

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

Determinants of Mental Health among Aging

เกสร มัยจิน*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

Kasorn Muijeen*

Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Centre,
Khlong Nueng, Khlong Luang, Pathum Thani 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตจังหวัดปทุมธานี จำนวน 400 คน โดยได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรของ Taro Yamane เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามลักษณะทางประชากร (2) แบบสอบถามวิธีการจัดการปัญหา (ways of coping questionnaire, WOC) สร้างและพัฒนาโดย Folkman และ Lazarus (1988) (3) แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี พ.ศ. 2550 ของกรมสุขภาพจิต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ (2) ระดับคะแนนวิธีการจัดการปัญหาวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ (3) ระดับคะแนนสุขภาพจิตวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ (4) วิเคราะห์ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสวิเคราะห์ปัจจัยด้านรายได้วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่าระดับคะแนนค่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 43.48 คะแนน S.D. เท่ากับ 3.968 แปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) จำแนกออกเป็นด้านปัจจัย 2 ปัจจัย พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.63 ซึ่งเป็นคะแนนระดับสุขภาพจิตที่สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.19 และ (2) สถานภาพสมรสโสดมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.92 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงที่สุด รองลงมาคือสถานภาพคู่ หย่าร้าง และหม้าย โดยมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.77, 43.40, และ 43.21 ตามลำดับ ทุกสถานภาพสมรสสามารถแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) นำมาหาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรสส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านรายได้ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้คือควรจัดให้มีการจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในเรื่องการวางแผนการใช้ชีวิตต่อไป การจัดหาแหล่งหารายได้เสริมของผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเท่าที่ความสามารถของผู้สูงอายุนั้นมี เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้/ส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ : ระดับสุขภาพจิต; ผู้สูงอายุ; การจัดการปัญหา

Abstract

This research study was of a descriptive design. The objective of the research was to study the level mental health of elderly and relationship of the determinants of mental health among aging. The sample consisted of sixty male and female people are in Pathum Thani; their ages ranged from 60 years up amount 400 people. The sample size was calculated from the formula Taro Yamane. The tool was a questionnaire including three parts: Part 1 demographic questionnaire, part 2 the way to handle the problem (ways of coping questionnaire, WOC) created and developed by Folkman and Lazarus (1988), and part 3 test the mental health indicators for Thailand shorter version of article 15 of the 2550 department of mental health. The data was analyzed using statistical methods: (1) personal information, gender, age, marital status, income, analyzed by using frequency and percentage, (2) scale of the problem management and scale of mental health analyzed by mean and percentage, and (3) analyze the factors of marital status and income in relation to mental health were analyzed using ANOVA. The results showed that the mental health scores of the sample with an average of 43.48 points S.D. 3.968 results in terms of general mental health (fair). The factors were divided into two factors were found; (1) samples with an average income of their own psychological level of 43.63 which is higher than the average level of mental health samples with no income of their own, an average of 43.19 psychological level, and (2) marital status: Single has average of 43.92 psychological level, the highest average, followed by the couple divorced and widowed status, with an average level of mental health as 43.77, 43.40, and 43.21 respectively. All married were interpreted in terms of the general mental health (fair). Then the relationship of these factors affects the mental health status differences statistically significant at the 0.05 level. Factor income resulted in a different level of mental health statistically significant at the 0.05 level. Suggestions in the research application: Programs should provide information on mental health care for the elderly in the community.

Keywords: level mental health; elderly; problem management

1. บทนำ

การมีสุขภาพจิตที่ดี ย่อมเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต โดยกำหนดนิยามคำว่าสุขภาพที่ดีไว้ว่า คือ

การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี ไม่มีโรค มีสุขภาวะทางสังคมดี [1] ส่วนความหมายของคำว่าสุขภาพจิตสำหรับคนไทยหมายถึงสภาพชีวิตที่เป็นสุขที่เป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการ

ดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมถึงความดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภายใต้งานสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป [2] สังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตอย่างมาก พบว่าปัญหาเศรษฐกิจและผลกระทบทางเศรษฐกิจส่งผลถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมามีขึ้นน้อย โดยเฉพาะสถาบันครอบครัวที่เป็นหน่วยพื้นฐานของบุคคลได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก สภาพสังคมครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวปริมาณมากขึ้น เกิดปัญหาครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น คนในครอบครัวเกิดความไม่เข้าใจกัน เกิดปัญหาการทะเลาะเบาะแว้ง การทำร้ายร่างกาย การไม่มีน้ำใจต่อกัน ละเลยในเรื่องของความรู้สึกของคนรอบข้าง ปัญหาครอบครัวเป็นปัญหาที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันและเป็นปัญหาที่พบว่ามีผู้ขอรับบริการให้คำปรึกษามากที่สุด ในคลินิกให้คำปรึกษา [3]

ปัญหาสุขภาพจิต ไม่เพียงแต่ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ในใจเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายด้วย เช่น บุคคลที่อยู่ในสภาวะกดดันและมีความเครียดสูง มักจะทุกข์ทรมานกับอาการปวดศีรษะ มีอาการของโรคซึมเศร้า เป็นหวัด เป็นโรคกระเพาะ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปวดหลัง [4] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าโรคมะเร็งจะลุกลามเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยรายนั้นมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย แต่ถ้าสามารถรักษาปัญหาทางด้านสุขภาพจิตร่วมกับปัญหาทางด้านฝ่ายกายไปพร้อม ๆ กันจะสามารถช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้ยาวนานขึ้น [5] จากการศึกษาาระบบการวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรไทยทั่วประเทศ พบว่าความชุกของโรค 6 อันดับ เรียงจากชุกมากที่สุดลงไป ได้แก่ การติดสุรา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีความผิดปกติทางอารมณ์ ภาวะปัญหาอ่อน และการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความผิดปกติทั้งหมดนี้คนไทยนิยมใช้พฤติกรรมจัดการปัญหา เพื่อคลาย

ความกดดันหรือความทุกข์ใจอย่างสร้างสรรค์ ได้แก่ การออกกำลังกาย การปฏิบัติศาสนกิจ การทำงานอดิเรก การบำเพ็ญประโยชน์ แต่ในทางตรงข้าม การจัดการปัญหาสุขภาพจิตของสังคม ปัจจุบันมีแนวโน้มที่เป็นในทางที่ไม่สร้างสรรค์ เช่น การเที่ยวเตร่มั่วสุม การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมจัดการปัญหาที่แสดงออกถึงความต้องการคำปรึกษา ต้องการกำลังใจ ที่มักนิยมคือการไปหาหมอดู คนทรงเจ้า พึ่งพาอำนาจเหนือธรรมชาติ [6] และที่กำลังเป็นที่นิยมอย่างมากในปัจจุบันคือเพื่อนทางอินเทอร์เน็ต เครือข่ายทางสังคมออนไลน์

สังคมโลกและสังคมไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เป็นผลจากระบบบริการทางด้านสาธารณสุขและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นผลให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น มีอายุยืนยาวมากขึ้นและมีอัตราการตายลดลง ส่งผลให้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการคาดคะเนขององค์การสหประชาชาติรายงานว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกถึง 1,963 ล้านคน [7] ทั้งนี้จากการสำรวจในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 10.78 ล้านคนหรือร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 [8] จะเห็นว่าแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ในทางชีววิทยาย่อมเกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพบการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะสุขภาพกาย และเมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตาม นอกจากสุขภาพกายแล้วยังมี

ปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ [9] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยทางด้านประชากรที่สำคัญ ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพสมรสและฐานะทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีคู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่มีคู่ ได้แก่ โสด หม้าย หย่าร้าง ตามลำดับ [10] และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจไม่ดี [11,12]

ผลที่ตามมาของการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีหรือไม่มีความสุขในวัยสูงอายุคือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ เสี่ยงต่อภาวะการตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข [13,14] ปัญหาสุขภาพจิต จึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญสำหรับการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่การดูแลและการให้บริการวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประกอบด้วย 7 อำเภอ และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นจำนวนหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมดในจังหวัด [15] ซึ่งการให้บริการของทางคณะจะเน้นในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพเป็นองค์รวม ครอบคลุมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและให้บริการ ผู้จัดทำโครงการวิจัย จึงศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผนการดูแล สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีความสุขในการดำรงชีวิตต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. คำถามการวิจัย

- 3.1 ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ระดับใด ?
- 3.2 ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส รายได้ กลไกการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันหรือไม่ ?

4. สมมุติฐานการวิจัย

- 4.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตในระดับปานกลาง
- 4.2 สถานภาพสมรส รายได้ กลไกการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานี

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

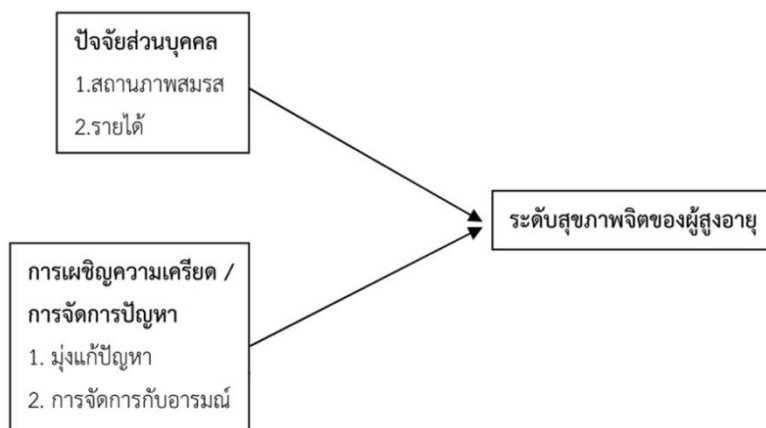
ข้อมูลด้านระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดปทุมธานี เพื่อนำมาวางแผนการส่งเสริม ดูแล ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยเฉพาะจิตใจ ที่จะส่งผลถึงการมีสุขภาพกายที่ดีตามมา

7. กรอบแนวคิดวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถ จำแนกเป็นปัจจัย 2 ด้าน ที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด/การจัดการกับปัญหา ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน [16]

กล่าวได้ว่าความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมซึ่งอิทธิพลซึ่งกันและกันที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เป็นภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนและต้องการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือบางครั้งอาจเกินกำลังเพื่อสนองความต้องการที่เกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการประเมินตัดสินใจที่มีอยู่ตลอดเวลาของบุคคลนั้น [17] เมื่อผู้สูงอายุเผชิญปัญหาจะครุ่นคิดและเข้าสู่การประเมินเหตุการณ์ต่อการตัดสินใจ ก่อให้เกิดการเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่เกิดขึ้น การเผชิญกับความเครียด/ปัญหากระทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ (1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นการจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดย

พยายามมุ่งแก้ปัญหา และ (2) การจัดการกับอารมณ์ (emotional focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจในการทำหน้าที่ของบุคคล ในการจัดการกับเหตุการณ์หรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้น บุคคลมักใช้ทั้งวิธีมุ่งแก้ปัญหาและวิธีจัดการกับอารมณ์ร่วมกันเพื่อการแก้ไขสาเหตุของปัญหาอันนำมาสู่ความเครียด ผลลัพธ์การปรับตัว (adaptation outcome) จะเป็นผลจากการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียด ผลลัพธ์การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพจะแสดงออกทางด้านการมีสุขภาพจิตที่ดี นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพจิตในแต่ละบุคคล นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ เป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ [12] แสดงดังแผนภูมิกรอบแนวคิดรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนภูมิกรอบแนวคิดแสดงการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

8. วิธีการดำเนินการวิจัย

8.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของ

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานี

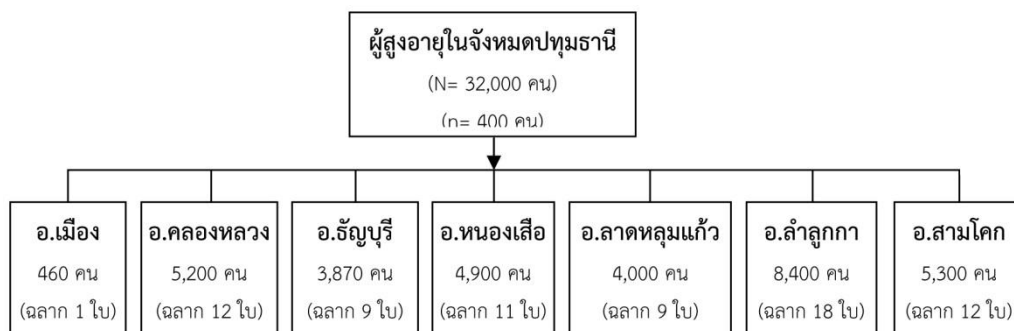
8.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตจังหวัดปทุมธานี (7 อำเภอ) ประกอบด้วย

อำเภอเมือง อำเภอคลองหลวง อำเภอธัญบุรี อำเภอหนองเสือ อำเภอลาดหลุมแก้ว อำเภอลำลูกกา และอำเภอสสามโคก

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนผู้สูงอายุจำนวน 400 คน จากสูตรของ Taro Yamane จากประชากรทั้งหมด 7 อำเภอ จำนวนประมาณ 32,000 คน จากนั้นนำไปทำการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากและทำการสุ่มแบบแทนที่ โดยกำหนดให้ฉลาก 1 ฉลาก แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน

โดยหยิบบ้างทั้งหมด 10 ครั้ง (โดยจะคืนฉลากทุกครั้งที่ยิบขึ้นมาก่อนการจับครั้งต่อไป) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 400 คน ซึ่งเป็นตัวแทนประชากรของแต่ละอำเภอตามที่จับฉลากได้ตั้งแผนภูมิข้างล่างนี้ ภายหลังได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามฉลากแล้วผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อไปยังอำเภอทุกอำเภอที่สุ่มตัวอย่างได้เพื่อร่วมปรึกษากับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของแต่ละอำเภอแต่ละหมู่บ้านในการเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่สุ่มได้ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แผนภูมิแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นการเก็บข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะและเป็นข้อมูลด้านสุขภาพจิต ดังนั้นเพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้มา ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

8.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(1) ผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

(2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้

(3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

8.2.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

(1) เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิต

(2) เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางระบบ

ประสาท ภาวะสมองเสื่อม

8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

8.3.1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร (demographic data questionnaire) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้

8.3.2 แบบสอบถามวิธีการจัดการปัญหา (ways of coping questionnaire, WOC) สร้างและพัฒนาโดย Folkman และ Lazarus (1988) แปลเป็นไทยโดย สิริลักษณ์ [18] เป็นข้อคำถามที่ใช้ในการ

จัดการปัญหา 50 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 1-4 คะแนน เครื่องมือชุดนี้เป็นการประเมินปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด/การจัดการปัญหา โดยจะประกอบไปด้วย วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหาและแบบจัดการกับอารมณ์/ปรับอารมณ์และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

8.3.3 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี พ.ศ. 2550 (Thai Mental Health Indicators version 2007 = TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต [2] สำหรับแบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินที่ผ่านการศึกษาในขั้นตอนที่สมบูรณ์และเผยแพร่ในระดับประเทศที่กำหนด ผู้วิจัยกำหนดให้เป็นตัวแปรตามของการศึกษาค้างนี้ มีทั้งหมด 15 ข้อ คำถามประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (1) สภาพจิตใจ (2) สมรรถภาพจิตใจ (3) คุณภาพของจิตใจ (4) ปัจจัยสนับสนุน แต่ละข้อเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 1-4 คะแนน มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน เมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้วและรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ เกณฑ์ที่ใช้เปรียบเทียบในครั้งนี้ คือ ระดับค่าสุขภาพจิตของคนปกติส่วนใหญ่สามารถแบ่งออก 3 ระดับ ได้แก่

(1) 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ดีกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่

(2) 44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพ

จิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่

(3) 43 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ต่ำกว่า/น้อยกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่ ในกรณีที่คะแนนอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จะต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยสามารถขอรับบริการการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

8.4 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวม

ข้อมูล

8.4.1 วิธีดำเนินการวิจัย : การออกแบบการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และการควบคุมการวิจัย งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงพรรณนา เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

8.4.2 วิธีการศึกษาหรือการดำเนินงานการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

(1) ผู้วิจัยติดต่อสถานที่ คือ ทุกอำเภอของจังหวัดปทุมธานี และตัวแทน อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) ของแต่ละหมู่บ้านในแต่ละอำเภอเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

(2) ดำเนินการขออนุญาตเพื่อทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(3) ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากการได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยผู้วิจัยจะลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งการพาลงพื้นที่ของตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างภายใต้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ข้างต้นเพื่อทำการตอบแบบ

สอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ การตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้แล้ว

(4) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

8.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลได้จากแบบบันทึกทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ

(2) ระดับคะแนนวิธีการจัดการปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ

(3) ระดับคะแนนสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(4) วิเคราะห์ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสต่อระดับสุขภาพจิตด้วยสถิติ ANOVA ซึ่งมีการจัดการให้ข้อมูลให้อยู่ในลักษณะที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ (interval scale) ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

(5) วิเคราะห์ปัจจัยด้านรายได้ต่อระดับสุขภาพจิตด้วยสถิติ ANOVA ซึ่งมีการจัดการให้ข้อมูลให้อยู่ในลักษณะที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ (interval scale) ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

9. ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณเป็นลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

9.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=400 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	113	28.25
	หญิง	287	71.75
2. อายุ	60-69 ปี	256	64.00
	70-79 ปี	86	21.50
	80-89 ปี	58	14.50
3. สถานภาพสมรส	โสด	113	28.25
	คู่	130	32.50
	หม้าย	102	25.50
	หย่าร้าง	55	13.75
4. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	45	11.25
	ประถมศึกษา	287	71.75
	มัธยมศึกษาตอนต้น	32	8.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	21	5.25
	ปริญญาตรี	15	3.75
5. รายได้	มีรายได้ของตนเอง	268	67.00
	ไม่มีรายได้ของตนเอง	132	33.00

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.25 และเพศชายร้อยละ 28.25 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 70-79 ปี และ ช่วงอายุ 80-89 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 21.50 และ 14.50 ตามลำดับ สถานภาพสมรส พบกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสที่เป็นคู่สูงสุด อันดับรองลงมาคือสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้างตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ดังนี้ 28.25,

32.50, 25.50 และ 13.75 ส่วนระดับการศึกษาเรียงลำดับจากจำนวนร้อยละสูงสุดไปต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นระดับประถมศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช และปริญญาตรี โดยคิดเป็นร้อยละ 71.25, 11.25, 8.00, 5.25 และ 3.75 ตามลำดับ รายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้เป็นของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 33.00 และมีรายได้เป็นของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 67.00

9.2 ระดับคะแนนวิธีการจัดการปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนวิธีการจัดการปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับคะแนนวิธีการจัดการปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา		
1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา	47	8.90
1.2 การวางแผนการแก้ปัญหา	57	10.80
2. วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์		
2.1 การประเมินค่าใหม่ทางบวก	61	11.55
2.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา	74	14.02
2.3 การควบคุมตนเอง	64	12.12
2.4 การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม	121	22.91
2.5 การถอยห่าง	69	13.07

จากตารางที่ 2 ระดับคะแนนวิธีการจัดการปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะทำการแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมสูงที่สุดคือจำนวน 121

คน คิดเป็นร้อยละ 22.91 และมีการหลีกเลี่ยงปัญหา น้อยที่สุดคือจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 6.63 แต่จากตารางจะพบว่าจำนวนรวมทั้งหมดของการใช้วิธีจัดการปัญหาเท่ากับ 528 คน ทั้งที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งเลือกวิธีการจัดการปัญหาหลายวิธีนั่นเอง

9.3 ระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนสุขภาพจิต

ระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	43.48	3.968

จากตารางที่ 3 แสดงระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 43.48 คะแนน S.D. เท่ากับ 3.968 แปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่

9.4 วิเคราะห์ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและปัจจัยด้านรายได้ต่อระดับสุขภาพจิตด้วยสถิติ ANOVA

จากตารางที่ 4 แสดงระดับคะแนนค่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่าสถานภาพสมรสสตรีมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.92 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงที่สุด จำนวน 113 คน รองลงมาคือ สถานภาพคู่ หย่าร้าง และหม้าย โดยมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.77, 43.40 และ 43.21 ตามลำดับ ทุกสถานภาพสมรส สามารถแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนสุขภาพจิตจำแนกตามสถานภาพสมรสและวิเคราะห์ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสต่อระดับสุขภาพจิตด้วยสถิติ ANOVA

สถานภาพสมรส	จำนวน	ระดับคะแนนสุขภาพจิต	S.D.	สถิติทดสอบ
โสด	113	43.92	3.86	F=0.089** Sig=0.05
คู่	130	43.77	3.91	
หม้าย	102	43.21	4.14	
หย่าร้าง	55	43.40	3.96	

**ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนสุขภาพจิตจำแนกตามรายได้และวิเคราะห์ปัจจัยด้านรายได้ต่อระดับสุขภาพจิตด้วยสถิติ ANOVA

รายได้	จำนวน	ระดับคะแนนสุขภาพจิต	S.D.	สถิติทดสอบ
มีรายได้ของตนเอง	268	43.63	3.95	F=0.305** Sig=0.05
ไม่มีรายได้	132	49.19	3.99	

**ปัจจัยด้านรายได้ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 แสดงระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.63 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ทั้งมีรายได้เป็นของตนเองและไม่มีรายได้เป็นของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิต โดยแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) เป็นภาวะที่บุคคลมีสุขภาพจิตใจ

สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่

10. สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.25 และเพศชายร้อยละ 28.25 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 70-79 ปี และช่วงอายุ 80-89 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 21.50 และ 14.5. ตามลำดับสถานภาพสมรส พบกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสที่เป็นคู่สูงสุด อันดับรองลงมาคือสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้างตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 28.25, 32.50, 25.50 และ 13.75 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาเรียงลำดับจากจำนวนร้อยละสูงสุดไปต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นระดับประถมศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี โดยคิดเป็นร้อยละ 71.25, 11.25, 8.00, 5.25 และ 3.75 ตามลำดับรายได้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เป็นของตนเองคิดเป็นร้อยละ 67.00 และไม่มีรายได้เป็นของตนเองคิดเป็นร้อยละ 33.00

ระดับคะแนนวิธีการจัดการปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะใช้การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม สูงที่สุดคือจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 22.91 และมีการหลีกเลี่ยงปัญหาน้อยที่สุดคือจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 6.63 แต่จากตารางจะพบว่าจำนวนรวมทั้งหมดของการใช้วิธีจัดการปัญหาเท่ากับ 528 คน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งเลือกวิธีการจัดการปัญหาหลายวิธีนั่นเอง

ระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.48 คะแนน S.D. เท่ากับ 3.968 แปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) จำแนกออกเป็นด้านปัจจัย 2 ปัจจัย พบว่า (1) ระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.63 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ทั้งมีรายได้เป็นของตนเองและไม่มีรายได้เป็นของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิต โดยแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) (2) สถานภาพสมรสมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.92 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงที่สุดจำนวน 113 คน รองลงมาคือสถานภาพคู่ หย่าร้าง และหม้าย โดยมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.77, 43.40 และ 43.21 ตามลำดับ ทุกสถานภาพสมรสสามารถแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรสส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านรายได้ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

11. การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ ปี พ.ศ. 2550 (Thai Mental Health Indicators version 2007 = TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต [2] ผลการศึกษาโดยวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรสมีค่าคะแนนระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 43.92 ซึ่งเป็นค่าคะแนนระดับสุขภาพจิตที่สูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ สถานภาพคู่ หย่าร้าง และหม้าย ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษา

ของจารุนันท์ [19] ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด แต่ข้อนี้ค้นพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ [20] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดจะมีสุขภาพจิตดีที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเรียนรู้การใช้ชีวิต/ดำรงชีพด้วยตัวเองมาโดยตลอดและส่วนใหญ่จะวางแผนการใช้ชีวิตเมื่อเกษียณแล้วทั้งสิ้น จึงทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีตามมา ผลการศึกษาโดยวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ของตนเองมีคะแนนระดับสุขภาพจิตที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง เป็นตัวแปรที่ถึงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gray และคณะ [11] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้และเศรษฐกิจสูงจะมีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือผู้ที่ไม่มียาได้เป็นของตนเอง

สำหรับการจัดการกับปัญหา/การเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ใช้วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมสูงที่สุด แต่จากการสังเกตพบข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าคือผู้สูงอายุบางคนเลือกใช้หลายวิธีการจัดการกับปัญหา จึงทำให้จำนวนรวมทั้งหมดของการใช้ชีวิตจัดการปัญหาเท่ากับ 528 คน จากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน สอดคล้องกับชวนพิศ [18] เรื่องของการจัดการปัญหาในผู้สูงอายุจะเลือกใช้วิธีการจัดการที่มุ่งเน้นปรับอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ และจะเลือกใช้การจัดการกับปัญหาหลายวิธีด้วยกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์/ปัญหาที่เกิดขึ้นที่ผู้สูงอายุประสบ/ได้รับ [16] กล่าวโดยสรุปสำหรับ การจัดการปัญหา/การเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ใช้วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมสูงที่สุดและมีระดับคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิต

เท่ากับคนทั่วไป (fair) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่แต่จะไม่สามารถนำมาหาความสัมพันธ์แยกได้ว่า การจัดการกับปัญหา/การเผชิญความเครียด แต่ละวิธีส่งผลต่อระดับคะแนนสุขภาพจิตอย่างไรเพราะผู้สูงอายุเลือกใช้การจัดการกับปัญหาหลายวิธีในแต่ละสถานการณ์/เหตุการณ์/ปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง [17]

12. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้และ ประเด็นในการวิจัยต่อไป

12.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ควรจัดให้มีการจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในเรื่องการวางแผนการใช้ชีวิตต่อไป การจัดหาแหล่งหารายได้เสริมของผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเท่าที่ความสามารถของผู้สูงอายุนั้นมีเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้/ส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี

12.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป ควรสร้างเป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกี่ยวกับการจัดการด้านวางแผนการใช้ชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

13. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ กองทุนวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้มอบทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

14. รายการอ้างอิง

[1] World Health Organization (WHO), 2012, Who definition of health, แหล่งที่มา : <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, 15 มกราคม 2556.

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, 15 มกราคม 2556.

- [2] อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย และ วรวรรณ จูฑา, 2552, การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (2007), โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, กรุงเทพฯ.
- [3] ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ, การศึกษาปัญหาของผู้รับบริการปรึกษาในคลินิกให้การปรึกษา, แหล่งที่มา : <http://www.dmh.moph.go.th/>, 20 สิงหาคม 2555.
- [4] Bailey, B., 2001, Dominican American ethnic/racial identities and United States social categories, Int. Migrat. Rev. 35: 677-708.
- [5] Drew, W., 1995, Psychology-Mind, Brain and Culture, John Wiley & Sons, Inc., New York.
- [6] ธนอมศรี อินทนนท์, อรรพรรณ หนูแก้ว และศรีสุตา วนาสีสิน, การแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น : กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย, ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 8(1): 37-48.
- [7] United Nation, 2002, แหล่งที่มา : <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF>, 6 มกราคม 2556.
- [8] สำนักสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย, แหล่งที่มา : <http://www.nso.go.th>, 6 มกราคม 2556.
- [9] George, L.K., 2010, Still happy after all these years: Research frontiers on

- subjective well-being in later life, J. Gerontol. Soc. Sci. 65: 229-331.
- [10] Pinquart, M. and Sorensen, S., 2001, Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age, J. Gerontol. Psychol. Sci. 56: 195-213.
- [11] Gray, R.S., Rukumnuaykit, P., Kittisuk-sathit, S. and Thongtha, V., 2008, Inner happiness among Thai elderly, J. Cross Cult. Gerontol. 23: 211-224.
- [12] Pinquart, M. and Sorensen, S., 2000, Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis, Psychol. Aging 15: 187-224.
- [13] Collin, A.L., Goldman, N. and Rodriguez, G., 2008, Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults ?, J. Gerontol. Psychol. Sci. 63: 321-327.
- [14] Lyyra, T., Tormakangus, T.M., Read, S. and Rantanen, T., 2006, Satisfaction with present life predicts survival in octogenarians, J. Gerontol. Psychol. Sci. 61: 319-326.
- [15] สำนักสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย, แหล่งที่มา : <http://www.nso.go.th>, 6 มกราคม 2556.
- [16] Lazarus, R.S. and Folkman, S., 1991, The Concept of coping, In Monat, A. and Lazarus, R.S. (Eds.), Stress and Coping an Anthology, 3rd Ed., Columbia University Press, New York.
- [17] Lazarus, R.S. and Launier, R., 1978, Stress-Related Transactions between Person and Environment, pp. 287-327, In Pervin, L.A. (Ed.), Perspectives in Interactional Psychology, Plenum Press, New York.
- [18] ชวนพิศ นกตาคัย, 2549, พฤติกรรมการจัดการปัญหาและระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทอง, การค้นคว้าอิสระ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- [19] จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- [20] Frey, B. and Slutzer, A. 2002, Happiness and Economic, Princeton University Press, Princeton.