

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

กิตติพร เนาวิสุวรรณ*, นิตารัตน์ นรสิงห์**, ภาวดี เหมทานนท์**, จิรภา แก้วเขียว**

*วิทยาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
**พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วันรับบทความ : 21 สิงหาคม 2562
วันแก้ไขบทความ : 22 กันยายน 2562
วันตอบรับบทความ : 29 กันยายน 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

วัตถุประสงค์และวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 ในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 277 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปัญหาด้านจิตใจ ด้านภาวะสุขภาพจิตใจ จำนวน 9 ข้อ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และสถิติทดสอบไคสแคว์

ผล : พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .05 ตามลำดับ ($X^2 = 24.715$ และ 4.076 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านการอาศัยอยู่ร่วมกัน และการมีผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจ

สรุป : การรับรู้ภาวะสุขภาพและการมีโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการจัดการกับโรคเรื้อรัง รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตามความเป็นจริงและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านจิตใจ

คำสำคัญ : ปัญหาด้านจิตใจ โรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ

FACTORS RELATED TO PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF THE OLDEST OLD PEOPLE IN LATER LIFE IN 7 PROVINCES OF LOWER SOUTHERN OF THAILAND

Kittiporn Nawsuwan*, Nisarath Norasing**, Pawadee Hamtanon**, Jeerapa Kaewkiaw**

*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

**Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

Received : August 21, 2019

Revised : September 22, 2019

Accepted : September 29, 2019

Abstract

Objective: To study the relative factors related to psychological problems of elderly people in later life in 7 provinces of lower southern of Thailand.

Material and Methods: The samples were 277 of elderly people over 80 years of age in 7 provinces of lower southern of Thailand. Selecting by multistage stage sampling. The data collection was using a Personal data questionnaire and Psychological problem questionnaire 9 items. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square test were analyzed.

Results: We founded that health perceptions and chronic disease have a relationship with psychological problem of elderly people in later life in 7 provinces of lower southern of Thailand, statistically significant ($X^2 = 24.715$ and 4.076 , $p\text{-value} < .001, .05$). Whereas, living together and caregiver factors did not have a relationship with psychological problem of elderly people in later life in 7 provinces of lower southern of Thailand.

Conclusion: Health perception and chronic disease have a relationship with psychological problems of elderly people in later life. Therefore, promotion elderly people to concern about health protection and managing with their chronic disease are very important. In addition to understanding about illness in order to help elderly people perceive their health status and be aware of healthcare properly and constantly for psychological problems prevention.

Keywords: mental health problem, chronic disease, health perception

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข โครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัย” (aged society) ตั้งแต่ปี 2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10.5¹ และตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super aged society)²

ผู้สูงอายุมีประสบการณ์กับศักยภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เช่น ทูพพลภาพ ความปวดที่เรื้อรัง สุขภาพที่อ่อนแอทั้งร่างกายและจิตใจ หากไม่ได้รับการป้องกันก็จะทำให้ต้องรับการดูแลในระยะยาว³ โดยผู้สูงอายุแต่ละช่วงอายุจะมีความแตกต่างกันในเรื่องศักยภาพ ความต้องการ และภาวะสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) เป็นกลุ่มผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง (active aging) ยังคงช่วยเหลือตนเองและเหลือผู้อื่นได้ดี ทั้งด้านการเป็นแรงงานและศักยภาพในการผลิต ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) เป็นช่วงที่สุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี แม้จะเริ่มอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยมารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันไปบ้าง บางคนเริ่มสูญเสียความคล่องแคล่วทางกาย จากความเสื่อมสภาพของร่างกาย การมองเห็นและการได้ยินลดลง มีปัญหาการบดเคี้ยว และข้อเข่าเสื่อม แต่ความจำตลอดจนความคิดวิเคราะห์ยังอยู่ใน

สภาพค่อนข้างดี บางรายอาจมีโรคเรื้อรังประจำตัว แต่ส่วนใหญ่แล้วยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะในด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมประจำวัน สำหรับกลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มที่เริ่มมีความเจ็บป่วยบ่อยขึ้น มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ปรากฏชัดขึ้น บางรายอาจทุพพลภาพ ทำให้มีความต้องการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามมา โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ

ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ปกติ ซึ่งมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้ได้รับการรักษา แต่ก็ยังพบว่ามีปัญหาทางจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที โดยเฉพาะสิ่งที่นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ในช่วงวัย 80 ปีขึ้นไปนั้น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเศร้าโศก การสูญเสียสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ จากการเกษียณ การขาดความสามารถในการทำงานจากกระบวนการของความชรา และการสูญเสียบทบาททางสังคมและเครือข่าย⁴ โดยปัญหาทางด้านจิตใจมักจะแสดงออก 5 อาการหลัก ดังนี้ 1) การกินผิดปกติ อาจกินมากขึ้นหรือน้อยกว่าเดิม เบื่ออาหาร ชูบผอมทั้ง ๆ ไม่มีปัญหาทางร่างกาย 2) การนอนอาจนอนหลับมากกว่าปกติ บางคนอาจนอนไม่หลับ ตกใจตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อไม่ได้ บางคนอาจฝันร้ายติดต่อกันบ่อย ๆ 3) อารมณ์ผิดปกติ เช่น หงุดหงิดบ่อยขึ้น เศร้าซึม เคร่งเครียด จุนเจียววิตกกังวลมากขึ้นกว่าเดิม 4) มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น เคยร่าเริงแจ่มใสก็กลับซึมเศร้า เงียบขรึม ไม่พูดไม่จา บางคนก็หันไปพึ่งเหล้า บุหรี่ บางคนทีพุดน้อยก็กลายเป็นคนพุดมาก และ 5) มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น บ่นปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ

ปวดกระดูก วิงเวียนศีรษะ หายใจไม่อิ่ม ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ เป็นต้น

ปัญหาทางจิตใจของผู้สูงอายุเกิดจากผลของความซับซ้อนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม จิตใจ และร่างกาย ซึ่งผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ น่าจะเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับมุมมองทางสังคมในปัจจุบัน ที่มีแนวโน้มการมองภาพผู้สูงอายุซับซ้อนมากขึ้น ประการแรก มุมมองของความคิดที่ว่า อายุที่มาก ทำให้สูญเสียการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ก่อให้เกิดการลดคุณค่าของผู้สูงอายุลง ส่งผลถึงการลดทอนบทบาทการถ่ายทอดเรื่องราว และการแลกเปลี่ยนภูมิปัญญาที่สำคัญ^{5,6} ประการที่สอง คือ มุมมองเรื่องภาระ ที่สังคมมองว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เป็นภาระเรื่องศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและแรงงาน⁷ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในวัย 80 ปีขึ้นไป ทำให้ต้องเผชิญกับความรูสึกสูญเสีย โดยเฉพาะคุณค่าและศักยภาพของตนเอง เช่น การเคยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้นำให้คนอื่น การเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากคนข้างเคียง เพื่อนฝูงหรือสังคม นอกจากนี้สุขภาพไม่แข็งแรงพอที่จะปฏิบัติการกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ขาดการติดต่อไปมาหาสู่กับบุคคลอื่น บุตรหลาน มีครอบครัวแยกย้ายกันไป และการเผชิญกับความตายที่ใกล้มาทุกที ทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรม (abuse) ทั้งทางร่างกาย วาจา จิตใจ การเงินและทางเพศรวมไปถึงการถูกทอดทิ้ง โดยพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 6 ที่โดนทารุณกรรม⁸

จะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านจิตใจของ

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในบริบทของภาคใต้ตอนล่างที่มีความแตกต่างกันของวัฒนธรรม มีการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมไทยพุทธและไทยมุสลิม ความเชื่อ อีกทั้งมีเหตุการณ์ที่รุนแรงก่อให้เกิดความสูญเสีย ที่เป็นปัจจัยหนึ่ง ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น⁹ แต่ก็ยังพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ไม่อยู่ในสภาวะดังกล่าว มีปัญหาด้านจิตใจเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง เพื่อนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพกายและพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวนทั้งสิ้น 900 คน ซึ่งเป็นข้อมูลจากงานวิจัยเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง¹⁰ กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973)¹¹ กำหนดขอบเขตความคลาดเคลื่อน 0.05 โดยกำหนดให้ประชากรจำนวน 900 คน ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 277 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) สุ่มเลือกอำเภอ โดยคิดร้อยละ 25 จากทุกจังหวัดในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จากนั้นสุ่มเลือกตำบล โดยคิดร้อยละ 25 จาก

อำเภอ โดยใช้วิธีหีบฉลากแบบไม่แทนที่ แล้วจึงนำจำนวนหมู่บ้านจากตำบลในแต่ละจังหวัดนำมาหารกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดที่ต้องการ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีหีบฉลากแบบไม่แทนที่ (กรณีในกลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวจากการวิจัย ผู้วิจัยจะหีบฉลากผู้สูงอายุคนอื่นแทน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้ 1) เป็นประชาชนไทยที่อาศัยอยู่ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง 2) มีอายุ 80 ปีขึ้นไป 3) ยินดีที่จะให้ข้อมูลในการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออกดังนี้ 1) มีการเจ็บป่วยทางจิตที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 4 ข้อ

2) แบบสอบถามปัญหาด้านจิตใจ โดยข้อคำถามดัดแปลงมาจากแบบสอบถามโครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ด้านภาวะสุขภาพจิตใจ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 2 คำตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน และไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน การแปลผลระดับปัญหาด้านจิตใจใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ¹² ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาด้านจิตใจ และ 1-9 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจ โดยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม

ที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 1 คน ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง .66 - 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามมาการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) มาทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .897

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลาเลขจริยธรรมหมายเลข BCNSK 25-22/2560 โดยผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูก

ทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยการทำหนังสือถึงสาธารณสุขนิเทศ เขตบริการสุขภาพที่ 12 เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เป็นผู้ช่วยวิจัย แต่ละจังหวัดมีการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงาน เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแก่ผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัด และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ให้ผู้เก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงลงบันทึกในแบบสอบถาม ภายหลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างโดยใช้สถิติ Chi - square นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.8 มีสถานภาพสมรส เป็นหม้าย ร้อยละ 59.6 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 84.1 และมีรายได้พอเพียง ร้อยละ 54.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 277)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	92	33.2
	หญิง	185	66.8
สถานภาพ	สมรส	101	36.4
	หม้าย	165	59.6
	หย่า/แยก	5	1.8
	โสด	6	2.2
	การศึกษ		
	ไม่ได้เรียน	108	39.0
	ประถมศึกษาปีที่ 1 - 6	146	52.7
	มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3	7	2.5
	มัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6	7	2.5
	อนุปริญญา	5	1.8
	ปริญญาตรี	4	1.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 277) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประกอบอาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	233	84.1
ข้าราชการบำนาญ	27	9.7
ค้าขาย	7	2.5
รับจ้าง	3	1.1
เกษตรกร	3	1.1
ธุรกิจส่วนตัว	3	1.1
อื่น ๆ	1	0.4
รายได้		
พอเพียง	151	54.5
ไม่พอเพียง	96	34.6
เหลือเก็บ	19	6.9
มีหนี้สิน	11	4.0

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

ปัจจัย	ไม่มีปัญหาด้านจิตใจ จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหาด้านจิตใจ จำนวน (ร้อยละ)	X ²	p-value
การอยู่รวมอาศัยกัน			X ² = 0.214	0.643
อาศัยอยู่ลำพัง	172 (65.4)	91 (34.6)		
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	10 (71.4)	4 (28.6)		
การมีผู้ดูแล			X ² = 0.755	0.385
ไม่มีผู้ดูแล	7 (53.8)	6 (46.2)		
มีผู้ดูแล	168 (65.6)	88 (34.4)		
การรับรู้สุขภาพ			X ² = 24.715	< 0.001*
ดีมาก	28 (82.4)	6 (17.6)		
ดี	86 (76.8)	26 (23.2)		
พอใช้	54 (55.7)	43 (44.3)		
มีเล็กน้อย	9 (39.1)	14 (60.9)		
ไม่มีเลย	4 (40.0)	6 (60.0)		
การมีโรคประจำตัว			X ² = 4.076	0.044*
มีโรคประจำตัว	83 (72.8)	31 (27.2)		
ไม่มีโรคประจำตัว	99 (61.1)	63 (38.9)		

*p-value < 0.05

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีโรคมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ ($X^2 = 24.715$ และ 4.076 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านการอาศัยอยู่ร่วมกัน และการมีผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจ ดังตารางที่ 2

อภิปราย

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้ที่นึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความด้านทาน โรคหรือความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความกังวลหรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า แต่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางกาย จะมีภาวะขาดความมั่นใจ (self-confidence) และขาดความสามารถในการควบคุมตนเองภายใน (internal locus of control) ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ นั่นคือ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) หากพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำ ทั้งจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง การมีโรคประจำตัว การขาดสูญเสียบุคคลใกล้ชิด รวม ไปถึง

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแยกว่าความเป็นจริง และจะส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจที่มากขึ้น¹³

การมีโรคมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เสื่อมไปตามวัย ทำให้สมรรถภาพต่าง ๆ ของร่างกายที่เคยทำงานได้ดี เปลี่ยนเป็นไม่สามารถใช้การได้เหมือนเดิม ส่งผลต่อกระทบต่อสภาวะจิตใจยิ่งอายุมากขึ้น จะเกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามการเปลี่ยนแปลง^{14,15} เมื่อสุขภาพไม่ดี ส่งผลต่อการประกอบอาชีพทำให้รายได้ตกต่ำลง และเมื่อรายได้ไม่ดีโอกาสที่จะมีเรื่องอุปโภคบริโภค การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่สมบูรณ์เพียงพอย่อมเป็นไปได้ ส่งผลต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา

ส่วนปัจจัยด้านการอาศัยอยู่ร่วมกัน และการมีผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง อธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของภาคใต้ที่ผู้สูงอายุมักจะเลือกที่จะอยู่ที่บ้านเดิมของตนเอง โดยบุตรหลานที่แยกครอบครัว จะตั้งบ้านเรือนใกล้ ๆ กับบ้านพ่อแม่ และมีการแวะเวียนไปหาทุกวัน ยังคงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละทิ้งภาวะโดดเดี่ยว (perceived isolation)^{16,17} อีกทั้งลักษณะของวัฒนธรรมการตั้งบ้านเรือนที่อยู่เป็นชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียนหรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตร มาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่

คลายเหงา และการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พบปะทั้งวัยเดียวกัน และต่างวัย เช่น วัด มัสยิด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดของรูปแบบของการคงไว้ซึ่งศักยภาพ (capacity model)^{18,19} กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ (social and psychological resources) ช่วยส่งเสริมและสร้างความยืดหยุ่นตัว (resilience) ในบุคคลที่มีภาวะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) และลดทอนความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันในทางสุขภาพ นอกจากนี้ การมีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีขึ้น รวมไปถึงการมีภาวะสุขภาพกาย และการทำหน้าที่ของบุคคล แม้ว่าจะมีระดับการศึกษาที่ต่ำ ก็ไม่แตกต่างกับบุคคลที่มีการศึกษาสูงแต่อย่างใด²⁰ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลัวการที่อยู่อาศัยเพียงลำพังในบ้านของตนเองนั้นจะส่งผลต่อจิตใจในด้านลบแต่อย่างใด

สรุป

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการมีโรคเรื้อรังทางกายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการจัดการกับโรคเรื้อรัง รวมทั้งการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตามความเป็นจริงและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านจิตใจ โดยการวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นประเด็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นแนวทางในการปรับตัวให้ยอมรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลง

ตามวัยและการคัดกรองปัญหาด้านจิตใจในผู้สูงอายุทุกช่วงวัยเพื่อหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 และข้อมูลจากโครงการวิจัยย่อยเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/14 กุมภาพันธ์ 2561](http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/14%20กุมภาพันธ์%202561).
2. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556.
3. World Health Organization. Mental health of older adults. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> [2019 Aug 6].
4. Suwanmanee S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Taechaboonsersmak P. Factors influencing the mental health of the elderly in Songkhla, Thailand. J Med Assoc Thai 2012; 95(6): 8-15
5. Nelson TD. Ageism: prejudice against our feared future self. J Soc Issues 2005; 61: 207-21.
6. Schoenberg NE, Lewis D. Cross-cultural ageism. In Palmore E, Branch L, Harris D, editors. The encyclopedia of ageism. Binghamton (NY): Haworth; 2005.

7. Börsch-Supan A. Labor market effects of population aging. *Labour* 2003; 17: 5-44.
8. ปรีชาชาญ แก้วนุ้ย. การผสมผสานทางวัฒนธรรมระหว่างไทยพุทธกับไทยมุสลิมในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
9. พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. วิถีชีวิตของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารระบบวิจัยสาธารณสุข* 2550; 1: 145-55.
10. กิตติพร เนาว่าสุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง. *รายงานการวิจัย (ทุนสนับสนุนการวิจัยจากสภาวิจัยแห่งชาติ)*; 2561.
11. สุทฤษฎี ศรีไสย์. สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
12. สุรีย์พันธ์ วรพงศธร. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์การพิมพ์; 2558.
13. French DJ, Sargent-Cox K, Luszcz MA. Correlates of subjective health across the aging lifespan: Understanding self-rated health in the oldest old. *JAH* 2012; 24:1449-69.
14. วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงศ์, สุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร* 2555; 3: 87-109.
15. นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, สมจิต นิปีทหัตถพงษ์, ศิริพร นันทเสนีย์, เพ็ญดา พิพัฒน์สมบัติ, เทียมใจ ศิริวัฒนกุล, จิราพร เกสรสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2555.
16. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community* 2017; 25(3): 799-812.
17. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10(2): 227-37.
18. Gallo LC, de los Monteros KE, Shivpuri S. Socioeconomic Status and Health: What is the role of Reserve Capacity?. *Curr Dir Psychol Sci* 2009; 18(5): 269-74.
19. Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role?. *Psychol Bull* 2003; 129(1): 10-51.
20. Schöllgen I, Huxhold O, Schüz B, Tesch-Römer C. Resources for health: Differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status. *Health Psychol* 2011; 30: 326-35.