

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในจังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ

กรรณิการ์ หนูสอน*

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกและเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจังหวัดพิษณุโลกโดยสุ่มตัวอย่างจากประชากร 634 คน ได้จำนวน 167 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ordinary logistic analysis และขั้นที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งโดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตในระดับสูง ร้อยละ 17.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.1 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ อาชีพในอดีต รายได้ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การรับประทานยาโรคประจำตัวเป็นประจำ การซื้อยากินเอง การรับประทานอาหารตรงเวลา การมองเห็น และปัญหาการเดิน นอกจากนี้ผลการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งพบว่าควรมีการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ครอบคลุมใน 4 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต และ 4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

คำสำคัญ: ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

Abstract

The purpose of this research was to analyze the level of mental health of the abandoned elderly to study of factors related to mental health level of abandoned elderly in Phitsanulok and to develop the mental health promotion model of the abandoned elderly in the Phitsanulok area. The population used in the study were elderly people who abandoned in Phitsanulok Province by random sampling from 167 eligible population using multi-stage sampling method. Tools used were questionnaires. Data were analyzed by percentage, mean and ordinary logistic analysis. Step 2 was the model for promoting mental health among the abandoned elderly.

The research found that the majority of the elderly were female 59.9 percent. The elderly had a high level of mental health score of 17.4 percent, moderate level of 63.5 percent and low level of 19. percent. Factors related to mental health with the statistical significance ($p\text{-value} < 0.05$) was age, occupation, past, income, financial status, convalescence, smoking, regular drug use, punctuality, vision and walking and mental health promotion processes of the elderly consist of four steps: 1) development of mental health promotion potential; 2) mental health promotion modification; 3) environmental management; for mental health promotion; and 4) support from outside family and health personnel in mental health promotion should take this process to enhance the mental capacity of the neglected elderly.

Keywords: Abandoned, Elderly, Mental health promotion

* Mental Health Center 2 Phitsanulok Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้ประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวขึ้น ประกอบกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) ประเมินการณ์ว่าในประเทศไทย ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.10 ในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.10 ในปี พ.ศ. 2573 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 26.00 ในปี พ.ศ. 2583 (กรมอนามัย, 2550) จังหวัดพิษณุโลกนั้นมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังสูงถึงจำนวน 73,616 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2559) ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนอาจจะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือความพิการได้ (WHO, 2006) มีรายงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และคณะ, 2544) และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังประกอบด้วยโรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 25 ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่นๆ ร้อยละ 25 และโรคเรื้อรังอื่นๆ ร้อยละ 23 (Margaret and Westaway, 2009) นอกจากนี้ผู้สูงอายุของไทยจะประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการคือปัญหาสุขภาพ และปัญหาเศรษฐกิจ โดยปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเฉียบพลัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2548)

ความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น จนทำให้โครงสร้างของชุมชนชนบทเปลี่ยนแปลงไป เช่น สัดส่วนหนุ่มสาววัยแรงงานน้อยลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สมาชิกของครอบครัวบางรุ่นหายไปจากครอบครัว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) และในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ และเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553) และพบว่าสิ่งที่ตามมาคือผู้สูงอายุมีผู้เลี้ยงดูหรือดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้พบเห็นในชุมชนโดยเฉพาะชนบทที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552, หน้า 29) ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังอาจจะมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการตาย และการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลในด้านสุขภาพ และบริการสังคม ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่อาศัยตามลำพังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ (Kawamoto, et al., 2005) การที่ผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้ง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านสุขภาพซึ่งอาจทำให้เกิดความเหงา อ้างว้าง ท้อแท้ในชีวิต รู้สึกไม่มีคุณค่า ไร้ค่า และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความเหงามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับการถูกทอดทิ้งของผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และมีความเหงาสูง (Mullins, et al., 1988) ความเหงาเป็นปัญหาทางจิตใจที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยอย่างมาก (Ryan & Patterson, 1987)

จากปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่จะต้องดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความต้องการในการศึกษาวิจัยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในจังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก และเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก เพื่อลดภาระพึ่งพิงและลดโอกาสในการเกิดโรคจิตในอนาคต จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมีสุขภาพจิตที่ดี ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่อาศัยเพียงลำพังเนื่องจากเป็นหม้าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแลรวมถึงการถูกทอดทิ้งโดยไม่ได้รับการเหลียวแลจากสมาชิกครอบครัว ในเขตพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยนี้คัดเลือกอำเภอแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาด้วยหลัก การเลือกกรณีสุดโต่ง (Extreme case) (อรุณี อ่อนสวัสดิ์, 2553) คือมีจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมากที่สุด 634 คน

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักเกณฑ์ของ Kerlinger and Pedhazur ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 167 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยขั้นแรกเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคืออำเภอที่มีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งสูงสุด ได้แก่ อำเภอเมือง ขั้นที่สองสุ่มตำบลมาหนึ่งตำบลได้ตำบลท่าโพธิ์ และขั้นตอนที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพจิต จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) น้อย (1 คะแนน)

คุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพจิต ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในเขตตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Ordinary Logistic Regression นำเสนอความสัมพันธ์ด้วย Odd ratio (OR) 95% ของ OR

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและผสานเข้ากับข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งของ 3 กลุ่มโดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งอยู่อาศัยตามลำพัง จำนวน 10 คน กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง การวิเคราะห์ข้อมูล นำสารสนเทศทั้งหมดมาทำการ

สังเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) และนำมาจัดทำร่างองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมแล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนได้รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวทางสนทนาเชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิต และการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประเด็นข้อเสนอแนะต่อกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย มีการแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้นและข้อมูลในการตอบแบบสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อและจะนำเสนอผลการวิจัยที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

การศึกษารั้วนี้ศึกษาในผู้สูงอายุทั้งหมด 167 คน ผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 มีค่ามัธยฐานของอายุ 69 ปี (พิสัยควอไทล์ 10) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.7 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.4 ปัจจุบันไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมในอดีต ร้อยละ 64.0 และมีรายได้ ร้อยละ 69.5 โดยมีแหล่งรายได้ของตนเองเป็นรายได้หลัก ร้อยละ 48.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพทางการเงินพอกินพอใช้ ร้อยละ 76.0 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.9 พักอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 46.6

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.4 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.4 ผู้สูงอายุเคี้ยวหมาก ร้อยละ 1.2 มีการรับประทานยาโรคประจำตัวเป็นประจำ ร้อยละ 59.9 ซื้อยาทานเอง ร้อยละ 7.8 และมีการรับประทานอาหารตรงเวลา ร้อยละ 89.8 ผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 12.6 มีปัญหาการเดิน ร้อยละ 5.4 และมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 12.0

2. ระดับสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตในระดับสูง ร้อยละ 17.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 167)

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (< 85.93 คะแนน)	29	17.4
ระดับปานกลาง (85.93-106.41 คะแนน)	106	63.5
ระดับต่ำ (> 106.41 คะแนน)	32	19.1
Mean = 96.17 คะแนน, SD. = 10.24 คะแนน, Min-Max = 69-117 คะแนน		

3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับระดับสุขภาพจิต

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ อาชีพในอดีต รายได้ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การรับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ การซื้อยากินเอง การรับประทานอาหารตรงเวลา การมองเห็น และการเดิน

3.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multivariate Analysis ระหว่างปัจจัยกับสุขภาพจิต โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter ซึ่งพิจารณาค่าตัวแปรที่มี $p\text{-value} < 0.05$ จากการวิเคราะห์แบบ univariate เข้ามาวิเคราะห์ในโมเดล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อาชีพในอดีต รายได้ การสูบบุหรี่ การรับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ การซื้อยากินเอง การมองเห็น การเดิน โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนพบว่า

ผู้สูงอายุที่ในอดีตไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ในอดีตประกอบอาชีพเกษตรกรรม 3.76 เท่า (OR_{adj} 3.76, 95%CI: 1.15-12.33)

ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3.14 เท่า (OR_{adj} 3.14, 95%CI: 1.26-7.86)

ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ 3.49 เท่า (OR_{adj} 3.49, 95%CI: 1.27-9.63)

ผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำจะมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่รับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ 3.96 เท่า (OR_{adj} 3.96, 95%CI: 1.28-12.27)

ผู้สูงอายุที่ซื้อยากินเองจะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ซื้อยากินเอง 0.20 เท่า (OR_{adj} 0.20, 95%CI: 0.06-0.75)

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นจะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการมองเห็น 0.26 เท่า (OR_{adj} 0.26, 95%CI: 0.09-0.75)

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินจะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการเดิน 10.80 เท่า (OR_{adj} 10.80, 95%CI: 2.10-55.67) (ตารางที่ 5)

4. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

จากผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ได้ถูกนำมาใช้ในการออกแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และผสานเข้ากับข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ของ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผลการสังเคราะห์โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

ผลการสังเคราะห์ข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) เรียนรู้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ และละลายพฤติกรรม 2) การเรียนรู้เกี่ยวกับการรับประณามที่ถูกต้อง 3) การเรียนรู้ด้านผลกระทบการซื้อยาเกินเอง 4) กิจกรรมการจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และบุหรี่มือสอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้มีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และบุหรี่มือสอง 2) การเพิ่มการเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจ และความมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเอง 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ 5) การฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดการหกล้ม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ 1) การเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) การประชุมร่วมระหว่างผู้แทนผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และผู้นำท้องที่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกำหนดบทบาทในการสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้สูงอายุไม่ให้หกล้ม

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบทางจิตของการสูงอายุ การอยู่อาศัยโดยขาดผู้ดูแล และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ 2) การจัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ เพื่อวางแผนการให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 และเพศชายร้อยละ 40.1 อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในเพศหญิงมีค่าอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย และเพศชายมีการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเสนห์ แสงเงิน (2556) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้าง

เสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67.83 ร้อยละ 32.17 เป็นเพศชาย

ด้านระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 17.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับต่ำร้อยละ 19.1 การที่มีระดับต่ำมากกว่าระดับสูงอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความเหงาขาดผู้ดูแลพูดคุยให้กำลังใจ สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีปัญหาโดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 51.20 รู้สึกเหงา รองลงมาคือ ร้อยละ 27.50 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย และต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ร้อยละ 15.70 มีปัญหาทางการเงินร้อยละ 5.20 ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 28)

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ที่ผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพัฒนาขึ้นได้นำเอาปัญหาด้านผลกระทบต่อสุขภาพจิตจากการถูกทอดทิ้งหรืออยู่ลำพัง ผู้สูงอายุเข้ามาสู่กระบวนการนี้ร่วมกับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตในระดับต่ำร้อยละ 19.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับสูง ร้อยละ 17.4 การจัดทำโปรแกรม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างกระบวนการที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกจุดและตรงประเด็น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร มโนรัตน์ (2553) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุต้องมีการวิเคราะห์บทวนปัญหาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเดิม ที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเร็วขึ้นหรืออาจเกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ และต้องกระตุ้นให้รักสุขภาพมากขึ้น อยากระบาย ออกกำลังกายให้ดีกว่าเดิม ตลอดจนมีความตระหนัก และทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในการวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) โดยมุ่งเน้นด้านการสร้างความเชื่อมั่น การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจ การกระตุ้นทางอารมณ์ ผูกทักษะการสร้างเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ กษิตดา พานทอง (2551) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวชุมชนบ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) โดยการจัดกิจกรรมกระบวนการเสริมสร้างพลัง อำนาจ 4 ขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่าขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และเมื่อได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นของตนเองตามสภาพที่เป็นจริงก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพของตนเองสามารถที่จะแก้ไขได้ตลอดจนมีความรู้สึกริเริ่มปรับเปลี่ยนตนเองในการดำเนินชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนจัดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ควรสำรวจ คัดกรอง ศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยสมควรคัดเลือกผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในระดับต่ำเข้าร่วมกระบวนการ
2. ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมีปัญหาการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ดังนั้นกระบวนการเพิ่มศักยภาพควรมุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ด้านผลกระทบของการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กษิตดา พานทอง. (2551). *กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการศึกษา/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนา (ปฏิรูป) บทบาทภารกิจโครงสร้างและกลไกการทำงาน*. สืบค้นจาก <http://www.prasri.go.th/blueprint/letter/am05072013104020.pdf>
- พีรสิทธิ์ คำนวนคิด. (2542). *การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข*. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ. (2544). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา*. สืบค้นจาก <http://www.sem100library.in.th/opac/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00006162>
- ประภาพร มโนรัตน์. (2553). *รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเกษียณ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง. (2553). *การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี*. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- เสนห์ แสงเงิน. (2556) *การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, นภาพร ชัยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). *การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2554). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554*. กรุงเทพฯ : พงษ์พานิชย์เจริญผล.
- อรุณี มิ่งประเสริฐ และ De Sheng, K. (2557). การศึกษาสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 40 (2), 211-227.
- อรุณี อ่อนสวัสดิ์. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Gibson, C.H. (1991). A Concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced nursing*, 16(1), 354-361.
- Kawamoto, R., Yoshida, O., & Oka, Y. (2005). Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. *Geriatrics & Gerontology International*, 5(3), 152-158.
- Margaret, S., & Westaway. (2009). The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 50 (2), 213-221

- Mullins, L.C., Sheppard, H.L., & Anderson, L. (1988). A study of loneliness among a national sample of Swedish elderly. *Comprehensive gerontology*, 29(1), 36 -43.
- Ryan, M.C., & Patterson, J. (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of erotological Nursing*, 13(5), 6 – 12.
- World Health Organization. (1986). *Integrating poverty and gender into health programmes: A sourcebook for health professionals: module on ageing*. N.P.: Regional Office for the Western Pacific.