

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

Factors Associated to Mental Health Status of Older People in Nang Rong District, Buriram Province

Received: 22/5/2562

Revised: 17/6/2562

Accepted: 26/6/2562

ปณณทัต ตันธนปัญญากร* อารีย์ สงวนชื้อ** รัตนารณ อาษา*
Phannathat Tanthanapanyakorn* Aree Sanguanchue** Rattanaporn Arsa*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับของภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอนางรอง จำนวน 375 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล 3) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 4) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว 5) แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน 6) แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับเท่ากับบุคคลทั่วไป (ร้อยละ 49.3) รองลงมา คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 33.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ($p < .05$) ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลสำหรับการนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, แรงสนับสนุนทางสังคม, สัมพันธภาพในครอบครัว

* อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

ABSTRACT

The study was a cross-sectional study aimed to investigate the level of mental health status and the associated factors with mental health status among older people in Nang Rong District, Buriram Province. The sample consisted of 375 older people who were lived in Nang Rong District. The subjects were recruited by multi-stage random sampling. Data were collected by inquiring between July to November 2017. Data were collected using the questionnaires consisted of 6 Parts: 1) The interview for demographic data, 2) Bathel index of Activities of Daily Living Assessment, 3) Social support Evaluation, 4) Family Relationship Evaluation, 5) The interview for participants in community activity, and 6) Thai Mental Health Indicator (TMHI-15). Data were analyzed by using descriptive statistics and chi-square test.

The result showed that the majority samples had a general mental health level (49.3%), followed by better mental health level (33.6%). Marital status, income sufficiency, social support, family relationship and community participants activity were statistically significant related with mental health status among older people were ($p < .05$). The finding provided the information that is useful for planning development and promoting the mental health status in particular promoting the family good relationship, supporting to the older people to have sufficient income, and motivating the community participation activities in order to improve the better mental health level among older people.

Keywords : Mental Health, Older People, Social Support, Family Relationship

* Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Public Health,
Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage.

** Assistants Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University
under the Royal Patronage.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างของประชากรไทยในปัจจุบัน กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ คือ การเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างอย่างรวดเร็ว โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4, 10.4 และ 12.2 ในปี 2545, 2550, 2554 ตามลำดับ¹ นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนของประชากรสูงอายุใน ปี 2560 เท่ากับ ร้อยละ 17.22 และกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 20 นอกจากนี้มีการคาดการณ์ว่า จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัว³ เนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง และการลดภาวะการตาย ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาด้านการบริการสาธารณสุขและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้คนไทยมีสุขภาพอนามัยที่ดี และมีอายุยืนยาวขึ้น²

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเป็นไปในทางที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เห็นได้ชัดในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็นลดลง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความสามารถในการเรียนรู้และความจำลดลง รวมถึงผู้สูงอายุจะมีความบกพร่องทางการได้ยิน นอกจากนี้แล้ววัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น โดยพบว่า อัตราการเสียชีวิตและอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง

โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง โดยแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในวัยผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อาจเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต รู้สึกไร้ค่า คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง โดยอาจส่งผลให้เกิดความเครียด และในส่วนของ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม ทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต และรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม การเปลี่ยนแปลงของสังคม ครอบครัวจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตถ้าหากไม่มีการเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้เมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ตามมา ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยทางด้านประชากรที่สำคัญ ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และ ความเพียงพอของรายได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนโรคร่วม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ผลที่ตามมาของการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี คือ โอกาสเสี่ยงต่อการตายที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี เพิ่มความรุนแรงหรืออาการแทรกซ้อนของโรคทางกาย และการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่แย่ลง เนื่องจาก การไม่มีความพร้อมเกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น⁴

การศึกษาในครั้งนี้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จากสถิติของประชากรสูงอายุในอำเภอนางรอง พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.62 ปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.52 ปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.67 และในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 15.00 และคาดว่าจะมีการเพิ่มจำนวนของประชากรสูงอายุเรื่อยๆ⁵ การที่ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลเอง คือ ความเสื่อมถอยทางร่างกาย มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งจากข้อมูลอัตราป่วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง⁶ พบว่า ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.6 การป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือเกิดภาวะทุพพลภาพ เนื่องจากโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับของภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประสานความร่วมมือกับครอบครัว ในการจัดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564) ในส่วนของการพัฒนาระบบของการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ชุมชนได้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้) ปัจจัยด้านสุขภาพ (จำนวนโรคร่วม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งพบว่ามีหลายทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งไม่มีทฤษฎีใดสามารถอธิบายถึงสาเหตุของภาวะสุขภาพจิตได้อย่างสมบูรณ์ ฉะนั้นกรอบแนวคิดในงานวิจัยครั้งนี้มาจากการผสมผสานของทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยากับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 15,724 คน⁵ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาและ สามารถสื่อสารโต้ตอบได้และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองซึ่งประเมินโดยแบบสอบถาม โดยขนาด

ตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบขนาดประชากรของ Daniel กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 375 คน และสำหรับการสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็น 15 ตำบล ได้แก่ ตำบลนางรอง ตำบลสะเดา ตำบลชุมแสง ตำบลหนองโบสถ์ ตำบลหนองกง ตำบลถนนหัก ตำบลหนองไทร ตำบลก้านเหลือง ตำบลบ้านสิงห์

ตำบลลำไทรโยง ตำบลทรัพย์พระยา ตำบลหนองยายพิมพ์ ตำบลหัวถนน ตำบลทุ่งแสงทอง และตำบลหนองโสน จากนั้นเลือกสุ่มตำบลมา 3 ตำบล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ได้ 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลถนนหัก ตำบลหนองไทร และตำบลหนองยายพิมพ์ และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในตำบลทั้ง 3 ตำบล ตำบลละ 125 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์คัดเข้า และในส่วนของเกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้สมัครใจ ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งแรกแต่ต่อมาขอยกเลิกหรือถอนตัวจากการศึกษา หรือ เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตประเภทต่าง ๆ โดยพิจารณาจากแฟ้มประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ และลักษณะที่อยู่อาศัย โดยลักษณะคำถามเป็นปลายเปิดและปลายปิด มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธเอล (Barthel Activities of Daily Living :ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน พัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁶ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามในการประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องสุขา การเดิน และการเคลื่อนไหว ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน และสำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุพึ่งตนเองไม่ได้ 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ระดับปานกลาง และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ สุธรรม นันทมวงคลชัย⁷ เพื่อวัดแรงสนับสนุนทางสังคมจากการที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน หน่วยงานจากรัฐและเอกชน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น แบบวัดนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผสมผสานแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ Cobb S และ House JS ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนทางด้านการเป็นส่วนหนึ่งในสังคม การสนับสนุนทางด้านสิ่งของหรือบริการ และ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะของข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และ ไม่เคยเลย ข้อคำถามประกอบด้วย 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน และสำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ⁷ คือ 10-23 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 24-31 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 32-40 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ พวงผกา ชื่นแสงเนตร⁸ เครื่องมือนี้ใช้วัด

ความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประเมินโดยการสัมภาษณ์ แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ คำถามมีให้เลือก 3 คำตอบ คือ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่ใช่” การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 15-26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 27-35 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง และ 36-45 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนของไมตรี ตีแยรัตนกุล⁹ เป็นการประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นต่าง ๆ เป็นต้น แบบสัมภาษณ์นี้มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และ ไม่เคยเลย ประกอบด้วยข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน และสำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 10-29 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ระดับต่ำ และ 30-50 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต¹⁰ แบบวัดนี้เป็นแบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถามมีจำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 15-43 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอตีแอล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น เท่ากับ 0.89, 0.80, 0.82, 0.81, และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการวิจัย ผู้ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่เสียผลประโยชน์หรือได้รับผลกระทบใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัว ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะนำเสนอโดยใช้รหัสแทน และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับฝ่ายปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอนางรอง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนางรอง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หลังจากนั้นเลือกผู้สูงอายุ

ตามเกณฑ์คัดเข้าที่ได้กำหนดไว้จำนวน 375 คน เมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมโดยวิธีการสอบถาม โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน โดยก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะดำเนินการแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ และอธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการสัมภาษณ์ก่อนเสมอ และเมื่อดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มประชากรผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีจำนวน 375 คน เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 48.0) อายุโดยเฉลี่ย 71.0 ปี ซึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.7) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.1) ไม่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 74.1)

ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 37.3) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อต่าง ๆ ไข้มันในเลือดสูง, ต้อกระจก และปัญหาการได้ยินบกพร่อง (ร้อยละ 16.3, 8.5, 7.7, 6.9 และ 6.4 ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วม 1-2 โรค (ร้อยละ 59.5) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.1 คะแนน (S.D. =5.7)

สำหรับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 12.3 อาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดีมาก (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี (ร้อยละ 5.1 และ ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.1 คะแนน (S.D.=3.8) ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (ร้อยละ 70.7) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและน้อย (ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.2 คะแนน (S.D.=4.4) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในระดับต่ำ (ร้อยละ 67.2) รองลงมาคือ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนระดับสูง (ร้อยละ 32.8) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.9 คะแนน (S.D.=11.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างลักษณะของข้อมูล (n=375)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ		
หญิง	239	63.7
ชาย	136	36.3
อายุ		
60-69 ปี	180	48.0
70-79 ปี	136	36.3
80 ปีขึ้นไป	59	15.7
Mean= 71.0, S.D.= 7.7, Min-Max= 60-100 ปี		
สถานภาพสมรส		
คู่	278	74.1
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	75	20.0
โสด	22	5.9
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	334	74.1
เพียงพอ	41	25.9
ปัจจัยด้านสุขภาพ		
ปัญหาสุขภาพ/โรค*		
โรคความดันโลหิตสูง	140	37.3
โรคเบาหวาน	61	16.3
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อต่าง ๆ	32	8.5
ไขมันในเลือดสูง	29	7.7
ต่อกระຈก	26	6.9
ปัญหาการไ้ยีนบกพร่อง	24	6.4
จำนวนโรคร่วม		
ไม่มีโรค	106	28.2
1-2 โรค	223	59.5
3 โรคขึ้นไป	46	12.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างลักษณะของข้อมูล (n=375) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจกรรม		
ต่ำ (0-4 คะแนน)	302	80.5
ปานกลาง (5-11 คะแนน)	68	18.2
มาก (12-20 คะแนน)	5	1.3
Mean= 17.1, S.D.= 5.7, Min-Max= 0-20 คะแนน		
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม		
สัมพันธภาพในครอบครัว		
ไม่ดี (15-26 คะแนน)	6	1.6
ปานกลาง (27-36 คะแนน)	19	5.1
ดีมาก (37-45 คะแนน)	350	93.3
Mean= 42.1, S.D.= 3.8, Min-Max= 19-45 คะแนน		
แรงสนับสนุนทางสังคม		
น้อย (10-23 คะแนน)	10	2.6
ปานกลาง (24-31คะแนน)	100	26.7
มาก (32-40 คะแนน)	265	70.7
Mean= 33.2, S.D.= 4.4, Min-Max= 10-40 คะแนน		
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับคนอื่น	329	87.7
อยู่คนเดียว	46	12.3
การมีส่วนร่วมในกิจกรรม		
ต่ำ (10-29 คะแนน)	252	67.2
สูง (30-50 คะแนน)	123	32.8
Mean= 33.9, S.D.= 11.8, Min-Max= 10-50 คะแนน		
* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		

ผลการวิเคราะห์การศึกษาระดับของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15:TMHI-15) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับของภาวะสุขภาพจิต เท่ากับ 48.1 คะแนน (S.D.=5.6 คะแนน) เมื่อจำแนกตามระดับของภาวะสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 49.3) รองลงมาคือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 33.6 และ ร้อยละ 17.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ (n = 375)

ระดับของภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ดีกว่าคนทั่วไป (51-60 คะแนน)	126	33.6
เท่ากับคนทั่วไป (44-50 คะแนน)	185	49.3
ต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43 คะแนน)	64	17.1
Mean=48.1 คะแนน, S.D.=5.6 คะแนน Min-Max=21-60 คะแนน		
รวม	375	100.0

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=375)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะสุขภาพจิต (ร้อยละ)			X ²	รวม	df	p-value
	ต่ำกว่า คนทั่วไป	เท่ากับ คนทั่วไป	ดีกว่า คนทั่วไป				
เพศ							
หญิง	44(11.7)	166(30.9)	79(21.1)	239(63.7)	0.84	1	0.657
ชาย	20(5.3)	69(18.4)	47(12.5)	136(36.3)			
อายุ							
60-69 ปี	31(8.3)	87(23.2)	62(16.5)	180(48.0)	6.47	4	0.167
70-79 ปี	17(4.5)	71(18.9)	48(12.8)	136(36.3)			
80 ปีขึ้นไป	16(4.3)	27(7.2)	16(4.3)	59(15.7)			
สถานภาพสมรส							
สมรส	32(8.5)	130(34.7)	116(30.9)	278(74.1)	44.32	4	<0.001*
หย่า/แยก/หม้าย	28(7.5)	42(11.2)	5(1.3)	75(20.0)			
โสด	4(1.1)	13(3.5)	5(1.3)	22(5.9)			
ความเพียงพอของรายได้							
ไม่เพียงพอ	59(15.7)	153(40.8)	122(32.5)	334(89.1)	47.00	4	<0.001*
เพียงพอ	5(1.3)	32(8.5)	4(1.1)	41(10.9)			
จำนวนโรครวม							
ไม่มีโรค	18(4.8)	53(14.1)	35(9.3)	106(28.2)	7.55	4	0.110
1-2 โรค	33(8.8)	108(28.8)	82(21.9)	223(59.5)			
≥ 3 โรค	13(3.5)	24(6.4)	9(2.4)	46(12.3)			
ความสามารถในการทำกิจกรรม							
มาก	75(20.0)	142(37.9)	85(22.6)	302(80.5)	12.33	4	0.078
ปานกลาง	40(10.7)	18(4.8)	10(2.7)	68(18.2)			
น้อย	3(0.7)	1(0.3)	1(0.3)	5(1.3)			

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=375) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะสุขภาพจิต (ร้อยละ)			X ²	รวม	df	p-value
	ต่ำกว่า คนทั่วไป	เท่ากับ คนทั่วไป	ดีกว่า คนทั่วไป				
แรงสนับสนุนทางสังคม							
มาก	8.3(8.3)	125(33.3)	109(29.1)	265(70.7)	57.12	4	<0.001*
ปานกลาง	34(9.1)	49(13.1)	17(4.5)	100(26.7)			
น้อย	9(2.4)	1(0.3)	0(0.0)	10(2.6)			
สัมพันธภาพในครอบครัว							
ดีมาก	46(12.3)	180(48.0)	124(33.1)	350(93.3)	61.67	4	<0.001*
ปานกลาง	12(3.2)	5(1.3)	2(0.5)	19(5.1)			
ไม่ดี	6(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	6(1.6)			
ลักษณะที่อยู่อาศัย							
อยู่กับคนอื่น	49(13.1)	158(42.1)	122(32.5)	329(87.7)	11.03	2	0.086
อยู่คนเดียว	15(4.0)	27(7.2)	4(1.1)	46(12.3)			
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน							
สูง	24(6.4)	119(31.7)	109(29.1)	252(67.2)	47.62	2	<0.001*
ต่ำ	40(10.7)	66(17.6)	17(4.5)	123(32.8)			
* p< .05							

* p< .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด 375 คน ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15 :TMHI-15) พบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.1 คะแนน (S.D.=5.62 คะแนน) โดยระดับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ มีสุขภาพจิตเท่ากับ

คนทั่วไป (ร้อยละ 49.3) รองลงมาคือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 33.6 และร้อยละ 17.1 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร มัยจิ้น¹¹ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดปทุมธานี พบว่า ระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.48 คะแนน (S.D.=3.97) ซึ่งส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพ

ของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่ สามารถอธิบายได้ว่า จากทฤษฎีของ Erikson, E.H.¹² อธิบายว่าวัยสูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่มีความรู้สึกสมบูรณ์มั่นคง และความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ที่มีพื้นฐานมาจากการปรับตัวในขั้นแรกของชีวิต มีการปรับตัวแสวงหาความอบอุ่น ความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสามารถพัฒนาผ่านขั้นต่าง ๆ มาได้อย่างดี สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีความรู้สึกว่ามีคุณค่าก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกเป็นสุขสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ในเรื่องของความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต พอใจกับการมีชีวิตของตน ไม่รู้สึกเสียเวลาที่ผ่านมา และยอมรับสภาพความเป็นอยู่ของตนในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 49.3) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสามารถพึ่งตนเองได้มาก มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมาก มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนสูง ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ โดยมีการอธิบายดังนี้

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($p < .001$) และ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชพล สนธิยา¹³ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ

รศรินทร์ เกรย์³ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ซึ่งอาจเป็นเพราะคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับลูกหลานมากมาย แต่อยู่คนละวัย อาจทำให้เกิดความแตกต่างทางความคิดได้ และบุตรหลานอาจมีเวลาให้ผู้สูงอายุน้อย เนื่องจากการมีภาระในครอบครัวของตนเอง คู่สมรสจึงมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ ทำให้คู่สมรสไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีที่พึ่ง มีคนคอยห่วงใย และมีคู่คิดคอยให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ดังนั้น ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จึงมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก

ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ($p < .001$) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 74.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชพล สนธิยา¹³ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย และ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า ความเพียงพอของรายได้จึงเป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลได้ และส่งผลทำให้มีความสุขในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งวัยสูงอายุ

เป็นวัยที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจการอาชีพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานะทางสังคม การเสื่อมถอยลงของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือมีรายได้ลดลง ดังนั้นการมีรายได้ลดลง หรือความไม่เพียงพอของรายได้อาจทำให้นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้

สำหรับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน โดยมีการอภิปรายดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ($p < .001$) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดีมาก (ร้อยละ 93.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพจิตร เกษางาม¹⁵ ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองมาบตาพุด พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต และจากการศึกษานี้ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 48.0) มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป โดยที่เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ครอบครัวจึงเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุด ที่จะให้การดูแลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่สภาพของสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นสถาบันครอบครัว จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อผู้สูงอายุ ในการดูแลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ มีการทำกิจกรรมร่วมกัน สนทนา พูดคุย บริโภคอาหาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการแสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกายและใจ และปฏิบัติตาม

บทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า สัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุได้

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ($p = .003$) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (ร้อยละ 73.3) สอดคล้องกับการศึกษาของเนรัชญา กล้ารบ¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่ง Cobb¹⁷ ได้อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดปัญหาภาวะสุขภาพจิตสามารถอธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีความรัก มองเห็นคุณค่า ทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดี จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ($p < .001$) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วม

ในกิจกรรมของชุมชนระดับต่ำ (ร้อยละ 67.2) สอดคล้องกับการศึกษาของรักษพล สนธิยา¹³ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย และจากการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ¹⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมของ Havighurst, RJ.¹⁸ อธิบายว่า ถ้าบุคคลได้มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากจะสามารถปรับตัวได้มากขึ้น และมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป แนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่า จะเห็นว่าการร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้บทบาททางสังคมลดลง นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับตนเองในทางบวก และมองโลกในแง่ดีจะมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และกิจกรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้สมวัย กิจกรรมที่สามารถจัดให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ งานอดิเรกต่าง ๆ งานอาสาสมัคร เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้นกิจกรรมยามว่างไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเพื่อการนันทนาการ การเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือให้บริการผู้อื่น เป็นสิ่งสำคัญ โดยกิจกรรมดังกล่าวนำมาซึ่งความพึงพอใจในผู้สูงอายุ ทำให้มีชีวิตชีวามากขึ้นจากการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมสูง (ร้อยละ 67.2) ทำให้มีโอกาสดังกล่าวจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เข้าไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังมีความสามารถ มีประโยชน์ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น ทั้งยังสร้างความเพลิดเพลินให้กับผู้สูงอายุ จึงทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือรณรงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ หอกระจายข่าว หรือมีการให้บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในเรื่องการวางแผนการใช้ชีวิตต่อไป และส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้ ผู้สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ เพราะมีความผูกพันใกล้ชิดเป็นเพื่อนคู่คิดคอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำงานที่ผู้สูงอายุถนัดและสนใจ นอกจากจะสร้างภาวะสุขภาพจิตที่ดีแล้วยังสามารถสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ และยังมีชีวิตเพิ่มขึ้น และควรมีการจัดกลุ่มให้ผู้สูงอายุมีการร่วมกิจกรรมในกลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผนและตัดสินใจในการวิจัย ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุในชุมชน ครอบครัว และผู้นำชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อหารูปแบบการดูแลและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับชุมชน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

REFERENCES

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Mahidol population gazette. Nakornpathom; 2017. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and development institute. Situation of the Thai elderly 2010. Bangkok; 2011. (in Thai).
3. Gray, R. Determinants of mental health among older persons. Journal of Thai Population Association, 2012; 3 (2): 45-63. (in Thai).
4. Department of Mental Health. The literature reviews report about knowledge of mental health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013.
5. Nangrong District Health Office. Nangrong District population statistical. Burirum Province; 2017. (in Thai).
6. Department of Medical Service, Ministry of Health. Activities of daily living index assessment [Online]. 2017 [Cited 2017July 11.]. Available from: <http://happynetwork.org/upload/forum/pic5552fe2898d4a>. (in Thai).
7. Nanthamongkolchai, S. The way of life of the elderly female who take care of grandchild in rural area of the Northern, Thailand. Journal of Public Health, 2011: 41 (1); 29-38. (in Thai).
8. Chinsangnet, P. Life satisfaction of the elderly and Its relation with self-care behaviors and the family relationship in Eastern Seaboard of Chonburi. Dissertation of master degree of science. Mahidol University; 1995. (in Thai)
9. Tiyaratthanakoon, M. Factors related to mental health problem among elderly in Bangkok. Dissertation of master degree of Arts in Population and Social Research. Mahidol University; 1993. (in Thai).
10. Department of Mental Health. The Thai mental health indicator-5 (TMHI-15) [Online]. 2017 [Cited 2017July 13.]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/thi15.asp>. (in Thai).
11. Muijeen, K. Determinants of mental health among aging in Pathum Thani Province. Journal of Science and Technology Thammasat University, 2015: 23 (2); 306-318. (in Thai).
12. Erikson, EH. Childhood and society. 2nd Ed. New York; 1963.
13. Sanitya, R. Factors influencing psychological health of Thai elderly population Dissertation of master degree of Arts program in Demography. Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).

14. Wongpoom, T. Factors influencing psychological health of Thai elderly population in Chiangmai Province. Dissertation of master degree of Sciences. Ramkhamhaeng University; 2010. (in Thai).
15. Kasangam, P. Mental health status of elderly in Maptaphut municipality. Dissertation of master degree of Public Administration Program in Public Administration. KhonKaen University; 2008. (in Thai).
16. Klarob, N. Factor related to mental health among elderly people in Rayong Province. Term Paper of Bachelor of Public Health program in public health. Mahidol University; 2555. (in Thai).
17. Cobb. Constructivism in Mathematics and Science Education. Education Researcher, 1994: 23(7); 1-4.
18. Havighurst, RJ. Human Development and Education. New York: Mckay Company; 1953.