

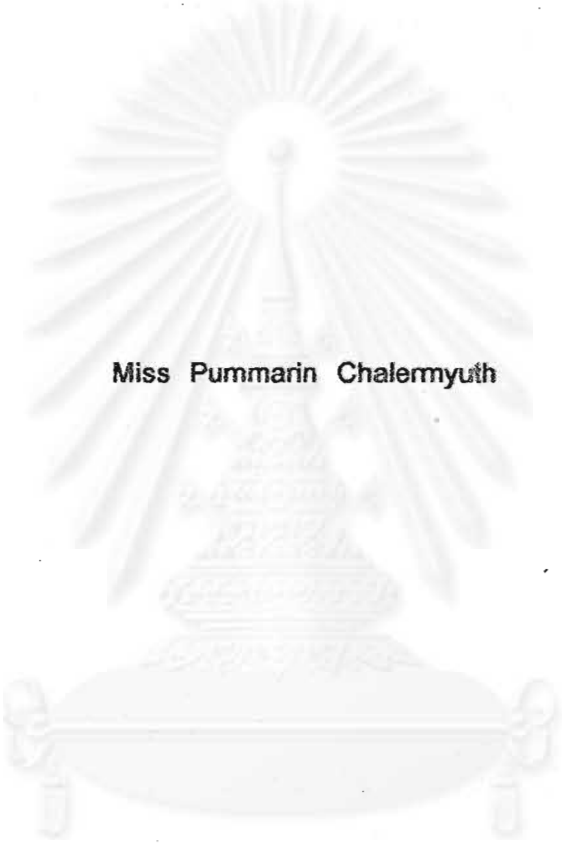
การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา



นางสาวภุมรินทร์ เจลิมยุทธ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2543
ISBN 974-13-0829-9
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SCREENING OF MENTAL HEALTH AMONG THE ELDERLY IN AYUTTHAYA PROVINCE



Miss Pummarin Chalemyuth

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974-13-0829-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา

โดย

นางสาว ภูมิรินทร์ เฉลิมยุทธ

ภาควิชา

จิตเวชศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวศพันธุ์

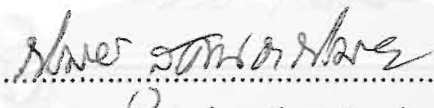
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต



.....คณะบดีคณะแพทยศาสตร์


(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



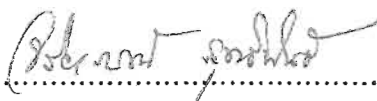
.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง)



.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวศพันธุ์)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยาภรณ์ สุทธิพันธ์)

ภุมรินทร์ เฉลิมยุทธ : การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
(SCREENING OF MENTAL HEALTH AMONG THE ELDERLY IN AYUTTHAYA
PROVINCE) อ. ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวศพันธุ์ ;
76 หน้า , ISBN 974-13-0829-9

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา อันประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับ
สมาชิกในครอบครัว การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพกาย โดยศึกษาจากกลุ่มตัว
ตัวอย่างในชุมชน ทั้งหมด 900 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใช้แบบคัดกรอง
ภาวะสุขภาพจิต The General Well-Being scadule (GWB) สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ และ chi-
square

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 36.6 มีภาวะ
ตึงเครียดปานกลาง และภาวะตึงเครียดรุนแรง ร้อยละ 36.2 และ 27.2 ตามลำดับ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
คือ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การพบปะบุคคลในวัยเดียวกันและ
ปัญหาสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .00 เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .006 และอาชีพปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .01

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2543

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4175238730 : MAJOR MENTAL HEALTH

Key words : MENTAL HEALTH / ELDERLY / AYUTTHAYA

PUMMARIN CHALERMYUTH : SCREENING OF MENTAL HEALTH
AMONG THE ELDERLY IN AYUTTHAYA PROVINCE, MD ; 76pp.
ISBN 974-13-0829-9

The purposes of this study were to evaluate mental health and factors related to mental health of the elderly in Ayutthaya province. Those factors were sex, age, marital status, current occupation, relationship with family members, relationship with peoples at the same age and physical health. The subjects used in this study were 900 elderly peoples who live in community in Ayutthaya province. The instrument in this study was The General Well-Being schedule (GWB). Percentage and mean were computed. The data were analyzed by chi-square

This study found that

1. 27.2 percent of the elderly in Ayutthaya province had severe distress 36.2 percent had moderate distress and 36.6 percent had positive well-being.
2. Relationship with family members , relationship with people at the same age and physical health were statistically significant related to mental health of the elderly in Ayutthaya province at $P = .00$ sex was statistically significant related to mental health of the elderly in Ayutthaya province at $P = .006$ and current occupation was statistically significant related to mental health of the elderly in Ayutthaya province at $P = .01$

Department Psychiatry

Field of study Mental Health

Academic Year 2000

Student's signature.....*Pummarin Chalermiyuth*.....

Advisor's signature.....*Sun*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิวิรรณ นิเวตพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ให้กำลังใจ และควบคุมผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จริยาภรณ์ สุทธิพันธ์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานและกรรมการสอบ พร้อมทั้ง ให้คำแนะนำและแก้ไขในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบคุณ อาจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล ที่กรุณาให้คำปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับ สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ชาวสุขภาพจิตทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจมาโดยตลอด และ เนื่องจากทุนวิจัยส่วนหนึ่งได้มาจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และบุคคลในครอบครัวทุกท่าน รวมทั้ง เครือญาติ ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

ภูมรินทร์ เจริญยุทธ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่	
1. บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามของการวิจัย	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตจำกัดของการศึกษา	3
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
ความหมายของสุขภาพจิต	6
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	8
ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	13
การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	22
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
3. วิธีดำเนินการวิจัย	28
รูปแบบการวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การวิเคราะห์ข้อมูล	31
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	33
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	47
สรุปผลการวิจัย	47
อภิปรายผลการวิจัย	53
ข้อเสนอแนะ	55
รายการอ้างอิง	56
ภาคผนวก	61
ประวัติผู้วิจัย	76



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร.....	34
2. แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม.....	35
3. แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางสุขภาพ.....	37
4. แสดงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	38
5. แสดงค่า Chi-Square, df และ p-value ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่กำหนดกับภาวะสุขภาพจิต.....	39
6. แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะสุขภาพจิต.....	40
7. แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะสุขภาพจิต.....	41
8. แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิต.....	42
9. แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพปัจจุบันกับภาวะสุขภาพจิต.....	43
10. แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิต.....	44
11. แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการพบปะบุคคลในวัยเดียวกันกับภาวะสุขภาพจิต.....	45
12. แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิต	46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rational)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก มีผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุโลกหรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2568 โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียจะเพิ่มจากร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2568 ด้วยเหตุนี้ กลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มสำคัญกลุ่มหนึ่งของโลก⁽¹⁾

จากรายงานข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทยของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้น จากการคาดหมายประชากรแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2538 มีประชากรสูงอายุชาย 4.8 ล้านคน หรือร้อยละ 8.11 ปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มเป็น 5.7 ล้านคน หรือร้อยละ 9.1 ปี พ.ศ. 2548 จะเพิ่มเป็น 6.6 ล้านคน หรือร้อยละ 10.2 และในปี พ.ศ. 2553 จะเพิ่มเป็น 7.6 ล้านคน หรือร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ ประชากรสูงอายุเพศหญิงจะมีจำนวนและร้อยละที่สูงกว่าประชากรสูงอายุเพศชายโดยมีความแตกต่างร้อยละ 1.2 - 1.9⁽²⁾

การเปลี่ยนแปลงของสภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วทำให้ประชาชนประสบปัญหาโรคจิตและโรคประสาทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความแปรปรวนทางจิต ทางอารมณ์ และความเครียด ซึ่งเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2539 - 2540 ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากการเผชิญกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อนในการหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายและการตกงาน ผู้สูงอายุก็เป็นหนึ่งในกลุ่มคนที่ต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าว นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอีกหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม⁽³⁾

ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยว่าเป็นอย่างไร ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นย่อมมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โรคภัยไข้เจ็บ และปัญหาของจิตใจ ดังนั้นการจัดระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญแม้โดยทฤษฎีและข้อมูลจากการวิจัยจะสรุปเป็นภาพรวมว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกายอันเนื่องจากการเสื่อมโทรมของร่างกาย และปัญหาสุขภาพจิตอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ หรือจากการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ก็ตาม ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะแตกต่างกันไปตามสังคมและวัฒนธรรมด้วย

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นจังหวัดในภาคกลางส่วนกลางที่มีอัตราการวัยละของผู้สูงอายุสูง จากข้อมูลประชากรของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ.2542 พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 83,168 คน จากประชากรทั้งหมด 540,369 คน⁽⁴⁾ และจังหวัดพระนครศรีอยุธยายังมีการขยายตัวทางภาคอุตสาหกรรมสูง โดยมีการตั้งนิคมอุตสาหกรรมและโรงงานอุตสาหกรรมขึ้นมากมายหลายแห่ง ทำให้ประชากรในวัยทำงานส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง อันอาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแลเอาใจใส่ จนส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research question)

1. ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีภาวะสุขภาพจิตอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขอบเขตในการทำวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ตัวแปรที่มุ่งศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

ตัวแปรต้น

- อายุ
- เพศ
- สถานภาพสมรส
- อาชีพปัจจุบัน
- ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว
- การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน
- ปัญหาสุขภาพกาย

ตัวแปรตาม

- ภาวะสุขภาพจิต

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในงานวิจัย (Operational Definition)

สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทางสุขภาพกายและจิต สามารถควบคุมตัวเองได้ดี โดยปราศจากความวิตกกังวลและความซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความตึงเครียดทางจิต ซึ่งวัดได้จากแบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต The General Well - Being Schedule (GWB)

ภาวะสุขภาพจิตดี หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีสุขภาพกายและจิตดี ควบคุมตัวเองได้ดี โดยปราศจากความวิตกกังวลและความซึมเศร้าโดยวัดจากแบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต GWB โดยทำคะแนนจากแบบคัดกรอง GWB ได้ตั้งแต่ 73 - 110 คะแนน

ภาวะตึงเครียดปานกลาง หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีสุขภาพกาย และ จิตไม่ค่อยดี มีความวิตกกังวล และความซึมเศร้า แต่ยังควบคุมตนเองได้ โดยทำคะแนนจากแบบคัดกรอง GWB ได้ตั้งแต่ 61 - 72 คะแนน

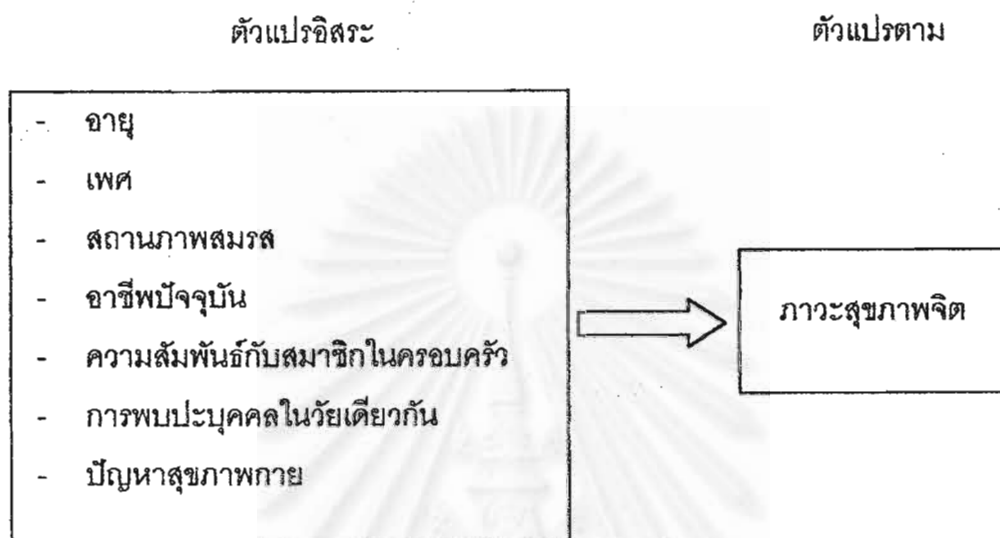
ภาวะตึงเครียดรุนแรง หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีสุขภาพกาย และ จิตไม่ดี มีความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ควบคุมตนเองไม่ได้ โดยทำคะแนนจากแบบคัดกรอง GWB ได้ตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. แสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในปัจจุบัน
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกัน แก้ไข และประเมินสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
3. เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องการจะศึกษาวิจัยต่อไป

กรอบแนวความคิด (Conceptual framework)



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1976) ⁽⁵⁾ ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขุมอย่างสุขสบายรวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยไม่มีความขัดแย้งภายในจิตใจ และมีได้หมายความรวมเฉพาะเพียงแค่ว่าปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (อ้างใน วารี นานา, 2543) ⁽⁶⁾ ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต คือ การประสบความสำเร็จในการทำงาน ความรัก และมีศักยภาพในการสร้างสรรค์เพื่อความสมบูรณ์และยืดหยุ่นต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างความต้องการภายในกับมโนธรรมสามารถยกย่องบุคคลอื่นและมีชีวิตอยู่ในโรคของความจริง

กระทรวงสาธารณสุข (อ้างใน ทวี ท้าวคำลือ) ⁽⁷⁾ ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต คือ สภาพจิตใจที่เป็นสุข เป็นสถานภาพของจิตใจที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สุขภาพจิตเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่จะแก้ปัญหาของตนในแบบฉบับอันตั้งอยู่บนรากฐานของความเป็นจริง โดยอยู่ในกรอบของธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของตน

ฝน แสงสิงแก้ว (2522) ⁽⁸⁾ กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพ และผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้สามารถปรับตนเองอยู่ได้ด้วยมีความสุขในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้นอกจากนี้ สุขภาพจิต อาจหมายถึง สภาพจิตใจที่มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหา และปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต

สุขภาพจิต หมายถึงภาวะที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางในการดำรงชีวิต และแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถทำตนให้เป็นประโยชน์โดยไม่สร้างปัญหาต่อสังคม

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

ได้มีผู้กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีหรือไม่นั้น พิจารณาได้ตามเกณฑ์ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์, 2543) ^(๑) ได้เสนอลักษณะความเป็นคนที่มีสุขภาพจิตที่ดีไว้ดังนี้

1. หากท่านสามารถรักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอมีปัญญาดีนตัวอยู่เสมอ และมีสติประกอบปัญญา มีความคิดเห็นกว้างขวาง มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นจริง และสามารถปรับตัวเข้ากับปัญหาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เรียบร้อย
2. หากท่านหาความพึงพอใจจากสังคมได้และขณะเดียวกันก็พยายามให้บริการแก่สังคมด้วย
3. หากท่านมีความพิการ เจ็บป่วยทางกาย อาจเป็นอุปสรรคไม่让您เลือกอาชีพที่พอใจได้ แต่ท่านก็อาจดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขสำเร็จ
4. หากท่านมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นดี มนุษย์สัมพันธ์นี้ยอมตั้งต้นมาจากภายในครอบครัวอันเป็นส่วนหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกนึกคิดต่อคนอื่นในทางที่ดี มีอนาคตที่ดี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2529) ^(๑) ได้กล่าวถึงผู้ที่มีสุขภาพจิตดีว่า หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะดังนี้

1. ไม่มีโรคทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. สามารถสร้างสัมพันธ์ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

3. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้ หรือสามารถทำประโยชน์แก่ตนเองและแก่ชุมชนได้ตามควรแก่สภาพของตน
3. สามารถปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

ของสุขภาพจิต (2529) (อ้างถึงใน จิววรรณ สัตยธรรม, 2541) ⁽¹⁰⁾ ได้กล่าวว่า ผู้มีสุขภาพจิตดีต้องมีลักษณะดังนี้

1. ไม่มีโรคทางร่างกายและจิตใจ
2. สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ พออยู่ได้ หรือสามารถทำประโยชน์แก่ตนเองและแก่ชุมชนได้ตามควรแก่สภาพของตน

ดังนั้น สุขภาพจิตที่ดี คือ ภาวะที่บุคคลมีความพึงพอใจกับสภาพที่ตนเองได้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการกระทำต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้ที่อยู่รอบตัวมีความสุข อ่อนโยนรับผู้อื่น และเป็นตัวของตัวเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ท้อแท้ ใช้สติปัญญาอย่างสุขุมเพื่อแก้ไขปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์ คิดถึงประโยชน์ในระยะยาวมากกว่าเฉพาะหน้า

ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ได้ยึดเอาความยืดยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น โดยที่ประชุมขององค์การอนามัยโลกที่เมือง Kive ประเทศรัสเซีย ปี 1963 ได้กำหนดว่าวัยสูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 – 74 และวัยชรา คือ ผู้มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (จันทร์ฉาย ฉายากุล, 2538) ⁽¹¹⁾

แอนเดอร์สัน (Anderson, 1971 : 20) ⁽¹²⁾ ได้กล่าวว่า ความชราเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพหรือบทบาทใหม่ในสังคม

ฝน แสงสิงแก้ว (2526 : 66)⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา และกำหนดเกณฑ์ปลดเกษียณจากราชการ คือ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นการเริ่มต้นของวัยชรา

บรรลุ ศิริพานิช (2526)⁽¹⁴⁾ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทิน ซึ่งเน้นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง

สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยถือเกณฑ์ของมติที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งโลก (World Assembly on Aging) ว่าอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง โดยนับอายุตามปฏิทิน เป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ (ทิพากร ปัญญาใหญ่ วัชณี หัตถกพนม และละเจียด ปัญญาใหญ่, 2539 : 8 อ้างอิงมาจาก สุรกุล เจนอบรม, 2534)⁽¹⁵⁾

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปีปฏิทิน เป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมทั้งด้านร่างกายและสังคม

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

นักทฤษฎีกล่าวถึงความมีอายุในแง่ต่างๆกันทั้งในด้านชีวภาพและสังคมในที่นี้จะขอกล่าวถึงทฤษฎีของความมีอายุดังนี้⁽¹⁶⁾

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) กล่าวว่าคนเป็นสิ่งทีวิวัฒนาการอยู่เสมอ เป็นไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อความอยู่รอด
2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biologic Theory) ทฤษฎีเชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 อย่างคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเอง และองค์ประกอบอื่นที่ไม่ใช่เซลล์ ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยทฤษฎีย่อยได้แก่

2.6 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการใช้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ จะทำให้เกิด เติคัลอิสระ (Free Radical) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้น โดยการฉายรังสี แต่มีสารที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเติคัลอิสระ ได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ นอกจากนั้น พวกวิตามินเอ วิตามินซี และในอาซีน ยังช่วยจับสารเติคัลอิสระอีกด้วย

2.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress adaptation Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

จากทฤษฎีดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า ทฤษฎีความสูงอายุในแง่ชีววิทยามีความคล้ายคลึงกัน คือ พยายามอธิบายว่า สาเหตุแห่งความชราเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในและไม่สามารถอธิบายเพียงทฤษฎีเดียวได้ ต้องอาศัยหลายทฤษฎี จึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ซับซ้อนเกี่ยวกับความชราภาพของมนุษย์ได้

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ⁽¹⁶⁾ ทฤษฎีทางจิตวิทยามี 2 ทฤษฎี

3.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น

3.2 ทฤษฎีเชาว์ปัญญา (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการมีอายุว่ามีผลต่อการถดถอยของเชาว์ปัญญาซึ่งจะแตกต่างกันในผู้สูงอายุแต่ละคน

4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่มีผู้ศึกษาและรวบรวมไว้มี 5 ทฤษฎีดังนี้ ^(16,17)

4.1 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้ให้แนวคิดว่าการปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุ น่าจะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีบทบาท คือ บุคคลผู้นั้นจะรับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตามตลอดชั่วชีวิตของเขา เช่น บทบาทการเป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา ฯลฯ ความเป็นอยู่ของบุคคลจะถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบบุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและดีเพียงใดขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนต่อบทบาทหน้าที่ตนกำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยที่อายุจะเป็น

องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการที่จะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง อันจะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมที่กำลังจะมาถึง หรือกำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต

4.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่ทำให้มองเห็นภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น ผลสรุปของทฤษฎีกิจกรรมแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอ ๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง และมีภารกิจอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ใดๆ มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก และชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุยังเป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้ายและการเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน กล่าวโดยสรุปทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น การมีงานอดิเรกทำหรือการเป็นสมาชิกกลุ่ม กิจกรรม สมาคม ชมรม เป็นต้น

4.3 ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้ระบุว่า เป็นเรื่องธรรมดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคม เมื่อตนเองเข้าสู่วัยสูงอายุผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงนี้จากความกดดัน และความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าคุณมีความสามารถลดลง นอกจากนี้ทฤษฎีการแยกตนเองเชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและบทบาททางสังคมนั้นเป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนเอง ให้แก่ คนหนุ่มสาว หรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า ทฤษฎีนี้มีความเห็นว่าตามปกติแล้วผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมให้น้อยลงในขณะที่จะปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการของการเป็นผู้สูงอายุ

4.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุอีกทฤษฎีหนึ่ง ตามแนวคิดทฤษฎีนี้ระบุว่าผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาทสังคมใดมาทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสียไป และพยายามปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

4.5 ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age stratification Theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดภายในกลุ่มอายุระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ทฤษฎีนี้ถือว่าอายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ เป็นต้น ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุจากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

จากการที่ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุ สรุปได้ดังนี้คือ ทฤษฎีที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุมี 3 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งทฤษฎีแต่ละกลุ่มก็จะมีมีความสำคัญที่แตกต่างกันไป เช่น ทฤษฎีทางชีววิทยาก็จะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะเกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นลักษณะของการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ เป็นต้น ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุราชการ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมและชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ เป็นต้น⁽³⁾

ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ สถานะทางสุขภาพจิตผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ

1. ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละคน การเตรียมตัว เตรียมใจให้พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของชีวิต เช่น ยอมรับความร่วงโรยของสังขาร ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่เชื่องช้า บางทีสับสน การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เกิดขึ้นค่อนข้างมาก และรวดเร็ว เช่น การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงจากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้อาศัย ให้บุตรหลานมาเป็นผู้นำครอบครัว การมีรายได้ลดลง การตายจากของคู่ครอง ฯลฯ เหล่านี้เป็นต้น

2. ทักษะคติของสังคมต่อคนวัยสูงอายุ ท่าทีของสังคมแวดล้อม มีอิทธิพลต่อความทุกข์สุขของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การปฏิบัติต่อคนสูงอายุด้วยความเคารพนับถือ มีความสำคัญยิ่งกว่าการให้ทางวัตถุสิ่งของเป็นอย่างมาก

ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ปัญหาด้านร่างกายเป็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย โดยผู้สูงอายุส่วนมากมักจะคิดว่าร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย จึงไม่คิดจะป้องกันโรคภัยไข้เจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ควบคุมได้โดยการปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งการปฏิบัติตนดังกล่าวจะเป็นการป้องกันหรือชะลออาการเกิดของโรคต่าง ๆ ได้

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุของผู้ที่ทำงานราชการ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มาจาก การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบความลำบากในเรื่องที่อยู่อาศัย อาหารการกินและทำให้ส่งผลไปถึงปัญหาสุขภาพ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัว และทำให้ชีวิตไม่มีความสุข สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจมักจะเป็นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้สมรรถภาพในด้านต่าง ๆ เสื่อมลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียที่สำคัญ มีการสูญเสียของคู่ครอง บุตร พี่น้อง และเพื่อนสนิท การเกษียณอายุราชการ และสาเหตุที่สำคัญ คือ การมีทัศนคติในทางลบต่อการเป็นผู้สูงอายุเอง คิดว่าตนเองเป็นผู้อ่อนแอ ไร้ค่า มีความคิดเก่า ๆ ไม่ทันสมัย ไร้สมรรถภาพ ฯลฯ

ความผิดปกติทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุ เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบได้ไม่น้อย โดยเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ จันทรเพ็ญ เนียมอินทร์ (2539)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า สามารถจำแนกตามกลุ่มต้นเหตุได้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตใจ และอารมณ์

ความผิดปกติของจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถสร้างปัญหาทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุได้มาก ความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจำต้องจำแนกให้ชัดเจน เพราะบางลักษณะเป็นความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นได้ตามวัย โดยมีได้บ่งชี้ว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ แต่มีลักษณะเหมือนกับมีความเจ็บป่วยทางจิต จนบางคนคิดว่าเป็นโรคจิต ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยคือ ความเครียด

ความเครียด (Stress) คือ ความรู้สึกที่ร่างกายและจิตใจได้รับจากการไม่สามารถปรับตนเองให้สามารถรับเหตุการณ์ที่รบกวนร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุก็เหมือนกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับวัยอื่น ๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (จงกล แพ้น้อย, 2541)⁽¹⁹⁾ ผลของความเครียดสามารถก่อปัญหาทางจิตใจได้ดังนี้

ความเครียดทางร่างกาย (Physical Stress) แบ่งตามปฏิกิริยาตอบสนองเป็น 2 ชนิดคือ

ก. ความเครียดฉุกเฉิน (Emergency Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เนื่องจากความเจ็บป่วยกระทันหันหรืออุบัติเหตุ ซึ่งความเครียดทางร่างกายเหล่านี้ ผู้สูงอายุมีโอกาสประสบและเป็นปัญหาได้มากกว่าวัยอื่น ๆ

ข. ความเครียดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวยาวนานทำให้เกิดความท้อถอยและมีปัญหาในการปรับตัวตามมา

ความเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องตอบสนองกับสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา เช่น การสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันที่จะต้องยอมรับและปรับตัวให้ได้ ความเครียดทางจิตใจนี้ต้องใช้กำลังใจอย่างมากในการปรับตัว สาเหตุของความเครียดอาจเกิดขึ้นได้จากสภาวะในร่างกาย และสิ่งแวดล้อมภายนอกของคน คือ

การสูญเสียที่เกิดขึ้นกับวัยผู้สูงอายุ มีอิทธิพลที่จะก่อปัญหาทางสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ชาติที่พึ่ง ไม่มีเพื่อน และร่างกายอ่อนแอ มี

แนวโน้มที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความพร้อมและสมบูรณ์ เพราะขาดการ
 คำจุนทางจิตใจ พื้นฐานทางจิตใจไม่มั่นคง เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบที่ตนเองต้องสู้ และปรับตัว
 อย่างกระทันหันทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้จนเกิดเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้น การสูญเสียที่
 สามารถสร้างปัญหาทางจิตใจขึ้นมาได้นั้นมีหลายประการได้แก่

1. การสูญเสียสมรรถภาพ เนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย การเสื่อมสภาพตามวัย
 การคิด การเรียนรู้ การทำความเข้าใจ และการตอบสนองช้าลงไปกว่าเดิม จำไม่ค่อยได้ ขาดความ
 คล่องแคล่วว่องไว ลักษณะความคล่องตัวจะต่างจากที่เคยมีมาก่อนมาก สร้างความคับข้องใจ
 และขัดใจผู้สูงอายุในขณะที่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน

2. การสูญเสียบทบาททางสังคม การสูญเสียบทบาทการเป็นผู้นำ การพ้นจาก
 ตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลงต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ที่ต้องใช้เวลาในการ
 เตรียมและปรับตัว

3. การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ความคิด
 การเลี้ยงดูตนเอง

4. การสูญเสียบุคคลที่รัก เช่น คู่สมรส ญาติ และเพื่อน ด้วยการตายจาก

5. การสูญเสียสุขภาพ เนื่องจากเสื่อมสภาพตามวัย และสูญเสียความสวยงามหรือ
 ความสง่างามที่เคยมีมาก่อน

6. การตาย เมื่อมีอายุมากขึ้นเท่าไรก็นับว่าเดินใกล้ความตายมากขึ้น การตาย
 จึงเป็นความเครียดชนิดหนึ่งของผู้สูงอายุ ซึ่งมีไม่น้อยทีเดียวที่กลัวความตาย ลักษณะการแสดง
 ออกและความรุนแรงของการกลัวตายจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ การศึกษา วัฒนธรรม และบุคลิกภาพ
 ของแต่ละบุคคล

ความเครียดทางสังคม (Social Stress) นอกจากความเสื่อมทางร่างกายและ
 ความเครียดทางจิตใจ จะเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตแล้ว ความเครียดทางสังคมก็เป็น
 สาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสโดยตรงกับการครอง
 ชีวิตของคน ปฏิกริยาของสังคมจะมีอิทธิพลต่อสภาวะการปรับตัว และปัญหาสุขภาพความเครียด
 ของสังคมที่เกิดต่อตัวบุคคล อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

สภาพความเครียดทางสังคมของผู้สูงอายุที่จะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญมีดังนี้คือ

1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม เดิมครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน อยู่ในฐานะควรแก่การเคารพบูชาและการยอมรับนับถือ เมื่อรูปแบบของสังคมเปลี่ยนไปในลักษณะของสังคมอุตสาหกรรมที่ต่างมองเห็นแต่ประโยชน์ตนเอง การแข่งขันมีมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกัน ลดลง ผู้สูงอายุไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรม การเรียนรู้ของชนรุ่นใหม่อส่วนใหญ่สามารถหามาได้จากสังคมภายนอก ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญไป การยอมรับการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ ก็ขาดความสนใจของลูกหลานไปด้วย ในที่สุดผู้สูงอายุเมื่อแก่ตัวลงก็จะพบกับความโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งทางใจ ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต

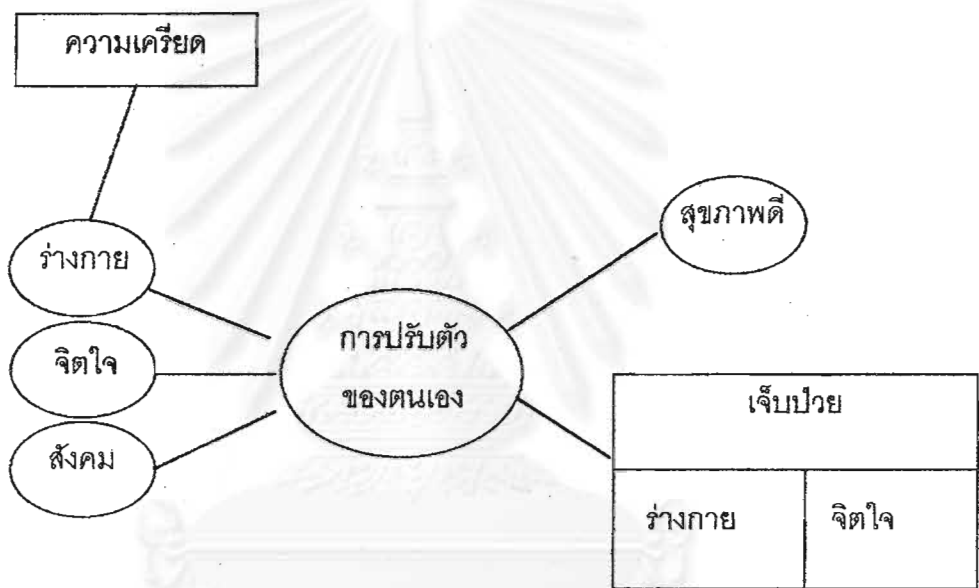
2. ความคับข้องใจทางสังคม การเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่าจะเป็นผู้ขาดสมรรถภาพ ทั้งปวง หรือปลดระวางจากงานต่าง ๆ แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น ดังนั้น การปลดเกษียณก็ดี หรือการที่ถูกหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้หยุดรับผิดชอบในภาระต่าง ๆ ทางสังคม ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ผู้สูงอายุจะรู้สึกน้อยใจและเสียใจ การพิจารณาประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุ และมอบภาระกิจให้ทำต่อเท่าที่พอจะเป็นได้ จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตแล้วผู้สูงอายุจะค่อย ๆ รับสภาพตนเองได้ในที่สุด

3. การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน จะเปลี่ยนไป การรับมอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลงตามลำดับ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพถดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

4. การยอมรับของครอบครัว ในสภาพสังคมใหม่ และค่านิยมของคนรุ่นใหม่ กับความกตัญญูที่พึงมีแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะพ่อแม่ ในปัจจุบันเริ่มเสื่อมถอยลง บุตรหลานและคนในครอบครัวจะมองไม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุเนื่องจากไม่สามารถหาเงินมาจุนเจือครอบครัวได้มากอย่างแต่ก่อน ไม่สามารถทำงานได้คล่องตัวเหมือนเดิม ในบางครั้งยังมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เริ่มเห็นว่าผู้สูงอายุกำลังเป็นภาระและความรับผิดชอบส่วนเกินของครอบครัวถึงกันที่จะเลี้ยงดู ต่าง

อ้างแต่ภารกิจของตนเองเป็นหลัก ในที่สุดผู้สูงอายุก็ถูกผลักไสออกจากครอบครัว มีไม่น้อยที่ต้องไปพึ่งสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้อาจทำให้มีปัญหาทางจิตใจเกิดขึ้น

ในขณะที่มีความเครียดไม่ว่าจะสืบเนื่องมาจากร่างกาย จิตใจ หรือสังคมก็ตาม คนจะปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล เพื่อให้สามารถคุมสภาพปัญหาความเครียดได้ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วย และคงความมีสุขภาพดี แต่ถ้าการปรับตัวนั้นไม่สมดุล โอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังภาพประกอบ (เกษม ตันติมลลาชีวะ และ กุลยา ตันติมลลาชีวะ.2528 : 82)⁽²⁰⁾



ภาพประกอบ ความเครียดกับการปรับตัวของคน

ปกติแล้วคนเราจะใช้วิธีการปรับตัว เมื่อเกิดความเครียดทางจิตใจต่างกันด้วยการ รับรู้ และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ยอมรับความจริงแล้วปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อเห็นว่าไม่ขัดกับความรู้สึกของตน และสังคมส่วนใหญ่ก็ยอมรับ ซึ่งเป็นการลดความเครียดของจิตใจ การไม่ยอมรับ จะสร้างความคับข้องใจ ทำให้เครียดมากขึ้น จนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต

ความวิตกกังวล (Anxiety) คือภาวะที่มีความตึงเครียดระแวดระวังหรือตื่นตระหนกกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป จะผิดปกติก็ต่อเมื่อมีความวิตกกังวล มี

มากจนทำให้กิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปในทางลดลง ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ขาดความสุข

ความวิตกกังวล เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวให้เข้ากับ ความเครียดทางจิตสรีระวิทยาของคน ลักษณะการปรับตัวทำให้เกิดความไม่สบายในจิตใจ มีความผิดปกติทางร่างกาย มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น เพื่อที่จะสู้หรือถอยหนีความเครียดนั้น ๆ

ความซึมเศร้า (Depression)

ความซึมเศร้า (Depression) คือ ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึก ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนิตนเอง

ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มที่จะเป็นได้มาก เพราะสาเหตุของอาการซึมเศร้า จะเกี่ยวเนื่องกับประสบการณ์ชีวิตที่ผู้สูงอายุได้พบ กล่าวคือ

1. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดคนยอมรับ ขาดผู้ดูแล มักพบใน ผู้สูงอายุที่เคยมีฐานะดี มีความสุขมาก่อน แต่ผู้สูงอายุที่เคยเผชิญกับความทุกข์และยากจนมา ก่อนจะพบได้น้อย
2. การสูญเสีย เช่น เสียคู่สมรส เพื่อน ญาติ เสียสมรรถภาพและความสามารถที่เคยมี ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หรือความเจ็บป่วย
3. เกิดการขัดสนด้านการเงิน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในการใช้ จ่ายได้ตามปกติ
4. มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่เรื้อรังหรือรุนแรง
5. ได้รับยาบางอย่างที่เมื่อใช้นาน ๆ แล้วทำให้เกิดมีอาการซึมเศร้าได้ เช่น ยาลด ความดัน

กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมอง (Organic brain syndromes)

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบอันเกิดจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมองซึ่งทำให้ผู้ สูงอายุสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้และความเข้าใจ ความรุนแรงของอาการจะขึ้นอยู่กับ ระดับความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมองที่เกิดจากการตายของเซลล์สมองเอง หรือจากการที่เนื้อเยื่อ

สมองมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอ อาการเริ่มแรก ผู้ป่วยจะจำวัน เวลาไม่ได้ ความจำเสื่อม ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาลดลง สูญเสียการปรับตัวและการตัดสินใจ อาการแสดงออกในบางครั้งจะเกิดเฉพาะอาการเสื่อมของความจำเท่านั้น แต่ในบางครั้งอาจจะเกิดร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรม หรืออาการทางจิตอื่น ๆ ด้วย ถ้ามีอาการแสดงออกเป็นครั้งคราว เรียกว่าเป็นชนิดเฉียบพลัน แต่ถ้าอาการแสดงนั้นเป็นอาการถาวรเรื้อรัง ซึ่งหมายถึงว่ามีภาวะเยื่อสมองเสื่อมมาก กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อมนี้สำหรับผู้สูงอายุ มีอยู่ 3 ลักษณะคือ

1. สมองเสื่อม (Dementia)

สมองเสื่อมเป็นอาการของโรคที่มีสาเหตุต่าง ๆ กัน ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่สามารถหาสาเหตุได้และที่ยังไม่ทราบสาเหตุ พยาธิสภาพของโรคส่วนใหญ่อยู่ที่สมอง มีผู้ให้ความหมายของสมองเสื่อมไว้หลายท่านดังนี้

ปริธา ศตวรรษธำรง (2534 : 1) (อ้างถึงใน นาดยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2543) ⁽³⁾ อธิบายภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นความผิดปกติทางจิตใจ และพฤติกรรมที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงหรือมีพยาธิสภาพที่ระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการที่สำคัญคือ มีความบกพร่องของความจำ ทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว ความบกพร่องของเชาวน์ปัญญา ความคิด การตัดสินใจ ความบกพร่องในการทำงานของสมองส่วนที่เป็นเปลือกหุ้มสมองส่วนบนสุดของสมอง มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป อาการอาจเกิดขึ้นทันทีหรือเกิดขึ้นอย่างถาวรเรื้อรัง

กัมมันต์ พันธุมจินดา (2540 : 29) ⁽²¹⁾ อธิบายกลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia syndrome) ว่าเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองในส่วนของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่สำคัญคือ มีอาการ ผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมองหลาย ๆ ส่วน เช่น ความจำไม่ดี อารมณ์เปลี่ยนแปลง การใช้ภาษาผิดปกติไป ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานของเปลือกสมองเสียไปอย่างกระจัดกระจาย โดยทั่วไปแล้วกลุ่มอาการสมองเสื่อมมักจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มอาการสมองเสื่อมมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งจะต้องแยกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีได้เกิดจากโรค อย่างไรก็ตามกลุ่มอาการสมองเสื่อมก็อาจเกิดในผู้ป่วยอายุน้อยได้เช่นกัน

สมองเสื่อมเป็นอาการที่เกิดจากเนื้อเยื่อสมองเสื่อมหน้าที่ ผู้ป่วยจะมีอาการสับสนรุนแรง ความคิด ความจำ การเรียนรู้และความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว สติเลอะเลือนอาการ

แสดงจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ในระยะต้นของโรคสมองเสื่อมแม้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป แต่ก็ยังคงสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมได้

การลืมง่าย เป็นอาการแสดงระยะเริ่มแรก ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจ และความเข้าใจ แต่พฤติกรรมอื่น ๆ ยังเป็นปกติ อาการจะปรากฏนานเป็นเดือน เป็นปี เมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีความผิดปกติของพฤติกรรมตามมา เช่น ขาดสติ สับสน ทำอะไรไม่รู้ตัว จำความไม่ได้ อาการเด่นของโรคนี้คือ ความจำเสื่อม เช่น กินข้าวแล้วบอกว่าไม่ได้กิน ดื่มน้ำ ทำตามใจตน ไม่รับฟังเหตุผล ไม่ร่วมมือ ไม่ยอมนอน ไม่อาบน้ำ บางครั้งพูดพึมพำ เลียนคำพูด พูดซ้ำ ๆ

จากข้อความที่เกี่ยวกับสมองเสื่อม สามารถสรุปได้ดังนี้คือ เป็นกลุ่มอาการและโรคของความผิดปกติทางจิตใจ และพฤติกรรมที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่ระบบประสาทส่วนกลาง ลักษณะอาการที่สำคัญคือ มีความบกพร่องของความจำ ทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว ความบกพร่องของเซาร์ปัญญา ความคิด การตัดสินใจ ความบกพร่องในหน้าที่การทำงานของสมองส่วนที่เป็นเปลือกหุ้มสมองส่วนบนสุดของสมอง เช่น ความผิดปกติในการพูด การใช้ภาษา การเคลื่อนไหว การรับรู้ ความคิดสร้างสรรค์ หรือมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ความผิดปกติเหล่านี้จะต้องรุนแรงพอที่จะทำให้เกิดความเสียหายต่อการปฏิบัติ หรือต่อสังคม หรือต่อบุคคลอื่น อาการที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวทันทีหรือเกิดขึ้นอย่างถาวรเรื้อรัง

2. อาการเพ้อคลั่ง (Delirium)

อาการเพ้อคลั่ง เป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ทุกวัย สาเหตุเนื่องจากสมองสูญเสียหน้าที่การทำงานไปชั่วคราว อาจจะมีปรากฏขึ้นทันทีทันใดและคงที่ โดยเกิดเป็นช่วงสั้น ๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือนานถึง 2-3 วัน ลักษณะอาการจะเริ่มจากครุ่นสติไม่อยู่ ความจำเสีย พฤติกรรมผิดปกติ ประสาทหลอนและแปรภาพผิด

สาเหตุของอาการเพ้อคลั่งอาจเกิดจากโรคทางกายใดที่มีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง เช่น ไข้สูง ได้รับสารพิษ พิษจากสุรา ความไม่สมดุลของภาวะกรดต่างในร่างกาย อาการเพ้อคลั่งนี้พบได้ง่ายในวัยผู้สูงอายุ

3. อาการหลงลืม (Amnestic Syndrome)

ลักษณะเด่นของกลุ่มอาการหลงลืม คือ ความจำในเรื่องปัจจุบัน (Shortern Memory) เสียไปไม่สามารถจะเก็บหรือจดจำเนื้อหา และเรื่องราวที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ได้ ขาดความคิดริเริ่ม สาเหตุของโรคส่วนใหญ่เกิดจากการขาดไทอามิน เนื่องจากพิษสุรา หรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้สมองเสื่อมหน้าที่ การรักษาจะเป็นไปตามสาเหตุ พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยสามารถจะมีอาการดีขึ้นได้เอง แต่ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์ หรือเป็นปี แต่ทั้งนี้ต้องมีไม่เกิดจากเซลล์สมองเสื่อม

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คือ การลดหรือปรับสภาพความกดดันต่าง ๆ เหล่านั้น ให้มีความรุนแรงในระดับต่ำพอที่จิตใจจะสามารถทนทานได้ โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา มีอาการหรือโรคทางจิต ซึ่งมักเน้นในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้มีปัจจัยบางประการ ซึ่งถ้าได้รับความกระทบกระเทือนจะมีโอกาสเจ็บป่วยทางจิตประสาทมากกว่ากลุ่มปกติ ฉะนั้นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิต

แนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์ (2539 : 35)⁽¹⁶⁾ ได้กล่าวถึงแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุว่ามีหลักการใหญ่ ๆ มี 3 ทางคือ

1. การผดุง คือ ผดุงร่างกายและจิตใจให้คงสภาพดีที่สุด หรือการลดความเสี่ยงนั้นเอง โดยยึดหลักมีการพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสม เช่น การมีสิ่งสนใจทำหรือมีงานอดิเรก มีเพื่อนวัยเดียวกันและเพื่อนต่างวัย การมีอาหารการกินที่เหมาะสม คือ เป็นอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะกับร่างกายของคนสูงอายุ ได้แก่ อาหารที่ย่อยง่าย มีแป้ง และไขมันต่ำ มีโปรตีนแต่พอประมาณ ควรเป็นอาหารพวกผัก และผลไม้ส่วนใหญ่ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย คือ เป็นการออกกำลังกายที่ไม่หักโหมหรือไม่เหนื่อยเกินไป และกระทำสม่ำเสมอ

2. การปรับปรุง คือ ปรับปรุงจิตใจให้ผ่องใส โดยการยึดหลักธรรมศาสนาปฏิบัติธรรม ให้มีจิตใจเบิกบาน มีคุณธรรม ใจจะได้ไม่หม่นหมอง ไม่มีทุกข์ สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น

3. การบำรุง คือ บำรุงสมอง และร่างกายไม่ให้เจ็บป่วย โดยการฝึกสมองให้มีความคิด ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และควรร่วมกิจกรรมเมื่อมีโอกาส ทั้งนี้เป็นการฝึกสมองให้ใช้งานได้ต่อไป การบำรุงร่างกายก็โดยการดูแลสุขภาพ การนอน การรับประทานอาหารให้อยู่ในสมดุลย์ ตลอดจนการออกกำลังกายเล่นกีฬาให้เหมาะสมกับอัตรภาพ

การส่งเสริมสุขภาพจิต

การส่งเสริมสุขภาพจิต คือ การปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพจิตใจ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น ส่งเสริมการปรับตัวในชีวิตประจำวันให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น การนั่งสมาธิเพื่อเป็นการฝึกจิตใจให้มีสมาธิ การออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และมีสุขภาพจิตดี

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lobo A และคณะ(1995) ⁽²²⁾ ได้ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศสเปน จำนวน 1,080 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ Mini-Mental State Examination คัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม และใช้ The Geriatric Mental State Schedule-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy Package (GMS-AGECAT) ประเมินภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และ ยืนยันโดยจิตแพทย์ ผลการศึกษาพบอัตราความชุกของโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 5.5 และ พบโรคซึมเศร้าในอัตราร้อยละ 1 และพบว่า การศึกษาต่ำ และ อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับ โรคสมองเสื่อม และ โรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Brown DR และคณะ(1995) ⁽²³⁾ ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในชาวแอฟริกันอเมริกัน อายุ 20 ปีขึ้นไป ในเมือง Norfolk จำนวน 865 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ The National Institute of mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS) พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 3.2 พบว่าเพศหญิงมีความชุกของโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย สถานภาพสมรส บุคคลที่มีอาชีพ บุคคลที่อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ และบุคคลที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีจะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้ามต่ำ

Forsell YV และคณะ (1994) ⁽²⁴⁾ ศึกษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 75ปีขึ้นไปใน Kungsholmen Parish of Stockholm จำนวน 1,034 คน โดยใช้เกณฑ์ตาม DSM III R และใช้ Kats index ประเมินความไร้สมรรถภาพ พบความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 5.9

อิงใจ จันทมูล (2539) ⁽²⁵⁾ ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 60ปีขึ้นไปจำนวน 1,707 คน โดยใช้แบบทดสอบสำหรับประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM IV และยืนยันโดยจิตแพทย์อีกครั้ง พบอัตราการความชุกของโรคสมองเสื่อมร้อยละ 3.2 โดย เพศหญิง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อายุมากขึ้น, สถานภาพสมรสที่ไม่ใช่คู่, การไม่ได้รับการศึกษา, การไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน, ปัญหาการได้ยิน - การมองเห็น และความสามารถทำกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อัตราความชุกของโรคซึมเศร้ามี่ร้อยละ 2.4 เพศหญิงและอายุมากขึ้นมีแนวโน้มจะเป็นโรค ซึมเศร้ามี่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การไม่ได้รับการศึกษา, ปัญหาการได้ยิน - การมองเห็น มีแนวโน้มจะเป็นโรค ซึมเศร้ามี่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สถานภาพสมรสหย่า-ม่าย, การเกษียณอายุ, การอยู่ตามลำพัง มีแนวโน้มจะเป็นโรค ซึมเศร้ามี่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ประพิมพ์ดาว สุคนธ์ ⁽²⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเฉพาะกรณีเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร พบว่า ร้อยละ 18.75 เป็นผู้สูงอายุเพศชาย อีกร้อยละ 81.25 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในชุมชนนี้เท่ากับ 66 ปี ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายมากที่สุดร้อยละ 50 สมรส ร้อยละ 37.5 หย่าร้างร้อยละ 9.37 และเป็นโสดร้อยละ 3.13 ผู้สูง

อายุส่วนใหญ่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 56.24 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.5 และผู้สูงอายุมีบุตรเฉลี่ยคนละ 4.38 คน ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 78.12 คือปัญหาการเงิน

ไมตรี ตียะรัตนกูร ⁽²⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ 3 ชมรมคือ ชมรมผู้สูงอายุศิริราชพยาบาล ชมรมผู้สูงอายุวชิระพยาบาล และชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง จำนวน 234 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 66 ปี มีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ย 4 คน มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ย 5 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีสุขภาพกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตดี มีโรคประจำตัว มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ มีรายได้จากบุตร มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีคู่สมรสอยู่ด้วย และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้แก่ ความเพียงพอต่อการใช้จ่าย สภาพะสุขภาพ และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กันปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประหยัด เชื้อเยี่ยมพัฒน์ และศุภีพร มากมี ⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุทรดิตถ์ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน เป็นชาย 171 คน หญิง 229 คน โดยเครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดสมรรถภาพร่างกาย ความจำ สถิติปัญญา และสุขภาพจิต สภาพความเป็นอยู่ภายในครอบครัว สังคม และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยตัดแปลงมาจากลำเนาวิ เรืองยศ พบว่า

1. ผู้สูงอายุชายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อายุไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
3. การศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
4. รายได้ที่แตกต่างกันไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
5. ความเสื่อมของสภาพทางร่างกาย ความจำ สถิติปัญญา และการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. บทบาททางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
7. ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
8. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พรพจน์ กิ่งแก้ว ⁽²⁹⁾ ได้ทำการศึกษาองค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ 100 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัว บทบาทของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา สมรสแล้วและยังอยู่ด้วยกัน มีสมาชิกในครอบครัวระหว่าง 4-6 คน ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพแต่มีรายได้จากบุตรหลาน รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ซึ่งบางครั้งไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย
2. ผู้สูงอายุมีสภาพจิตดี ปานกลาง และไม่ดีร้อยละ 55, 43 และ 2 ตามลำดับ
3. ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายและในครอบครัวเดี่ยวมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ และคณะ (2529) ⁽³⁰⁾ ทำการสำรวจสุขภาพจิตของคนในกรุงเทพมหานคร เรื่องอาการและกลุ่มอาการที่บ่งถึงความผิดปกติทางจิตเวชของประชาชน และอาการหลงลืมในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยใช้แบบสอบถามเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวที่จะศึกษาตอบแบบสอบถามมี 3 ตอน รวม 122 คำถาม ตอนที่ 2 ดัดแปลงมาจาก Comell Medical Index ทำการสำรวจ 24 เขต 1,072 ครอบครัว มีประชากรรวม 3,490 คน ผลการสำรวจพบว่า ประชากรในกรุงเทพมหานคร มีอาการและกลุ่มอาการที่บ่งถึงความผิดปกติทางจิตเวชดังนี้ ปัญญาอ่อนร้อยละ 1.23 หรือ 1,230 ในประชากร 100,000 คน โรคจิตเนื่องจากสาเหตุทางสมอง

พบร้อยละ 0.66 โรคจิตอื่น ๆ พบร้อยละ .049 -1.9 ผู้มีแนวโน้มเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนเรื้อรังผิดปกติ
ร้อยละ 5.4 มีอารมณ์เศร้ามากร้อยละ 2.3-2.9 พยายามฆ่าตัวตายร้อยละ .046 มีความเครียดร้อย
ละ 8.2



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Method) โดยเป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ประชากรตัวอย่าง (Sampling population) คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 83,168 คน เป็นชาย 32,482 คน หญิง 40,686 คน ⁽⁴⁾
3. ขนาดตัวอย่าง (Sample size) ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage cluster sampling) จำนวน 900 คน

เกณฑ์คัดเข้าศึกษา

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง
2. สามารถสื่อสารด้วยคำพูดรู้เรื่อง
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

1. ไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้
2. มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น
3. มีภาวะสมองเสื่อม

การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

1. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากสุ่มเลือก 20% จาก 16 อำเภอ ได้ 3 อำเภอ คือ อำเภอท่าเรือ อำเภอมหาราช และอำเภอบ้านแพรก
2. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากสุ่มเลือก 40 % ของจำนวนตำบลทั้งหมดในแต่ละอำเภอ ได้ 11 ตำบล
อำเภอท่าเรือ จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ท่าหลวง บ้านร่อม ศาลารอย 2 และดอนประดิษฐ์
อำเภอมหาราช จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ มหาราช บ้านใหม่ ท่าตอ น้ำเต้า เจ้าปลุก
อำเภอบ้านแพรก จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ บ้านแพรก และสองห้อง
3. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากสุ่มเลือก 40 % ของจำนวนหมู่บ้านในแต่ละตำบล ได้ 24 หมู่บ้าน
4. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มจากรายชื่อผู้สูงอายุจากรายชื่อบัตรผู้สูงอายุประจำสถานีอนามัย จนได้จำนวนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดได้

ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสูตร⁽³¹⁾

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{Z^2 pq}{d^2} \\
 &= \frac{(1.96)^2 (0.30) (0.70)}{(0.30)^2} \\
 &= 896 \text{ คน}
 \end{aligned}$$

โดย

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตารางที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตจากการศึกษานำร่อง
เท่ากับ 30% เท่ากับ 0.30

$$Q = 1 - p = 0.70$$

$$T = \text{ความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบปัญหาสุขภาพจิต}$$

$$= 0.1 \quad p = 0.030$$

เพื่อความสะดวกในการคำนวณผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 900 คน โดยได้จากการสุ่มตัวอย่างเพิ่มจากแต่ละอำเภอ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากภาควิชาถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตทำวิจัยในพื้นที่ และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าไปเก็บข้อมูล
2. ติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่กลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมายเวลาในการลงชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล
3. อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการทำแบบทดสอบตลอดจนผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนลงมือทำ
4. เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำตอบในแบบสอบถามในแต่ละวัน
5. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบสำหรับประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของ

รวิวรรณ นิวัตพันธุ์ และคณะ⁽²⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ แบบทดสอบนี้มีความเชื่อถือได้ที่ระดับ 0.86 และมีความเที่ยงตรงโดยพบว่าจุดตัดที่เหมาะสมคือ จุดตัดที่คะแนนเท่ากับ 21 แบบทดสอบนี้ใช้ประเมินความเสื่อมของระดับสติปัญญาโดยใช้คะแนนรวมทั้งหมด มิได้แยกประเมินเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ถ้าคะแนนรวมทั้งหมดน้อยกว่า 21 คะแนน ใน 27 คะแนน ก็ถือว่าสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้แบบสอบถาม The general well-being schedule สร้างโดย Harold J. Duputy ในปี ค.ศ. 1977 ซึ่งใช้วัดสถานะสุขภาพจิตทั้งด้านบวกและลบจำนวน 18 ข้อคำถาม จากการทดสอบเครื่องมือโดยการทำ test - retest reliability พบว่ามีค่า 0.85 และมีค่า internal consistency (co-efficient) เท่ากับ 0.91 - 0.95 กรอนงค์ ยืนยงชัยวัฒน์⁽³²⁾ ได้นำแบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตฉบับภาษาไทยที่แปลโดย ประภาเพ็ญ สุวรรณ มาตรวจสอบหาค่าความน่าเชื่อถือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช และผู้แต่งหนังสือเกี่ยวกับเครื่องมือของแบบสอบถามชุดดังกล่าว จำนวน 4 ท่าน พบว่ามีค่า content validity ที่ระดับ 0.81 เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้ยังมีได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยไปศึกษานำร่องกับผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่อยู่ในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คนพบว่า

ผู้สูงอายุมีภาวะตึงเครียดรุนแรง	จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30
ผู้สูงอายุมีภาวะตึงเครียดปานกลาง	จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5
ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี	จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5

จากการศึกษานำร่องครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำค่าความซุกข์ของผู้สูงอายุที่มีความเศร้ากังวลใจรุนแรงไปใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามจำนวน 900 ชุด มาจัดทำข้อมูลและนำคะแนนของแบบสอบถามในส่วนของปัญหาสุขภาพจิต The general well-being schedule มารวมคะแนนคำตอบจากแต่ละข้อ โดยมีคะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 -110 ซึ่ง Duputy ได้กำหนดระดับ ความรุนแรงของภาวะสุขภาพจิตตามระดับของคะแนนดังนี้

คะแนน 0-60	หมายถึง ภาวะตึงเครียดรุนแรง
คะแนน 61-72	หมายถึง ภาวะตึงเครียดปานกลาง
คะแนน 73-110	หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตดี

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ในการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะทางด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพ โดยคำนวณเป็นค่าจำนวนและร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง

2. ใช้สถิติ X^2 - test ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่าง โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพกาย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การรายงานผลการศึกษาเรื่องการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยจะทำการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำแนกตามลักษณะ ทางด้านประชากร ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจสังคมและปัญหาสุขภาพกาย โดยการหาค่าจำนวนร้อยละและนำเสนอในรูปตาราง

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การนำเสนอภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยการหาค่าจำนวน ร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตาราง
2. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลหรือลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพกาย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ปรากฏผลการศึกษาดังต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางด้านประชากร

ลักษณะทางด้านประชากร	จำนวน (N = 900)	ร้อยละ (100)
เพศ		
ชาย	374	41.6
หญิง	526	58.4
อายุ (ปี)		
60 - 64	262	29.3
65 - 69	271	30.1
70 - 74	184	20.4
75 - 79	92	10.2
80 ปีขึ้นไป	59	10.0
สถานภาพสมรส		
โสด	45	5.0
คู่	547	60.8
คู่สมรสเสียชีวิต	292	32.5
หย่า / แยกทาง	16	1.7

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 58.4 เป็นเพศหญิง ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 41.6 เป็นเพศชาย โดยช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.1 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.3 และมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคือร้อยละ 60.8 มีสถานภาพคู่ รองลงมาคือ คู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 32.5 หย่า / แยกทางร้อยละ 1.7 และเป็นโสดน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 5

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ สังคม

ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ สังคม	จำนวน (N = 900)	ร้อยละ (100)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	111	12.3
ประถมศึกษา	743	82.6
สูงกว่าประถมศึกษา	46	5.1
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	551	61.2
เกษตรกรรม	170	18.9
ข้าราชการบำนาญ	25	2.8
ค้าขาย	72	8.0
รับจ้าง	82	9.1
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
อยู่คนเดียว	58	6.4
มีคนอยู่ด้วย	842	93.6
ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว		
เข้ากันได้ดี	461	51.2
ทะเลาะกันบ้าง	414	46.0
เข้ากันไม่ได้	25	2.8
ผู้ดูแลใกล้ชิด		
ไม่มีคนดูแล	58	6.4
มีคนดูแล	842	93.6
รายได้		
ไม่เพียงพอ	369	41.0
เพียงพอ	531	59.0
หนี้สิน		
มี	182	20.2
ไม่มี	718	79.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ สังคม	จำนวน (N = 900)	ร้อยละ (100)
การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน		
ไม่ได้พบกันเลย	107	11.9
พบกันนาน ๆ ครั้ง	226	25.1
พบกันสม่ำเสมอ	567	63.0

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 82.6 โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 61.2 รองลงมาคือมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 18.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีผู้อาศัยอยู่ด้วยถึงร้อยละ 93.6 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดีคิดเป็นร้อยละ 51.2 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 93.6 มีผู้ดูแล มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 59.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 79.8 และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการพบปะกับบุคคลในวัยเดียวกันสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 63

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางสุขภาพ

ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ สังคม	จำนวน (N = 900)	ร้อยละ (100)
ปัญหาสุขภาพกาย		
มีปัญหาสุขภาพกาย	52.5	58.3
ไม่มีปัญหาสุขภาพกาย	375	41.7
ความต้องการรับประทานอาหารของร่างกาย		
เบื่ออาหาร	117	13.0
ทานได้ปกติ	467	84.9
ทานได้มากกว่าปกติ	19	2.1
น้ำหนักตัว		
ลดลง	111	12.3
ไม่เปลี่ยนแปลง	699	77.7
เพิ่มขึ้น	90	10.0
การนอนหลับ		
นอนไม่หลับ	107	11.9
หลับแล้วตื่นกลางดึก	143	15.9
หลับมากกว่าปกติ	18	2.0
นอนหลับได้ปกติ	632	70.2
การใช้นานอนหลับ		
ใช้ทุกวัน	17	1.9
ใช้บางวัน	99	11.0
ไม่เคยใช้	784	87.1

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 58.3 และสุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 41.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการรับประทานอาหารเป็นปกติ ร้อยละ 84.9 ในเรื่องน้ำหนักตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.7 มีน้ำหนักตัวคงที่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.2 นอนหลับได้ปกติ มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้นานอนหลับทุกวันร้อยละ 1.9 ใช้บางวัน ร้อยละ 11 และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 87.1

ส่วนที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุแบ่งเป็น

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 4. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (n=900)	ร้อยละ (100)
ภาวะตั้งเครียดรุนแรง	245	27.2
ภาวะตั้งเครียดปานกลาง	326	36.2
ภาวะสุขภาพจิตดี	329	36.6

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 36.6 ภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 36.2 และภาวะตั้งเครียดรุนแรง ร้อยละ 27.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงค่า Chi-Square , df และ p-value ของความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิต กับ ปัจจัยที่กำหนด

ปัจจัย	Chi-Square	df	p-value
เพศ	10.248	2	0.006**
อายุ	14.376	10	0.157
สถานภาพสมรส	15.709	8	0.325
อาชีพปัจจุบัน	20.091	8	0.010**
ความสัมพันธ์กับสมาชิก ในครอบครัว	47.531	4	0.000**
การพบปะบุคคลในวัย เดียวกัน	65.440	4	0.000**
ปัญหาสุขภาพกาย	36.652	2	0.000**

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่า เพศ อาชีพปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะสุขภาพจิต

เพศ	ภาวะตึงเครียด	ภาวะตึงเครียดปาน	ภาวะสุขภาพจิต
	รุนแรง จำนวน / ร้อยละ	กลาง จำนวน / ร้อยละ	ดี จำนวน / ร้อยละ
ชาย	86 / 23.0	130 / 34.8	158 / 42.2
หญิง	159 / 30.2	196 / 37.3	171 / 32.5

$$X^2 = 10.248$$

$$df = 2$$

$$p = .006$$

$$(p < .01)$$

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ ภาวะตึงเครียดปานกลาง ร้อยละ 34.8 ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีภาวะตึงเครียดปานกลาง ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 32.5

โดยเพศหญิงมีภาวะตึงเครียดรุนแรงและภาวะตึงเครียดปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 30.2 และ 37.3 ตามลำดับ เพศชายมีภาวะสุขภาพจิตดีสูงที่สุด ร้อยละ 42.2

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะสุขภาพจิตพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ .006

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะสุขภาพจิต

อายุ	ภาวะตั้งเครียด รุนแรง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะตั้งเครียด ปานกลาง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะสุขภาพจิต ดี จำนวน / ร้อยละ	รวม จำนวน / ร้อยละ
60 – 64	65 / 24.6	102 / 38.6	97 / 36.8	264 / 100
65 – 69	67 / 24.7	93 / 34.3	11 / 41.0	271 / 100
70 – 74	52 / 28.3	62 / 33.7	70 / 38.0	184 / 100
75 – 79	30 / 32.6	34 / 37.0	28 / 30.4	91 / 100
80 ปีขึ้นไป	31 / 34.8	35 / 39.3	23 / 25.9	89 / 100

$$X^2 = 14.376$$

$$df = 10$$

$$p = .157$$

$$(p > .05)$$

จากตารางที่ 7 พบว่า อายุ 60 – 64ปี ส่วนใหญ่มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 38.6 รองลงมา มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 36.8 อายุ 65 – 69ปี ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 41.0 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 34.3 อายุ 70 – 74ปี ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 38.0 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 33.7 อายุ 75 – 79ปี ส่วนใหญ่มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 37.0 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดรุนแรง ร้อยละ 32.6 และอายุ 80ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 39.3 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดรุนแรง ร้อยละ 34.8

โดยอายุ 80ปี มีภาวะตั้งเครียดรุนแรงและภาวะตั้งเครียดปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 34.8 และ 39.3 ตามลำดับ อายุ 65 – 69ปี มีภาวะสุขภาพจิตดีสูงที่สุด ร้อยละ 41.0

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะสุขภาพจิตพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิต

สถานภาพสมรส	ภาวะตั้งเครียด รุนแรง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะตั้งเครียด ปานกลาง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะสุขภาพจิต ดี จำนวน / ร้อยละ	รวม จำนวน / ร้อยละ
โสด	14 / 31.1	13 / 28.9	18 / 40.0	45 / 100
คู่	140 / 25.6	208 / 38.0	199 / 36.4	547 / 100
คู่สมรสเสียชีวิต	89 / 30.5	94 / 32.2	109 / 37.3	292 / 100
หย่า / แยก	2 / 12.5	11 / 68.8	3 / 18.7	16 / 100

$$X^2 = 15.709$$

$$df = 8$$

$$p = 0.325$$

$$(p > .05)$$

จากตารางที่ 8 พบว่าสถานภาพสมรสโสด มีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดรุนแรง ร้อยละ 31.1 สถานภาพสมรสคู่ มีภาวะตั้งเครียดปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 38.0 รองลงมา มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 36.4 คู่สมรสเสียชีวิต มีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด ร้อยละ 37.3 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 32.2 และสถานภาพสมรสหย่า/แยก มีภาวะตั้งเครียดปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 68.8 รองลงมา มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 18.7

โดยสถานภาพสมรสโสดมีภาวะตั้งเครียดรุนแรงและภาวะสุขภาพจิตดีสูงที่สุด ร้อยละ 31.1 และ 40.0 ตามลำดับ สถานภาพสมรสหย่า / แยก มีภาวะสุขภาพจิตปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 68.8

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิตพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพปัจจุบันกับภาวะสุขภาพจิต

อาชีพปัจจุบัน	ภาวะตึงเครียด รุนแรง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะตึงเครียด ปานกลาง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะสุขภาพจิต ดี จำนวน / ร้อยละ	รวม จำนวน / ร้อยละ
ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	157 / 28.5	188 / 34.1	206 / 37.4	551 / 100
เกษตรกรรวม	32 / 18.8	73 / 43.0	65 / 38.2	170 / 100
ข้าราชการ บำนาญ	6 / 24.0	5 / 20.0	14 / 56.0	25 / 100
ค้าขาย	24 / 33.3	23 / 32.0	25 / 34.7	72 / 100
รับจ้าง	26 / 31.7	37 / 45.1	19 / 23.2	82 / 100

$$\chi^2 = 20.091$$

$$df = 8$$

$$p = 0.010$$

$$(p = .01)$$

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 37.4 รองลงมา มีภาวะตึงเครียดปานกลาง ร้อยละ 34.1 อาชีพเกษตรกรส่วนใหญ่มีภาวะตึงเครียดปานกลาง ร้อยละ 43.0 รองลงมา มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 38.2 ข้าราชการบำนาญส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 56.0 รองลงมา มีภาวะตึงเครียดรุนแรง ร้อยละ 24.0 อาชีพค้าขายมีภาวะสุขภาพจิตรุนแรง ร้อยละ 34.7 รองลงมา มีภาวะตึงเครียดรุนแรง ร้อยละ 33.3 และอาชีพรับจ้างมีภาวะตึงเครียดปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 45.1 รองลงมา มีภาวะตึงเครียดรุนแรง ร้อยละ 31.7

โดย อาชีพค้าขายมีภาวะตึงเครียดรุนแรงสูงที่สุด ร้อยละ 33.3 อาชีพรับจ้างมีภาวะตึงเครียดปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 45.1 และ ข้าราชการบำนาญมีภาวะสุขภาพจิตดีสูงที่สุด ร้อยละ 56

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพปัจจุบันกับภาวะสุขภาพจิตพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว
กับภาวะสุขภาพจิต

ความสัมพันธ์กับ สมาชิกในครอบครัว	ภาวะตั้งเครียด รุนแรง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะตั้งเครียด ปานกลาง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะสุขภาพจิต ดี จำนวน / ร้อยละ	รวม จำนวน / ร้อยละ
เข้ากันได้ดี	102 / 22.1	142 / 30.8	217 / 47.1	461 / 100
มีทะเลาะกันบ้าง	133 / 32.1	177 / 42.8	104 / 25.1	414 / 100
เข้ากันไม่ได้	10 / 40.0	7 / 28.0	8 / 32.0	25 / 100

$$\chi^2 = 47.531$$

$$df = 4$$

$$p = 0.00$$

$$(p < .01)$$

จากตารางที่ 10 ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบเข้ากันได้ดีมีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด ร้อยละ 47.1 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 30.8 ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบมีทะเลาะกันบ้างมีภาวะตั้งเครียดปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 42.8 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดรุนแรง ร้อยละ 32.1 และมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบเข้ากันไม่ได้ มีภาวะตั้งเครียดรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 32.0

โดยความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบเข้ากันไม่ได้มีภาวะตั้งเครียดรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 40.0 ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบมีทะเลาะกันบ้างมีภาวะตั้งเครียดปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 42.8 และผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบเข้ากันได้ดี มีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด ร้อยละ 47.1

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการพบปะบุคคลในวัยเดียวกันกับภาวะสุขภาพจิต

การพบปะบุคคล ในวัยเดียวกัน	ภาวะตั้งเครียด รุนแรง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะตั้งเครียด ปานกลาง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะสุขภาพจิต ดี จำนวน / ร้อยละ	รวม จำนวน / ร้อยละ
ไม่ได้พบกันเลย	47 / 44.0	30 / 28.0	30 / 28.0	107 / 100
พบกันนานๆครั้ง	79 / 35.0	104 / 46.0	43 / 19.0	226 / 100
พบกันสม่ำเสมอ	119 / 21.0	192 / 34.0	256 / 45.0	567 / 100

$$X^2 = 65.441$$

$$df = 4$$

$$p = 0.00$$

$$(P < .01)$$

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้พบกันเลยมีภาวะตั้งเครียดรุนแรงสูงสุด ร้อยละ 44.0 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากันคือ ร้อยละ 28.0 ผู้สูงอายุที่พบกันนานๆครั้งมีภาวะตั้งเครียดปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 46.0 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดรุนแรง ร้อยละ 35.0 และพบกันสม่ำเสมอมีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด ร้อยละ 45.0 รองลงมา มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 34.0

โดยภาวะตั้งเครียดรุนแรงพบมากในผู้สูงอายุที่ไม่ได้พบปะกันเลย ร้อยละ 44.0 ภาวะตั้งเครียดปานกลางพบมากในผู้สูงอายุที่พบกันนานๆครั้ง ร้อยละ 46.0 และภาวะสุขภาพจิตดีพบมากในผู้สูงอายุที่พบกันสม่ำเสมอ ร้อยละ 45.0

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างการพบปะบุคคลในวัยเดียวกันกับภาวะสุขภาพจิตพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพ กาย	ภาวะตั้งเครียด รุนแรง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะตั้งเครียด ปานกลาง จำนวน / ร้อยละ	ภาวะสุขภาพจิต ดี จำนวน / ร้อยละ	รวม จำนวน / ร้อยละ
ไม่มี	68 / 18.1	133 / 35.5	174 / 46.4	375 / 100
มี	177 / 33.7	193 / 36.8	155 / 29.5	525 / 100

$$X^2 = 36.652$$

$$df = 2$$

$$p = 0.00$$

$$(p < .01)$$

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพกายมีภาวะสุขภาพจิตสูงที่สุด ร้อยละ 46.4 รองลงมาภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 35.5 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกายมีภาวะตั้งเครียดปานกลาง สูงที่สุด ร้อยละ 36.8 รองลงมาภาวะตั้งเครียดรุนแรงสูงที่สุด ร้อยละ 33.7

โดยภาวะตั้งเครียดรุนแรงและภาวะตั้งเครียดปานกลางพบมากในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกาย ร้อยละ 33.7 และ 36.8 ตามลำดับ ส่วนภาวะสุขภาพจิตดีพบมากในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพกาย ร้อยละ 46.4

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิตพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อต้องการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในเขตพื้นที่ 3 อำเภอ ได้แก่

1. อำเภอท่าเรือ จำนวน 4 ตำบล คือ ตำบลท่าหลวง, ตำบลบ้านร่อม, ตำบลศาลาลอย 2 และตำบลดอนประดู่
2. อำเภอมหาราช จำนวน 5 ตำบล คือ ตำบลมหาราช, ตำบลบ้านใหม่, ตำบลท่าตอ, ตำบลน้ำเต้า และตำบลเจ้าปลุก
3. อำเภอบ้านแพรก จำนวน 2 ตำบล คือ ตำบลบ้านแพรก และตำบลสองห้อง

โดยศึกษาในผู้สูงอายุทั้งหมด 900 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ชุด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย เพื่อศึกษาลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคว์แอสควร์ (chi - square)

5.1 สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 900 คน คิดเป็นเพศชายร้อยละ 41.6 เพศหญิงร้อยละ 58.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 30.1 รองลงมาคืออายุ 60-64 ปี ร้อยละ 29.3 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีน้อยที่สุดคือร้อยละ 16.5 ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ คู่สมรสเสียชีวิตร้อยละ 32.4 ในด้านการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบ

การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 82.6 ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 61.2 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 18.9

จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้อาศัยอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ 93.6 และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 6.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุตร 1 คน ถึง 3 คน ร้อยละ 42 รองลงมา มีบุตร 4 คนถึง 6 คน ร้อยละ 36 และมีบุตร 7 คนขึ้นไปร้อยละ 12.6 ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เข้ากันได้ดี ร้อยละ 51.2 ทะเลาะกันบ้าง ร้อยละ 46 และเข้ากันไม่ได้ ร้อยละ 2.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลร้อยละ 93.6 และผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 6.4

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับรายได้จากบุตร คิดเป็นร้อยละ 57.2 รองลงมา มีรายได้จากการประกอบอาชีพร้อยละ 34.9 ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 59 และรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 41 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 79.8

ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงร้อยละ 41.7 และสุขภาพไม่แข็งแรงร้อยละ 58.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้ตามปกติ ร้อยละ 84.9 รับประทานอาหารน้อยลงร้อยละ 13 และรับประทานอาหารขึ้นร้อยละ 3.1 ในเรื่องน้ำหนักตัวพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 77.7 มีน้ำหนักตัวคงที่ร้อยละ 12.3 น้ำหนักตัวลดลง และร้อยละ 10 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ผู้สูงอายुर้อยละ 70.2 นอนหลับได้ตามปกติ มีผู้สูงอายุใช้ยานอนหลับทุกวัน ร้อยละ 1.9 ใช้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 11 และไม่ได้ใช้เลย ร้อยละ 87.1

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองเห็นปกติ ร้อยละ 76.3 มองเห็นไม่ปกติ ร้อยละ 23.7 และผู้สูงอายุที่การได้ยินปกติ ร้อยละ 89.9

ส่วนที่ 2 สรุปผลการวิจัยตามคำถามการวิจัย

- 2.1 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 36.6 และผู้สูงอายุที่มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง ร้อยละ 36.2 และผู้สูงอายุที่มีภาวะตั้งเครียดรุนแรงร้อยละ 27.2

2.2 ผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 32.5 ซึ่งน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งมีภาวะสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 42.2

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับภาวะสุขภาพจิต พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.1 รองลงมาคือ อายุ 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.3 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.5

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 - 69 ปี มีภาวะสุขภาพจิตดีร้อยละ 41.0 พบว่า ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะตั้งเครียดปานกลางและตั้งเครียดรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ 39.3 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะสุขภาพจิต พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ คู่สมรสเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 32.4 และที่พบน้อยที่สุด คือ หย่า/แยกทางคิดเป็นร้อยละ 1.7

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสใดมีภาวะสุขภาพจิตดีและภาวะตั้งเครียดรุนแรงมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40.0 และ 31.1 ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรส หย่า / แยกทางมีภาวะตั้งเครียดปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 68.8

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิต พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 61.2 รองลงมา มีอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 18.9 และข้าราชการบำนาญพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.3

ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.0 อาชีพรับจ้างมีภาวะตั้งเครียดปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 45.1 อาชีพค้าขายมีภาวะตั้งเครียดรุนแรงสูงที่สุด ร้อยละ 33.3

ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพปัจจุบันกับภาวะสุขภาพจิตพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .01

2.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบเข้ากันได้ดี คิดเป็น
ร้อยละ 51.2 รองลงมาคือ ทะเลาะกันบ้างครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.0 และเข้ากันไม่ได้คิดเป็นร้อยละ
2.8

ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 47.1 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบทะเลาะกัน
บ้างมีภาวะตั้งเครียดปานกลางสูงสุด ร้อยละ 42.8 ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว
แบบเข้ากันไม่ได้มีภาวะตั้งเครียดรุนแรงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวพบว่า มีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

2.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้พบปะกับบุคคลในวัยเดียวกันสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 63
พบกันบ้างนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 25.1 และไม่ได้พบกันเลย คิดเป็นร้อยละ 11.9

ผู้สูงอายุที่พบปะบุคคลในวัยเดียวกันสม่ำเสมอมีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด คิด
เป็นร้อยละ 45.0 ผู้สูงอายุที่พบปะกับบุคคลในวัยเดียวกันนาน ๆ ครั้งมีภาวะตั้งเครียดปานกลาง
มากที่สุด ร้อยละ 46.0 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้พบปะกับบุคคลในวัยเดียวกันเลยมีภาวะตั้งเครียดรุนแรง
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.0

ความสัมพันธ์ระหว่างการพบปะบุคคลในวัยเดียวกันกับภาวะสุขภาพจิตมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

2.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 58.3 ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ
มีภาวะสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 46.4 ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกายมีภาวะตั้งเครียด
รุนแรงและภาวะตั้งเครียดปานกลางสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 33.7 และ 36.8 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิต มีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .00

5.2 การอภิปรายผล

การอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่สำรวจได้ทั้งหมดเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การที่สามารถเก็บข้อมูลเพศหญิงได้มากกว่าเพศชายอาจเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้หญิงมีอายุยืนยาว จนเข้าสู่วัยสูงอายุได้มากกว่าเพศชาย ซึ่งตรงกับการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ⁽²⁵⁾ และอัตราการตายของประชากรเพศชายที่สูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ⁽²⁵⁾ ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งตรงกับการศึกษาของมาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ⁽³³⁾ และจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้สูงอายุมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งตรงกับการวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 52.24 จบประถมศึกษา ร้อยละ 42.75 และไม่เคยเรียนหนังสือ⁽²⁵⁾ ทั้งนี้เนื่องจากโอกาสทางการศึกษาในสมัยก่อนเปิดให้ผู้ชายได้เรียนมากกว่าผู้หญิง ด้านอาชีพปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 61.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ข้อมูลที่ได้นี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ⁽³⁴⁾ และการวิจัยของอิงใจ จันทร์มูล⁽²⁵⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 50.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันมีภาวะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างยากจน กล่าวคือ กว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 500 บาท หรือไม่มีรายได้ และเหตุผลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพนั้นเป็นเพราะเหตุผลทางสุขภาพร่างกายเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ครอบครัวไม่ต้องการให้ทำ และเพราะเกษียณอายุ⁽²⁵⁾ และเนื่องจากลักษณะการทำงานในเขตชนบทนั้นเป็นงานเกษตรกรรม จึงยังมีผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 18.9) ที่ยังคงยึดอาชีพทำไร่ ทำนาตราบเท่าที่ยังคงมีความสามารถ

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า ในครัวเรือนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสมาชิกอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุด้วย คิดเป็นร้อยละ 93.6 สอดคล้องกับผลการวิจัยของโครงการ Socio-Economic Consequence of the Aging of Population in Thailand (SECAPT)⁽³⁵⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังคนเดียวในการสำรวจครั้งนี้พบร้อยละ

ละ 6.4 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอิงใจ จันทมูล และ SECAPT ที่พบว่า ร้อยละ 3.6 และ 4 ตามลำดับพอจะชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อาจไม่มีผู้ใดดูแลและน่าจะเป็นกลุ่มที่พึงได้รับความสนใจเป็นพิเศษ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุตร 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 42 และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 51.2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรพัจน์ กิ่งแก้ว และอัมพร โอดระกุล และคณะเพราะเนื่องจากสังคมไทยให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุ และ ยึดถือความกตัญญูตามหลักพุทธศาสนาทำให้ลูกหลานให้ความเคารพ ยำเกรง ผู้สูงอายุจึงลดปัญหาความขัดแย้งลงได้มาก

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 93.6 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอิงใจ จันทมูล⁽²⁵⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก ซึ่งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เท่าที่ต้องการ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากบุตร คิดเป็นร้อยละ 57.2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรพัจน์ กิ่งแก้ว⁽²⁹⁾ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพแต่มีรายได้จากบุตรหลาน รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ซึ่งบางครั้งไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 59 ทั้งนี้เนื่องมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีโรงงานอุตสาหกรรมเกิดขึ้นมาก ทำให้ประชาชนมีงานทำและมีรายได้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับค่าใช้จ่ายจากบุตรหลานเพิ่มขึ้นด้วย และยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 79.8

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพกาย คิดเป็นร้อยละ 58.3 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอิงใจ จันทมูล⁽²⁹⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 3 ใน 4 รายงานว่าตนมีปัญหาสุขภาพกาย

ส่วนที่2 อภิปรายผลการวิจัยตามคำถามการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีภาวะตั้งเครียดรุนแรง ร้อยละ 27.2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุสรุ นามเดช⁽³⁶⁾ ที่ศึกษาการสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง 248 คน พบว่า มีผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 25

2.1 จากการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะสุขภาพจิต พบว่าเรื่องของเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเพศหญิงและเพศชาย มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากหลายสาเหตุเช่นการที่ประชากรเพศหญิงมีมากกว่าและมีอายุยืนกว่าเพศชาย ทำให้ต้องใช้ชีวิตลำพังเมื่อคู่สมรสเสียชีวิตไป ทั้งเพศหญิงยังเป็นเพศที่มีความอ่อนไหว มีพฤติกรรมในทางที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าเพศชายและในทางชีวภาพพบว่าเพศหญิงมีระดับของ monoamine oxidase สูงกว่าเพศชายซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้าได้มากกว่าเพศชาย⁽²⁵⁾

2.2 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับภาวะสุขภาพจิตพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกา ทวีชาติและคณะ⁽³⁷⁾ และอัมพร ไชตระกูลและคณะ⁽³⁸⁾ ที่พบว่าอารมณ์เศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีได้ถึงแม้อายุจะมากขึ้นก็ตาม

2.3 จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิตพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสถานภาพสมรสโสดมีภาวะสุขภาพจิตดี และมีภาวะตั้งเครียดรุนแรง สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 31.1ตามลำดับซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของอิงใจ จันทมูล⁽²⁵⁾ ที่พบว่าสถานภาพสมรสหย่ามีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดไม่มีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ทำให้ต้องดูแลตัวเองในทุกด้านทั้งเรื่องรายได้และสุขภาพทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้

2.4 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพปัจจุบันกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยอาชีพค้าขาย มีภาวะตั้งเครียดรุนแรงสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อิงใจ จันทมูล⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการ บำนาญมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าอาชีพอื่น ๆ น่าจะเป็นผลมาจากอาชีพค้าขายทำให้ผู้สูงอายุต้องมีความรับผิดชอบ มีภาระให้ต้องกังวลกับเรื่องการค้า เงินทอง มากกว่าอาชีพอื่น ทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าอาชีพอื่น

2.5 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนับว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวแบบเข้ากันได้ดีไม่เคยทะเลาะกันเลย มีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพจน์ กิ่งแก้ว⁽²⁹⁾ ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และองค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 100 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) นอกจากนี้ปราโมทย์ วังสะอาด⁽³⁹⁾ ศึกษาพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นตัวที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายหรือมีความสำคัญสูงสุด ($BETA = 0.384$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีจะมีสุขภาพจิตดีด้วย และยังสอดคล้องกับกุลยา ตันติผลาชีวะ⁽⁴⁰⁾ ที่กล่าวว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวจะช่วยให้วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสุขและเขมิกา ยามะรัต⁽⁴¹⁾ พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมอย่างหนึ่งของสังคมไทยคือการปลุกฝังความกตัญญูทวดเทวี บุตรมีหน้าที่เลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและจากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังได้รับความช่วยเหลือหรือดูแลจากบุตรหลานเป็นอย่างดี และจากการศึกษาของสุกัญญา โรจประเสริฐ⁽⁴²⁾ พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีจะมีภาวะสุขภาพจิตดีด้วย ในขณะที่เดียวกันถ้ามีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่มีจะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีด้วย การที่ผู้สูงอายุมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีจะช่วยทำให้ผู้

สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีบทบาทและเป็นที่ยอมรับของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจว่ามีคุณค่า มีประโยชน์

2.6 จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการพบปะบุคคลในวัยเดียวกันกับภาวะสุขภาพจิต พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้พบปะบุคคลในวัยเดียวกันสม่ำเสมอมีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 และผู้สูงอายุที่ไม่ได้พบปะบุคคลในวัยเดียวกันเลย พบว่า มีภาวะตึงเครียดรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.0 การที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางสังคม ได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์กับคนในวัยเดียวกันทำให้ผู้สูงอายุมีความคิดต่อตนเองในด้านดีและสามารถปรับตัวได้ดี ดังนั้นผู้สูงอายุที่แยกตนเองออกจากสังคมจะมีความเครียดสูงและ นำไปสู่ความซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อิงใจ จันทมูล⁽²⁵⁾ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะทำให้มีความซึมเศร้ามลดลง

2.7 จากการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิต พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพกายมีภาวะสุขภาพจิตดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.4 ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกายมีภาวะตึงเครียดรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประหยัด เชื้อเยี่ยมพัฒน์ และศุภิพร มากมี⁽²⁸⁾ ที่ทำการศึกษานักศึกษาปัจจุบันที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิถี ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ 400 คน พบว่า ความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ - .001 ($P < .001$)

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว, การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพกายมีความสำคัญกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 จึงเป็นปัจจัยที่น่าจะทำการศึกษาต่อไป
2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชน จึงน่าจะมีการศึกษากับผู้สูงอายุในเขตเมือง เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้

รายการอ้างอิง

1. อุดลย์ วิริยเวชกุล และคณะ. รายงานการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : กอบบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
2. นพวรรณ จงวัฒนา และคณะ. ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
3. นาดยา เกரியชัยพุกภ. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร, 2543.
4. สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานประจำปี 2541. พระนครศรีอยุธยา : สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2541.
5. สุพัทธา วงศ์จิรสวัสดิ์. สุขภาพจิตของพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
6. วารี นานา. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดระยะต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
7. ทวี ท้าวคำลือ. ปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
8. ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2522.
9. การแพทย์, กรม. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา, 2529.
10. ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : ยุทธินันท์การพิมพ์, 2541.
11. จันฉาย ฉายากุล. ประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่อง การฝึกออกกำลังกายและการสนับสนุน. วัดมะกอก เขตพญาไท และเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร, 2538

12. Anderson. *Newton's Geriatric Nursing* . Sain Louise : the C.V. Prossby Company, 1971.
13. ฝน แสงสิงแก้ว. *ข้อคิดบางประการในเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ*. วัลลดาอนุสรณ์. กรุงเทพมหานคร : บ้านบางแค, 2526.
14. บรรลุ ศิริพานิช. *การบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ*. การประชุมวิชาการทางสุขภาพ ครั้งที่ 3. หน้า 42. ม.ป.พ, 2526.
15. ทิพากร ปัญญาใหม่, วัชนี หัตถพนม และละเอียด ปัญญาใหญ่. *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
16. Robin J , Catherine O. *Psychiatry in The Elderly* . NY : Oxford University Press, 1991 .
17. สุรกุล เจนอบรม. *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
18. จันทร์เพ็ญ เนียมฉินทร. *สุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
19. จงกล แพน้อย. *สุขภาพจิตผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2541.
20. เกษม ต้นติผลลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลลาชีวะ. *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์, 2528.
21. กัมมันต์ พันธุ์จินดา. *สมองเสื่อมโรคหรือวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คบไฟ, 2540.
22. Lobo A , Saz P , Marcos G , Dia J , Camara CD . *The Prevalence of Dementia and Depression in the Elderly Community in Southern European Population* . Arch Gen Psychiatry 1995 Jun ; 52 : 497 – 505 .
23. Brown DR , Ahmed F , Gary LE , Milburn NG . *Major Depression in a Community Sample of African Americans* . Am J Psychiatry 1995 March ; 152 (3) : 373–8 .

24. Forsell Yv , Jorm AF , Winblad B . Assosiation of age , sex ,cognitive dysfunction , and disability with major depressive symptoms in an elderly sample . Am J Pstchiatry 1994 Nov ; 151 (11) : 1600 – 4 .
25. อิงใจ จันทมูล. ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539
26. ประพิมพ์ดาว สุนทร. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี : ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนาเขต ยานนาวา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526.
27. ไมตรี ติยะรัตนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
28. ประหยัด เชื้อเยี่ยมพัฒน์, ศุภพร มากมี. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 2538 ; 1 : 18-20.
29. พรพจน์ กิ่งแก้ว. องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
30. ภิรมย์ สุนธธาภิรมย์ ณ พัทลุง, เอ็ม อินทภรณ์, พวงสร้อย วรกุล, จรรยา อุดลยศักดิ์. การสำรวจสุขภาพจิตของคนในกรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2529 ; 30 : 743-56.
31. ทัสสนี นุชประยูร, เต็มศรี ขำนิจารกิจ. สถิติในการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

32. กรอนงค์ ยืนยงชัยวัฒน์. ลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะชนิดที่ไม่มีพยาธิสภาพที่คลินิกปวดศีรษะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
33. มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัว และผู้สูงอายุ : ศึกษากรณี กรุงเทพมหานคร และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
34. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินี วงษ์สิทธิ์. ข้อเท็จจริง และทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาว ในกรุงเทพมหานคร ต่อบทบาททางเศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 2535 ต.ค. เอกสารสถาบัน หมายเลข 200135.
35. นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, จันทรเพ็ญ แสงเทียบฉาย. สรุปผลโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 2532 ก.พ. เอกสารสถาบัน หมายเลข 165/32.
36. นุสรา นามเดช. การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
37. นันทิกา ทวิชาชาติ , อรพรรณ เมฆสุภา , ธงชัย ทวิชาชาติ . การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิต สังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี . จุฬาลงกรณ์เวชสาร . 2533 เม.ย. ; 35 (4) : 195-203 .
38. อัมพร โอตระกูล , สุวัฒน์ ศรีสรจักร , วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ , สายยนต์ เจริญขำ . ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท . วารสารกรมการแพทย์ . 2536 ต.ค. ; 18 (10) : 503-7 .

39. ปราโมทย์ วังสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
40. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญกิจ, 2524.
41. เขมิกา มายะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ . วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาบัณฑิตสาขาสังคมวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
42. สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ . ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ จว. 253/2543

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2543

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บตัวอย่างข้อมูล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เนื่องด้วย นางสาวกมลรินทร์ เถลิ้มยุทธ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อ “การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวศพันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตไคร่ขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ดังต่อไปนี้

1. อำเภอท่าเรือ : ตำบลท่าหลวง ตำบลบ้านร่วม ตำบลศาลาลอย 2 ตำบลดอนประดู่
2. อำเภอมหาราช : ตำบลมหาราช ตำบลบ้านใหม่ ตำบลท่าดอ ตำบลน้ำเต้า ตำบลเจ้าปลุก
3. อำเภอบ้านแพรก : ตำบลบ้านแพรก ตำบลสองห้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่ นางสาวกมลรินทร์ เถลิ้มยุทธ ในการเก็บข้อมูลดังกล่าว และได้โปรดขอความอนุเคราะห์ไปยังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ดังกล่าว เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 2564298, 2564346

โทรสาร 2527592

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ

<input type="checkbox"/> 60-64 ปี	<input type="checkbox"/> 70-74 ปี	<input type="checkbox"/> 80-84 ปี
<input type="checkbox"/> 65-69 ปี	<input type="checkbox"/> 75-79 ปี	<input type="checkbox"/> 85 ปีขึ้นไป
2. เพศ

<input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> ชาย
-------------------------------	------------------------------
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
4. ศาสนา

<input type="checkbox"/> ศาสนาพุทธ	<input type="checkbox"/> ศาสนาคริสต์	<input type="checkbox"/> ศาสนาอิสลาม
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....		
5. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> แยก
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หย่า	
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับท่าน

<input type="checkbox"/> อยู่บ้านคนเดียว	<input type="checkbox"/> 5 - 7 คน
<input type="checkbox"/> 2-4 คน	<input type="checkbox"/> 8 คนขึ้นไป
7. จำนวนบุตร

<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร	<input type="checkbox"/> 4-6 คน
<input type="checkbox"/> 1-3 คน	<input type="checkbox"/> 7 คนขึ้นไป
8. ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับท่านเป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> เข้ากันได้ดีไม่เคยทะเลาะกัน
<input type="checkbox"/> มีเรื่องทะเลาะกับบ้างนาน ๆ ครั้ง
<input type="checkbox"/> มีเรื่องทะเลาะกันเป็นประจำ
9. ปัจจุบันใครเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดที่สุด

<input type="checkbox"/> ไม่มีใครดูแล	<input type="checkbox"/> บุตร/หลาน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> คู่สมรส	<input type="checkbox"/> ญาติ	
10. ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายหรือไม่

<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 13)
-----------------------------	--

11. ปัญหาสุขภาพของท่านคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัญหา	ปกติ/ไม่เป็น	ไม่ปกติ/เป็น	พบ	ไม่พบ	เป็น	ไม่เป็น
การมองเห็น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การได้ยิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคตับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อัมพฤกษ์/อัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....						
.....						

12. ท่านได้ไปพบแพทย์เพราะปัญหาสุขภาพในข้อ 11 หรือไม่

ใช้คำตอบท้ายข้อ 11

13. ปัญหาสุขภาพในข้อ 11 สร้างปัญหาต่อท่านหรือไม่

ใช้คำตอบท้ายข้อ 11

14. ความต้องการกินอาหารของท่านเป็นอย่างไร

 เบื่ออาหาร กินได้ปกติ กินได้มากกว่าปกติ

15. น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

 เพิ่มขึ้น เพราะเสื้อผ้าที่เคยใส่คับขึ้น ลดลง เพราะเสื้อผ้าที่เคยใส่หลวม ไม่เปลี่ยนแปลง

16. ลักษณะการนอนของท่านเป็นอย่างไร

- นอนหลับปกติ
 นอนไม่หลับ
 นอนหลับมากกว่าปกติ
 นอนหลับแล้วตื่นกลางดึก
 อื่น ๆ (ระบุ)

17. ปัจจุบันท่านใช้ยานอนหลับหรือไม่

- ใช้ทุกวัน ใช้บางวัน ไม่ใช่

18. ปัจจุบันท่านมีอาชีพอะไร

- เกษตรกรรม
 ข้าราชการบำนาญ
 ค้าขาย
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 อื่น ๆ (ระบุ).....

19. ปัจจุบันท่านมีรายได้จากแหล่งใด

- การประกอบอาชีพ
 ได้รับจากบุตร/คู่สมรส/ญาติพี่น้อง
 เงินเก็บสะสม
 ข้าราชการบำนาญ
 อื่น ๆ (ระบุ).....

20. รายได้ของท่านเพียงพอหรือไม่

- เพียงพอ
 บางเดือนพอ บางเดือนไม่พอ
 ไม่เพียงพอ

21. ปัจจุบันท่านมีหนี้สินหรือไม่

- มี
 ไม่มี

22. ปัจจุบันความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนในวัยเดียวกันเป็นอย่างไร

- เจอกันสม่ำเสมอ
- เจอกันนาน ๆ ครั้ง
- ไม่ได้เจอกันเลย

23. ปัจจุบันท่านเข้าร่วมกิจกรรมใดบ้าง

- ไปทำบุญที่วัด
- งานบวช
- งานแต่ง
- ชมรมผู้สูงอายุ
- อื่น ๆ (ระบุ).....

24. เมื่อมีเวลาว่างท่านทำอะไร

- ดูโทรทัศน์
- ฟังวิทยุ
- อ่านหนังสือ
- ปลูกต้นไม้
- คุยกับเพื่อน
- อื่น ๆ (ระบุ).....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10 – 20
12. ซึ่ไปที่ นาฬิกา แล้วถามว่าเป็น อะไร/เรียกว่าอะไร
 ซึ่ไปที่ ปากกา แล้วถามว่าเป็น คือ / เรียกว่าอะไร
13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขที่ละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง
 $20 - 3 = a$
 $a - 3 = b$
 $b - 3 = c$
14. จงบอกขั้นตอนการทำอาหารที่มีส่วนผสมอย่างน้อย 5 อย่าง
15. ให้ผู้สูงอายุจำในสิ่งต่อไปนี้ แก้วน้ำ ต้นไม้ รถยนต์
 แล้วอีก 5 นาทีที่จะกลับมาถาม
16. วาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนกับตัวอย่างมากที่สุด (ภาพ ก)
17. ลากเส้นตามภาพที่ให้ไว้ (ลากตามเส้นด้านใน) (ภาพ ข)
18. กรุณาบวกละต่อไปนี้
- $2 + 2 = 4$
- $4 + 4 = 8$
- $8 + 8 = 16$
- $16 + 16 = 32$
- $32 + 32 = 64$
- $64 + 64 = 128$
- $128 + 128 = 256$

$$256 + 256 = 512$$

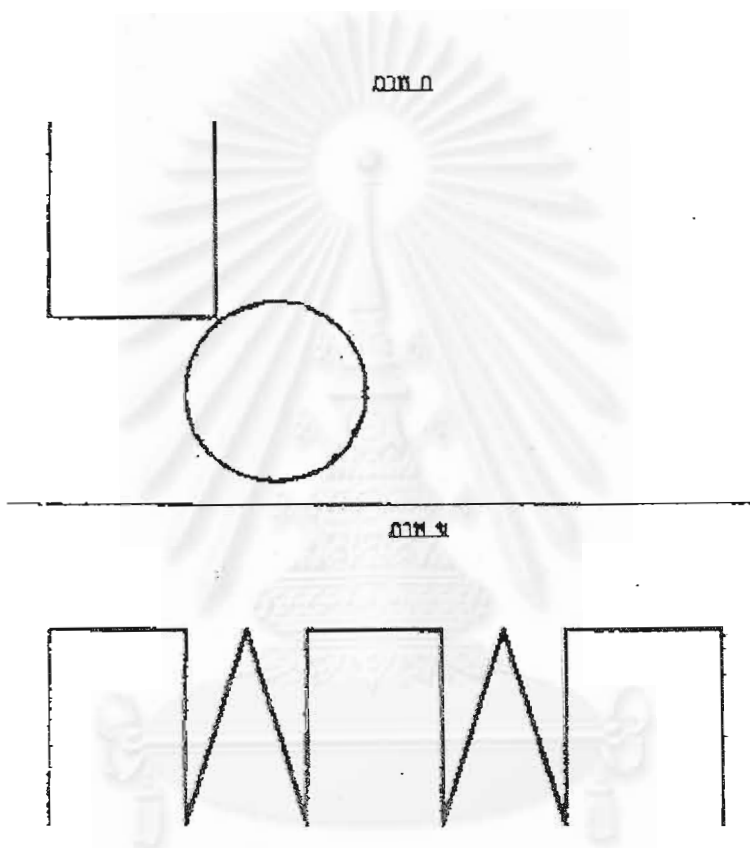
.....

$$512 + 512 = 1024$$

.....

$$1024 + 1024 = 1048$$

.....



แบบสอบถาม

(The General Well – Being Schedule)

คำแนะนำ ความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นในช่วง หนึ่งเดือนที่ผ่านมา เป็นอย่างไร?
 กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตัวเลือกที่ตรงกับสภาพ
 ของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ

1. ท่านมีความรู้สึกโดยทั่วไป เป็นอย่างไร?
 1. ดีที่สุด
 2. ดีมาก
 3. ดี
 4. ปานกลาง (ระหว่างดีและไม่ดี)
 5. ไม่ดี
 6. ไม่ดีที่สุด

2. ท่านได้มีน้อยความรู้สึกกระวน กระวายใจมากน้อยเพียงใด?
 1. มากที่สุด.....จนทำให้ทำงานไม่ได้
 2. มาก
 3. ปานกลาง
 4. มีบ้าง
 5. น้อย
 6. ไม่มีเลย

3. อารมณ์หรือความรู้สึกของท่านเป็น ตัวการที่ควบคุมหรือกำหนด พฤติกรรมการแสดงออกของท่าน หรือไม่?
 1. ใช่ ถูกต้องที่สุด
 2. ใช่โดยส่วนใหญ่
 3. ใช่โดยทั่วไป
 4. ไม่เป็นส่วนน้อย
 5. ไม่ค่อยจริง
 6. ไม่จริงเลย

4. ท่านเคยรู้สึกเศร้า เสียกำลังใจ
ขาดความหวัง หรือมีปัญหา
มากมายจนคิดว่าคงจะไม่มีอะไร
ในโลกนี้ที่มีคุณค่าหรือไม่ ?
1. ถูกต้องที่สุดจนฉันมาสู่จุดหนึ่งที่รู้สึกว่าคุณ
ว่าฉันเกือบจะยอมแพ้ต่อชีวิต
 2. ถูกต้องมาก
 3. ถูกต้อง
 4. มีบ้าง
 5. มีน้อย
 6. ไม่มีเลย
5. ท่านมีความกดดันหรือรู้สึกเศร้าซึม
มากน้อยเพียงใด ?
1. ไร้อันเกือบจะทนไม่ได้
 2. ไร้อัน - มีมาก
 3. ไร้อัน - มีบ้าง - มากกว่าปกติ
 4. ไร้อัน มีบ้าง เท่าปกติ
 5. ไร้อัน มีน้อย
 6. ไม่มีเลย
6. ท่านมีความสุข ดีใจ หรือพอใจ
กับชีวิตส่วนตัวของท่าน มากน้อย
เพียงใด ?
1. มีความสุขมากที่สุดคิดว่าไม่มีมากกว่านี้แล้ว
 2. มีความสุขปานกลาง
 3. มีความสุขปานกลาง
 4. พอใจ - ดีใจ
 5. มีส่วนไม่พอใจบ้าง
 6. ไม่พอใจมาก
7. ท่านมีเหตุผลมากน้อยเพียงใด
เมื่อท่านล้มตัวขาดสติ ควบคุม
ตัวเองไม่ได้ ทำให้แสดงกิริยา
พูดจา คิด หรือรู้สึกต้องใส่ใจ
บางอย่างออกมา ?
1. ไม่เคยเลย
 2. มีน้อย
 3. มีบ้าง - แต่ไม่มากที่จะทำให้
 4. มีบ้าง - และฉันใส่ใจเพียงเล็กน้อย
 5. มีบ้างและฉันใส่ใจค่อนข้างมาก
 6. ไร้อันและใส่ใจมาก

8. ท่านมีความวิตกกังวลหรือผิดหวัง ? 1. มากที่สุด-อยู่ในจุดที่ทำให้หรือเกือบเจ็บป่วย
เจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ? 2. มาก
3. ปานกลาง
4. มีบ้าง – พอที่จะส่งผลให้เป็นที่รำคาญ
5. น้อย
6. ไม่มีเลย
9. ท่านตื่นนอนตอนเช้าด้วยความรู้สึก 1. ทุกวัน
สดชื่น และรู้สึกว่าได้พักผ่อน 2. เกือบจะทุกวัน
เพียงพอมากน้อยเพียงใด ? 3. บ่อย
4. น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด
5. ไม่บ่อย
6. ไม่เคยรู้สึกเลย
10. ท่านได้ถูกรบกวนโดยการเจ็บป่วย 1. ตลอดเวลา
ความผิดปกติของร่างกาย ความ 2. เกือบตลอดเวลา
เจ็บปวด หรือความกังวลที่เกี่ยวกับ 3. บ่อย
สุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด? 4. บางเวลา
5. ส่วนน้อย
6. ไม่เคยเลย
11. ชีวิตประจำวันของท่านเต็มไปด้วย 1. ตลอดเวลา
สิ่งที่ท่านสนใจมากน้อยเพียงใด ? 2. เกือบตลอดเวลา
3. บ่อย
4. บางเวลา
5. ส่วนน้อย
6. ไม่เคยเลย

12. ท่านเคยรู้สึกเศร้า หดท้อใจ บ่อยครั้งเพียงใด ?
1. ตลอดเวลา
 2. เกือบตลอดเวลา
 3. บ่อย
 4. บางเวลา
 5. ส่วนน้อย
 6. ไม่เคยเลย
13. ท่านเคยรู้สึกอารมณ์มั่นคง และ เกิดความมั่นใจเกี่ยวกับตนเอง บ่อยครั้งเพียงใด ?
1. ตลอดเวลา
 2. เกือบตลอดเวลา
 3. บ่อย
 4. บางเวลา
 5. ส่วนน้อย
 6. ไม่เคยเลย
14. ท่านรู้สึกเหนื่อย หดแรง บ่อยครั้งเพียงใด ?
1. ตลอดเวลา
 2. เกือบตลอดเวลา
 3. บ่อย
 4. บางเวลา
 5. ส่วนน้อย
 6. ไม่เคยเลย

จงกาเครื่องหมาย ✓ ลงบนตัวเลขที่รู้สึก ในช่วง หนึ่งเดือนที่ผ่านมา

15. ท่านกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน มากน้อยเพียงใด
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
- ไม่กังวลเลย กังวลมากที่สุด

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวภุมรินทร์ เฉลิมยุทธ เกิดวันที่ 5 ธันวาคม 2517 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ในปีการศึกษา 2540 เริ่มทำงานในตำแหน่งพยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคามิลเลียน พ.ศ. 2540 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2541



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย