

บทความวิจัย

ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ

Mental Health and Related Factors among Older Adults

Received: Jun 12, 2020

Revised: Sep 1, 2020

Accepted: Sep 9, 2020

สุนิสา คำขึ้น พย.ม. (Sunisa Khakhuen, M.N.S.)¹หฤทัย กองมหา พย.ม. (Haruethai Kongmaha, M.N.S.)²วิจิตร แผ่นทอง ปร.ด. (Wichitr Phantong, Ph.D.)³ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ Ph.D. (Prangthip Thasanoh Elter, Ph.D.)⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ เท่ากับ .67 และ 1.00 และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.75) มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ ผลรวมคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 51.16 คะแนน (SD. = 5.85) พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลที่ $p < .05$ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 17.19$) ความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2 = 36.50$) อาชีพ ($\chi^2 = 19.86$) การประกันสุขภาพ ($\chi^2 = 14.85$) โรคประจำตัว ($\chi^2 = 6.71$) และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ($\chi^2 = 5.80$) สรุปได้ว่าปัจจัยด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสุขภาพการเงินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน จึงควรออกแบบโปรแกรมสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมทั้งสามประการก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้มีความพร้อมในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, ปัจจัยด้านสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

¹พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา Email: sunisa@knc.ac.th

^{2,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา Email: ²haruethai@knc.ac.th, ⁴prangthip@knc.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา Email: phantong.wp@hotmail.com

^{1,2,4} Boromarajonani College of nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

³ Boromarajonani College of nursing, Udonthani, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

This descriptive research aimed to explore mental health of older adults and to examine relationship between personal factors and mental health of older adults living in Nakhon Ratchasima province. Four hundred participants were recruited using multi-stage sampling. The sample size was determined using Krejcie and Morgan formula. Data were collected using a demographic form and Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15). The demographic form had been validated by three experts in gerontology. Its index of item-objective congruence was .67 and 1.00. The T-GMHA-15 was tested for its reliability and established Cronbach's alpha coefficient to be .92. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient, and Chi-square test.

The research results revealed that most older adults (57.75%) had mental health scores better than average. The total score was 51.61 (SD = 5.85). The mental health related to personal factors at $p < .05$ including educational level ($\chi^2=17.194$), enough income ($\chi^2 = 36.50$), occupation ($\chi^2 = 19.86$), health insurance ($\chi^2 = 14.85$), illness ($\chi^2 = 6.71$), and having falls in the past six months ($\chi^2 = 5.80$). In sum, factors associated with mental, physical, and financial health in older adults are related. Programs raising awareness and readiness covering those three issues should be developed for young adults, so they are prepared to cope with those when older.

Keyword: mental health, mental health factors, older adults

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชาคมอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2561 โดยประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 17.60)¹ และจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มเป็นร้อยละ 17.99 ของประชากรทั้งหมด² ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และเพิ่มการพึ่งพาสมาชิกอื่นในครอบครัว³ จากการศึกษาของ Suksai, Nanthamongkolchai, Pitikultang, Munsawaengsub และ Taechaboonsermsak พบว่า ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือหากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจะ

ส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี แต่หากมีปัญหาสุขภาพกาย เช่น มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ยากต่อการรักษา จะส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดี เกิดความเครียด เป็นคนที่ไม่มีความสุข⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะมีความกลัวการหกล้มซ้ำ จึงมีความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงลดการทำกิจวัตรประจำวันลง กลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตหรือเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้⁵ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก พบว่าความผิดปกติทางจิตและระบบประสาทที่พบมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7.00) รองลงมา คือ ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 5.00) และความวิตกกังวล (ร้อยละ 3.80)⁵ สำหรับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะ

สมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ⁶

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ การประกันสุขภาพ และวิถีชีวิต โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าเพศหญิง⁷ ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีสุขภาพจิตดีขึ้น⁸ ส่วนระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ⁷ และผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญาสุขภาพจิตลดลงและน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ⁹ ด้านเศรษฐฐานะพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ¹⁰ ผู้ที่ทำงานจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน และผู้ที่อยู่ในกลุ่มรวยที่สุดจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มจนที่สุด ทั้งนี้การมีรายได้ลดลงหรือการต้องอาศัยเงินจากบุตรหลาน ทำให้ความภาคภูมิใจลดลง ส่งผลให้สุขภาพจิตเสื่อมลงได้³ ด้านการประกันสุขภาพพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลทางการเงินได้¹¹ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการหรือได้รับสวัสดิการรักษายาบาลจากภาครัฐจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากภาคเอกชน⁹ การมีวิถีชีวิตที่สุขุมและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อสุขภาพจิตเช่นกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์¹¹ และเมื่อรู้สึกเครียดคนจะดื่มแอลกอฮอล์และสุขุมหรือมากกว่าปกติ¹²

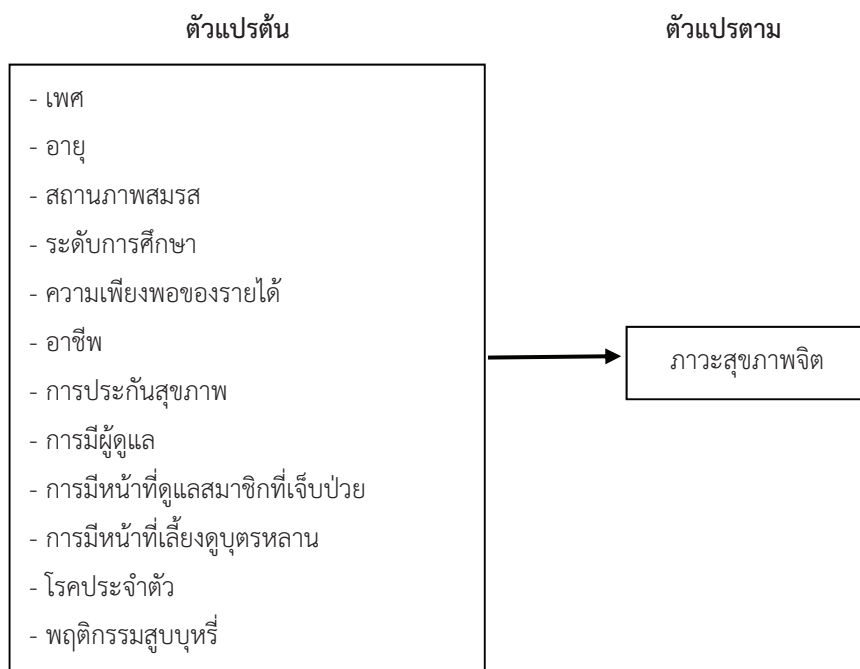
การเปลี่ยนแปลงสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การที่ครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากลักษณะครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การที่คู่แข่งงานใหม่แย่งครอบครัวเร็วขึ้น หรือการเสียชีวิตของคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียวจำนวนร้อยละ 9.00 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสจำนวนร้อยละ 19.00¹³ การขาดคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดภาวะซึมเศร้าได้¹⁴ ส่วนผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่าและแยกทาง⁸ ในสังคมชนบทพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้เลี้ยงดูหลานที่พ่อแม่ไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ต้องรับผิดชอบดูแลเด็กที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ ในขณะที่ตนเองก็ต้องการการดูแลเช่นเดียวกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ ในทางตรงข้ามหากผู้สูง

อายุอยู่คนเดียวโดยไม่มีบุตรหลานหรือคู่สมรสอยู่ใกล้ชิดก็อาจรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีคุณค่าและขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจนเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน¹³

จังหวัดนครราชสีมามีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย ทำให้ต้องเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนประชากรสูงอายुर้อยละ 19.07 ของประชากรทั้งจังหวัด¹⁵ จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างแกนนำชมรมผู้สูงอายุ¹⁶ พบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.30) มีสุขภาพจิตเท่าคนทั่วไป รองลงมาคือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 37.00) ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีเพียงร้อยละ 14.70 อย่างไรก็ตามการศึกษาสุขภาพจิตที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาเฉพาะลักษณะกลุ่มของผู้สูงอายุในบางพื้นที่เท่านั้น ยังไม่มีรายงานการศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งจังหวัดซึ่งมีความจำเป็นเพราะจังหวัดนครราชสีมาเป็นขนาดใหญ่ มีการกระจายประชากรที่แตกต่างกัน และเป็นสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตจะช่วยให้บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต หรือป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากถึงประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งจังหวัด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขุมหรือ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการกลืนในรอบ 6 เดือน มีผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และได้ทำการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยคาดว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยการใช้สูตร

ของ Krejcie และ Morgan¹⁷ จากจำนวนประชากร 435,347 คน กำหนดความแปรปรวนของประชากรเท่ากับ .50 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน กำหนดเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ตอบแบบสอบถามได้ มีสติสัมปชัญญะดี และไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยในระหว่างการตอบแบบสอบถามจะถูกคัดออกจากกรวิจัย การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) จังหวัดนครราชสีมาแบ่งการปกครองออกเป็น 32 อำเภอ โดยจัดกลุ่มเป็น 5 ระดับชั้นตามการปกครองส่วนภูมิภาค คือ ระดับชั้นพิเศษ (อำเภอเมืองนครราชสีมา) และระดับชั้นที่ 1-4 ผู้วิจัยสุ่มเลือกอำเภอจากระดับชั้นละ 2 อำเภอ อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ยกเว้นระดับชั้นพิเศษกำหนดให้ได้รับการเลือกโดยอัตโนมัติ ได้ทั้งหมด 9 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือก 1 ตำบลจากทุกอำเภอ อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ได้

จำนวนตำบลตัวอย่าง 9 ตำบล จากนั้นสุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามหมู่บ้านอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (system sampling) ได้จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่าง 44-45 คนต่อตำบล รวมผู้สูงอายุตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน อาชีพ การประกันสุขภาพ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย หน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุรา ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดย Mongkol และคณะ¹⁸ ใช้ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด ประสพการณ์ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด ตัวอย่างข้อความ เช่น ข้อ 1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ข้อ 7 ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขัน เป็นต้น แบบประเมินจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และ 15 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน มาก เท่ากับ 3 คะแนน เล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เลย เท่ากับ 1 คะแนน และกลุ่มที่ 2 เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4 และ 5 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน มาก เท่ากับ 2 คะแนน เล็กน้อย เท่ากับ 3 คะแนน และไม่เลย เท่ากับ 4 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนสุขภาพจิตสามารถแบ่งออก 3 ระดับ ได้แก่ 1) 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 2) 44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 3) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้รับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ (Index of item-objective congruence) ได้เท่ากับ .67 และ 1.00 ส่วนแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา COA No. 006/2562 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดสำคัญของโครงการวิจัย แง่สิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่ผลต่อการได้รับการรักษา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม ผู้วิจัยได้จัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อให้สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือในการอ่านข้อความ สามารถแจ้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้อ่านแบบสอบถามให้ได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดของโครงการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. รับสมัครผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 10 คน ผู้ช่วย

วิจัยเป็นผู้ที่ทำงานในพื้นที่บริการสุขภาพซึ่งเป็นชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีสัมพันธภาพแบบไว้วางใจต่อกันในระดับหนึ่ง

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยใช้แจ้งรายละเอียดโครงการพอสังเขป อธิบายลักษณะของเครื่องมือ ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วให้ทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกับผู้วิจัยและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่เก็บโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เท่ากับ 1 และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยก่อนและในระหว่างการเก็บข้อมูล และให้สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3. ก่อนการเก็บข้อมูลผู้ช่วยวิจัยคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้สูงอายุ โดยการแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจง และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ หากผู้สูงอายุสมัครใจจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมด้านการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนการลงนามแสดงความยินยอม

4. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลที่ละคนในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้รับบริการท่านอื่นอยู่ใกล้เคียง เพื่อให้สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อคำถามและตอบด้วยตนเอง หากไม่สามารถอ่านข้อคำถามได้ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจกับบางข้อคำถาม มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกขณะ เมื่อผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จะยืนยันข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างว่าสมัครใจไม่ตอบในข้อคำถามนั้นหรือลืมตอบข้อคำถาม ไม่มีการบังคับให้กลุ่มตัวอย่างต้องตอบให้ครบทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับอายุ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันจากการทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาพบว่ามีการกระจายที่ไม่ปกติและข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังนั้นจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) แทน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับเพศ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล จากการทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาพบว่ามีการกระจายที่ไม่ปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติไครส์แคร์แทน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ และการประกันสุขภาพด้วยสถิติไครส์แคร์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.75) อายุเฉลี่ย 70.39 ปี (SD. = 7.70) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 53.25) คือ อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.25) ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.75) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 48.00) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.50) ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ โดยส่วนมากเป็นสิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 86.50) มีบุตรเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 65.20) ไม่มีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (ร้อยละ 77.25) หรือเลี้ยงดูบุตรหลาน (ร้อยละ 59.25) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.00) ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.75) หรือดื่มสุรา (ร้อยละ 90.25) และไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 90.00)

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ (ร้อยละ 57.75) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับภาวะสุขภาพจิต จำแนกตามภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (N = 400)

ตัวแปร	ระดับภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ผลรวมคะแนนสุขภาพจิต (Mean= 51.16, SD. = 5.85)			
สุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ	51-60	231	57.75
สุขภาพจิตเท่าคนทั่วไป	44-50	136	34.00
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	≤ 43	33	8.25

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ตัวแปร	Spearman Rank Correlation Coefficient (r_s) ภาวะสุขภาพจิต	p-value
อายุ	-.06	.200

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($p > .05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ พบว่า ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 17.19$) ความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2 = 36.50$) อาชีพ ($\chi^2 = 19.86$) การประกันสุขภาพ ($\chi^2 = 14.85$)

โรคประจำตัว ($\chi^2 = 6.71$) และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ($\chi^2 = 5.80$) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ $p < .05$ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ $p < .05$ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			รวม n(%)	χ^2	p-value
	สุขภาพจิต ดีกว่าคน ปกติ n(%)	สุขภาพจิต ดีเท่าคน ทั่วไป n(%)	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคน ทั่วไป n(%)			
เพศ					1.49	.480
ชาย	80(56.74)	52(36.88)	9(6.38)	141(100)		
หญิง	151(58.30)	84(32.43)	24(9.27)	259(100)		
สถานภาพสมรส					5.47	.440 ^a
โสด	12(46.15)	12(46.15)	2(7.70)	26(100)		
สมรสคู่	147(59.04)	84(33.73)	18(7.23)	249(100)		
หม้าย	65(55.56)	39(33.33)	13(11.11)	117(100)		
หย่าร้าง/ แยก	7(87.50)	1(12.50)	0(0.00)	8(100)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			รวม n(%)	χ^2	p-value
	สุขภาพจิต ดีกว่าคน ปกติ n(%)	สุขภาพจิต ดีเท่าคน ทั่วไป n(%)	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคน ทั่วไป n(%)			
ระดับการศึกษา					17.19	.01 ^{a*}
ไม่ได้รับการศึกษา	1(25.00)	2(50.00)	1(25.00)	4(100)		
ประถมศึกษา	191(55.04)	126(36.31)	30(8.65)	347(100)		
มัธยมศึกษา	12(66.67)	4(22.22)	2(11.11)	18(100)		
อนุปริญญา	5(71.43)	2(28.57)	0(0.00)	7(100)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	22(91.67)	2(8.33)	0(0.00)	24(100)		
ความเพียงพอของรายได้					36.50	<.001*
ไม่เพียงพอ	34(40.00)	39(45.88)	12(14.12)	85(100)		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	102(53.13)	78(40.63)	12(6.24)	192(100)		
เพียงพอเหลือเก็บ	95(77.24)	19(15.45)	9(7.31)	123(100)		
อาชีพ					19.86	.02 ^{a*}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	88(59.46)	47(31.76)	13(8.78)	148(100)		
ข้าราชการบำนาญ	20(95.24)	1(4.76)	0(0.00)	21(100)		
ค้าขาย	7(50.00)	5(35.71)	2(14.29)	14(100)		
เกษตรกรรวม	109(53.96)	75(37.13)	18(8.91)	202(100)		
รับจ้าง	6(42.86)	8(57.14)	0(0.00)	14(100)		
ธุรกิจส่วนตัว	1(100)	0(0.00)	0(0.00)	1(100)		
การประกันสุขภาพ					14.85	<.001 ^{a*}
บัตรทอง	187(54.05)	127(36.71)	32(9.24)	346(100)		
สวัสดิการข้าราชการ	42(80.77)	9(17.31)	1(1.92)	52(100)		
ประกันสุขภาพ เอกชน	2(100)	0(0.00)	0(0.00)	2(100)		
การมีผู้ดูแล					2.10	.35
มี	196(57.31)	120(35.09)	26(7.60)	(100)		
ไม่มี	35(60.34)	16(27.59)	7(12.07)	58(100)		
การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย					.59	.74
มี	50(54.95)	32(35.16)	9(9.89)	91(100)		
ไม่มี	181(58.58)	104(33.66)	24(7.76)	309(100)		
การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน					5.61	.06
มี	96(58.90)	48(29.45)	19(11.65)	163(100)		
ไม่มี	135(56.96)	88(37.13)	14(5.91)	237(100)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			รวม n(%)	χ^2	p-value
	สุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ n(%)	สุขภาพจิตดีเท่าคนทั่วไป n(%)	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป n(%)			
โรคประจำตัว					6.71	.040*
มี	131(52.82)	93(37.50)	24(9.68)	248(100)		
ไม่มี	100(65.79)	43(28.29)	9(5.92)	152(100)		
พฤติกรรมสูบบุหรี่					1.67	.430
สูบบุหรี่	23(62.16)	13(35.14)	1(2.70)	37(100)		
ไม่สูบบุหรี่	208(57.30)	123(33.88)	32(8.82)	363(100)		
พฤติกรรมดื่มสุรา					.95	.620
ดื่มสุรา	25(64.10)	12(30.77)	2(5.13)	39(100)		
ไม่ดื่มสุรา	206(57.06)	124(34.35)	31(8.59)	361(100)		
ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน					5.80	.050*
หกล้ม	30(75.00)	9(22.50)	1(2.50)	40(100)		
ไม่เคยหกล้ม	201(55.83)	127(35.28)	32(8.89)	360(100)		

หมายเหตุ: ^a Fisher's exact test *p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangchinda, Sritarapipat, Injeen และ Manfak ที่พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁹ นอกจากนี้ผู้สูงอายุในวัยนี้ จะเริ่มหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การศึกษาธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือไปวัดทำบุญ โดยเชื่อว่าจะทำให้จิตใจสงบ มั่นคง เข้มแข็งและไม่เครียด มีการฝึกตนให้รู้จักรับฟังความคิดเห็น

ของผู้อื่น หรือหาวิธีผ่อนคลายจิตใจอื่น ๆ เช่น การปลูกต้นไม้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข²⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นพื้นที่ที่มีชมรมผู้สูงอายุ และ/หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงมีโอกาเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าด้านจิตใจ จะช่วยให้คลายเหงา จิตใจกระชุ่มกระชวย สดชื่น รู้สึกภาคภูมิใจและตระหนักในคุณค่า ความสามารถของตนเอง มีมุมมองเชิงบวกต่อตนเอง²¹

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ระดับการศึกษา การประกันสุขภาพ

ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน และอาชีพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต นั่นคือ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายไม่มาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ถึงแม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาสุขภาพเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ยังสามารถควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ ไม่มีอาการกำเริบรุนแรงถึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง⁴ ที่พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต หากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะความเจ็บป่วยทางกายสามารถพึ่งพาตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gray, Kramanon และ Sangkla ที่พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุมาจากการที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน²²

ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน เนื่องจากการหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่คาดเดาไม่ได้ สามารถส่งผลให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงได้ นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Opasanant ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะกลัวการหกล้มซ้ำ เกิดความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงลดการทำกิจวัตรประจำวันลง กลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตหรือเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้³

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตกับระดับการศึกษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของสุขภาพร่างกายและสุขภาพการเงิน ได้แก่ การประกันสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ และอาชีพ ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตกับระดับการศึกษา อธิบายได้ว่าการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pattra, Pattra และ Chusak⁷ ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึม

เศร้า และมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ⁹ นั่นคือผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง และน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เนื่องจากการศึกษาช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะการดำเนินชีวิต สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนความสัมพันธ์กับการประกันสุขภาพนั้น อธิบายได้ว่า การมีประกันสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุสบายใจและมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การประกันสุขภาพช่วยลดความวิตกกังวลทางการเงินได้⁸ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุทุกคนมีหลักประกันสุขภาพจากภาครัฐ โดยส่วนใหญ่ เป็นสิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 86.50) แสดงให้เห็นถึงระบบการดูแลสุขภาพจากภาครัฐที่ครอบคลุม ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ส่งผลให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยแล้ว นอกจากนี้ยังสามารถทำให้เกิดความมั่นใจสบายใจ คลายความวิตกกังวล ป้องกันภาวะเสี่ยงของปัญหาด้านสุขภาพจิตได้อีกด้วย

ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต รู้สึกมั่นคงในชีวิต จึงส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดน้อยลง^{9,23} และผู้สูงอายุที่ยากจนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ยากจนจนถึง 1.5 เท่า หากมีปัญหาทางการเงิน จะส่งผลให้เกิดความเครียดและกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิต⁹ อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตเช่นเดียวกัน โดยผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพจะมีสุขภาพจิตดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ⁹ พบว่า การทำงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน เพราะการทำงานเป็นสิ่งที่สร้างความรู้สึกมีคุณค่า และสะท้อนว่ายังพึ่งพาตนเองได้ จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย²⁴

อย่างไรก็ตามการค้นพบความสัมพันธ์ของภาวะ

สุขภาพจิตกับโรคประจำตัว ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และอาชีพ ในการศึกษาที่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Chaisang ที่พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้ ไม่สามารถพยากรณ์สภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในชายแดนภาคใต้ได้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากความแตกต่างกันด้านบริบททางสังคม เศรษฐฐานะ ศาสนา วัฒนธรรมและอื่น ๆ ของประชากรสูงอายุภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ²⁵

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน พฤติกรรมสูบบุหรี่ และพฤติกรรมดื่มสุราซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ อายุ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chaisang ที่พบว่าทั้ง 3 ปัจจัยไม่สามารถพยากรณ์สภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชายแดนใต้ได้ อาจเนื่องมาจากสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่เกี่ยวกับเพศ²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้²³ ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอาจเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต จึงมีทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boontoch และ Nuntaboot ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งหนึ่งในสี่ของลักษณะสุขภาพจิตที่ดี พบว่า การปรับตัวได้เป็นความเข้มแข็งทางจิตใจที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสีย การปรับเปลี่ยนบทบาท สถานะสุขภาพที่เสื่อมถอยตามวัย หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา²⁴ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น¹¹

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานหรือญาติพี่น้อง และอยู่ในสังคมที่ใกล้ชิดเกื้อหนุนกัน ทำให้ไม่รู้สึกถูกละทอดทิ้ง แม้จะสถานภาพสมรสเป็นโสด หม้าย หรือหย่า/แยก

ทางก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี⁸ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่ครองและบุตรหลานดูแลและรับรู้ตัวตนเองมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมคอยช่วยเหลือประคับประคอง จึงรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อบอุ่นใจ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่สมรส และผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงที่สุด ปัจจัยด้านการมีผู้ดูแลพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ไม่มีผู้ดูแลนั้นเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 14.50) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร่างกายยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก สามารถดูแลตนเองได้ จึงยังไม่ส่งผลด้านลบต่อสุขภาพจิต และแม้ว่าจะมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยหรือมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลานก็ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตเช่นกัน เพราะมีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ได้รับหน้าที่รับผิดชอบนั้น และด้วยการเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ร่างกายยังแข็งแรงดังกล่าวกว่า จึงสามารถช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัวและเลี้ยงดูบุตรหลานได้โดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระจนส่งผลต่อสุขภาพจิต

พฤติกรรมสูบบุหรี่และพฤติกรรมดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตเมืองเวียดนาม²⁷ พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ และในทางกลับกัน การศึกษาของ Seangpraw, Uttama, Kumar, Somrongthong, Tonchay และ Panta พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์¹¹

ข้อจำกัดการวิจัยนี้

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลเฉพาะจังหวัดนครราชสีมา แม้จะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอนแต่กลุ่มตัวอย่างที่ได้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งอาจส่งผลให้ผลการวิจัยไม่สามารถใช้อ้างอิงภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ได้อย่างชัดเจน และไม่

ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีความพิการ

นักวิจัยได้เก็บข้อมูลภาวะสุขภาพจิตจากการรายงานตนเองของผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว คำตอบที่ได้อาจไม่ครอบคลุมในทุกประเด็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล

1.1 ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพการเงิน สำหรับวัยผู้ใหญ่เพื่อให้ความพร้อมในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ

1.2 จัดระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับครอบครัวและชุมชน เช่น ลดภาระในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถไปมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือกิจกรรมทางศาสนาได้

2. ด้านการศึกษา

ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและเปิดโอกาส

ทางการศึกษาทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ส่งเสริมการเปิดการเรียนการสอนโรงเรียนผู้สูงอายุหรือจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตในกลุ่มอายุต่าง ๆ ในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ขนาดเล็ก หรือเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล หรือแต่ละภูมิภาค เพื่อหาความแตกต่างของภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านการหกล้ม โรคประจำตัว เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2018 [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://thaitgri.org/> (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thailandometers [internet]. 2020 [cited 2020 March 20]. Available from: <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/> (in Thai)
3. Opasanant P. Elderly nursing in the 21st century. 2nd ed. Phayao: Textbook Project Faculty of Nursing University of Phayao; 2016. (in Thai)
4. Suksai P, Nanthamongkolchai S, Pitikultang S, Munsawaengsub C, Taechaboonsersak P. Factors influencing mental health of the elderly in Urban Area, Ratchaburi Province. JHS 2018;27(5):809-18. (in Thai)
5. World Health Organization (WHO). Mental health of older adults [internet]. 2017 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
6. Department of Mental Health. Department of Mental Health Strategic Plan During the 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021) [internet]. 2017 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.plan.dmh.go.th/> (in Thai)

7. Pattra S, Pattra M, Chusak T. The mental health of elderly in Chaiphum province case study: Naphai sub-district, Muang Chaiphum district, Chaiphum province. *VRU Research and Development Journal Science and Technology* 2019;14(2):88-101. (in Thai)
8. Gray R, Thongcharoenchupong N. Thai Population Journal. Determinants of mental health among older persons. 2012; 3(2): 45-63. (in Thai)
9. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksombat S. Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. *Thai Population Journal* 2012;3(2):87-109. (in Thai)
10. Silpakit P, Kittirattanapaiboon P. Social determinants of mental health. 1st ed. Chiang Mai: wanidapress; 2017. (in Thai)
11. Seangpraw K, Auttama N, Kumar R, Somrongthong R, Tonchoy P, Panta P. Stress and associated risk factors among the elderly: a cross-sectional study from rural area of Thailand (version 2; peer review: 2 approved). *F1000Research* 2019;8:1-14.
12. Mental Health Foundation. Smoking and mental health [internet]. 2016 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/smoking-and-mental-health>
13. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). The situation of the elderly in Thailand, year 2015 [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://thaitgri.org/> (in Thai)
14. Sornsomphan R. Capabilities promote to prevent depression in the elderly, Khon Buridistrict, Nakhon Ratchasima province. *Journal Korat* 2018;4(1):77-89. (in Thai)
15. Nakhon Ratchasima Provincial Statistical Office. Situation of the elderly in Nakhon Ratchasima Province, year 2017 [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <http://nkrat.nso.go.th/> (in Thai)
16. Chaidachatorn S, Thipsungnoen T, Kaewprom K. Mental health status among the elder persons in Nakhon Ratchasima Province. *JBCNM* 2015;21(1):31-40. (in Thai)
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
18. Mongkol A, Tangseree T, Udomrat P, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chutha W, et al. The Development and Testing of Thai Mental Health Indicator Version 2007 [internet]. 2009 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.dmh.go.th/> (in Thai)
19. Duangchinda A, Sritarapipat P, Injeen J, Manfak P. Factors Related to the Activities of Daily Living and Quality of Life among Thai Elderly in Chai Nat Province. *Journal of Health and Nursing Research* 2019;35(3):60-73. (in Thai)
20. Vongverapant M. Mental health promotion for best practice communities' elderly in Chiang Mai province. *J Clin Psychol* 2016;47(1):38-47. (in Thai)
21. Prakhuviratdrammachot, Bunrit S, Songsab P. School of elders : Well-being system management and benefits in the schools in case of the South of Thailand. *JMND* 2019;6(3):1339-62. (in Thai)

22. Gray R, Kramanon R, Sangkla J. Happiness diversity among older people in different cultures. In: Population and Social Diversity in Thailand 2015; Proceeding of the 11th Population and Social Diversity in Thailand Conference; 2015 Jul 1; Bangkok. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2015. p. 253-68. (in Thai)
23. Parayat C, Kangchai W, Somanusorn S. Predictive factors of resilience among elderly. JFONUBUU 2016; 24(2):97-106. (in Thai)
24. Boontoch K, Nuntaboot K. Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the upper north region of Thailand. J Psychiatr Assoc Thailand 2017;62(3):257-70. (in Thai)
25. Chaisang U. Factors affecting psychological well-being of the elderly in the southern border provinces [internet]. 2018 [cited 2019 Dec 15]. Available from: http://administer.pi.ac.th/uploads/ereseacher/upload_doc/2019/proceeding/1566534208751297008870.pdf (in Thai)
26. MacLeod S, Musich, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The Impact of Resilience Among Older Adults. Geriatric Nursing 2016;37:266-72.
27. Dao An TM, Nguyen VT, Nguyen HV, Nguyen Lien TK. Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. BioMed Research International [internet]. 2018 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6286754/df/BMRI2018-2370284.pdf>