

สุขภาพจิตและสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน

ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Mental Health and Spirituality among Older Adults in Nang Lae Nai Village,

Nang Lae Subdistrict, Muang District, Chiang Rai Province

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)¹

Tithima Tasuwanin, M.N.S. (Gerontological Nursing)¹

มนุเชษฐ์ มโนธรรม, วท.ม. (อาชีวเวชศาสตร์)²

Manuchet Manotham, M.Sc. (Occupational Medicine)²

พัชรา ก้อยชูสกุล, วท.ม. (สรีรวิทยา)³

Patchara Koychusakul, M.Sc. (Physiology)³

วรัญญา มณีรัตน์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)⁴

จุฑามาศ เมืองมูล, วท.ม. (กายวิภาคศาสตร์)⁵

Waranya Maneerat, M.N.S. (Adult Nursing)⁴

Jutamas Muangmool, M.Sc. (Anatomy)⁵

วารุณี พันธวงศ์, วท.ม. (การจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย)⁶

Warunee Phanwong, M.Sc. (Environmental and Safety Management)⁶

Received: September 19, 2019 Revised: December 8, 2020 Accepted: December 9, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ชนิดเชิงปริมาณนำเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสภาวะทางจิตวิญญาณ และศึกษาสุขภาพจิตและสภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 102 คน และการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ

^{1, 2, 4-6} อาจารย์ สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

^{1, 2, 4-6} Lecturer, School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: tithima.ta@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

³ Associate Professor, School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับต้น 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่น .86 และแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .606, p < .001$) สุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์เมื่อประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และการได้รับการดูแลและการยอมรับจากครอบครัว และชุมชน ส่วนสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงคุณธรรมและความดีงาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ เช่น ให้ความสำคัญและตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ เน้นการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุ

Abstract

This explanatory sequential mixed methods design aimed to examine the relationship between mental health and spirituality, and to determine the mental health and the spirituality as perceived by older adults. The samples consisted of 102 older adults who lived in Nang Lae Nai Village, Nang Lae Subdistrict, Muang District, Chiang Rai Province and were arranged for quantitative research ($n = 102$) and qualitative research ($n = 10$). The research instruments consisted of the personal data record form, Thai Mental Health Indicator Version 2007 (TMHI-15) with the reliability of .86, the spirituality questionnaire with the reliability of .86, and the focus group interview guide. Data were collected from January to April, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman rank correlation, and content analysis.

The research results revealed that mental health was positively statistically significant related to spirituality among older adults ($r_s = .606, p < .001$). The mental health as perceived by older adults consisted of 4 issues, including 1) anxiety regarding disease and self-care, 2) emotional coping, 3) being proud in life, and 4) received care and acceptance from family and community. In addition, the spirituality as perceived by older adults consisted of 3 issues, including 1) moral and virtue fulfilling, 2) self-esteem, and 3) happiness and satisfaction.

This research suggests that people related to elderly health promotion should apply this research results for promoting mental health of older adults according to the contexts (e.g., providing precedence, awareness in older adults' esteem, and participation) in order to enhance the mental health and spirituality among older adults.

Keywords: Mental health, Spirituality, Older adult

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน สังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.90 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยจะต้องเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรผู้สูงอายุในภูมิภาคอาเซียนพบว่า ในปี ค.ศ. 2018 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.60 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากประเทศสิงคโปร์ที่มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.40 และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) และพบว่า ภาคเหนือของประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.20 การที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนกลุ่มวัยแรงงานลดลง ทำให้

เกิดอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2553 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุเท่ากับ 49.30 และในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 53.80 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 68 ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุต่อวัยทำงานเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.60 ในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.10 ในปี พ.ศ. 2560 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) อีกทั้งข้อมูลจากการสำรวจระดับคะแนนความสุขเฉลี่ยของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2560 พบว่า วัยสูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย มีค่าเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 7.10, 6.80 และ 6.60 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ส่วนข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ค่าเฉลี่ย

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีค่าน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยต่างๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) และในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 6 มีภาวะซึมเศร้า (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562)

การที่บุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลง เช่น ความเสื่อมในการทำงานของหลอดเลือด เกิดการตีบแข็งของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากกว่าวัยอื่นๆ (World Health Organization [WHO], 2014) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงขนาดและความหนาแน่นของมวลกระดูก ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะกระดูกพรุนเพิ่มมากขึ้น และมีความเสี่ยงสูงในการเกิดกระดูกหักหากมีการพลัดตกหกล้มเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (Uusi-Rasi, Karinkanta, Tokola, Kannus, & Sievanen, 2019) ทั้งนี้ ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุร้อยละ 33.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 16.50 เป็นโรคเบาหวาน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ซึ่งโรคดังกล่าวอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การที่ผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกถึงความไม่แน่นอน อีกทั้งยังต้องไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 ที่พบว่า อัตราการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาลระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.70 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) แม้ว่าปัจจุบันจะมีสิทธิการรักษาที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ แต่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ก็อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งปัญหาเศรษฐกิจมีส่วนสำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเช่นกัน โดยข้อมูลจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2559) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน จากร้อยละ 33.50 ในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.30 ในปี พ.ศ. 2558 ทั้งนี้ยังพบว่า เมื่อสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเกษียณอายุราชการ การย้ายกลับมาอาศัยอยู่กับลูกหลาน หรือผลจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาลูกหลานมากขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตได้ จะเห็นว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมาก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เช่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความคับข้องใจเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของตนเอง (อารี พุ่มประไพทย์, บรรจง เจนจัดการ, ปาหนัน กนกวงศ์นวัฒน์, อัญชลี เหมชะญาติ, และณัฐพัชร จันทร์ฉาย, 2562) อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มีโอกาสเกิดความเบี่ยงเบนของสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้ง่าย ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา, มรยาท เพ็ชรตรา, และศุภพร ชูศักดิ์, 2562) และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง (อภิรดี ไชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, และศรียามน ตีรพัฒน์, 2563)

สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตซึ่งประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกพึงพอใจและความสุขในชีวิต (Daaleman, Usher, Williams,

Rawlings, & Hanson, 2008) และเป็นความรู้สึกของบุคคลในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Paloutzian & Ellison, 1982) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ร่วมกับเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้มากกว่าวัยอื่นๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย (Bruce, Schreiber, Petrovskaya, & Boston, 2011) หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัวการเป็นภาระหรือถูกทอดทิ้ง ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามมา และปัญหาสุขภาพจิตอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า สุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังการศึกษาของ McCoubrie and Davies (2006) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าสุขภาวะทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพจิต และจากการศึกษาในผู้สูงอายุสามกลุ่มวัยของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2559) พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุวัยปลาย

หมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ในการดูแลและการบริการวิชาการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เป็นพื้นที่ที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อ

การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ประกอบกับผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งที่พบและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ทำให้ไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และศึกษาสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน เนื่องจากบริบทของหมู่บ้านมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีลักษณะทั้งความเป็นชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตและระดับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

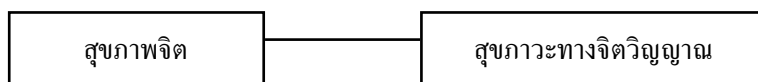
สมมติฐานการวิจัย

สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Paloutzian and Eillison (1982) ที่ว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความรู้สึกเป็นสุขและพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามการรับรู้ และตัดสินใจ

ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันย่อมลดลง ร่วมกับการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย (Bruce et al., 2011) หากไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัวการเป็นภาระ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตตามมา และปัญหาสุขภาพจิตอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณนำเชิงคุณภาพ (explanatory sequential mixed methods design) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 187 คน (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย, 2561) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 102 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย สวัสดิการการรักษา และการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007 [TMHI-15]) ของกรมสุขภาพจิต (2550) จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4

ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน) มีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไป (44–50 คะแนน) และมีสุขภาพจิตดีกว่าบุคคลทั่วไป (51–60 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนในรูปแบบค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตในระดับต่ำ (1–1.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2–2.99 คะแนน) และในระดับดี (3–4 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1–3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะจิตวิญญาณในระดับต่ำ (9–14 คะแนน) ในระดับปานกลาง (15–20 คะแนน) และในระดับสูง (21–27 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนในรูปแบบค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตวิญญาณในระดับต่ำ (1–1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67–2.33 คะแนน) และในระดับดี (2.34–3 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .99 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หาค่าความเชื่อมั่น

ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86 ทั้ง 2 ชุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1)

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (เอกสารรับรอง เลขที่ ETH.CRRU 014/61 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขอ

อนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลนางแล ประสานงานกับผู้นำชุมชน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึก แบบทดสอบ และแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20–25 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล

สุขภาพจิต และข้อมูลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาสุขภาพจิตและสุขภาวะ

ทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ เป็น การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนจากกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60–69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70–79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) กลุ่มละ 2 คน รวมจำนวน 6 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ รองประธานชมรมผู้สูงอายุ และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 2 คน รวมจำนวน 4 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) ร่างกายแข็งแรง มีการเคลื่อนไหวปกติ 2) สามารถคิดและพูดได้คล่อง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม (focus group interview guide) ประกอบด้วยประเด็นคำถาม 2 ประเด็น คือ 1) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเอง เป็นประเด็นคำถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความวิตกกังวลในชีวิต การจัดการอารมณ์ ความรู้สึกลึกซึ้ง และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และ 2) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณของตนเอง เป็นประเด็นคำถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทำเช่นเดียวกับในขั้นตอนที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และดำเนินการสนทนากลุ่มที่ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน โดยใช้เวลาประมาณ 50 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

(content analysis) โดยจัดระเบียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตและสุขภาพทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลที่ได้ผ่านการอภิปรายโต้ตอบกันของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุต่างกัน ทำให้มั่นใจได้ในความน่าเชื่อถือและความหลากหลายของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51 มีอายุดำสุดคือ 60 ปี และสูงสุด คือ 93 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 69.79 ปี ($SD = 8.58$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.10 ไม่ได้รับการศึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 21.60 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.90 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 54.90 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 29.40 มียาที่รับประทานเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 58.80 อาศัยอยู่กับลูกหลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.30 สวัสดิการการรักษาส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 66.70 และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนทุกครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.20

2. สุขภาพจิตและสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.10 รองลงมา คือ มีสุขภาพจิตดีกว่าบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 40.20 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 14.70 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมในระดับดี ($M = 3.27$, $SD = .68$) และพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพทางจิตวิญญาณในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.60

และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.40 โดยผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยรวมในระดับดี ($M = 2.49, SD = .60$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .606, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ($n = 102$)

ตัวแปร	สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	
	r_s	p
สุขภาพจิต	.606	< .001

4. สุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

4.1 สุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เมื่อสูงอายุขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายลดลง เกิดโรคเรื้อรังตามมา ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“มีโรคประจำตัว และไปรับการรักษาที่อนามัย เกรงใจลูกหลานที่ต้องไปส่ง ต้องพยายามดูแลตนเองให้จะได้ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน” (ID3)

“เวลากินยาบางทีก็จำไม่ได้ เพราะมียาเยอะมาก ลูกสาวได้จัดยาให้ แต่บางทีก็ไม่มีเวลาก็ลืมจัด เราก็พยายามช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด แต่ถ้าเป็นยาเบาหวานจะต้องขอพึ่งตลอด เลยต้องจำกัดอาหารเองกลัวต้องฟอกไต เสียเงินเยอะ” (ID8)

ประเด็นที่ 2 การควบคุมอารมณ์เมื่อประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาใน

เรื่องต่างๆ จะไม่พูดหรือแสดงอารมณ์ออกมา แต่ใช้การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว เชื่อว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เมื่ออารมณ์ไม่ดี ไม่ถูกใจ จะลูกหนีไปเลย ไม่อยากพูดมาก กลัวลูกหลานเบื่อ ต้องพึ่งพาลูกหลาน” (ID10)

“ถ้าทุกข์ใจหรือมีปัญหา จะคุยกับลูกสาวคนเล็ก เพราะเค้าจะเข้าใจและรับฟัง” (ID5)

“ปัญหาทุกอย่างมันแก้ไขได้ เราทำงานมาตลอดก็เจอตลอด แต่ก็ทำใจเอา ไม่รู้สึกเครียดหรือวิตกอะไรนะ มันเป็นธรรมชาติของคนเรา” (ID1)

ประเด็นที่ 3 ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน และยังสามารถทำประโยชน์แก่ชุมชนได้ ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ยังดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน ยังทำงานหารายได้เอง แม้รายได้จะไม่มาก แต่ก็มีเงินเพื่อใช้จ่ายได้อย่างสบายใจ มากกว่าการขอลูกหลาน สงสารที่พวกเขาต้องทำงานหนัก” (ID3)

“ทุกวันนี้สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง มีโรค

ความดัน เบาหวาน เก๊าท์ แต่ก็พยายามดูแลตัวเอง และช่วยลูกชายของ จะได้ไม่เป็นภาระ และช่วยหารายได้จากการทำไม้กวาดไ้วขายที่ร้านลูกได้ด้วย ภูมิใจในตนเองที่ไม่ต้องเป็นภาระใคร” (ID5)

“อยู่บ้านคนเดียว ลูกออกไปทำงานต่าง จังหวัดกันหมด บางคนแต่งงานมีลูกหลาน แต่ไม่ได้ไปอยู่ด้วย เพราะทำงานในชมรมสูงอายุของหมู่บ้าน ได้เจอคนวัยเดียวกัน คุยกันมีความสุขสบายใจ มีการเอาความรู้ของตนเองมาสอนสมาชิกในชมรม ให้มีรายได้ ภูมิใจที่ช่วยพวกเค้าหารายได้” (ID4)

“ตนเองแม้ว่าจะไม่มีรายได้มากมาย แต่จะทำบุญ และแบ่งปันข้าวของ ผัก หรือผลไม้ที่มีอยู่ ในบ้านให้แก่คนอื่น เพราะบางคนไม่มีจะกินจริงๆ พยายามช่วยเหลือที่ช่วยได้ บางทีอาจไม่ใช่เงินทอง แต่จะเป็นผัก ผลไม้ กับข้าว เป็นส่วนใหญ่” (ID6)

ประเด็นที่ 4 การได้รับการดูแล และการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากลูกหลานและจากชุมชน ยังสามารถเป็นที่พึ่งแก่ลูกหลานและชุมชนได้ ทำให้รู้สึกว่าการตนเองได้รับการยอมรับและยังเป็นที่ต้องการ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อยู่คนเดียว แต่ลูกหลานโทรมาหาทุกวัน ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหวอะ ช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ ไปอยู่กับลูกที่กรุงเทพฯ ไม่รู้จักใคร กลัวเป็นซึมเศร้า เลยอยู่บ้านเรามากกว่า ถ้าไม่ไหวก็จะไปอยู่กับลูก” (ID4)

“ที่วัดได้ซื้อเก้าอี้เล็ก ๆ ไว้ให้เวลานั่งฟังธรรมในโบสถ์ ก็สะดวกสบายดี เวลาลุกไม่ปวดหัวเข่า” (ID2)

“เวลาลูกหลานมีปัญหาจะมาปรึกษาตนเอง ทำให้รู้สึกว่าอย่างน้อยก็เป็นที่ยึดทางใจ เพราะจะช่วยเงินทองก็ไม่ได้ เนื่องจากตนเองไม่มีเลยช่วยเป็นกำลังใจให้ลูกหลานแทน” (ID10)

“เวลาชุมชนมีกิจกรรมอะไร จะขอ

ความช่วยเหลือจากชมรมผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกว่าผู้สูงอายุยังเป็นที่ต้องการของชุมชน เพราะพิธีการทางศาสนาต่างๆ เด็กรุ่นใหม่ไม่ค่อยเก่งเท่าผู้สูงอายุ” (ID2)

4.2 สุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การเข้าถึงคุณธรรม และความดีงาม ผู้สูงอายุมีความเชื่อและยึดมั่นในคำสอนทางศาสนา มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนากับชุมชนเป็นประจำ รู้สึกมีความสุขที่เห็นทุกคนช่วยกัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตนเองคิดดี ทำดีมาตลอด เลยตกน้ำไม่ไหลตกไฟไม่ไหม้ แม้ว่าจะจน ไม่มีเงิน แต่จะมีคนมาคอยช่วยเหลือยามยากทุกครั้ง รู้สึกพึงพอใจในชีวิต” (ID9)

“เมื่อมีกิจกรรมทางศาสนาหรือชุมชน จะไปเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง และปฏิบัติมาตั้งแต่เกิด เนื่องจากไม่เคยย้ายไปอยู่ที่ไหน การไปเข้าร่วมกิจกรรมทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข และได้เจอเพื่อน ลูกหลาน เห็นทุกคนช่วยกันตลอด เลยรู้สึกอยากมาเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า” (ID7)

“มีความเชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ยึดถือปฏิบัติมาตั้งแต่เป็นเด็ก และเห็นผลมาตลอด ตนเองเลยเชื่อเรื่องการกระทำ คุณธรรม การแบ่งปัน มาตลอด” (ID3)

ประเด็นที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การที่ผู้สูงอายุยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีรายได้เป็นของตนเอง มีการทำงานเพื่อชุมชน และได้รับการดูแลจากครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตนเองคิดว่ายังสามารถทำงานเพื่อชุมชนได้อยู่ และสามารถนำความรู้ความสามารถมาพัฒนา

ชุมชนให้เดินไปข้างหน้าได้ แม้ว่าแก่แล้ว แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือคนอื่นได้ ก็พอแล้ว” (ID1)

“สิ่งที่ทำให้ตนเองมีคุณค่า คือ การได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ลูกหลานไม่ทะเลาะกัน และช่วยเหลือกันและกัน” (ID6)

“เวลาตนเองอยู่เพียงลำพังและไม่สบายยังสามารถดูแลตนเองได้ไม่ต้องโทรไปขอความช่วยเหลือจากลูกหลาน เกรงใจพวกเขา อะไรที่ดูแลตนเองได้ก็ทำ การดูแลตนเองได้ทำให้รู้สึกกว่าชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น” (ID3)

“ตนเองหารายได้ได้เองจากการรับจ้าง เงินที่ได้ไม่มากนัก แต่ว่าสามารถดูแลตนเองได้ ภูมิใจและทำให้เกิดคุณค่าทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น” (ID6)

ประเด็นที่ 3 ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต การที่ผู้สูงอายุได้ทำความดี ได้รับการเคารพจากบุคคลในครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนวัยเดียวกัน เป็นสิ่งที่ทำให้มีความสุขและพึงพอใจในชีวิต ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“วัยไม่ไถ่เลี้ยง ต้องทำดี และอยู่อย่างมีความสุข จะไปหาเงินให้รวยไม่ได้แล้ว พอมีพอกินตายไปก็ถือว่าชีวิตนี้คุ้มค่า ทำงาน มีลูกหลาน มีบ้านให้ลูกหลาน พอใจกับชีวิตแล้ว มีความสุขกับชีวิตที่ผ่านมาและปัจจุบัน” (ID9)

“พอใจกับชีวิตแล้ว เนื่องจากชีวิตที่ผ่านมาทำในสิ่งที่เป็นอย่างแก่ครอบครัวและชุมชนได้ ลูกหลานให้ความเคารพและมักมาปรึกษาเวลามีปัญหา ตนก็ยินดีและมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ” (ID1)

“ทุกวันนี้มีความสุขและพอใจในชีวิตแล้ว เพราะไม่มีโรค ไม่พิการ ไม่เป็นภาระของใคร อยากกินอะไรก็ได้กิน ทำเองได้ ไม่ต้องขอให้ใครช่วยเหลือสบายใจแล้ว” (ID4)

“เวลาวางมักจะไปเที่ยวกับเพื่อนวัยเดียวกัน

เพราะเข้าใจกัน เทียวสนุกดี ไม่เหงา ช่วยเหลืองานบุญเท่าที่จะทำได้” (ID5)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 45.10) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.90) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเกาต์ ทำให้มีความต้องการในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา ลูกหลานหรือผู้ดูแล จึงอาจส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่ว่า “มีโรคประจำตัว และไปรับการรักษาที่อนามัย เกรงใจลูกหลานที่ต้องไปส่ง ต้องพยายามดูแลตนเองให้ดีขึ้นได้ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน” สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกวิตกกังวล เครียด และอึดอัดในระยะแรกของการเจ็บป่วย เนื่องจากผลจากความเจ็บป่วยจะกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ (พรทิพย์ สาริโส, ปิยะกร ไพรสนธิ, อุษาห์ โฉมหนึ่ง, วรางคณา อ่ำศรีเวียง, และนารีลักษณ์ ฟองรัตน์, 2560) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.20 มีรายได้ไม่เพียงพอ และร้อยละ 49 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งเมื่อสูงอายุขึ้น จะไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ทำให้รายได้ลดลง ผู้สูงอายุจึงอาจมีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เพราะรายได้มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนทำให้สามารถแสวงหาสิ่งเกื้อหนุนทางสุขภาพได้ และความเพียงพอของรายได้ยังมีผลต่อพลังสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุที่มี

รายได้น้อยจะมีพลังสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับลูกหลาน มากที่สุด (ร้อยละ 34.30) ซึ่งได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดี ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง จากเหตุผลข้างต้นจึงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกสร มุขจิน (2558) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74) มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าโรคเรื้อรังจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (Lavretsky, 2010) โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.90 และมียาที่รับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 58.80 แต่ส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 66.70) ทำให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพของตนเองลดลง และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับลูกหลาน มากที่สุด (ร้อยละ 34.30) โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และได้รับความเคารพจากลูกหลาน ทำให้ยังรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่ว่า “พอใจกับชีวิตแล้ว เนื่องจากชีวิตที่ผ่านมาทำในสิ่งที่ เป็นตัวอย่างแก่ครอบครัวและชุมชนได้ ลูกหลานให้ความเคารพและมักมาปรึกษาเวลามีปัญหา ตนก็ยินดีและมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ” จึงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน พรมแก้วงาม และอรุณยานามวงศ์ (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.20) มีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดย

รวมในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรติ โชนรัตน์ และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88) มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับลูกหลาน จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ และคณะ, 2559) การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีความสุข เกิดความภาคภูมิใจ และพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามมา (เกสร มุขจิน, 2558) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนเป็นประจำ ทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ส่งผลต่อความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2560) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (เมธี วงศ์วีระพันธุ์, 2559) ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2559) ที่พบว่า สุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุสามวัย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เช่น เน้นให้ชุมชนให้ความสำคัญและตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ เน้นการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนหรือสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น อันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ในพื้นที่อื่นและใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน ซึ่งจะสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่เข้าร่วมการวิจัย จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf

กรมสุขภาพจิต. (2550). *แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ [Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-15]*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/asheet.asp?qid=1>

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. เชียงราย: ผู้แต่ง.
กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2559). ความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับสุขภาวะทางจิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุสามวัย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(4), 300-313.

เกสร มุ้ยจีน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 23(2), 306-318.

ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 97-106.

พรทิพย์ สาริโส, ปิยะกร ไพรสนธิ์, อุษาภรณ์ โกลิหนึ่ง, วรางคณา อ่ำศรีเวียง, และนารีลักษณ์ ฟองรัตน์. (2560). สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: เขตเทศบาลเมืองเชียงราย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(2), 85-95.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฟรินเทอรี่.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พรินเตอร์.
- เมธี วงศ์วีระพันธุ์. (2559). การส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 47(1), 38-47.
- รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ, และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 14-26.
- ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา, มรรยาท เพ็ชรตรา, และทัศนัย ชุศักดิ์. (2562). ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ กรณีศึกษา: ตำบลนาฝายอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 88-101.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *สุขภาพคนไทย 2562*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mental-healthm_aug_58.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาเพรศ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศ ไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม, และอรรณู นามวงศ์. (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 204-213.
- อภิรดี ไชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณิงนิ พงศ์ถาวรกุล, และศรียมน ตีรพัฒน์. (2563). ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 93-108.
- อารี พุ่มประไพทย์, บรรจง เจนจัดการ, ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์, อัญชลี เหมาะญาติ, และณัฐพัชร จันทน์นัย. (2562). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลบ่อพลอย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 33-41.
- Bruce, A., Schreiber, R., Petrovskaya, O., & Boston, P. (2011). Longing for ground in a ground (less) world: A qualitative inquiry of existential suffering. *BMC Nursing*, 10(1), 1-9.

- Daaleman, T. P., Usher, B. M., Williams, S. W., Rawlings, J., & Hanson, L. C. (2008). An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Annals of Family Medicine*, 6(5), 406–411.
- Lavretsky, H. (2010). Spirituality and aging. *Aging Health*, 6(6), 749–769.
- McCoubrie, R. C., & Davies, A. N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer?. *Support Care Cancer*, 14(4), 379–385. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6>
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224–237). New York: Wiley.
- Uusi-Rasi, K., Karinkanta, S., Tokola, K., Kannus, P., & Sievanen, H. (2019). Bone mass and strength and fall-related fractures in older age. *Journal of Osteoporosis*, 2019, 1–6. doi:10.1155/2019/5134690
- World Health Organization. (2014). *Noncommunicable disease country profiles, 2014*. Geneva: WHO Document Production Services.
-