวดเร็ว ถ้าคงอยู่เป็นเวลานานจะกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ ในช่วงเดือนแรก ๆ ตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R จะถือเป็นปฏิกิริยาเศร้าโศกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ถือเป็นอาการปกติ (grief reaction) และอาการจะดีขึ้นภายใน 2-3 เดือน (Linda and George, 1994, quoting in Schneider)

5. ลักษณะของบุคลิกภาพ (personality characteristic)

มีผู้ศึกษาพบว่า โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง จะมีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพก่อนป่วย ดังนั้นการศึกษาลักษณะของบุคลิกภาพก่อนป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ บุคลิกภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น บุคลิกภาพชนิดวิตกกังวล (anxiety avoidant) และย้ำคิด (obsessional) (Kaplan and Sadock, 1994)

6. ระดับการศึกษา (levels of education)

ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับต่ำ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้สูง (Holzer et al, 1986) แต่บางรายงานวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำและระดับสูง จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับกลาง (Blazer et al, 1985) และความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะมีน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในวัยกลางคน (George, 1992)

7. ประสบการณ์ชีวิตวัยเยาว์ (early events and achievements)

การได้รับการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจในช่วงวัยเด็ก (Childhood traumas) เช่น การพลัดพรากจากพ่อแม่ การที่พ่อแม่หย่าร้างกัน สภาพชีวิตที่ไม่สงบราบรื่น มีความก้าวร้าววุ่นวาย สิ่งแวดล้อมไม่ดี จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า การสูญเสียชีวิตของบิดามารดา จากการศึกษาพบว่า ในผู้สูงอายุการเกิดภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการได้รับการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจในช่วงวัยเด็กด้วย (Landerman et al, 1991)

อาการที่นำมาพบแพทย์ (chief complaint)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า มักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการแสดงออกทางการเจ็บป่วยด้านร่างกาย (somatic complaints) มากกว่าจะมาด้วยปัญหาอารมณ์เศร้า ซึ่งอาการเหล่านี้พบได้มากกว่าในช่วงวัยอื่น (Baldwin, 1991; Blazer, 1993; Kaplan and Sadock, 1994)

อาการแสดงออกทางด้านร่างกายที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาการนอนหลับ พบร้อยละ 36 อ่อนเพลียไม่มีแรง พบร้อยละ 34 เวียนศีรษะ พบร้อยละ 29 ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป พบร้อยละ 21 และมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร พบร้อยละ 20 (Blazer, 1993) ซึ่ง Casper et al. (1985) และการศึกษาคนอื่น ๆ ได้สนับสนุนว่า ลักษณะอาการที่แสดงออกทางด้านร่างกายที่พบได้มาก และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการเพิ่มระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย

ลักษณะอาการและอาการแสดง (signs and symptoms)

อาการที่แสดงออกทางด้านร่างกาย (vegetative symptoms)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง ขาดพลังกำลัง กระสับกระส่าย และความรู้สึกทางเพศลดลง ซึ่งถ้าสังเกตจะพบว่าผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ซึมลง ไม่พูด หรือในบางรายอาจมีอาการลุกลุกนอนไม่อยู่เลย

อาการที่แสดงออกทางด้านสติปัญญา (cognitive symptoms)

ผู้สูงอายุจะมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าประสพแต่ความล้มเหลว ต่ำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในแง่ลบ คิดหมกหมุ่นแต่ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่มีสมาธิ ความจำบกพร่อง อาจเกิดอาการหลงผิด ประสาทหลอน และมีความคิดฆ่าตัวตาย

อาการที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ (emotional symptoms)

ผู้สูงอายุจะหมดพลังกำลัง รู้สึกเหนื่อย เพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยมาก ในบางรายอาจยอมรับว่าตนเองมีอาการซึมเศร้า อยาก

ร้องไห้ มีความรู้สึกหมดหวัง หวาดกลัว วิตกกังวล หมดความหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มี-
ความหมาย ชีวิตประสพแต่ความล้มเหลว

อาการแสดงออกของอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในแต่ละชนชาติ จะมีอาการการ
แสดงออกที่เหมือนกัน หรือแตกต่างกัน เช่น การศึกษาวิจัยเปรียบเทียบระหว่างประเทศ โดย
องค์การอนามัยโลก ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลจากการตรวจสอบสัมภาษณ์ผู้ป่วยซึมเศร้า จำนวน 573 คน
จาก 4 ประเทศ คือ แคนาดา อิหร่าน ญี่ปุ่น และสวีเดน เพื่อศึกษาอาการหลัก ๆ
ของอาการซึมเศร้าจะแตกต่างกันหรือไม่ในแต่ละประเทศ โดยเปรียบเทียบจากการสัมภาษณ์
ผู้ป่วย ได้ผลว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จากผู้ป่วยทั้ง 4 ประเทศนี้ (ดวงใจ
กสานติกุล, 2536) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Callaham และ Wolinsky (1994) ที่
ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ 4 เชื้อชาติ จำนวน 3,057 คน โดยใช้แบบสอบถาม The
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ซึ่งมีความ
เที่ยงตรงภายใน (internal consistency) เป็นที่ยอมรับในทุกกลุ่มอายุ ผลการศึกษา
พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40 ไม่สามารถให้คำตอบตามที่กำหนดได้ เนื่องจากคำตอบที่ให้ไว้ไม่
ตรงกับอารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุในขณะนั้น และพบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 4 เชื้อชาติมีปัจจัย
โครงสร้างของความซึมเศร้าแตกต่างกัน การวิจัยครั้งนี้แก้ไขโดยปรับเปลี่ยนข้อคำถามใน
บางส่วนให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามได้ตามความเป็นจริง

Sally et al. (1993) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุเชื้อชาติจีน ที่อาศัย
อยู่ในประเทศฮ่องกง ตามหลักการวินิจฉัย DSM-III-R พบว่า อาการซึมเศร้าของคนจีนมี
ความซับซ้อน และมีอาการแสดงออกทางด้านร่างกาย (somatic complaints) มาก และ
รวมถึงอาการวิตกกังวล อาการทางด้านร่างกายที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ
มึนศีรษะ มีความรู้สึกหนักที่บริเวณศีรษะและหน้าอก และมีอาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของ
ร่างกายร่วมด้วย มักจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร ซึ่งอาการต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้
แตกต่างจากหลักแนวคิดเดิมของการแพทย์จีน (chinese medicine) ที่อธิบายความผิดปกติ
ต่าง ๆ แยกเป็นระบบซึ่งรวมทั้งทางด้านจิตเวชด้วย

อาการแสดงออกทางด้านร่างกายอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย เช่น การมีความรู้สึกเจ็บปวด
รุนแรงเฉพาะที่ (severe localized pain) อาการนี้จะมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

การเจ็บปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นการแสดงออกของร่างกายโดยมีผลมาจากจิตใจ ในเรื่องการลงโทษตนเองเกี่ยวกับความผิดบาป (guilt) ในอดีตที่ผ่านมา (Blazer, 1993)

นอกจากนี้ อาการวิตกกังวล กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักพบร่วมกันอยู่เสมอ (Blazer et al, 1989) โดยเฉพาะความวิตกกังวลที่หมกมุ่นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของตนเอง จะพบได้มากกว่าช่วงวัยอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Brown et al. (1984) ที่ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยทำการเปรียบเทียบในกลุ่มวัยเดียวกันและกลุ่มช่วงวัยอื่น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการหมกมุ่นกับภาวะสุขภาพของตนเอง (hypochondriasis) และมีอาการวิตกกังวลทางร่างกาย (somatic anxiety) มากกว่าช่วงวัยอื่น

ในหลาย ๆ ประเทศ ทางตะวันออกที่ใช้ภาษาอาหรับ จะไม่ทราบความหมายของภาวะซึมเศร้า เนื่องจากขนบธรรมเนียมประเพณี ไม่มีลักษณะของภาวะซึมเศร้า ประชาชนที่มีอาการซึมเศร้าจะมีน้อยมาก แต่ตรงกันข้าม อาการซึมเศร้าจะแสดงออกทางกายได้ชัดเจน และพบได้มากในชนกลุ่มนี้ เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตจะลดลง ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 92 ในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นได้ เพราะเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เช่น ภาวะการมีสุขภาพไม่ดี สภาพการเป็นหม้าย การเกษียณอายุ (Blazer, 1993) ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย มีความพึงพอใจต่อชีวิตลดลง

ในผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า ความอยากอาหารมักจะเกิดความแปรปรวน มีผลทำให้น้ำหนักลด จากการศึกษาของ Blazer et al (1987) พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าจะมีน้ำหนักลดได้มากกว่าช่วงวัยอื่น

ปัญหาการนอนหลับ (sleep problem) ในผู้สูงอายุซึมเศร้า จะมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง และตื่นในช่วงกลางคืนหลาย ๆ ครั้ง หรือตื่นเช้าเกินไป (early morning awakening) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hohagen et al, 1994 ; Kaplan and Sadock, 1994)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า อาจมีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ หรือ เชื่องช้า เชื่องซึม อาจจะพูดเบา ๆ หรือไม่พูด หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) จากการศึกษาของ Musetti et al. (1989) ในผู้สูงอายุ 70 คน เปรียบเทียบกับคนช่วงวัยอื่น 330 คน โดยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลัก DSM-III-R พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากอาการซึมเศร้าของช่วงวัยอื่น และมีพฤติกรรม เชื่องช้า เชื่องซึมมากกว่า กระวนกระวาย แต่จากการศึกษาของ Brodaty et al. (1991) ศึกษาในผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับช่วงวัยอื่น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการกระวนกระวายมากกว่าในช่วงวัยอื่น

Blazer et al. (1987) พบว่าในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีความรู้สึกผิด (guilt feeling) น้อยกว่าในช่วงวัยอื่น

ในเรื่องการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าในช่วงวัยอื่น (Winokur, Behan and Schlessler, 1980, quoting Jacoby) แต่ Lyness et al (1991) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมากกว่าในช่วงวัยอื่น การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมักจะเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นจริง ไม่ใช่ทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ ซึ่งร้อยละ 90 ที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และจำนวน 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ได้ปฏิบัติการฆ่าตัวตายเรียบร้อยแล้ว เป็นผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิต และป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) (Baldwin, 1991)

ความสัมพันธ์ของภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกายกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ในการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเป็นสิ่งที่ยากและซับซ้อนมาก ในการรักษาจำเป็นต้องแยกอาการทางกายออกจากอาการทางจิต อาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุมักจะเกิดกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคทางกายหลาย ๆ โรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งอาการซึมเศร้าจะแสดงออกมาก่อนหรือหลังอาการของโรคทางกายก็ได้ โรคต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย ที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ

1. โรคสมองเสื่อม (dementia)

เป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่ม organic mental syndromes ซึ่งคาดว่าน่าจะมีสาเหตุมาจากทางกาย โดยอาจเป็นสาเหตุทางสมองโดยตรง หรือสาเหตุทุติยภูมิจากโรคอื่น Cummings และ Benson (1992) ได้ให้หลักการวินิจฉัย dementia คือ ภาวะการสูญเสียซึ่งไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด มีลักษณะค่อนข้างเปลี่ยนแปลงยาก ซึ่งจะแสดงถึงความบกพร่องของสมองอย่างน้อย 3 อย่าง คือ ด้านภาษา ความจำ ความสามารถในการทางความคิดสร้างสรรค์ อารมณ์และบุคลิกภาพ และด้านความคิดต่าง ๆ (ความคิดนามธรรม การทำงาน การตัดสินใจ) และอื่น ๆ

สาเหตุของโรคสมองเสื่อมมีหลายประการ เช่น ยา การเสื่อมของระบบต่อมไร้ท่อ การขาดสารอาหาร ฯลฯ แต่ในกรณีที่มาสาเหตุไม่พบ ที่เรียกว่า Alzheimer disease ผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากจะมีความผิดปกติทางด้านความคิดแล้ว ยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่นำมาพบแพทย์ เช่น ปัญหาการนอนหลับ อารมณ์เศร้าร้าย กระวนกระวายลุกลี้ลุกลน และอาจมีอาการทางจิตร่วมด้วย ซึ่งปัญหาด้านพฤติกรรมเหล่านี้จะเหมือนกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Gilley et al, 1991) แต่ทั้งนี้ผู้ป่วย Alzheimer disease อาจเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยได้ และเมื่อได้รับการรักษาจะทำให้อารมณ์ดีขึ้น แต่ในด้านความคิดและการแสดงออกทางด้านร่างกายจะไม่ดีขึ้น (Reiffer et al, 1989)

2. Parkinson's disease

เป็นโรคที่เกิดจาก progressive neurodegenerative disorder มักจะเริ่มมีอาการเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป และจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Paulson, 1993) ซึ่งในผู้ป่วยโรคนี้สามารถพบภาวะซึมเศร้าได้ 40%-60% ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการวิตกกังวล จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับการขาด frontal dopaminergic projections แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ (disability) ของผู้ป่วย และมากกว่า 40% จะมีอาการของโรคสมองเสื่อมรวมอยู่ด้วย จะพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มี postural instability และ gait disturbance และพบได้น้อยในผู้ป่วยที่มีอาการ tremor และจะมีความบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive deficits) แตกต่างกันไป (Scharre and Maheer, 1994)

3. ภาวะเส้นเลือดตีบหรือแตกในสมอง (stroke)

พยาธิสภาพที่เนื้อสมองไม่ว่าจากสาเหตุใด ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าได้ พยาธิสภาพข้างเดียว เช่น ข้างซ้ายหรือข้างขวา มีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน ค่าอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วย stroke เท่ากับ 30-50% ซึ่งมากกว่าโรคทางกายอื่น ๆ (Stark and Robinson, 1989) Schwartz and Speed (1993) พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย right hemisphere lesion จะมากกว่า left hemisphere lesion แต่จะขึ้นกับความสัมพันธ์ของขนาดของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ภาวะทุพพลภาพ (functional disability) และประวัติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่เป็นมาก่อน ความรุนแรงของอารมณ์เศร้ายังขึ้นกับระยะทางว่าอยู่ใกล้หรือไกลจากกลีบสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ถ้าอยู่ใกล้มากเท่าไร จะยิ่งมีโอกาสซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น โดยไม่ได้ขึ้นกับอาการพูดไม่ได้ (aphasia) เพราะผู้ป่วยที่พูดไม่ได้อาจไม่มีภาวะซึมเศร้าก็ได้ ตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่มี aphasia กลับมีภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ความรุนแรงยังขึ้นอยู่กับการทางสติปัญญา ร่างกาย การขาดการประคับประคองทางสังคมและอายุ

4. มะเร็ง (cancer)

มะเร็ง เป็นโรคที่ทำให้เกิด secondary depression ผู้สูงอายุที่เป็น carcinoma ในบริเวณเหนือสุด (head) ของ pancreas จะเกิดภาวะความไม่สมดุลของระบบไร้ท่อ (endocrine function) จะมีผลต่อ cognitive function ในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยมีเนื้องอกของ betacells ของ Islets of Langerhans ที่เรียกว่า Insulinoma จะทำให้มีอาการทางจิต และมีความผิดปกติทางระบบประสาทได้ โดยแสดงออกทางกล้ามเนื้อไม่ประสานงานกัน (ataxia) เกิดภาวะสับสน (confusional state) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพขึ้นได้ (Yesavage, 1993)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย cancer อาจเกิดก่อนหรือหลังพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นก็ได้ ซึ่งเป็นความยากลำบากในการวินิจฉัย ในบางครั้งใช้ Dexamethasone-suppression test หรือ Thyrotrophin-releasing hormone (TRH) เข้ามาช่วย เช่น การศึกษาของ Evans (1986) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งของระบบสืบพันธุ์ (gynecologic cancer) พบว่า มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยมาก

5. ภาวะผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ

เช่น hypothyroidism พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของกลุ่มผู้สูงอายุปกติ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 13 มี Thyroid stimulating hormone อยู่ในระดับสูง เมื่อทำการศึกษาย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 ปี พบว่า จำนวน 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีอาการของ Thyroid failure เกิดภาวะ hypothyroidism และแสดงอาการซึมเศร้าออกมาชัดเจน รวมทั้งมีอาการง่วงหงอย เฉื่อยชา ไร้กำลัง มีอาการทางจิต อาจมีการแยกตัวที่เรียกว่า apathetic thyrotoxicosis (Blazer, 1993)

6. ภาวะการขาด Vitamin B₁₂ (cobalamin deficiency)

cobalamin (vitamin B₁₂) จะมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าจากการศึกษาผู้สูงอายุ 141 คน อายุมากกว่า 65 ปี ทั้งชายและหญิง พบว่า มีอาการผิดปกติทางจิตประสาทเนื่องจากการขาดวิตามิน B₁₂ ลักษณะอาการที่แสดงออก คือ การสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึก ความจำเสื่อม อ่อนเพลีย และซึมเศร้า อาการทั้งหมดดีขึ้น เมื่อรักษาด้วย cobalamin therapy

7. โรคหัวใจ (cardiac disease)

จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย myocardial infarction อย่างเฉียบพลัน จะมีอารมณ์เศร้า ภายใน 1 ปี และพบว่ามากกว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าตลอดทั้งปี ซึ่งสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยโรคหัวใจไม่สามารถทำงานหนักได้ มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Blazer, 1993)

8. ความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน (visual and auditory deficits)

สภาพความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน ทำให้เกิด sensory deprivation มีผลต่อ cognitive impairment ได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพราะความบกพร่องนี้จะทำให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้จากการศึกษา พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอย่างถาวร จะเกิดอาการซึมเศร้า และหวาดระแวง ร่วมด้วย (Sunderland et al, 1988)

9. ภาวะการขาดสารอาหาร (nutritional status)

เป็นสาเหตุที่พบได้ไม่มากในผู้สูงอายุปกติ ส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ที่ยึดติดเป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายขาดวิตามิน B₁₂ การตรวจทางห้องทดลองจะช่วยให้ค้นหาสาเหตุที่ถูกต้องได้

10. การใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า

ยาหลายชนิด มีผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ เช่น ยาในกลุ่มของ antihypertensives drugs, cimetidine, ranitidine, beta-blockers โดยเฉพาะ propranolol เป็นต้น ดังนั้นควรซักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา หรือรายชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด

โรคทางกายมีอาการที่แสดงออกทางด้านร่างกายคล้าย ๆ โรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอาการนอนไม่หลับ น้ำหนักลด หรือไม่มีแรง กระวนกระวาย เป็นต้น เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการเช่นนี้ ควรหาสาเหตุโดยการซักถามอย่างระมัดระวังว่า มีหรือไม่มี "อาการทางจิตใจ" ของภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกไร้ค่า คิดอยากตาย มีอาการเขื่องช้าเขื่องซึม ที่น่าสนใจคือ การร้องไห้ ซึ่งใช้เป็นดัชนีบอกความรุนแรงของอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไม่ได้ แต่สามารถใช้บอกความรุนแรงของอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยโรคทางกายได้ แต่ควรสังเกตให้แน่ใจว่าไม่ใช่อารมณ์แปร่งง่าย (lability of mood) ที่สามารถร้องไห้ปุบปับทันทีทันใด ซึ่งเป็นอาการของโรคทางสมอง (ดวงใจ กสานติกุล, 2536)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย

ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จะมีอาการแสดงหลาย ๆ อย่าง คล้ายคลึงกับอาการของโรคซึมเศร้า เช่น อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปัญหาการนอนหลับ ฯลฯ ซึ่งจะต้องทำการซักประวัติอย่างละเอียดในเรื่อง โรคอารมณ์แปรปรวน และปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ซึ่งโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจเกิดก่อน หรือเกิดภายหลังการเกิดโรคทางกายได้ การวินิจฉัยในเรื่องนี้เป็นเรื่องยากลำบาก แต่ได้มีนักวิจัยหลาย ๆ ท่านได้

เสนอแนะไว้ว่า ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ควรใช้แบบคัดกรอง Geriatric Depression Scale ซึ่งจะช่วยแยกแยะผู้ที่มีปัญหาในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวน (Rapp et al, 1988)

หลักการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย

Rodin and Voshart (1986) ได้ให้หลักการวินิจฉัยไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. เมื่อพบผู้สูงอายุที่อยู่ในกรณีนี้ ควรซักประวัติโดยเน้นการตรวจทางสภาพจิต (complete psychiatric assessment) เช่น ความเสี่ยงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (potential risk of suicide) และลักษณะความผิดปกติอื่น ๆ ที่จะมีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการรักษา
2. คำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคม (psychosocial factors) ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การขาดกลุ่มผู้ให้ความช่วยเหลือดูแล (loss of social support) การเปลี่ยนแปลงภาพพจน์ของตนเอง บทบาทของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไปในครอบครัวเมื่อเกษียณอายุ หรือมีโรคภัยเรื้อรังต่าง ๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เป็นต้น
3. การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหลาย ๆ โรค เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (secondary depression) การหาสาเหตุโรคทางกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้ามาช่วย เช่น complete blood count, blood chemistries, urine analysis, thyroid function test หรือการส่งตรวจด้านอื่น ๆ เช่น CT, MRI scanning, electroencephalography, chest radiography และรวมถึงการซักประวัติและการตรวจร่างกายประกอบไปด้วย
4. พิจารณาการรักษาในอาการเด่น ๆ ที่สำคัญ และแยกแยะปัญหาทางด้านร่างกาย เพื่อสะดวกต่อการรักษา

ปัญหาในการให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการประชุมของ International Psychogeriatric Association ครั้งที่ 6 จัดที่ Berlin ปี ค.ศ.1993 สรุปว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักถูกละเลย ไม่ได้รับความสนใจ และให้การวินิจฉัยน้อย หรือไม่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งมีประมาณร้อยละ 40 ในผู้สูงอายุทั้งหมด (Kanowski, 1994) โดยมีสาเหตุ คือ

1. แพทย์ ตัวผู้สูงอายุ และญาติ คิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นภาวะปกติที่พบได้ในผู้สูงอายุ จึงไม่ได้ทำการรักษา
 2. ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มักจะมีการแสดงออกทางกายมากกว่าที่จะเกิดอารมณ์เศร้า ซึ่งเป็นหลักสำคัญที่ทุกคนควรตระหนักถึง
 3. เมื่อผู้สูงอายุมีอาการทางด้านร่างกาย (somatic symptoms) และอารมณ์เศร้า (depressed mood) เกิดขึ้นพร้อมกัน ภาวะอารมณ์เศร้าจะถูกมองข้ามไป ไม่ได้รับการรักษา
 4. การใช้ยาหลาย ๆ ชนิดในผู้สูงอายุ หรือ การรักษาโรคสมองเสื่อม ควรนึกถึงภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นด้วยทุกครั้ง
- จากสาเหตุทั้ง 4 ข้อ เป็นสิ่งที่พึงตระหนักอยู่เสมอ และควรเพิ่มความสนใจกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อาการแทรกซ้อนของโรคซึมเศร้า (complication)

การฆ่าตัวตายเป็นอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุจะมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าวัยอื่น ๆ ปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ มีสาเหตุใหญ่ ๆ 3 ประการ คือ

1. ผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางจิต (psychiatric disorder) แต่ไม่ใช่ความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากทางร่างกาย (organic mental disturbance) ซึ่งผู้สูงอายุร้อยละ 90 ที่ฆ่าตัวตาย จะมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (Baldwin, 1991) และประมาณสองในสามของผู้สูงอายุประเทศตะวันตก ที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาฆ่าตัวตาย พบว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Conwelly, 1994) และส่วนใหญ่จะมีอาการหลงผิด (delusion) ร่วมด้วย (Murphy, 1982) ทั้งนี้เนื่องจากว่า เมื่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ ผู้ป่วยจะไปพบด้วยปัญหาทางด้านร่างกาย (somatic preoccupations) มากกว่าจะไปพบแพทย์ด้วยอาการซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยถูกละเลยไม่ได้รับการรักษา

2. ผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (physical illness) ได้รับความทุกข์ทรมาน ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็น secondary depression โรคที่พบบ่อยได้แก่ benign cerebral tumors, meningioma,

pituitary adenoma เป็นต้น และนอกจากนี้ยังพบได้ในผู้สูงอายุที่ติดสุราได้ (Baldwin, 1991)

3. ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น การอยู่โดยลำพัง มีชีวิตที่ลำบาก จะเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้สูงอายุคิดฆ่าตัวตายได้สูงขึ้น แต่ปัจจัยทางด้านนี้ความเชื่อในด้านศาสนาพุทธ จะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ช่วยปรับความคิดของผู้สูงอายุไม่ให้ฆ่าตัวตาย ซึ่งจะเห็นได้จากในประเทศอินเดีย ผู้สูงอายุจะมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่าประเทศอื่น ๆ (Baldwin, 1991)

จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไทยในกลุ่มนี้ ยอมรับเรื่องความตาย แต่ก็มีอีกจำนวนไม่น้อยที่ได้พยายามฆ่าตัวตายจนประสบความสำเร็จ ซึ่งขึ้นกับการมีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุแต่ละคน การประเมินภาวะความเสี่ยงดูได้จากปัจจัยเหล่านี้ (Rush, 1993)

1. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (psychosocial factors) เช่น อายุ เพศ

1.1 อายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอายุที่มากกว่า 75 ปี (Blazer, 1993)

1.2 เพศ โดยเฉพาะเพศชาย จะฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าเพศหญิง

เนื่องจากจะใช้วิธีที่รุนแรงมากกว่า แต่อัตราการฆ่าตัวตายจะพบในเพศหญิงมากกว่า

1.3 สัญชาติ จะพบได้มากในชนผิวขาว และพวก Caucasian

1.4 สถานภาพสมรส พบได้มากในผู้สูงอายุกลุ่มหย่าร้าง แม้ม่าย อยู่โดย

ลำพัง

1.5 รายได้ ในกลุ่มรายได้ต่ำ จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง

1.6 สภาพสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness),

การแยกจากสังคม (social isolation) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุคิดฆ่าตัวตายได้

2. ประเมินจากการชักประวัติ

2.1 ผู้สูงอายุมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน แต่ไม่สำเร็จ

2.2 บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุมีประวัติฆ่าตัวตาย

2.3 ครอบครัวมีประวัติติดยา หรือสารบางอย่าง

3. ประเมินจากการวินิจฉัย

- 3.1 มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง
- 3.2 มีอาการทางจิต
- 3.3 มีประวัติติดยาหรือสารบางอย่าง (substance abuse)

การป้องกันการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยแต่ละคน เกิดจากปัญหาเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต ปัญหาต่าง ๆ นำมาซึ่งความผิดหวัง สูญเสีย และท้อแท้ใจ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะตาย การป้องกันและการช่วยเหลือที่ถูกต้อง คือ การประเมินภาวะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยการถามคำถามตรง ๆ (Baldwin, 1991; Kaplan and Sadock, 1994) แต่ลักษณะเทคนิควิธีการถาม ควรถามด้วยท่าทีที่นุ่มนวลให้เกียรติ และถามภายหลังจากที่ได้สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ป่วยแล้ว พร้อมทั้งนั้น ควรใช้คำถามที่แสดงถึงความเข้าใจ เห็นใจในความรู้สึกของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายหรือปรับทุกข์ และควรให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมด้วยทุกครั้ง (ดวงใจ กสานติกุล, 2536)

การพยากรณ์โรค (prognosis)

Cole (1990) ได้ทำการศึกษารวบรวมสถิติการพยากรณ์โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากตำราและบทความทางวิชาการต่าง ๆ ตั้งแต่เดือนมกราคม ค.ศ. 1980 ถึง พฤษภาคม ค.ศ. 1989 ประกอบด้วย 10 รายงานการศึกษา ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 990 คน โดยใช้หลักเกณฑ์การศึกษาที่สร้างในประเทศอังกฤษ และ ฝรั่งเศส ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 แต่ละรายงานจะใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 25 คน ระยะเวลาการติดตามการรักษาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1 ปี ผลการศึกษานพบว่า ผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 60 ที่เคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ในสภาพปกติ หรือในบางรายที่มีอาการกลับซ้ำ (relapses) ก็จะมีอาการดีขึ้น และอยู่ในสภาพปกติ มีประมาณร้อยละ 25 ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแสดงออกทางด้านร่างกาย (Physical illness) มีความบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive impairment) และอยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จัดอยู่ในกลุ่มการพยากรณ์โรคไม่ดี และยังพบว่า ปัจจัยทางสังคม (social factors) ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรคอีกด้วย

สำหรับผู้ป่วยอายุไทย จากการศึกษาของ ประไพ ยศะทัตต์ และคณะ (2529) เรื่อง การรักษาและติดตามผลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์เศร้า ในผู้ป่วยอายุ 60 คน ที่ได้รับเข้าเป็นผู้ป่วยในของฝ่ายจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ระหว่าง พ.ศ. 2526-2528 พบว่า การรักษาโรคซึมเศร้าที่แน่ชัด นับว่าได้ผลดี แต่ก็ยังมีอารมณ์เศร้าที่กลับเป็นซ้ำได้อีก ประมาณร้อยละ 20 ภายหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Assessment instruments for depression)

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สิ่งที่มีความจำเป็นมากที่สุด คือ การมีเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งได้มีผู้สร้างและพัฒนาขึ้นมาหลายรูปแบบ ผู้นำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้จะต้องตระหนักถึงวัตถุประสงค์ของผู้สร้าง ประสิทธิภาพของเครื่องมือว่าอยู่ในระดับดีเพียงใด และเลือกนำไปใช้ตามความเหมาะสม

Bech et al (1993) กล่าวว่า เครื่องมือวิจัยที่ช่วยประเมินความผิดปกติในทางจิตเวช ส่วนใหญ่จะมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการ (symptom scales) และเพื่อการวินิจฉัยโรค (diagnostic scale) ซึ่งในต่างประเทศได้มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้มากมาย

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศ

Bech et al (1993) ได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิด ดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (structured psychiatric interviews for diagnosis) มีจุดประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์จะประกอบด้วยอาการต่าง ๆ ของโรค ที่กำหนดคำถาม และคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วินิจฉัยโรคซึมเศร้า ได้แก่

1.1 DIAGNO

เป็นแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1964 (Spitzer et al, 1974) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยใช้คอมพิวเตอร์รุ่นแรก (DIAGNO computer program) ประกอบด้วยรายละเอียดที่ใช้ประเมินพยาธิสภาพทางจิต

39 ข้อ สามารถวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ 27 โรค ตามมาตรฐานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ผู้สัมภาษณ์ คือ บุคลากรในทีมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล เวลาที่ใช้สัมภาษณ์ 45-75 นาที แบบสัมภาษณ์มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.66 และค่าความเที่ยงตรง ที่ยอมรับและเชื่อถือได้

ในระยะต่อมา มีการพัฒนาเพื่อให้มีคุณภาพของเครื่องมือดีขึ้นกว่าเดิม จึงเกิด DIAGNO II สามารถวินิจฉัยโรคได้ 46 โรค และ DIAGNO III สามารถวินิจฉัยโรค ได้ 75 โรค ซึ่งเป็นที่มาของ The American Psychiatric Association's diagnosis and statistical manual, ed 2. (DSM-II)

1.2 Feighner criteria

Feighner criteria คือ หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ สร้างโดย Feighner et al ในปี ค.ศ. 1972 สามารถวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ 14 โรค และเป็นหลักเกณฑ์ที่สร้างขึ้นเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่ม ซึ่งตรงข้ามกับ DSM-II ที่มีหลักเกณฑ์จากคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญที่พิจารณาถึงอาการมาตรฐานของแต่ละโรค ทางจิตเวช (Feighner et al, 1972)

ข้อเสียของ Feighner criteria คือ ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรค ในผู้ป่วยได้ทั้งหมด ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ หรือมีอาการที่พบได้น้อยจะไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ ในบางรายอาจได้รับการวินิจฉัยหลาย ๆ โรคพร้อมกัน แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าโรคอะไรเกิดก่อน และรูปแบบของอาการไม่จัดอยู่ในระบบมาตรฐาน (Robins et al, 1981)

1.3 Research diagnostic criteria (RDC)

RDC พัฒนามาจาก Feighner criteria ที่สร้างโดย Spitzer, Endicott and Robins. (1978) มีความสามารถวินิจฉัยโรคได้ 25 ระบบใหญ่ จุดเด่น ของ RDC คือ มีการกำหนด inclusion - exclusion criteria ที่เด่นชัด มีรายละเอียด ของอาการที่แน่นอน เช่น ลักษณะอาการ ระยะเวลาที่เกิด ระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น ผู้ทำการ สัมภาษณ์จะเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม RDC มีค่าความเชื่อมั่น และความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เป็นที่ยอมรับได้

ข้อเสียของ RDC คือ ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยได้ทุกคน เนื่องจากมีอาการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ในบางรายสามารถวินิจฉัยได้หลายโรค แต่ไม่

สามารถบอกได้ว่าเป็นโรคใดก่อน และรูปแบบของอาการไม่จัดอยู่ในระบบมาตรฐาน (Robins et al, 1981)

1.4 The Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 ตามความต้องการของ The World Health Organization (WHO) และ The United States Alcohol, Drug Abuse และ Mental Health Administration (ADAMHA) ซึ่งเป็นโครงการที่ทำร่วมกัน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในทางระบาดวิทยาชุมชน ที่มีความแตกต่างกันในด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งใช้เวลาพัฒนามากกว่า 5 ปี จากสถานที่ 19 แห่งทั่วโลก เป็นที่มาของ ICD-10 และ DSM-III-R ใช้ผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น เป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้ (Robins et al, 1988)

1.5 Diagnostic interview schedule (DIS)

สร้างโดย Robins et al. (1981) ประกอบด้วยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 3 ชนิด คือ RDC, Feighner criteria และ DSM-III ประกอบด้วย คำถาม 254 ข้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 1 ชั่วโมง โดยผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม คุณสมบัติของแบบสัมภาษณ์ มีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้ และมีค่าความเที่ยงตรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-III เท่ากับ .69 ค่าความไว ร้อยละ 75 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 94

1.6 Structured Clinical Interview for DSM-III/DSM-III-R (SCID)

เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมกับทั้ง โครงสร้างแน่นอน ประกอบการสังเกต เพื่อประเมินอาการที่สร้างขึ้นสำหรับบุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์ โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคได้ 33 โรค ตามหลักเกณฑ์ DSM-III-R ลักษณะของข้อคำถามจะประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว และอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบัน เพราะมีความสะดวก ใช้ง่าย และมีค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้ (Williams et al, 1992; Spitzer et al, 1992)

2. แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง

(self reported rating scales, questionnaires)

เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น แต่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ ในแบบสอบถามจะกำหนดคำถาม และคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ส่วนใหญ่คำตอบคือ "ใช่" "ไม่ใช่" หรือให้ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น เช่น มาก ปานกลาง น้อย ตัวอย่างแบบสอบถามชนิดนี้ ที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่

2.1 Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Depression Scale (MMPI)

สร้างโดย Hathaway and Mckinley ในปี พ.ศ. 1951 (Hathaway and Mckinley, 1951, quoting Thomson) เพื่อประเมินหรือคัดกรองภาวะซึมเศร้าประกอบการวินิจฉัยโรค แบบทดสอบมีจำนวนทั้งหมด 566 ข้อ ข้อคำถามที่ประเมินภาวะซึมเศร้า 60 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาตอบคำถามในส่วนนี้ประมาณ 15-20 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป หรือผู้ป่วยทางจิตเวช แบบสอบถาม MMPI มีค่าความเชื่อมั่นได้ค่อนข้างสูง (โดยวิธี split-half และ test-retest correlation)

2.2 Beck Depression Inventory (BDI)

สร้างโดย Beck et al. (1961) เพื่อประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน และประเมินภาวะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ แบบสอบถามมีทั้งหมด 21 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประโยชน์มากในผู้สูงอายุ แบบสอบถาม BDI มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าคงที่ตรงภายใน โดยวิธี split-half reliability เท่ากับ .93 วิธี Test-Retest เท่ากับ .74 และมีค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .91 มีค่าความเที่ยงตรง (validity) ตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research Diagnostic criteria (RDC) มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ .89 (cutoff score = 10) และ .57 (cutoff score = 17) ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ .82 (cutoff score = 10) และ .96 (cutoff score = 17)

2.3 Zung Self Rating Depression Scale (SDS)

สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของยา แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถาม SDS มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าความเชื่อมั่นและเครื่องมือ โดยใช้วิธี Test-Retest และ split-half reliability เท่ากับ .73

2.4 Depression Adjective Check Lists (DACL)

สร้างโดย Lubin ในปี ค.ศ. 1967 (Lubin, 1967, quoting Thomson) เพื่อให้ประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบสอบถามนี้มีจำนวนทั้งหมด 34 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5 นาที ผู้ตอบอาจเป็นผู้ป่วยหรือคนปกติโดยทั่วไป แบบสอบถาม DACL มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .81

2.5 Bradburn Affect Balance Scale (ABS)

สร้างโดย Bradburn ในปี ค.ศ. 1969 (Bradburn, 1969, quoting Thomson) เพื่อให้ประเมินสภาวะอารมณ์ในทางบวกและทางลบ และสภาวะอารมณ์ปกติ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5 นาที ผู้ตอบอาจเป็นคนทั่วไป หรือผู้สูงอายุ แบบสอบถาม ABS มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธี Test-Retest correlation เท่ากับ .80-.97 ข้อเสียของแบบสอบถามนี้ คือ มีคุณสมบัติประเมินสภาพอารมณ์ ไม่ใช่ประเมินภาวะซึมเศร้าจึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาคัดกรองภาวะซึมเศร้า ควรใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น วัดความพึงพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

2.6 Profile of Mood States (POMS)

สร้างโดย Mc Nair, Lorr and Droppleman ในปี ค.ศ. 1979 (Mc Nair, Lorr and Droppleman, 1979, quoting Thomson) เพื่อให้ประเมินสภาพอารมณ์และอาการของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีจำนวนข้อทั้งหมด 65 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ผู้ตอบแบบสอบถามอาจเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช หรือผู้ป่วยทั่วไป แบบสอบถาม POMS มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีหาค่าความคงที่

ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .90 และหาค่าความคงที่ภายนอกด้วยวิธี Test-Retest correlation เท่ากับ .69

2.7 Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)

สร้างโดย Radloff ในปี ค.ศ. 1977 (Radloff, 1977, quoting Thomson) โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือศึกษาภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรอื่น ๆ ผู้ตอบแบบสอบถามอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช หรือประชาชนทั่วไป แบบสอบถาม CES-D มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าความคงที่ภายนอกด้วยวิธี Test Retest reliability เท่ากับ .53 และมีค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .85

2.8 Carroll Rating Scale for depression

สร้างโดย Carroll et al. (1973) เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีทั้งหมด 52 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ ระหว่าง "ใช่" "ไม่ใช่" ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประกอบด้วยอาการทางด้านร่างกายมาก ทำให้มีความผิดพลาดสูง (false positive) และไม่มีการศึกษาหาค่าความเที่ยงตรงในกลุ่มผู้สูงอายุ

2.9 Brief Symptom Inventory (BSI)

สร้างโดย Derogatis and Spencer ในปี ค.ศ. 1982 (Derogatis and Spencer, 1982, quoting Thomson) เพื่อใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าจากการทดสอบประสิทธิภาพของยา ซึ่งมีทั้งหมด 53 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ผู้ตอบแบบสอบถามอาจเป็นผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยในชุมชนหรือผู้สูงอายุปกติทั่วไป แบบสอบถาม BSI มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .71 - .85 ค่าความคงที่ภายนอก ด้วยวิธี Test-Retest correlation เท่ากับ .68 - .91

2.10 Mood Assessment Scae (MAS) หรือ Geriatric depression Scale (GDS)

สร้างโดย Yesavage et al. ในปี ค.ศ. 1983 (Yesavage, 1983) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ฉบับ คือ ฉบับ 30 ข้อ และ ฉบับ 15 ข้อ โดยมีคำตอบ "ใช่" "ไม่ใช่" แบบสอบถามนี้สร้างเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ และเหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องอยู่ในระดับหนึ่ง (limit cognitive impairment) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย (limit formal education) คุณสมบัติของแบบสอบถาม GDS ฉบับ 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .94 และหาค่าความคงที่ภายนอก ด้วยวิธี Test Retest Reliability เท่ากับ .85 มีความเที่ยงตรง (validity) ตาม Research diagnostic criteria (RDC) ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ .89 (cutoff score = 10) และ .86 (cutoff score = 14) ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ มีหลักในการให้คะแนนดังต่อไปนี้ (Spiegel and Ermini, 1987)

การให้คะแนน Geriatric depression scale (GDS) ฉบับ 30 ข้อ

คะแนน 0-10 คะแนน เป็นผู้สูงอายุปกติ

คะแนน 11-22 คะแนน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 23 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

การให้คะแนน Geriatric depression scale (GDS) ฉบับ 15 ข้อ

คะแนน 0-4 คะแนน เป็นผู้สูงอายุปกติ

คะแนน 5-10 คะแนน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย หรือปานกลาง

คะแนนมากกว่า 10 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ต้องได้รับการรักษา

จากการศึกษาของ Sheikh et al. (1991) เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของ geriatric depression scale ในผู้สูงอายุ 326 คน พบว่า ประกอบด้วยโครงสร้าง 5 ประการ คือ อารมณ์เศร้า (sad mood) ขาดพลังกำลัง (lack of energy) อารมณ์ทาง

ด้านบวก (positive mood) อาการกระวนกระวาย (agitation) และหลีกเลี่ยงสังคม (social withdrawal) ซึ่งโครงสร้างเหล่านี้จะมีประโยชน์ต่อแพทย์ หรือนักวิจัยทั้งหลาย ในการวิเคราะห์อาการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ

การพัฒนา Geriatric depression scale เป็นไปได้หลายรูปแบบ Burke, Roccaforte, and Wengel. (1991) ได้ศึกษาเปรียบเทียบค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) ของ GDS ฉบับ 30 ข้อ และ 15 ข้อ ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ 69 คน และกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อมเล็กน้อย (mildly demented patients) 72 คน พบว่า GDS ฉบับ 15 ข้อ มีประสิทธิภาพในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ได้ดีเท่ากับ ฉบับ 30 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leshner and Berryhill. (1994) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) ของ GDS ฉบับ 30 ข้อ และ 15 ข้อ ในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 46 คน และกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม 13 คน และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความคิดผิดปกติ 13 คน พบว่าทั้งสองฉบับได้ผลที่สอดคล้องกัน และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และทั้งสองฉบับสามารถใช้แทนกันได้

3. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างเน้นเฉพาะประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observer scale ; semi-structured, goal directed interview)

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง การสัมภาษณ์จะทำการซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติหรือผู้เกี่ยวข้อง ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นอีกด้วย โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้ประเมินคำตอบในแต่ละข้อ ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

3.1 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

สร้างโดย Overall and Gorham ในปี ค.ศ. 1962 (Overall and Gorham, 1962) เพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษา โดยเฉพาะการทดลองเรื่อง ประสิทธิภาพของยา ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที โดยใช้ผู้สัมภาษณ์ที่มีความชำนาญ (skilled interviewer) จะใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช

หรือผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป แบบสัมภาษณ์ BPRS มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธี interrater reliability เท่ากับ .80

3.2 New Castle Depression Scale

สร้างโดย Carney et al. (1965) เพื่อใช้วินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยแบ่งออกเป็น endogenous depression และ neurotic depression ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คะแนนเท่ากับ 0 คือ ไม่มีอาการเกิดขึ้น คะแนนเท่ากับ 1 คือมีอาการเล็กน้อย คะแนนเท่ากับ 2 คือ มีอาการแสดงออกชัดเจน โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช หรือผู้สูงอายุทั่วไป ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการหาค่าความคงที่ภายใน เท่ากับ .81 และมีความเที่ยงตรง (validity) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์

3.3 Hamilton Depression Scale (HDS)

สร้างโดย Hamilton ในปี ค.ศ. 1967 (Hamilton, 1967) เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามระดับความรุนแรงของโรค และเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัตถุประสงค์ 17 ข้อ และวัตถุประสงค์อื่น ๆ 4 ข้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15.30 นาที โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม (trained interviewer) จะใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์ HDS มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธี intra class correlation coefficient เท่ากับ 0.86 แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้จะไวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่จะมีข้อเสีย คือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก (9 ข้อ ใน 17 ข้อ) ทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ เนื่องจากในผู้สูงอายุปกติ จะมีอาการทางด้านร่างกายแสดงออกมาด้วยเช่นกัน และแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้สร้างจากผู้สูงอายุ ไม่เหมาะสมที่จะใช้กับกลุ่มประชากรในช่วงวัยอื่น

3.4 The Melancholia Scale (MES)

เป็นการปรับปรุงจาก Hamilton depression scale และ Cronhalm Ottosson Depression Scale สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไป ในขณะที่ได้รับการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ชนิด intraclass correlation เท่ากับ .80

3.5 Sandoz Clinical Assessment Geriatric Scale (SCAG)

สร้างโดย Shader, Harmatz and Salzman ในปี ค.ศ. 1974 (Shader, Harmatz, and Salzman, 1974) เพื่อใช้ประเมินผลการรักษา โดยเฉพาะการทดลองเรื่องประสิทธิภาพของยา ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 20 นาที โดยใช้ผู้สัมภาษณ์ที่มีความชำนาญ (skilled interviewer) จะใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช แบบสัมภาษณ์ SCAG มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธี interrater reliability เท่ากับ .75

3.6 Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)

สร้างโดย Endicott and Spitzer (1978) เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depression) โรคคลั่งเศร้า (Bipolar disorders) และโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ประกอบด้วยคำถาม ในส่วนที่ 1 มีข้อย่อย 60-75 ข้อ ส่วนที่ 2 มีข้อย่อย 100 ข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-2 ชั่วโมง ในแต่ละส่วน โดยผู้สัมภาษณ์ที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ในการทำงานมาก จะใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือประชากรในชุมชน แบบสัมภาษณ์ SADS มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ .78 และค่าความคงที่ภายนอกด้วยวิธี test Retest เท่ากับ .78 มีค่าความเที่ยงตรง (validity) ตาม Research Diagnosis Criteria (RDC) แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีข้อเสีย คือ ได้ทำการหาค่าความเที่ยงตรงมาจากประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ และใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานเกินไป

3.7 Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

สร้างโดย Montgomery and Asberg. (1974) เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาหรือดูประสิทธิภาพของยา มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีระดับความรุนแรงของอาการ 0-6 ซึ่งข้อคำถามไม่มีอาการทางกาย มีค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความซึมเศร้าสูง ผู้ถูกสัมภาษณ์ คือ ผู้ป่วยจิตเวช แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) และค่าความเที่ยงตรง (validity) อยู่ในเกณฑ์สูง

3.8 The Present State Examination (PSE)

เป็นแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอน ประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ ที่สร้างขึ้นสำหรับบุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ ตามหลักเกณฑ์ ICD-9 สร้างโดย Wing et al ในปี ค.ศ. 1967 แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้จะมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง และผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือมากกว่าแบบสัมภาษณ์ฉบับอื่น และจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ตามคำจำกัดความทางจิตเวช (Farmer et al, 1987)

3.9 Geriatric Mental State Examination (GMS)

สร้างโดย Copeland et al. (1976) โดยพัฒนามาจาก The eighth edition of the PSE. เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอน ประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ เพื่อใช้วินิจฉัยโรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .87 ซึ่งต่อมา Gurland et al ได้พัฒนามาเป็น Comprehensive assessment and referral evaluation (CARE) เมื่อปี ค.ศ. 1977 โดยตัดข้อความการประเมินอาการทางจิตรุนแรงออก และเพิ่มข้อความที่ใช้ประเมินความบกพร่องทางด้านร่างกาย และสติปัญญา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่นิยมใช้กันมากในผู้สูงอายุ

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทย การพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้ามีมากพอสมควร ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการพัฒนาที่มีรากฐานมาจากของต่างประเทศ เช่น Geriatric depression scale, Zung self rating scale เป็นต้น จุดประสงค์เพื่อค้นหาความชุกของโรค หรือเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าเข้าทำการวิจัย เครื่องมือส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบของแบบสอบถามชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (self rating scales) เนื่องจากสะดวกต่อการใช้และการแปลผล

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย มีดังต่อไปนี้ คือ

1. Zung Self Rating Depressive Scale

นันทิกา ทวีชาติ อรพรรณ เมฆสุภะ และ ธงชัย ทวีชาติ. (2533) ได้ทำการพัฒนาแบบสอบถาม Zung self rating depressive scale ขึ้นเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้า

และปัจจัยทางจิต-สังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร และเขตจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มที่ศึกษา ร้อยละ 82.28 โดยเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 80.3 และเขตจังหวัดอุทัยธานี พบร้อยละ 84.8 และปัจจัยทางจิต-สังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พบเหมือนกันทั้ง 2 พื้นที่

2. Geriatric depression scales

อรรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้ทำการพัฒนาแบบทดสอบ Geriatric Depression Screening Scale-GDS ของ Yesavage และคณะ โดยได้แปลเป็นภาษาไทย และมีค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามต้นแบบของ Yesavage และคณะ ซึ่งกำหนดให้ค่าปกติของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0-10 คะแนน ค่าคะแนนของผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 11-15 คะแนน ค่าคะแนนของผู้ที่มีความเศร้าปานกลาง เท่ากับ 16-20 คะแนน และผู้ที่มีความเศร้ารุนแรง เท่ากับ 21-25

3. แบบสอบถาม QD₂ ของยุโรป สร้างโดย Pichot

อัมพร โอตระกุล และคณะ. (2536) ได้ทำการศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตเมือง จำนวน 150 คน และเขตชนบท 350 คน โดยพัฒนาแบบสอบถาม QD₂ ของยุโรป ที่สร้างโดย Pichot ซึ่งคุณสมบัติของแบบสอบถามฉบับนี้ คือ มีค่าความเที่ยงตรงภายใน (internal consistency cronbach coefficient) เท่ากับ 0.9374 ทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยชาวอเมริกัน และมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 75 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 69.7 โดยมีจุดตัดของคะแนนที่ 22

4. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537) คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบัน ทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของ Yesavage และคณะ และอรรวรรณ ลีทองอินทร์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย การพัฒนาของกลุ่มนี้ให้ชื่อว่า Thai Geriatric

Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS ซึ่งมีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 ราย ทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายใน ด้วยวิธี KR₂₀ เท่ากับ 0.93

5. Geriatric depression scale ของ รวีวรรณ นีวาทพันธุ์ และคณะ

Nivataphand et al. (1995) ได้ทำการพัฒนา Geriatric depression scale ฉบับ 15 ข้อ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 60 คน ผู้สูงอายุปกติ 250 คน พบว่า แบบวัดมีความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .80 ค่า cutoff score มากกว่าหรือเท่ากับ 10 บ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้ารุนแรง ต้องได้รับการรักษา โดยจุดตัดนี้มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 95 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 99.2 ค่าการพยากรณ์บวก (positive predictive value) ร้อยละ 40.2 และค่าการพยากรณ์ลบ (negative predictive value) ร้อยละ 33.3

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ที่มีการพัฒนามาจากรูปแบบของต่างประเทศ เพื่อใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะใช้ในวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยที่แตกต่างกันไป การมีเครื่องมือวิจัยที่มีประโยชน์อย่างมากช่วยการศึกษาประชากรในกลุ่มใหญ่ เพราะว่าช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าได้รวดเร็วอีกด้วย

แบบสัมภาษณ์ Canberra Interview for the Elderly (CIE)

แบบสัมภาษณ์ Canberra Interview for the Elderly (CIE) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่ง Christensen และคณะ แห่งสถาบัน NH & MRC Social Psychiatry Research Unit. Australian National University.

(Christensen et al, 1992) ได้สร้างขึ้น ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ ICD-10 และ DSM-III-R เพื่อทำการศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม ในชุมชน

แบบสัมภาษณ์ CIE ประกอบด้วยข้อคำถามที่ปรากฏอยู่ในคอมพิวเตอร์ โดยผู้ทำการสัมภาษณ์จะเป็นบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ทางจิตเวช (lay interviewers) ที่ได้รับการฝึกอบรมในระยะสั้น โดยจะสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ตามข้อคำถามและคำตอบที่สร้างไว้ (structured interview) ข้อคำถามแบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และสัมภาษณ์ญาติผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแล ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง มีความชัดเจนไม่คลุมเครือ การสร้างข้อคำถามมีความเหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) และค่าความเที่ยงตรง (validity) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในแบบสัมภาษณ์ CIE ตามหลักเกณฑ์ ICD-10 สามารถวินิจฉัยโรค dementia, depressive episode, dysthymia ตามหลักเกณฑ์ DSM-III-R สามารถวินิจฉัยโรค dementia, amnestic syndrome, delirium, major depressive episode และ dysthymia ในการทดสอบประสิทธิภาพของแบบสัมภาษณ์จะใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล เนื่องจากจะมีอาการของโรคที่เด่นชัดกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้เลือกข้อคำถามในส่วนที่ใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามหลักเกณฑ์ DSM-III-R โดยจะประเมินอาการที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีการปรับปรุงข้อคำถามและคำตอบจากแบบสัมภาษณ์ฉบับเดิมที่มีโครงสร้างแน่นอน (Diagnostic test, structure interview) มาเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรค โดยใช้ในการสังเกตอาการผู้ป่วยประกอบด้วย (Observer scale; semi structured, goal directed interview) โดยยังมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และโครงสร้าง ตามหลัก DSM-III-R เช่นเดิม ทั้งนี้เพื่อความสะดวกต่อการนำไปใช้ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อดีของแบบสัมภาษณ์ Canberra Interview for the Elderly (CIE)

1. เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นใหม่ จากหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน คือ DSM-III-R และ ICD-10 มิใช่การนำเอาแบบสัมภาษณ์ที่สร้างมาก่อนมาปรับปรุงใช้
2. โปรแกรมคำถามของแบบสัมภาษณ์ CIE สามารถให้การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม (Dementia) และโรคซึมเศร้า (Major depression) ตามหลักเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-III-R ในแต่ละหลักเกณฑ์ได้ควบคู่กัน ซึ่งในแบบสัมภาษณ์อื่น ๆ จะสร้างแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าคนละส่วนกัน และในบางครั้งมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างกันด้วย
3. แบบสัมภาษณ์ CIE มีค่าความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ในเกณฑ์เป็นที่ยอมรับได้
4. แบบสัมภาษณ์ CIE เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีความละเอียด ชัดเจน ในทุกข้อคำถาม มีผลให้ความผิดพลาดจากการตัดสินใจจากผู้สัมภาษณ์ และผู้ตอบมีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย ซึ่งบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ทางจิตเวชที่ได้รับการฝึกอบรมให้เป็นผู้สัมภาษณ์ (lay interviewer) สามารถใช้แบบสัมภาษณ์นี้ได้ และมีความเหมาะสมที่จะใช้ศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคในชุมชน
5. แบบสัมภาษณ์ CIE มีความเหมาะสมที่จะใช้ศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้น

การทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

Christensen และคณะ (1992) ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ CIE ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรคโดยใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งผู้สัมภาษณ์เป็นบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ทางจิตเวชที่ได้รับการอบรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และมีประสบการณ์ทางการวิจัย จำนวน 4 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จำนวน 72 คน ด้วยวิธีการสอบซ้ำ (test-retest method) เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ยทั้งฉบับ 69 นาที ระยะเวลาที่ใช้ทั้งช่วงระหว่างการสัมภาษณ์ซ้ำ 2.8 วัน (1-14) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ได้ เป็นการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ pearson product moment correlation ซึ่งในส่วนของโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์ DSM-III-R มีค่าเท่ากับ 0.59

การทดสอบค่าความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์

Mackinnon และคณะ (1993). ได้หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ CIE โดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 75 คน อายุเฉลี่ย 80 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล โดยใช้วิธีหาค่าความเห็นพ้อง (agreement) ของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ระหว่างแพทย์ที่ทำการตรวจผู้สูงอายุครั้งแรก ซึ่งได้ข้อมูลจากการตรวจผู้ป่วย ชักประวัติจากญาติผู้ป่วย และผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ กับผลการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการวิจัย (research psychiatrist) นักจิตวิทยา (clinical psychologist) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางผู้สูงอายุ (geriatrician) ซึ่งได้รับข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ CIE ที่บุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ทางจิตเวช (lay interviewers) ได้ทำการสัมภาษณ์ไว้

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ค่าความเห็นพ้อง (agreement) ผลการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depression) ตามหลัก DSM-III-R อยู่ในเกณฑ์สูง ความเห็นพ้องในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (case agreement) อยู่ในเกณฑ์สูง และความเห็นพ้องในผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (non case agreement) อยู่ในเกณฑ์สูงด้วย เช่นเดียวกัน

การพัฒนาแบบสัมภาษณ์ CIE ในประเทศฝรั่งเศส

Mulligan et al (1994) ได้ทำการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ CIE ขึ้นใช้ในประเทศฝรั่งเศส โดยพัฒนาจากฉบับเดิม ที่สร้างโดย Christensen et al. (1992) ประเทศออสเตรเลีย โดยใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 และ DSM-III-R ซึ่งจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ (psychogeriatrician) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ (geriatrician) เป็นผู้แปลเป็นภาษาฝรั่งเศส และทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง นอกจากนี้ยังมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาเป็นผู้ทดลองสัมภาษณ์ โดยเลือกผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน พบว่า แบบสัมภาษณ์ที่ได้พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมด้านภาษากับผู้สูงอายุชาวฝรั่งเศส

การทดสอบค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ CIE ฉบับภาษาฝรั่งเศส

Mulligan et al. (1994) ได้ศึกษาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ CIE ในส่วนของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามหลัก DSM-III-R ในผู้สูงอายุชาวฝรั่งเศส จำนวน 43 คน อายุเฉลี่ย 78 ปี ที่มารับบริการให้คำปรึกษาคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย Geneva โดยใช้บุคคลธรรมดาเป็นผู้สัมภาษณ์ (lay interviewers) โดยวิธีการสัมภาษณ์ซ้ำ ซึ่งผู้ที่ทำการสัมภาษณ์ซ้ำจะเป็นผู้สัมภาษณ์คนใหม่ที่ไม่ทราบข้อมูลเดิม ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์เฉลี่ย (ทั้งฉบับ) เท่ากับ 64 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ซ้ำเฉลี่ยเท่ากับ 2.1 วัน ได้ค่าความเห็นพ้องของการวินิจฉัยโรค (kappa coefficient) เท่ากับ 0.58 โดยมีค่าความเห็นพ้องในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (case agreement) เท่ากับ 0.72 และมีค่าความเห็นพ้องในผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (non case agreement) เท่ากับ 0.86

ส่วนค่าความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ จะเป็นการทดสอบความเที่ยงตรงในการวินิจฉัยโรคจากแบบสัมภาษณ์ CIE ที่สัมภาษณ์โดยบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ทางจิตเวช (lay interviewers) เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ (psychogeriatrician) ในผู้สูงอายุชาวฝรั่งเศส จำนวน 60 คน ที่มารับบริการให้คำปรึกษาคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย Geneva โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ซ้ำเฉลี่ยเท่ากับ 1.6 วัน โดยได้ค่าความเห็นพ้องของการวินิจฉัยโรค (kappa coefficient) เท่ากับ 0.65 โดยมีค่าความเห็นพ้องในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (case agreement) เท่ากับ 0.76 และมีค่าความเห็นพ้องในผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (non case agreement) เท่ากับ 0.88

จะเห็นได้ว่า แบบสัมภาษณ์ CIE ที่พัฒนาขึ้นในประเทศฝรั่งเศส มีค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าฉบับเดิมที่สร้างขึ้นใช้ในประเทศออสเตรเลีย จากคุณสมบัติและรายละเอียดที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยมีความเห็นว่า แบบสัมภาษณ์ CIE เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีความเหมาะสมที่จะนำมาพัฒนา เพื่อใช้วินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุของประเทศไทย เพื่อประโยชน์ต่อการทำการวิจัย ค้นหาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในชุมชนมารับการ

รักษาให้ทันทั่วทั้งที่ และเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ในขั้นตอนการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัยเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ก่อนที่จะนำไปใช้จะต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นว่า เครื่องมือที่จะนำไปใช้มีคุณภาพดีอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับและเชื่อถือได้ วิธีการที่นิยมใช้ คือ การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (validity) และการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

คุณภาพด้านความเที่ยงตรง (validity)

การสร้างเครื่องมือวิจัย คุณภาพด้านความเที่ยงตรงจัดเป็นคุณสมบัติเบื้องต้นที่สำคัญที่สุดของเครื่องมือ คุณภาพด้านความเที่ยงตรง จะแสดงให้เห็นทราบว่า สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัด หรือต้องการศึกษาได้ถูกต้องและครบถ้วนเพียงใด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2536) ซึ่งความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้ จัดเป็นคุณสมบัติของการวัดหรือผลที่ได้จากการนำเครื่องมือนั้นไปใช้ เพราะเราไม่สามารถตรวจสอบได้ว่า เครื่องมือแต่ละชุดจะทำหน้าที่ได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด จนกว่าจะนำเครื่องมือนั้นไปใช้ เครื่องมือชุดหนึ่งอาจทำหน้าที่ได้ถูกต้องมาก สำหรับวัตถุประสงค์หนึ่ง แต่อาจทำหน้าที่ได้ถูกต้องน้อย หรือไม่ถูกต้องเลย สำหรับอีกวัตถุประสงค์หนึ่ง (นิยะดา จิตต์จรัส, 2534)

การหาคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการนำผลที่ได้จากเครื่องมือวิจัยไปใช้ในทางจิตวิทยา จะมีจุดประสงค์ของการวัดอยู่ 2 อย่าง (นิยะดา จิตต์จรัส, 2534) คือ

1. เป็นการวัดเพื่อบ่งชี้ปริมาณความมากน้อยของตัวแปรที่ทำการศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่ตัวแปร ก็คือ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการจะวัด การวัดลักษณะนี้จะต้องทราบพฤติกรรมนั้น ๆ ตามทฤษฎีที่ได้กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะต้องศึกษาหรือทำความเข้าใจให้แน่ชัดว่า ตามทฤษฎีระบุโครงสร้างของพฤติกรรมไว้อย่างไร และนิยามให้ชัดเจน แล้วจึงสร้างข้อคำถามให้ครอบคลุม

พฤติกรรมย่อย ๆ ตามที่ระบุไว้ในทฤษฎี เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน วิธีการเช่นนี้ เรียกว่า การทำให้เครื่องมือวิจัย มีความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) จะเป็นวิธีการที่ใช้สร้างเครื่องมือ เพื่อต้องการวัดปริมาณความมากน้อยของตัวแปรที่ศึกษา

วิธีการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือ

ก. ตรวจสอบโดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ โดยจะเน้นการตรวจสอบที่ ลักษณะพฤติกรรมของข้อคำถาม ซึ่งจะ เป็นวิธีที่ใช้กับเครื่องมือวิจัยที่วัดคุณลักษณะทางจิตวิทยา และทัศนคติต่าง ๆ

ข. ใช้วิธี Known group technique เป็นวิธีที่นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไป วัดกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงกับคุณลักษณะที่ต้องการศึกษา แล้วนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับผลของการวัดอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่ใช่คุณลักษณะตรงตามที่ศึกษา โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ คือ t-test แบบ Independent ซึ่งถ้าค่า t ที่คำนวณได้ มีนัยสำคัญทางสถิติ (อย่างต่ำที่ระดับนัย สำคัญ .05) แสดงว่าเครื่องมือนั้น มีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างสูง สามารถนำไปใช้วัด คุณลักษณะที่ต้องการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจริงได้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2536)

นอกจากนั้น ยังมีวิธีการอื่น ๆ อีกหลายวิธี ซึ่งขึ้นกับผู้วิจัยจะเลือกใช้ให้มีความหมายเหมาะสมกับตัวแปร และวัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคะแนนเป็นรายข้อ กับคะแนนทั้งฉบับ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ (Item-test correlation) หรือการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือที่สร้างขึ้นกับแบบทดสอบมาตรฐาน หรือการใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เป็นต้น

2. เป็นการวัดเพื่ออ้างถึงหรือทำนายตัวแปรเกณฑ์ การวัดลักษณะนี้ ผู้วิจัยมิได้สนใจ พฤติกรรมเป็นประการสำคัญ แต่จะเชื่อว่า ผลหรือคะแนนจากเครื่องมือวิจัยนี้ สามารถทำนาย เกณฑ์อันเป็นเป้าหมายที่แท้จริงที่สนใจจะทราบ เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องมือวิจัยทำหน้าที่ได้ตรง ตามเป้าหมาย จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบว่าคะแนนจากเครื่องมือวิจัยและ เกณฑ์มีความสัมพันธ์กันจริงหรือไม่ ซึ่งวิธีการนี้เรียกว่า การทำให้เครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (criteria related validity) โดยการหาค่าความเที่ยงตรงที่พิจารณาจาก พฤติกรรมของบุคคลที่ถูกทดสอบเป็นหลัก โดยอาศัยสภาพเวลาเป็นตัวเกณฑ์บ่งชี้ถึงความเที่ยงตรง แบ่งออกเป็น 2 วิธี (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2536) คือ

2.1 ความเที่ยงตรงตามสภาพ (Concurrent validity) เป็นความสอดคล้องของผลการวัดพฤติกรรมใด ๆ จากเครื่องมือที่สร้างขึ้นกับสภาพความเป็นจริงในขณะนั้น เครื่องมือใดก็ตาม ที่ให้ความสอดคล้องกับสภาพเป็นจริงในขณะนั้นมาก เครื่องมือนั้นก็มีความเที่ยงตรงตามสภาพสูง ซึ่งดูได้จากค่าความสัมพันธ์ของข้อมูล 2 ชุดนั้น

ข้อสังเกตเกี่ยวกับความเที่ยงตรงตามสภาพ คือ ความเที่ยงตรงตามสภาพ จะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับอำนาจการจำแนก (Discrimination power) ของเครื่องมือนั้น ๆ เครื่องมือที่มีค่าอำนาจจำแนกสูง จะทำให้เกิดความเที่ยงตรงตามสภาพสูงด้วย ดังนั้นการพิจารณาความเที่ยงตรงตามสภาพ จะต้องคำนึงถึงอำนาจจำแนกควบคู่กัน

2.2 ความเที่ยงตรงตามการพยากรณ์ (Predictive validity) เป็นความสอดคล้องของผลการวัดจากเครื่องมือที่สร้างขึ้นกับผลที่คาดการณ์ที่จะเกิดในอนาคต ซึ่งจะกำหนดเป็นช่วงยาวหรือสั้นก็ได้ แล้วนำผลการปฏิบัติกับผลที่ได้จากเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาหาความสัมพันธ์กัน โดยการพิจารณาใช้สหสัมพันธ์ ให้สอดคล้องกับชนิดของข้อมูล

นอกจากนี้ ความเที่ยงตรงของเครื่องมืออีกด้านหนึ่ง ที่มีความสำคัญคือ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ซึ่งเป็นการพิจารณาโดยใช้หลักเหตุผลของผู้รู้ว่า เนื้อหาของการวัด (items) ทั้งหมดในแบบสอบถาม เป็นตัวแทนของเนื้อหาทั้งหมดที่ต้องการศึกษา เกณฑ์ที่ใช้เปรียบเทียบ คือ เนื้อหาของสิ่งที่ต้องการศึกษา การหาความเที่ยงตรงทางด้านนี้ นิยมให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2536)

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ในการสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยจะต้องสร้างเครื่องมือมีคุณสมบัติความเที่ยงตรงในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความตรงในเรื่องที่ต้องการจะวัด เครื่องมือที่สร้างขึ้นจึงจะมีคุณภาพ แต่ในบางโอกาสการพัฒนาเครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับประชากรที่ศึกษาก็เป็นสิ่งที่น่าสนใจ เช่น แบบสัมภาษณ์ Diagnostic Interview Schedule ที่นำไปพัฒนาใช้กับประชากรหลาย ๆ ประเทศ (Robins et al, 1988) หรือแบบสัมภาษณ์ The Canberra Interview for the Elderly ที่ถูกสร้างขึ้นในประเทศออสเตรเลีย และนำไปพัฒนาใช้กับผู้สูงอายุฝรั่งเศส (Christensen et al, 1992; Mulligan et al, 1994)

สถิติที่ใช้ทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย

โดยส่วนใหญ่การวิจัยทางจิตเวช จะนิยมใช้ Cohen's kappa เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย (Shrout et al, 1987; Mackinnon et al, 1993; Mulligan et al, 1994) แต่ในบางงานวิจัยจะหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยการหาค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) โดยใช้จิตแพทย์เป็นการทดสอบมาตรฐาน (gold standard) (Robins et al, 1981; อัมพร โอตระกุล และคณะ, 2536)

การพิจารณาคุณภาพความเที่ยงตรง (validity) ในทางจิตเวช

ในการทำวิจัยในแต่ละเรื่อง ทุกขั้นตอนมีส่วนสำคัญทั้งสิ้น แต่ส่วนที่เป็นคุณสมบัติเบื้องต้น ก็คือ คุณสมบัติด้านความเที่ยงตรง โดยเฉพาะเครื่องมือวิจัย ถ้าเครื่องมือนั้นมีคุณสมบัติอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ไม่มีคุณสมบัติด้านความเที่ยงตรง ก็จัดว่าเครื่องมือนั้นขาดประสิทธิภาพ (Grove et al, 1983) ในงานวิจัยทางจิตเวชควรมีคุณภาพด้านความเที่ยงตรงอยู่ในขั้นตอนต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. การสร้างเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรงในเรื่องที่ต้องการจะวัด (Williams et al, 1980)
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลถูกต้อง ข้อมูลที่ได้มีความเที่ยงตรง ตรงตามสภาพความเป็นจริง โดยใช้วิธีการประเมินอาการจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ประกอบกับการสังเกต และซักถามรายละเอียดจากญาติที่ใกล้ชิด (Andreson et al, 1977; Mazure et al, 1986)
3. มีความเที่ยงตรงในการวินิจฉัยโรค สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง โดยเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือขึ้นใหม่เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค ค่าประสิทธิภาพของเครื่องมือ จะขึ้นกับความเที่ยงตรงในการเลือกใช้กลุ่มตัวอย่าง และความสามารถในการวินิจฉัยโรค เมื่อเทียบกับการทดสอบมาตรฐาน (gold standard) (Robins, 1985)

การทดสอบมาตรฐาน (gold standard) ในทางจิตเวชนิยมใช้จิตแพทย์ (Robins et al, 1981; อัมพร โอตระกุล และคณะ, 2536) แต่ในบางงานวิจัย มีข้อดกของการวิจัยคือ จะใช้ผลของคะแนนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ที่ได้คะแนนในแต่ละครั้งอยู่ในระดับสูง และมีค่าความสัมพันธ์ของผลคะแนนทั้ง 2 ครั้ง อยู่ในระดับสูง เป็นเกณฑ์การทดสอบ

มาตรฐาน โดยถือว่า ผู้ที่ได้คะแนนเช่นนี้ เป็นผู้ป่วยจริง (true case) (Rice et al, 1987)

จากที่กล่าวมา พิจารณาได้ว่า งานวิจัยทางวิชาการ ความเที่ยงตรงในทุกขั้นตอนมีส่วนสำคัญทั้งสิ้น และทุกงานวิจัยควรมีการวัดที่ตรง คือ การวัดที่ได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability)

เมื่อสร้างให้เครื่องมือมีความเที่ยงตรงในสิ่งที่ต้องการศึกษาแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย คือ ความถูกต้องของการวัดที่ไม่ว่าจะทำการวัดกี่ครั้ง ผลการวัดค่าคะแนนจริงที่ถูกต้อง จะให้ผลการวัดที่เท่าเดิม แต่การวัดทุกครั้งจะมีค่าความคลาดเคลื่อนรวมอยู่ด้วยเสมอ ซึ่ง ได้จากผลต่างของคะแนนที่วัดได้ และคะแนนจริง

ค่าความคลาดเคลื่อน ขึ้นกับความสามารถของเครื่องมือวิจัย และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เครื่องมือวิจัยทำการวัด ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนจริงในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกัน จะมีค่าความแปรปรวนของการกระจายน้อยกว่ากลุ่มที่มีคุณสมบัติแตกต่างกัน

การพิจารณาค่าความเชื่อมั่น ตามทฤษฎีจะพิจารณาที่ค่าความแปรปรวนของการกระจาย โดยคำนวณจากคะแนนที่ได้ในแต่ละคน ซึ่ง เกิดจากผลรวมของคะแนนจริง และคะแนนความคลาดเคลื่อน ทั้งนี้ความคลาดเคลื่อนในแต่ละคนเกิดจากผลรวมของความคลาดเคลื่อนทั้งหมดที่เกิดขึ้น ซึ่งมีได้หลายสาเหตุ (Magnusson, 1966) คือ

1. ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการวัด (Measurement Errors)

1.1 วิธีดำเนินการ (Administration)

เกิดจากวิธีดำเนินการใช้เครื่องมือวิจัย การชี้แจงรายละเอียดของการทำเครื่องมือ และสภาพสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่กำลังทดสอบ

1.2 ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการเดา (Guessing)

จะมีผลเมื่อเครื่องมือวิจัยเป็นชนิดมีคำตอบให้เลือกหลายข้อ หรือให้เลือกว่าถูกหรือผิด ซึ่งผู้ทำสามารถเดาคำตอบได้ โดยไม่ได้คิดหาคำตอบที่แท้จริง

1.3 ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพิจารณาให้คะแนน (Scoring)

การพิจารณาคะแนน ถ้าตัดสินใจให้คำตอบไม่ตรงกับความจริง จะมีผลทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ ซึ่งการให้คะแนนนี้จะขึ้นกับความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ การตัดสินใจของผู้วัด และเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละเครื่องมือวิจัย

2. ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากความไม่คงที่ของคะแนนจริงของผู้ถูกวัดในแต่ละคน (fluctuation)

การวัดในแต่ละครั้ง ผลการวัดของครั้งนั้น ๆ จะถือว่าดีที่สุด ซึ่งถ้ามีการวัดครั้งต่อไป ผลของความสัมพันธ์ของการวัดทั้ง 2 ครั้ง จะไม่เท่ากับ 1 เนื่องจากคะแนนความคลาดเคลื่อนจะเข้ามามีผลเกี่ยวข้อง ความไม่คงที่ของคะแนนจริง (fluctuation of true score) จะทำให้ผลการวัดมีความถูกต้องน้อยลงไป

3. ผลจากความจำ (Memory effects)

จะส่งผลโดยตรงต่อการวัดซ้ำ เนื่องจากผู้ถูกวัดจะจดจำการวัดครั้งแรกได้ และพยายามทำคะแนนให้ดีเหมือนเดิม จึงมีผลให้ผลการวัดออกมามีค่าสูง

วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในกรณีที่เครื่องมือมีองค์ประกอบที่ทดสอบแตกต่างกัน (Heterogeneous tests) และมีจุดประสงค์ของการวัดเพื่อวัดความถูกต้อง (Precision) และความคงที่ของคะแนนจริง (stability of true scores) วิธีการที่เหมาะสม คือ วิธีการสอบซ้ำ (test-retest method) ซึ่งความคลาดเคลื่อนทั้งหมดสามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$St^2 = S_T^2 + Se^2(m) + Se^2(adm) + Se^2(g) + Se^2(subj) + S_T^2(fl)$$

โดยที่ St^2 คือ ความแปรปรวนทั้งหมดของเครื่องมือวิจัย

S_T^2 คือ ความแปรปรวนจริง

$Se^2(m)$ คือ ความแปรปรวนที่มีผลมาจากความจำ

$Se^2(adm)$ คือ ความแปรปรวนที่เป็นผลมาจากการใช้เครื่องมือวิจัย

$Se^2(g)$ คือ ความแปรปรวนที่เป็นผลมาจากการเดา

$Se^2(\text{subj})$ คือ ความแปรปรวนที่เป็นผลมาจากผู้ใช้ให้คะแนน

$Se^2(\text{fl})$ คือ ความแปรปรวนที่เป็นผลมาจากผู้ถูกวัด

และเมื่อมีการวัดซ้ำ สมการที่ได้คือ

$$Se^2 = Se^2(\text{adm}) + Se^2(\text{g}) + Se^2(\text{subj}) + St^2(\text{fl})$$

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ

$$r_{tt} = \frac{1 - Se^2(\text{adm}) + Se^2(\text{g}) + Se^2(\text{subj}) + St^2(\text{fl})}{St^2}$$

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจะมีค่าสูงหรือต่ำ ขึ้นกับค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในสมการนี้

คุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคที่สร้างขึ้นใหม่

ในการสร้างเครื่องมือวินิจฉัยใด ๆ ก็ตาม จะต้องสร้างเครื่องมือให้มีความเที่ยงตรงตามสิ่งที่ต้องการศึกษา เมื่อนำไปทดลองใช้ เครื่องมือจะต้องมีค่าความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี ต่อจากนั้นจึงนำเครื่องมือที่มีคุณภาพไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป ในกรณีที่น่าเครื่องมือนั้นไปใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค จำเป็นต้องหาค่าประสิทธิภาพของเครื่องมือ ว่ามีความสามารถในการวินิจฉัยโรคได้ดีเพียงใด โดยมี gold standard เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้เปรียบเทียบผลการเปรียบเทียบอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของเครื่องมือใหม่และผลของการทดสอบมาตรฐาน โดยใช้ตาราง 2 x 2

		ผลของการทดสอบมาตรฐาน		
		เป็นโรค	ไม่เป็นโรค	
ผลการทดสอบใหม่	ผลบวก	True Positive (TP) a	False Positive (FP) b	TP + FP a+b
	ผลลบ	False Negative (FN) c	True Negative (TN) d	FN + TN c+d
		a+c TP+FN	b+d FP+TN	

จากตารางที่ 1 จะได้คุณสมบัติของการทดสอบใหม่ 4 ประการ คือ

- ก. ในเซลล์ a = ผลการทดสอบใหม่ให้ผลบวกในคนที่ เป็นโรค
= ผลบวกจริง (TP)
- ข. ในเซลล์ b = ผลการทดสอบใหม่ให้ผลบวกในคนที่ ไม่ เป็นโรค
= ผลบวกเท็จ (FP)
- ค. ในเซลล์ c = ผลการทดสอบใหม่ให้ผลลบในคนที่ เป็นโรค
= ผลลบเท็จ (FN)
- ง. ในเซลล์ d = ผลการทดสอบใหม่ให้ผลลบในคนที่ ไม่ เป็นโรค
= ผลลบจริง (TN)

จากคุณสมบัติที่กล่าวมา สามารถนำมาหาค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยโรคได้ดังนี้

1. ค่าความไวของแบบทดสอบ (sensitivity) หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่ตรวจพบได้ถูกต้อง จากการทดสอบ =
$$\frac{a}{a + c} \times 100$$

2. ค่าความจำเพาะของแบบทดสอบ (specificity) หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของบุคคลที่ปราศจากโรคที่ตรวจได้ถูกต้องจากการทดสอบ =
$$\frac{d}{b + d} \times 100$$

3. ค่าการคาดคะเนบวก (predictive positive value, PPV) หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของการทดสอบได้ผลบวกแล้วแล้วมีโอกาสเป็นโรค =
$$\frac{a}{a + b} \times 100$$

4. ค่าการคาดคะเนลบ (predictive negative value, NPV.) หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของการทดสอบได้ผลลบแล้วมีโอกาสไม่เป็นโรค =
$$\frac{d}{c + d} \times 100$$

ค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยโรคในทางจิตเวช นิยมใช้ทั้ง 4 ข้อที่กล่าวมา เพื่อใช้วัดความถูกต้องที่เที่ยงตรงในการวินิจฉัยโรค ซึ่งแต่ละค่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน (Faraone and Tsuang, 1994) และการทดสอบมาตรฐานที่ใช้ (gold standard) คือ จิตแพทย์ (Robins et al, 1981; อัมพร โอตระกูล และคณะ, 2536)

ผลของแบบทดสอบจะพิจารณาตัดสินได้ถูกต้อง คือ ทำการเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (gold standard) เมื่อแบบทดสอบสามารถให้ผลได้ถูกต้องว่า ผู้ถูกทดสอบเป็นโรค (TP) ส่วนใหญ่ผู้ที่ถูกทดสอบจะมีอาการอยู่ในขั้นรุนแรงมากกว่า อาการระดับปานกลาง อาการระดับรุนแรงจะมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่รุนแรงต่ำสุด จนถึงรุนแรงสูงสุด และมีคะแนนสูงกว่าค่า cut off point ที่ตั้งไว้ ถ้าค่าต่ำกว่า cut off point จะถือว่าเป็นปกติ (TN) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเด่นชัดอยู่บ้าง แต่คะแนนต่ำกว่า cut off point ผลของแบบทดสอบอาจจะทำให้เกิดค่าผลบวกเท็จ (FP) และผลลบเท็จ (FN) ซึ่งทั้งสองค่าจะส่งผลต่อค่าผลบวกจริง (TP) และผลลบจริง (TN) ด้วย (Robins, 1985)

ในทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีอาการไม่ครบตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค แต่มีอาการเด่นชัด โดยส่วนใหญ่จะไม่ให้การวินิจฉัย เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดผลบวกเท็จ (FP) แต่จะมีผลทำให้เพิ่มผลลบเท็จ (FN) ด้วยเช่นเดียวกัน การวินิจฉัยส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยงผลบวกเท็จ (FP) เท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งผลลบเท็จ (FN) จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น (Spitzer et al, 1978; Robins, 1985)

การลดผลบวกเท็จ (FP) และผลลบเท็จ (FN) ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้วินิจฉัย ซึ่งต้องพิจารณาว่าอาการอยู่ในระดับใด โดยใช้ระยะเวลาที่เกิดอาการ และควรมีการเปรียบเทียบอาการในปัจจุบันกับอาการในครั้งก่อนเพื่อเพิ่มความถูกต้องมากยิ่งขึ้น (Spitzer et al, 1978)

ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาการทางกายที่สามารถบังอารมณ์เศร้า จะมีผลทำให้ค่าคุณภาพของเครื่องมือเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจน สร้างความลังเลใจให้กับผู้วินิจฉัย (Henderson et al, 1983; Robins, 1985) ซึ่งถ้าเครื่องมือวิจัยนั้นวัดออกมาเป็นค่าความชุกของโรค จะมีผลทำให้ผลลัพธ์ที่ได้น้อยกว่าความเป็นจริง (Bukberg, Perman and Holland, 1984)

เมื่อพิจารณาค่าความไวของแบบทดสอบ (sensitivity) การเพิ่มค่าผลลบเท็จ (FN) จะทำให้ค่าความไวลดลง หรือการเพิ่มค่าผลบวกเท็จ (FP) จะทำให้ค่าความจำเพาะ (specificity) ลดลง การวินิจฉัยโรคที่พบได้น้อย จะมีค่าความจำเพาะสูง และค่าความจำเพาะจะเปลี่ยนแปลงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การค้นหาผู้ป่วยควรเลือกแบบทดสอบที่มีความไวสูง จะค้นหาโรคได้ดีกว่าค่าความไวต่ำ (ทัสสนี นุชประยูร และ เต็มศรี ชำนิจารกิจ, บรรณาธิการ, 2533)

จะอย่างไรก็ตาม การเลือกเครื่องมือวิจัยใดมาใช้ ต้องดูค่าคุณภาพของเครื่องมือในทุก ๆ ด้าน รวมถึงการพิจารณาลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ หากค่าคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือใดจะมีความเหมาะสมมากกว่ากัน ขึ้นกับผู้วิจัยที่จะเลือกนำมาใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในเรื่องนั้น ๆ (Robins, 1985)

สิ่งที่มีผลต่อความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) ของแบบทดสอบ

1. กลุ่มตัวอย่าง ค่าความไวแบบทดสอบ จะมีค่าสูงเมื่อทำการศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าความไวจะมีค่าต่ำ ถ้าทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชน ค่าความไวของแบบทดสอบของกลุ่มผู้ป่วยในจะสูงกว่า กลุ่มผู้ป่วยนอก (Robins, 1985) การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน จะมีผลให้ค่าความไวและความจำเพาะของแบบทดสอบมีค่าสูงขึ้น (อัมพร โอตระกูล และคณะ, 2536)

2. ค่าจุดตัดของแบบทดสอบ (cut off point) ในแต่ละหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจะมีความแตกต่างกัน มีผลให้ค่าคุณภาพของแบบทดสอบ มีความแตกต่าง สำหรับการศึกษานี้ ในชุมชน การใช้จุดตัดเพียงค่าเดียวอาจไม่เหมาะสม ควรมีการแบ่งกลุ่มให้ละเอียดขึ้นกว่าเดิม จะช่วยให้เรื่องผลของการศึกษาให้ใกล้เคียงความจริงได้ (Robins, 1985)

3. อาการแสดงของผู้ป่วยอาจมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน หรือชัดเจนแต่ไม่ครบตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่ใช้ จะมีผลต่อค่าคุณภาพของแบบทดสอบได้ (Feighner et al, 1972; Spitzer et al, 1978; Robins et al, 1981)

4. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมีอาการทางกายมาดบังอารมณ์-เศร้า จะทำให้ค่าผลลบเท็จ (FN) สูงขึ้น และส่งผลต่อค่าคุณภาพของเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้น (Henderson et al, 1983; Robins, 1985; Musetti et al, 1989)

5. ระยะเวลาที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ในแต่ละหลักเกณฑ์ ถ้าหลักเกณฑ์ใดใช้เวลา น้อยกว่าจะมีผลให้ค่าความไวของแบบทดสอบมีค่าสูงขึ้น (Anthony et al, 1985)

จะเห็นได้ว่า คุณภาพของแบบทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ขึ้นกับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ความเหมาะสมและค่าคุณภาพของเครื่องมือจะดีเพียงใด ขึ้นกับผู้วิจัยที่จะเลือกใช้วิธีใดในการศึกษา ผู้ที่จะนำเครื่องมือวิจัยแบบใดไปใช้ ควรศึกษาวิธีการพัฒนาของแต่ละเครื่องมือ เพื่อการเลือกใช้ที่ถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป