

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาประชากรศาสตร์ ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า  
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2562  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Intergenerational Relationships and Psychological Distress of Thai Older Persons



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts in Demography

Common Course

COLLEGE OF POPULATION STUDIES

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย
โดย	นายเศรษฐกร หงษ์ศิริ
สาขาวิชา	ประชากรศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ

---

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทพร สุขนธมาน)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุทธิดา ชวนวัน)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เศรษฐกร หงษ์ศิริ : ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของ  
ผู้สูงอายุไทย . ( Intergenerational Relationships and Psychological Distress of Thai Older  
Persons) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.วิราภรณ์ โปธิศิริ

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลขั้นสุดท้ายจากการสำรวจผู้สูงอายุภายใต้โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ซึ่งจัดทำโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่มีบุตรมีชีวิตอย่างน้อย 1 คน จำนวนทั้งสิ้น 4,812 คน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ 59.93 ที่รายงานว่าตนมีปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 อาการ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีอาการโดยเฉลี่ยประมาณ 2.04 อาการ ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายงานว่าร้อยละ 88.32 มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับดี โดยผู้สูงอายุร้อยละ 47.90 มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก และร้อยละ 2.58 เท่านั้นที่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คนที่มีความสัมพันธ์กันในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ในทุกแบบจำลอง ในขณะที่ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต เฉพาะในแบบจำลองที่ 1 เท่านั้น เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ภายหลังเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสุขภาพตนเอง และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูง และปัจจัยการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น ได้แก่ รูปแบบการอยู่อาศัย การให้เงินแก่บุตร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต อย่างไรก็ดี ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความแตกต่างไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย

สาขาวิชา ประชากรศาสตร์

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6186904351 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORD: INTERGENERATIONAL RELATIONSHIPS, INTERGENERATIONAL SUPPORT, OLDER PARENTS, PSYCHOLOGICAL DISTRESS

Settakarn Hongsiri : Intergenerational Relationships and Psychological Distress of Thai Older Persons. Advisor: Assoc. Prof. WIRAPORN POTHISIRI

This study aimed to investigate the older parents - adult child relationship and explore factors influencing the psychological distress of Thai older persons. The study used a data set from the 2016 survey of Population Change and Well-being on Aged Society Context, which was conducted by the College of Population Studies, Chulalongkorn University. A sample of 4,812 elders have with at least one adult child were selected for the survey. In this study, data analyzed by using descriptive statistics and Zero Inflated Negative Binomial regression (ZINB) analyses.

The descriptive statistics results show that 59.93 percent of Thai elderly did experience any symptoms of psychological distress in the past month, with an average of 2.04 symptoms. And we found that 88.32 percent of the elderly have a good quality of older parents – adult child relationships; Also, we found that 47.90 percent of the elderly have the best relationship quality with at least one adult child. And 2.58 percent of the elderly have the worst relationship quality with at least one adult child. The regression results show that; for both males and females, who have a good quality of older parents – adult child relationships and only males, who have the best relationship quality with at least one adult child has negatively associated with the elderly's psychological distress outcomes. After controlling for other variables, this association was stronger for males than for females. The multivariate results, when holding all other variables constant show that health status and support exchange was associated with older parents - adult child relationships and the elderly's psychological distress outcomes. Also, the health status factors had the most influence on this association. Besides, we found that health status, support exchange, socio-demographic characteristics, economic status, and social participation are significantly associated with the elderly's psychological distress. This association also differs depending on the gender of the elderly.

Field of Study: Demography

Student's Signature .....

Academic Year: 2019

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์และสนับสนุนจากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นอย่างสูง ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา คอยให้กำลังใจและเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้วิจัยสามารถเขียนวิทยานิพนธ์เล่มนี้จนเสร็จสมบูรณ์ นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปีทพร สุคนธมาน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุทธดา ชนวนวัน กรรมการภายนอกจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยทั้งสองท่านกรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนสละเวลาตรวจทานและแก้ไขวิทยานิพนธ์จนวิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อนุญาตและสนับสนุนข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุภายใต้โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย ปี 2559 สำหรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ที่นอกจากนี้ขอขอบคุณนายวิษณุ ญาณเนตร และนางสาววรรณวดี จันทร์วังโป่ง เจ้าหน้าที่บริการการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่วิทยาลัยทุกท่านที่คอยสนับสนุนและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ระหว่างการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นที่คอยเป็นกำลังใจ ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่าง ๆ ในระหว่างการศึกษา

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนข้าพเจ้าในด้านการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา สำหรับการศึกษาครั้งนี้ หากก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้สนใจ ข้าพเจ้าขอยกคุณความดีนี้ให้แก่บิดามารดา ครู อาจารย์ และผู้มีส่วนร่วมกับงานวิจัยนี้ทุกท่าน หากแต่มีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับแต่เพียงผู้เดียว

เศรษฐกร หงษ์ศิริ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
1. ที่มาและความสำคัญ .....	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
3. ขอบเขตของการศึกษา .....	7
4. โครงสร้างวิทยานิพนธ์ .....	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ .....	9
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร .....	19
3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต .....	25
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	27
5. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	45
6. สมมติฐานการวิจัย.....	46
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	47
1. แหล่งที่มาของข้อมูล.....	47
2. ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา.....	48

3. นิยามตัวแปรและการวัด.....	50
4. การวิเคราะห์และนำเสนอผล.....	66
บทที่ 4 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย .....	72
1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	72
2. ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย .....	76
บทที่ 5 การวิเคราะห์ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย .....	79
1. การตรวจสอบเงื่อนไขและความเหมาะสมของตัวแบบในการวิเคราะห์ .....	79
2. การอ่านค่าและแปลผลการวิเคราะห์.....	80
3. ผลการวิเคราะห์ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย .....	82
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ .....	107
1. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	107
2. ข้อเสนอแนะ .....	116
3. ข้อจำกัดในการศึกษา .....	120
บรรณานุกรม.....	121
ภาคผนวก.....	132
ภาคผนวก ก ลักษณะของตัวอย่างก่อน - หลังการตัดตัวอย่าง .....	133
ภาคผนวก ข การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis).....	136
ภาคผนวก ค การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis) .....	138
ภาคผนวก ง การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น .....	139
ประวัติผู้เขียน.....	140



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตัวอย่างมาตรวัดหรือตัวชี้วัดปัญหาทางสุขภาพจิต.....	12
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างที่ขาดความสมบูรณ์ จำแนกตามตัวแปร .....	50
ตารางที่ 3 สรุปตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอย.....	63
ตารางที่ 4 ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ .....	70
ตารางที่ 5 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามร้อยละ (n = 4,812) .....	74
ตารางที่ 6 ร้อยละของอาการทางสุขภาพจิตที่รายงานโดยผู้สูงอายุ (n = 4,812).....	76
ตารางที่ 7 ร้อยละของอาการทางสุขภาพจิตที่รายงานโดยผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ (n = 4,812).....	77
ตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบข้อกำหนดของตัวแบบ .....	80
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต (ผู้สูงอายุเพศชาย) .....	101
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต (ผู้สูงอายุเพศหญิง).....	104
ตารางที่ 11 การแจกแจงร้อยละและค่าเฉลี่ย ก่อน - หลังการตัดตัวอย่าง.....	133
ตารางที่ 11 การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) .....	136
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis).....	136
ตารางที่ 13 ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis) .....	138
ตารางที่ 15 การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Correlation) .....	139

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามช่วงอายุ ปี 2540 - 2560.....	4
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	45
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการเลือกตัวอย่างในการศึกษา .....	49
ภาพที่ 4 ร้อยละและการกระจายตัวของตัวแปรตาม (n = 4,812).....	69
ภาพที่ 5 ร้อยละและการกระจายตัวของจำนวนอาการปัญหาทางสุขภาพจิต (n = 4,812).....	78



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ที่มาและความสำคัญ

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีหน่วยเล็กที่สุดแต่มีบทบาทและความสำคัญต่อสังคมมากที่สุดสถาบันหนึ่ง หากพิจารณาในแง่ของการหน้าที่จะเห็นได้ว่าสถาบันครอบครัวมีหน้าที่หลักในการผลิตสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม ทั้งยังเป็นสถาบันแรกที่ทำให้การเลี้ยงดูและการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) แก่สมาชิก (พูนสุข ช่วยทอง, 2548) เพื่อให้เข้าใจถึงสถานภาพ บทบาท ตลอดจนการกำหนดสิทธิและหน้าที่ที่สมาชิกพึงกระทำต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้เรียนรู้ถึงระเบียบทางสังคม ทักษะในการประกอบอาชีพ การดำรงตนในสังคม ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือบิดามารดา ซึ่งพฤติกรรมและทัศนคติของครอบครัวนั้นจะถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งผ่านการขัดเกลาทางสังคม (Hank, Salzburger, & Silverstein, 2017) นอกจากนี้ สังคมยังให้ความสำคัญกับการปฏิบัติต่อกันตามบทบาท (Role functional approach) โดยคาดหวังว่าบุตรควรมีบทบาทในการดูแลบุพการี และบิดามารดาควรมีบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง ภายใต้แนวปฏิบัติตามประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น หากแต่ละฝ่ายได้ปฏิบัติตามบทบาทที่พึงกระทำแล้ว จะถือว่าบิดามารดาและบุตรได้ทำหน้าที่ของตนได้อย่างสมบูรณ์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553)

ค่านิยมของสังคมไทยเชื่อว่า การอาศัยอยู่กับบุตรในยามสูงวัยจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่โดดเดี่ยว สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน และมีคนคอยให้การช่วยเหลือเกื้อหนุนในยามเจ็บป่วย ยามฉุกเฉินหรือยามที่ต้องการ เนื่องจากสังคมไทยยังให้ความสำคัญกับคุณค่าเรื่อง “ความกตัญญู” ที่ถือว่าการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นบทบาทหน้าที่ของบุตรหลานในครอบครัวเป็นหลัก (ศุทธิตา ชนวนัน และคณะ, 2561) อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถิติจำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ผ่านมา 3 ทศวรรษที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของขนาดหรือจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของผู้สูงอายุลดลงไปด้วย โดยในปี 2529 ผู้สูงอายุไทยอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกโดยเฉลี่ยประมาณ 5 คน (Knodel, Teerawichitchainan, Prachuabmoh, & Pothisiri, 2015) แต่ในปัจจุบันกลับพบว่า มีสมาชิกในครัวเรือนของผู้สูงอายุเหลือเพียง 3.57 คน ขณะเดียวกันผู้สูงอายุมีบุตรมีชีวิตเฉลี่ยประมาณ 3.3 คน ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าผู้สูงอายุในอดีต (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2561) อันเป็นผลสืบเนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ โดยเมื่อกว่า 5 ทศวรรษที่ผ่านมา

มาตรฐานไทยมีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 6 คน แต่ปัจจุบันเหลือน้อยกว่า 2 คน (United Nations, 2015) นอกจากนี้ ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 55.77 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นไปได้ว่ายิ่งสูงอายุมากขึ้นยิ่งมีโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องการความช่วยเหลือบางด้านเพิ่มขึ้น การอาศัยอยู่กับบุตรจึงเป็นทางเลือกหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายुर้อยละ 53.30 มีผู้ดูแลปรนนิบัติเป็นบุตร และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุดหรือแหล่งรายได้หลักคือ เงินจากบุตร ร้อยละ 34.70 ในจำนวนนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนในการพึ่งพาเงินจากบุตรสูงกว่าเพศชาย (เพศหญิง ร้อยละ 40.80 และเพศชาย ร้อยละ 27.30) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

จากโครงสร้างของครอบครัวและจำนวนบุตรของผู้สูงอายุในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต แต่ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวยังคงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร (Chen & Jordan, 2019) โดยทั่วไปความสัมพันธ์ดังกล่าวมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ทางบทบาท เพราะบุคคลทั้งสองฝ่ายไม่มีสิทธิ์เลือกที่จะมีหรือไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันได้ และจัดเป็นความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด (Close Relationship) โดยสังเกตได้จากความผูกพัน ความสนิทสนม ความเชื่อใจไว้วางใจ และการเข้าไปเกี่ยวข้องกัน (Fleck, 1966) ถึงแม้ว่า ความสัมพันธ์นี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงวัยของทั้งสองฝ่าย แต่มีความผูกพันกันในระยะยาว ซึ่งในปัจจุบันมนุษย์มีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ยืนยาวมากขึ้น จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีและอายุยืนขึ้น การที่อายุยืนยาวขึ้นยังทำให้ระยะเวลาที่ทั้งสองฝ่ายต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันยืนยาวตามไปด้วย ดังนั้น การมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันในระยะยาวย่อมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกในครอบครัวทั้งสองรุ่น (Shek, 1997; Umberson, 1989) และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยเด็ก จนกระทั่งบุตรกลายเป็นผู้ใหญ่และบิดามารดากลายเป็นผู้สูงอายุ ตามช่วงวงจรของครอบครัว (Alice S. Rossi & Peter Henry Rossi, 1990; Bozhenko, 2011) การที่บิดามารดาเอาใจใส่เลี้ยงดูบุตรตั้งแต่วัยเด็ก ให้ความรัก ความอบอุ่น และการคุ้มครองดูแล เมื่อบุตรเติบโตขึ้นย่อมมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบิดามารดา ขณะเดียวกันเมื่อบิดามารดาสูงวัยขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะได้รับการปฏิบัติตอบแทนจากบุตรเช่นเดียวกัน (Almira, Hanum, & Menaldi, 2019)

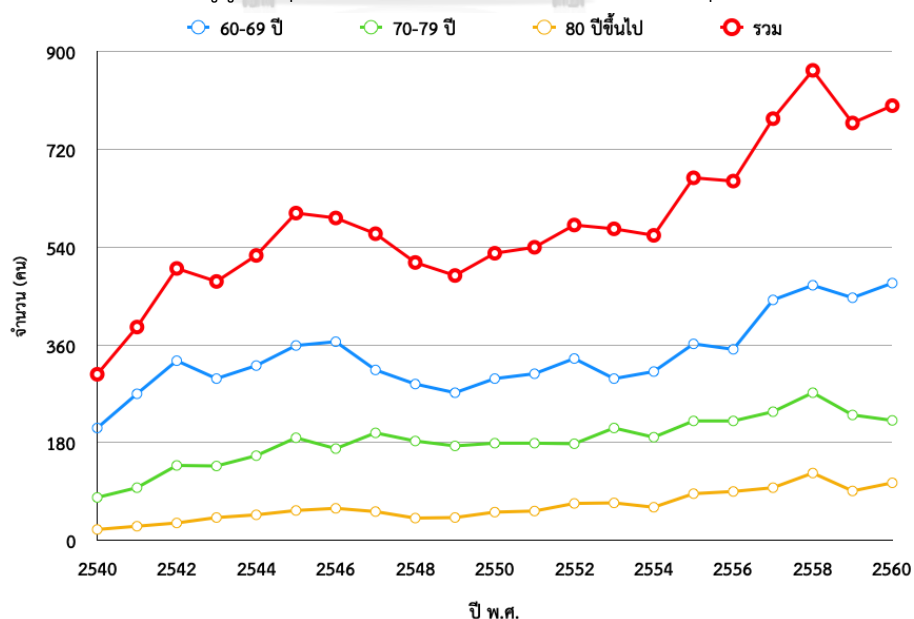
อย่างไรก็ดี การที่ผู้สูงอายุกับบุตรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนทั้งในด้านเศรษฐกิจ อารมณ์ความรู้สึก และการดูแลยามที่ต้องการ ซึ่งเป็นผลมาจากการเล็งดูเอาใจใส่บุตร โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวย่อมมีผลในทางบวกกับความอยู่ดีมีสุขและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (Chen & Jordan, 2019; M. Guo, Liu, Xu, Mao, & Chi, 2016; Tan & Tay, 2020) แต่ในทางกลับกันหากความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายไม่ดี จะส่งผลให้มีความขัดแย้งไม่ลงรอยกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นจากการที่บุตรไม่มีเวลาให้กับผู้สูงอายุ การเลือกคู่ครองของบุตร การเล็งดูหลาน การแบ่งมรดก ตลอดจนความคาดหวังต่อตัวบุตรของผู้สูงอายุ (Peters, Hooker, & Zvonkovic, 2006) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวขึ้นอยู่กับการบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละสังคม การที่มีความสัมพันธ์กับบุตรไม่ดีเป็นสิ่งที่บั่นทอนความพึงพอใจในชีวิตและความอยู่ดีมีสุข ทั้งนี้ยังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพและปัญหาสุขภาพจิต (Lowenstein, 2007; Peters et al., 2006; สุกัญญา วชิรเพชรปราณี, 2553)

ปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหรือไม่ก็ตาม แนวคิดเรื่องการสูงอายุมองว่าจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและด้านสังคมตามช่วงวัยที่เพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในด้านร่างกายเมื่ออายุสูงขึ้นร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอย ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าประชากรในวัยอื่น โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมาด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555) ส่วนในด้านสังคม การสูญเสียรายได้ที่เคยได้รับ หรือการสูญเสียคู่ชีวิต ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง หรือบุคคลอันเป็นที่รักในลักษณะของการตายจากกัน การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยมีบทบาทตำแหน่งตลอดจนการมีคนเคารพนับถือในสังคมเปลี่ยนเป็นเพียงสมาชิกคนหนึ่งของสังคม การมีบทบาทลดลงทำให้สูญเสียความมั่นคงในชีวิตรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญในสังคม อยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่าสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (Poor Self-Image) และรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว (สุจริต สุวรรณชีพ, 2555) อ่างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) นอกจากนี้ปัญหาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล

โดยเฉพาะกับสมาชิกในครอบครัว ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างพ่อแม่และลูก พี่และน้อง หรือญาติ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หากไม่สามารถรับมือและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้

ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องเผชิญกับสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ อีกทั้งมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่จบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายอันเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของชีวิต จากสถิติการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2561) นับตั้งแต่ปี 2540 – 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มมากขึ้นซึ่งแปรผันตรงกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในวัยอื่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน จากร้อยละ 7.32 ในปี 2540 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.08 ในปี 2550 และร้อยละ 20.36 ในปี 2560 โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดจะอยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงวัยต้นที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติของชีวิต การที่บุคคลมีอายุมากขึ้นส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองลดน้อยลง อีกทั้งมีข้อจำกัดในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ล้วนแต่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุก่อนวัยต้น (ชมณภัส วังอินทร์, 2561)

ภาพที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามช่วงอายุ ปี 2540 - 2560



ที่มาของข้อมูล: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2561)

หมายเหตุ: จัดทำโดยผู้วิจัย

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยซึ่งมีอัตราส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมดแล้วและกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 คือ มีอัตราส่วนของประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรวัยอื่น ๆ ในอนาคตอันใกล้ ผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ และคาดการณ์อีกว่าในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุขั้นสุดยอด (Super aging society) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2560) ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรไทย ด้วยสภาพการณ์ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความท้าทายต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในหลาย ๆ ด้าน การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุก่อให้เกิดผลต่อการจัดระบบสวัสดิการและการประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุ การบริการทางด้านสุขภาพอนามัยและการดูแลผู้สูงอายุ เป็นเหตุให้ปัจจุบันประเทศไทยได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นอย่างมากโดยเฉพาะประเด็นสุขภาพที่ครอบคลุมไปถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีทั้งสองด้านเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของมนุษย์ และเป็นเป้าหมายสำคัญของการกำหนดนโยบายสาธารณะของภาครัฐ ขณะเดียวกันองค์การสหประชาชาติ (United Nation) ก็ได้พยายามผลักดันให้นานาประเทศมีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพกายและจิตที่ดีของผู้สูงอายุและประชาชนในทุกช่วงวัย<sup>1</sup> อันเป็นหนึ่งในสามเสาหลักของแนวคิดพัฒนาพลัง (Active ageing) ได้แก่ (1) การมีสุขภาพที่ดี (Health) (2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ (3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security)

<sup>1</sup> องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งเป็นกรอบทิศทางการพัฒนาของโลกตามกระบวนทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” ประกอบไปด้วยเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน 17 ข้อ โดยได้กำหนดให้การมีสุขภาพที่ดีและการส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัยเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนา เพื่อใช้เป็นกรอบกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเน้นไปที่การลดอัตราการตายจากสาเหตุต่าง ๆ ตลอดจนการส่งเสริม ป้องกันและรักษาเพื่อสุขภาพที่ดีและความอยู่ดีมีสุขของทุกคนในทุกช่วงวัย ในส่วนของสุขภาพจิตและความอยู่ดีมีสุขนั้นถูกจัดอยู่ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนข้อที่ 3.4 การลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ได้ 1 ใน 3 ผ่านการป้องกันและรักษา และการส่งเสริมสุขภาพจิตและความอยู่ดีมีสุข ซึ่งกำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ หากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายได้ ก็จะช่วยให้อัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงไทยลดลงได้

สำหรับประเทศไทยได้มีกำหนดกรอบนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปัจจุบันมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ที่มีวิสัยทัศน์และปรัชญาพื้นฐานตามแนวคิดพหุพลัง (Active aging) ที่มองว่า *ผู้สูงอายุเป็นพลังของสังคม มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ไม่ใช่ภาระ* ดังที่ระบุในแผนงานว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม” และ “ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนอย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล” จากแนวคิดพหุพลังแผนงานนี้จึงเน้นการให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองให้ได้เป็นอันดับแรก จากนั้นก็ให้สถาบันทางสังคมในระดับต่าง ๆ เข้ามาส่งเสริมหรือเกื้อหนุนผู้สูงอายุตามสถานะและความต้องการ เริ่มจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ตามลำดับ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2560) ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 3 ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับนี้ ได้ให้ความสำคัญกับระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อ 3.3 “ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต” โดยเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือแนวคิดสูงอายุกอยู่กับบ้าน (Aging in place) เป็นโมเดลที่ให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่กับบ้านและชุมชน โดยเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ (สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, 2562) และจะได้รับการเกื้อหนุนส่งเสริมจากบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายชีวิตได้อย่างผาสุก

จากที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ในครอบครัว และเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุที่สามารถแปรเปลี่ยนเป็นการช่วยเหลือเกื้อหนุนและทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อันดีกับบุตรนำมาซึ่งความอยู่ดีมีสุขและสุขภาพจิตที่ดี ในทางตรงกันข้ามความสัมพันธ์กับบุตรที่มีไม่สู้ดีจะนำผลลัพธ์เชิงลบมาสู่ผู้สูงอายุ และในปัจจุบันสังคมไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยและพบแนวโน้มของปัญหาทางสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น อันเป็นการตอบสนองเชิงลบต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ สภาพการณ์ดังกล่าวถือเป็นสิ่งที่น่าวิตกสำหรับสังคมไทยและควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ด้วยเหตุดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย เพื่อชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์และอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่มีต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย จากข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ



อันจะเป็นประโยชน์ต่อการมองภาพกว้างของสถานการณ์ผู้สูงอายุในมิติความสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาพจิต หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ สามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ประกอบการวางแผน ส่งเสริม และป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในเบื้องต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรของผู้สูงอายุไทย โดยมีคำถามวิจัยดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรมีความสัมพันธ์ต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

2.2 ความสัมพันธ์ในข้อ 2.1 มีความแตกต่างระหว่างเพศของผู้สูงอายุหรือไม่

2.3 ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยทางประชากรและสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุมีบทบาทเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในข้อ 2.1 หรือไม่ อย่างไร

## 3. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีหน่วยการวิเคราะห์เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด มีข้อมูลของอาการทางสุขภาพจิตครบทั้ง 6 อาการ และต้องมีบุตรมีชีวิตอย่างน้อย 1 คน

#### 4. โครงสร้างวิทยานิพนธ์

วิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน มีเนื้อหาทั้งสิ้น 6 บท โดยเนื้อหาในส่วนแรกประกอบไปด้วยบทที่ 1 และบทที่ 2 ซึ่งในบทที่ 1 เป็นการกล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา วัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงขอบเขตของการศึกษา ส่วนในบทที่ 2 ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รวมถึงผลของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมนำไปสู่กรอบแนวคิดและสมมติฐานการวิจัยของการศึกษาในครั้งนี้

ต่อมาในส่วนที่ 2 เป็นส่วนของระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งในบทที่ 3 กล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเลือกจำนวนตัวอย่าง การนิยามและการวัดตัวแปร ตลอดจนการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย

สำหรับในส่วนที่ 3 เป็นส่วนของผลการศึกษาและการสรุปผล ซึ่งมีทั้งหมด 3 บท ประกอบไปด้วยบทที่ 4 - 6 โดยเนื้อหาในบทที่ 4 เป็นการนำเสนอลักษณะของตัวอย่างในการศึกษา และภาวะปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา จากนั้น ในบทที่ 5 ผู้วิจัยได้นำเสนอการตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแบบในการวิเคราะห์การอ่านค่าและการแปลผล ซึ่งนำไปสู่ผลการวิเคราะห์ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลด้วยแบบจำลองการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ และผู้วิจัยจะนำเสนอผลตามตัวแปรที่สนใจศึกษา และในบทที่ 6 ซึ่งเป็นบทสุดท้ายเป็นการสรุปผลการศึกษาในภาพรวม ตลอดจนการอภิปรายผลตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการศึกษาในครั้งนี้

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นฐานความรู้ และเป็นแนวทาง ในการกำหนดกรอบการศึกษาวิจัย โดยแบ่งการทบทวนวรรณกรรมเป็น 6 ส่วน ได้แก่ (1) แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตและ ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ทฤษฎีการสูงอายุและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมถึงตัวอย่างมาตรวัด ที่ใช้ประเมินปัญหาทางสุขภาพจิต (2) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และบุตร ซึ่งประกอบไปด้วยแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม ตลอดจนแนวคิดการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น (3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหา ทางสุขภาพจิต (4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะนำองค์ความรู้เพื่อกำหนดเป็น (5) กรอบแนวคิดการวิจัย และ (6) สมมติฐานการวิจัย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) แนวคิดเกี่ยวกับ สุขภาพจิตและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต จะกล่าวถึงนิยามและการประเมินภาวะปัญหาทาง สุขภาพจิต และ (2) ทฤษฎีการสูงอายุและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จะกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับการสูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต

###### 1.1.1 นิยามปัญหาทางสุขภาพจิต

ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตหรืออาจเรียกว่า “ภาวะความกดดันด้านจิตใจ” ในภาษาอังกฤษ มักใช้คำว่า “Psychological distress” หรือ “Mental distress” เป็นศัพท์ในทางสาธารณสุข ศาสตร์ที่ใช้อธิบายสภาวะของความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์หรือความทุกข์ทางอารมณ์ ซึ่งภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมักถูกนำมาใช้ร่วมกับอาการจากภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวล ตลอดจนปัญหาเชิงพฤติกรรม (Drapeau, Marchand A., & D., 2011) ในหลายประเทศทั่วโลกได้มี

การนำเอาแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นตัวชี้วัดเพื่อบ่งชี้สุขภาพจิตของประชาชน อย่างเช่น ในการสำรวจด้านสาธารณสุข การสำรวจสุขภาพจิตในวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ การสำรวจทางระบาดวิทยา ฯลฯ เพื่อคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

ลักษณะทางคลินิกของภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นสภาวะความทุกข์ทางอารมณ์ โดยส่วนใหญ่ถูกกำหนดขึ้นด้วยอาการของภาวะซึมเศร้า บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะมีอาการบ่งชี้ต่าง ๆ เช่น มีความสับสน ความเศร้า ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวล (Drapeau et al., 2011) ความร้อนรน ความเครียด (Mirowsky & Ross, 2002) และความเหงา (Quashie & Pothisiri, 2018) ในผู้ที่มีอาการรุนแรงเป็นที่ยอมรับกันว่ามีส่วนสำคัญต่อการคิดฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Tanji, Tomata, Zhang, Otsuka, & Tsuji, 2018) และมีการศึกษาพบว่าภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมีอิทธิพลต่อการคิดฆ่าตัวตายมากกว่า โรคเรื้อรัง ความพิการ และภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Zhu et al., 2018)

สาเหตุของปัญหาทางสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้จากสถานการณ์หรือประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น การหย่าร้าง การออกจากงาน การตกงาน การถูกลดบทบาททางสังคม การสูญเสีย ความเครียด การใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ การประสบอุบัติเหตุ และมีผลเชื่อมโยงกับอาการทางร่างกายด้วย เช่น นอนไม่หลับ ปวดหัว (Kleinman 1991; Kirmayer 1989) หากมีอาการเรื้อรังเป็นระยะเวลานานจำเป็นต้องเข้าพบจิตแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำและรักษาอาการ ในผู้สูงอายุปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นกลุ่มของอาการไม่สุขสบายใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของลักษณะโครงสร้างและหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมักจะมีผลต่อเนื่องและเชื่อมโยงมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมด้วย เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาการทำงานและการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีการสูญเสียอำนาจอาจจะก่อให้เกิดความเครียด ปัญหาสุขภาพกายและปัญหาทางสุขภาพจิตตามมาได้ (ปีนนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2561)

### 1.1.2 การประเมินปัญหาทางสุขภาพจิต

แม้ว่าอาการของปัญหาทางสุขภาพจิตจะไม่สามารถวัดได้โดยง่ายแต่ก็มีตัวชี้วัดที่จะช่วยคัดกรองอาการที่เกี่ยวข้อง โดยส่วนใหญ่มักประเมินปัญหาทางสุขภาพจากแบบประเมินที่มีหลายข้อคำถามในการบ่งชี้สถานะของปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น แบบคัดกรอง Kessler Psychological Distress Scale แบบ 6 คำถาม (K-6) หรือแบบ 10 คำถาม (K-10) โดยมีให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) จนถึง 4 (ตลอดเวลา) และคะแนนรวมจะถูกใช้เป็นดัชนีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งแบบคัดกรองได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายจากนักจิตวิทยาในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในแถบอเมริกาและออสเตรเลีย และมีประสิทธิภาพในการประเมินอาการทางสุขภาพจิตได้ดีกว่าแบบประเมิน The General Health Questionnaire (GHQ) นอกจากนี้ การใช้ K-6 ยังสามารถใช้ได้ดีในค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีสุขภาพจิตได้ดี และสามารถใช้เป็นข้อมูลระดับจิตวิทยาสุขภาพจิตได้อีกด้วย (Furukawa, Kessler, Slade, & Andrews, 2003)

สำหรับในประเทศไทยได้ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพจิต เช่น แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (Thai Mental Health Indicator Version 2007) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถูกใช้อย่างแพร่หลาย จำนวน 2 ฉบับ คือ ฉบับสมบูรณ์จำนวน 55 ข้อ และฉบับสั้นจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน โดยข้อคำถามเป็นการประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งแต่ละข้อมีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 (มากที่สุด) จนถึง 4 (ไม่เลย) และคะแนนรวมจะถูกใช้เป็นดัชนีภาวะสุขภาพจิต โดยคะแนนของฉบับสมบูรณ์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (179 – 220) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (158 - 179) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 157) ในส่วนของฉบับสั้นมี 15 ข้อย่อย แบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่มเช่นเดียวกัน คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (51 - 60) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44 – 50) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43) (อภิชัย มงคล และคณะ, 2550)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Kessler Psychological Distress Scale (K-6) เนื่องจากเครื่องมือคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตของ Kessler

6 ข้อฉบับภาษาไทย เป็นแบบคัดกรองที่สั้น ใช้งานง่าย มีความไวและแม่นยำตรงในการแยกคนที่มีความเสี่ยงสูงจากคนปกติ และสามารถบอกแนวโน้มของโรคที่เกี่ยวข้องได้ และได้รับการตรวจสอบความได้ทดสอบความเที่ยงและแม่นยำตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทย ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง พบว่า แบบคัดกรองนี้มีค่าความเที่ยงสูง (Cronbach's  $\alpha=0.86$ ) ใกล้เคียงกับต้นฉบับ มีความแม่นยำตรงพอสมควรในการคัดกรองโรคทางจิตเวชทั่วไป โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2557) และจากทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีเครื่องมือในการวัดอาการทางสุขภาพจิตหลายแบบมีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

### ตารางที่ 1 ตัวอย่างมาตรวัดหรือตัวชี้วัดปัญหาทางสุขภาพจิต

แหล่งที่มาของข้อมูล	คำถาม/การวัด	คำตอบ
โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย (จิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2561) Parental status and psychological distress among older Thais (Quashie & Pothisiri, 2018) What does living alone really mean for older persons? A comparative study of Myanmar, Vietnam, and Thailand (Teerawichitchainan, Knodel, & Pothisiri, 2015)	ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด 1. ความอยากอาหารลดลง 2. คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ 3. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ 4. รู้สึกหมดหวังในชีวิต 5. รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า 6. รู้สึกไม่มีความสุข/ความเศร้าหมอง 7. รู้สึกเหงา	0 - ไม่เคย 1 - เป็นบางครั้ง 2 - เป็นประจำ
ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย (ปรอหวัดทุกซ์) (ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจติยานุวัตร, 2556)	กรุณาวางกลมตัวเลข (0-10) ที่บอกภาวะความทุกข์ของคุณในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จนถึงวันนี้ได้ดีที่สุด	0 - ไม่ทุกข์เลย 10 - มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส

แหล่งที่มาของข้อมูล	คำถาม/การวัด	คำตอบ
<p>ความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทย (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2557)</p>	<p>แบบคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รู้สึกขวัญอ่อน ประสาทเสียว</li> <li>2. รู้สึกสิ้นหวัง</li> <li>3. กระวนกระวาย ใจไม่สงบ</li> <li>4. พยายามฝืนใจทำ</li> <li>5. รู้สึกเศร้ามาก</li> <li>6. รู้สึกไร้ค่า</li> </ol>	
<p>Quality of Life and Psychological Distress among Older Adults: The Role of Living Arrangements (Henning-Smith, 2016)</p>	<p>6-items Kessler Psychological Distress Scale (K6) ท่านมีอาการดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. feeling that everything was an effort (ทุกอย่างต้องใช้พยายามฝืนใจทำ)</li> <li>2. feeling hopeless (รู้สึกสิ้นหวัง)</li> <li>3. feeling nervous (มีความวิตกกังวลใจ)</li> <li>4. feeling restless (กระวนกระวาย ใจไม่สงบ)</li> <li>5. feeling sad (รู้สึกเศร้า)</li> <li>6. feeling worthless (รู้สึกไร้ค่า)</li> </ol>	<p>0 - ไม่เลย 4 - ตลอดเวลา</p>
<p>Kessler Psychological Distress Scale: normative data from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing (Slade, Grove, &amp; Burgess, 2011)</p>	<p>10-items Kessler Psychological Distress Scale (K10)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. feel tired out for no good reason</li> <li>2. feel nervous</li> <li>3. feel so nervous that nothing could calm you down</li> <li>4. feel hopeless</li> <li>5. feel restless or fidgety</li> <li>6. feel so restless you could not sit still</li> <li>7. feel depressed</li> <li>8. feel that everything was an effort</li> <li>9. feel so sad that nothing could cheer you up</li> <li>10. feel worthless</li> </ol>	<p>1 - ไม่เคยเลย 2 - บางครั้ง 3 - หลายครั้ง 4 - บ่อยครั้ง 5 - ตลอดเวลา</p>

แหล่งที่มาของข้อมูล	คำถาม/การวัด	คำตอบ
Psychological distress in elderly people is associated with diet, wellbeing, health status, social support and physical functioning- a HUNT3 study (Grønning et al., 2018)	Psychological distress measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0 – 42	0 - ดีมาก 42 - แย่ที่สุด
แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-15) (อภิชัย มงคล และคณะ, 2550)	แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ฉบับสั้น 15 ข้อ 1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต 2. ท่านรู้สึกสบายใจ 3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อทั้งกับการดำเนินชีวิตประจำวัน 4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง 5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์ 6. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) 7. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น 8. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต 9. ท่านรู้สึกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ 10. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา 11. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส 12. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง 13. ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว 14. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี 15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	ยกเว้นข้อ 3 - 5 1 - ไม่เลย 2 - เล็กน้อย 3 - ดี 4 - ดีมาก  ข้อ 3 – 5 1 - ดีมาก 2 - ดี 3 - เล็กน้อย 4 - ไม่เลย

หมายเหตุ: รวบรวมโดยผู้วิจัย



## 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุเป็นกลุ่มทฤษฎีที่อธิบายการสูงวัยอันเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ ที่ต้องอาศัยมุมมองจากทฤษฎีของศาสตร์หลายแขนงในการอธิบายเพื่อทำความเข้าใจสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงในมิติต่าง ๆ อย่างรอบด้าน การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มีลักษณะโดยรวมเหมือนกันในทุกคน เพียงแต่ระยะเวลาช้าหรือเร็วของความชราภาพจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพ พันธุกรรม และภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามความสูงวัยย่อมเกิดอย่างแน่นอนเพียงแต่จะช้าหรือเร็วเท่านั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจากการสูงวัยในแต่ละด้านล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทั้งทางตรงและทางอ้อม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุด้านชีววิทยาเป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุแห่งความชราของร่างกายว่า ความสูงวัยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เกิด การเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเฉพาะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปรากฏให้เห็นชัดเจนในเวลาที่แตกต่างกัน เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในเป็นหลัก และปัจจัยภายนอกบ้าง เช่น การได้รับสารพิษหรือรังสีจากสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีทางชีวภาพที่ถูกใช้อธิบายการสูงวัย เช่น ทฤษฎีอนุมูลอิสระ ทฤษฎีการเสื่อมสลาย ทฤษฎีพันธุกรรม ทฤษฎีระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ซึ่งทฤษฎีทางชีวภาพเชื่อว่าสาเหตุของการสูงวัยและการตายมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติและที่เกิดจากพยาธิสภาพ (นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2554)

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุมักมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมสภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายลง การสูงวัยขึ้นยังเพิ่มโอกาสในการมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคมากขึ้นไปตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย<sup>2</sup> พบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันเลือดสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง

<sup>2</sup> ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อย่างไรก็ตาม ใ้ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้ข้อมูลการประเมินสภาวะ “ติดเตียง” “ติดบ้าน” หรือ “ติดสังคม” ของผู้สูงอายุ<sup>3</sup> ที่ต้องอาศัยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน<sup>4</sup> พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และพบความชุกของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าในผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเองแม้เพียงกิจวัตรใดกิจวัตรหนึ่งย่อมเป็นภาระต่อบุคคลผู้อยู่ใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2560)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เมื่อสูงอายุขึ้นแนวโน้มที่จะมีโรคประจำตัว และข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันยิ่งเพิ่มขึ้นตามอายุ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเครียด ความกังวล ความกลัว และความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการช่วยเหลือหรือการเกื้อหนุนจากบุคคลใช้ชีวิตโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีตามไปด้วยและในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีโรคภัย ร่างกายมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมก็มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

<sup>3</sup> คาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อคำนวณหาอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้

<sup>4</sup> การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก-นั่ง การเคลื่อนที่การใช้ส้วม และอาจรวมไปถึงการกลั่นปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกาย (Functional health) บ่งบอกถึงความต้องการการดูแล ภาวะพึ่งพิงนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

### 1.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

ทฤษฎีทางจิตสังคมพยายามอธิบายการสูงอายุเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การหน้าที่ กระบวนการทางจิตวิทยา อารมณ์ ความรู้สึก และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา โดยเชื่อว่า ความสูงอายุเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน จิตใจและสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีทางจิตสังคมที่ถูกใช้อธิบาย ได้แก่ ทฤษฎีการถดถอย ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีความต่อเนื่อง เป็นต้น (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2554) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากระบบเกษตรกรรมไปสู่ระบบอุตสาหกรรมทำให้เกิดภาวะที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น ต่างคนต่างอยู่ พึ่งพาอาศัยกันน้อยลง ครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากการอยู่กันเป็นครอบครัวขยายที่มีปู่ย่าตายาย พ่อแม่ลูก กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเพียงพ่อแม่ลูก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจจากลูกหลาน (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2529) ประกอบกับการสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยมี และมีคนเคารพนับถือในสังคมเปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม การมีบทบาทลดลงทำให้สูญเสียความมั่นคงในชีวิตรู้สึกว่ตนเองหมดความสำคัญในสังคม อยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่าสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (Poor Self-Image) และรู้สึกว่ตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

นอกจากนี้เมื่อสูงอายุขึ้นผู้สูงอายุเริ่มมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง และสังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุน้อยลงด้วย การมีกิจกรรมน้อยลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ขาดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง และนำไปสู่การแยกห่างจากสังคมอย่างสิ้นเชิง (เกษร สำเภาทอง, 2560) ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่าการสูงอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคม ด้วยการคงบุคลิกภาพเดิมไว้และใช้กลไกการปรับตัวแบบเดิม ๆ เพื่อรักษาความมั่นคงนั้นไว้ตลอดชีวิต การเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขและประสบความสำเร็จในช่วงปลายของชีวิตก็ขึ้นอยู่กับ การคงไว้ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมเหมือนในอดีต (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2554) หากผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงอยู่ในบทบาทและสถานภาพเดิมได้ มักจะทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เบื่อหน่าย แยกตัวออกจากสังคม เกิดความเครียด ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2529) กระทั่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตขึ้นได้

### 1.2.3 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุนอกจากจะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงอีกอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ อันเนื่องมาจากความแปรปรวนของอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องรับมือกับการสูญเสียและการพลัดพรากที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสูญเสียสถานภาพและบทบาทในสังคมจากการเกษียณอายุการทำงาน การออกจากงาน การสูญเสียคู่ชีวิต ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก ในลักษณะของการตายจากกัน การพลัดพรากจากบุตรที่ออกจากบ้านไปสร้างครอบครัวใหม่ หรือแม้กระทั่งการถูกลดทอนเกียรติและศักดิ์ศรีจากสังคม ในฐานะผู้ได้รับการพึ่งพิง ผู้ป่วย ผู้ที่เป็นภาระ หรือผู้ที่อ่อนแอ จากความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุได้รับการกระทบกระเทือน (ปีนนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2561) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากขึ้น หากมีจิตใจที่ไม่เข้มแข็งและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นสัมพันธ์กับทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาและประสบการณ์เฉพาะบางเรื่อง รวมทั้งลักษณะเฉพาะตามวัยที่มากขึ้นและสภาพชีวิตหลังการเกษียณ สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้สูงอายุแปรเปลี่ยนไปตลอดช่วงวัยสูงอายุ ปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบบ่อยได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกลิ้นหว้าง ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและหาทางช่วยเหลือซึ่งปัญหานี้มักได้รับการละเลยมาก โดยที่คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง ฟุ้งซ่านไปเองหรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอาการเหล่านี้เป็นภาวะเจ็บป่วยอย่างหนึ่งแต่เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจหรือปัญหาทางสุขภาพจิต (เกษร สำเภาทอง, 2560) ซึ่งภาวะดังกล่าวต้องการการดูแลและช่วยเหลือด้วยความเข้าใจและหากจำเป็นต้องพึ่งการรักษาด้วยการใช้ยาหรือการบำบัดเฉพาะอย่างถูกวิธี

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) แนวคิดสัมพันธ์ภาพในครอบครัว จะกล่าวถึงแนวคิดพื้นฐานของสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ตลอดจนความเป็นปรีกแผ่นและความขัดแย้งในครอบครัวผู้สูงอายุ (2) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม จะกล่าวถึงแนวคิดพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนทางสังคม (3) แนวคิดการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น จะกล่าวถึงแนวคิดพื้นฐานของการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น และ (4) การแลกเปลี่ยนทางสังคมกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร จะกล่าวถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางสังคมวิทยาในการอธิบายความสัมพันธ์และการเกื้อหนุนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.1 แนวคิดสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

#### 2.1.1 แนวคิดพื้นฐาน

ในบริบทสังคมสูงวัยครอบครัวถือเป็นสิ่งสำคัญแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือไม่มีสมาชิกอื่น ๆ ในครัวเรือน แต่ครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญของมนุษย์ให้ความรักความอบอุ่น ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ตลอดจนการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจระหว่างสมาชิก (Waite & Das, 2010) ชีวิตครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือเป็นสิ่งสำคัญต่อการมีความเป็นอยู่ที่ดีและการมีชีวิตที่ยืนยาว เมื่อสูงอายุมากขึ้นครอบครัวได้มีบทบาทสำคัญต่อชีวิตมากขึ้น (Güven & Sener, 2010) นอกจากนี้ Morrow and Wilson (1961) ได้อธิบายถึงลักษณะของสัมพันธ์ภาพในครอบครัวว่า ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัวมีความรักใคร่ ผูกพันซึ่งกันและกัน เห็นอกเห็นใจกัน และมีความสามัคคี กลมเกลียวกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์หรือความผูกพันที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันด้วยความพึงพอใจ โดยเฉพาะการที่บุคคลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ เช่น ให้ความเคารพยกย่อง ให้ความสนใจ ให้ความรัก การได้รับความหวังใจจากคู่สมรส บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง รวมทั้งการได้แสดงบทบาทที่เหมาะสมต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวดำรงอยู่ต่อไปได้

ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ทางสังคมสามารถวัดได้ ทั้งในลักษณะที่เป็นอัตวิสัยและภาวะวิสัย ความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงภาวะวิสัยต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่าความคิดเห็น การประเมินความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวจึงต้องให้ความสำคัญกับตัวแปรที่สะท้อนถึงประเภท ความถี่ และระดับของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริงระหว่างผู้ที่มีความสัมพันธ์กัน จุดแข็งของการประเมินความสัมพันธ์แบบภาวะวิสัยจะทำให้ได้คำตอบที่ชัดเจนเพียงคำตอบเดียว เช่น ท่านเคยติดต่อทางโทรศัพท์กับบุตรของท่านหรือไม่ (คำตอบ เคย/ไม่เคย) ส่วนการประเมินความสัมพันธ์เชิงอัตวิสัยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกส่วนตัวมากกว่าข้อเท็จจริง ตัวแปรเชิงอัตวิสัยที่สามารถประเมินได้ เช่น ความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ลักษณะหรือคุณภาพของความสัมพันธ์ที่ประเมินด้วยตนเอง จุดแข็งของการประเมินความสัมพันธ์เชิงอัตวิสัยทำให้ได้ข้อมูลและประสบการณ์ของผู้ตอบในเชิงลึก เช่น ระดับความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร นอกจากนี้วิธีการหนึ่งที่จะทำความเข้าใจถึงการมีอยู่ของความสัมพันธ์คือการพิจารณาไปที่การไม่มีความสัมพันธ์หรือการมีปัญหาในความสัมพันธ์ การขาดความเชื่อมโยงกับผู้อื่นในทางสังคมย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตซึ่งนำมาสู่ความเหงาและความซึมเศร้า บุคคลจะสูญเสียความเป็นอยู่ที่ดีเมื่อความสัมพันธ์ทางสังคมยุติลง เช่นเดียวกับการคว่ำบาตรที่ถูกใช้เป็นมาตรการทางสังคมในการลงโทษของบุคคลที่ละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม (Tan & Tay, 2020)

### 2.1.2 สัมพันธภาพ ความเป็นปรีกแผ่นและความขัดแย้งในครอบครัวผู้สูงอายุ

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวถือเป็นความสัมพันธ์กันทางบทบาท เพราะสมาชิกที่มาเกี่ยวข้องกันนั้นไม่มีโอกาสเลือกที่จะสัมพันธ์กันได้ซึ่งจะเป็นไปตามบทบาททางสังคม โดยทั่วไปมักมองสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสัมพันธภาพแบบใกล้ชิด (Close Relationship) โดยดูจากระดับความถี่หรือความเข้มข้นในการผูกพันกันความคุ้นเคยสนิทสนมกัน ความเชื่อถือไว้วางใจกัน และการเข้าไปเกี่ยวข้องกัน (Fleck, 1966)

Bengtson, Biblarz, and Roberts (2002) นักวิจัยทางพฤตินิยมศาสตร์ได้อธิบายความสัมพันธ์ในครอบครัวผ่านกระบวนการทัศน์ความเป็นปรีกแผ่น (Intergeneration Solidarity) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายการจัดระเบียบและโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรในเชิงมิติทรัพยากร และผลประโยชน์ ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 6 ประการ ดังนี้

1) ความเป็นปึกแผ่นเชิงโครงสร้าง (Structural Solidarity) พิจารณาโครงสร้างทางโอกาสเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประชากรต่างรุ่น บิดามารดา พี่น้อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส และสถานภาพการทำงาน

2) ความเป็นปึกแผ่นเชิงสัมพันธ์ (Associative Solidarity) พิจารณาเรื่องความถี่และรูปแบบการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยวัดที่รูปแบบการติดต่อระหว่างสมาชิกต่างรุ่น เช่น พบกันโทรศัพท์หากันและอีเมลรวมทั้งความถี่และความเข้มข้นของการติดต่อ

3) ความเป็นปึกแผ่นเชิงความรู้สึก (Affectual Solidarity) เป็นการวัดคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุตรกับบิดามารดาโดย พิจารณาชนิดและระดับของอารมณ์เชิงบวกที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวและระดับของการพึ่งพาอาศัยกันเกี่ยวกับอารมณ์นั้น

4) ความเป็นปึกแผ่นเชิงบรรทัดฐาน (Normative Solidarity) พิจารณาเรื่องจุดแข็งของความรับผิดชอบในบทบาทของครอบครัว และภาระหน้าที่ของบิดามารดาที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว

5) ความเป็นปึกแผ่นเชิงความเห็นร่วมกัน (Consensual Solidarity) พิจารณาระดับความเห็นด้วยใน เรื่องของค่านิยมทัศนคติ และความเชื่อระหว่างสมาชิกในครอบครัว

6) ความเป็นปึกแผ่นเชิงหน้าที่ (Functional Solidarity) พิจารณาระดับการเกื้อหนุน และการแลกเปลี่ยนทรัพยากร โดยวัดจากประเภทของการเกื้อหนุน ทั้งด้านการเงิน วัตถุ และอารมณ์

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรบางครั้งอาจรู้สึกเป็นปฏิปักษ์ต่อกัน ซึ่งเป็นลักษณะปกติโดยทั่วไปของทุกครอบครัว ลักษณะดังกล่าวเป็นความไม่ลงรอยทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน เบื้องต้นและคณะเรียกสิ่งนี้ว่าเป็น “ความสับสนระหว่างรุ่น หรือ Intergenerational ambivalence” การศึกษาของ Peters et al. (2006) ชี้ให้เห็นว่าปัญหาที่ทำให้เกิดความสับสนระหว่างรุ่นหรือความไม่ลงรอยทางอารมณ์ของผู้สูงอายุกับบุตร เช่น การไม่มีเวลาให้กับผู้สูงอายุ การเลือกคู่ครองของบุตร การเลี้ยงดูหลานของบุตร ตลอดจนความคาดหวังต่อบุตร นอกจากนี้ยังอาจมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีตที่ไม่ได้รับการแก้ไข เช่น ความขัดแย้งกันระหว่างพี่น้องที่เกิดจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ในอดีต ซึ่งภาวะดังกล่าวนำไปสู่ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี การศึกษาของ Lowenstein (2007) ที่พบว่า ความขัดแย้งไม่ลงรอยกันในครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิต สุขภาพและทรัพยากรทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่ำลงไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องบทบาทของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชนกึ่งเมืองของ

จังหวัดนครราชสีมาของ สุกัญญา วชิรเพชรปราณี (2553) ซึ่งพบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความขัดแย้งจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว โดยพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ เครียด วิตกกังวล มีผู้สูงอายุบางรายอยากหนีออกจากบ้านและฆ่าตัวตาย และในบางครอบครัวถึงกับไม่พูดไม่คุยกันต่างฝ่ายต่างอยู่

ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดและบุตรเป็นความสัมพันธ์ระยะยาว มีความแปรปรวนเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บางเวลามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แต่ในบางครั้งอาจเกิดความขัดแย้งกันขึ้นได้ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์โดยทั่วไปของความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวย่อมมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ ทรัพยากรทางเศรษฐกิจ ตลอดจนสุขภาพกายและสุขภาพจิตของทั้งสองฝ่าย

## 2.2 ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม

ทฤษฎีแลกเปลี่ยนทางสังคม (Exchange Theory) อธิบายว่า พฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากการแลกเปลี่ยนซึ่งสามารถ สังเกตเห็นได้ในทุกที่ ไม่ใช่เพียงแต่จะเกิดขึ้นในความสัมพันธ์แบบการค้าเท่านั้น แม้แต่ความสัมพันธ์ระหว่าง เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดกันก็มีลักษณะของการแลกเปลี่ยนทางสังคมได้ ทั้งนี้เพราะรางวัล ผลตอบแทนต่าง ๆ (Rewards) ที่มนุษย์แสวงหานั้นสามารถได้มาจากการปฏิสังสรรค์ทางสังคม ในฐานะที่เป็น การแลกเปลี่ยนทางสังคม (ธีราพร ทวีธรรมเจริญ, 2545) นักทฤษฎีที่สำคัญคือ Peter Michael Blau (1964) ซึ่งได้นำแนวคิดและหลักของอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) เป็นฐานคิดของนักเศรษฐศาสตร์ แต่ได้ปรับปรุงและประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวเพื่อใช้อธิบายสังคม โดยระบุว่า การติดต่อสัมพันธ์และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เกิดขึ้นมาจากการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange) โดยลักษณะการแลกเปลี่ยนเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิสังสรรค์ทางสังคมระหว่างผู้กระทำ โดยฝ่ายหนึ่งเริ่มเป็นฝ่ายให้บางสิ่งบางอย่างกับอีกฝ่ายหนึ่งก่อน การให้บางสิ่งบางอย่างนั้นผู้กระทำทำด้วยความสมัครใจ (Voluntary Action) โดยมีแรงจูงใจจากการกระทำที่ผู้กระทำคาดหวังว่าตนจะได้รับผลประโยชน์ที่ปรารถนาตอบแทนกลับมา ถ้าฝ่ายที่เป็นผู้รับตอบโต้กลับมาในลักษณะที่เหมาะสมแล้วก็จะทำให้การติดต่อสัมพันธ์กันในลักษณะการแลกเปลี่ยนนี้เกิดขึ้นได้ยาวนาน และเพิ่มการปฏิสังสรรค์ระหว่างกันมากยิ่งขึ้นการปฏิสังสรรค์เชิงการแลกเปลี่ยนในระยะแรกเริ่มอาจจะไม่จำเป็นที่จะต้องมีการบรรทัดฐานร่วมกัน แต่เพื่อให้ความสัมพันธ์เชิงการแลกเปลี่ยนสามารถดำเนินต่อไปได้ บุคคลจะต้องยึดถือเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยน นั่นคือ บุคคลจะต้อง



ปฏิบัติตามพันธะข้อผูกพัน ตามบรรทัดฐานแห่งการถ้อยทีถ้อยอาศัย (Norms of Reciprocity) ทั้งนี้ก็เป็นไปตามหลักพื้นฐานของการแลกเปลี่ยน (Basic Principles of Exchange) ที่ว่าบุคคลให้บริการเป็นรางวัล (Rewarding Services) แก่ผู้อื่นก็เท่ากับทำให้ผู้อื่นถูกผูกมัดอยู่กับตนเหมือนข้อผูกมัดเป็นหนี้บุญคุณกัน และเพื่อที่จะลดข้อผูกมัดนั้น ๆ บุคคลผู้ที่รับบริการที่เป็นรางวัลนั้น จะต้องพยายามทำให้ผลประโยชน์ ตอบแทนกลับคืนแก่บุคคลที่ให้บริการตนบ้างเช่นกัน

### 2.3 แนวคิดการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น

แนวคิดการเกื้อหนุนระหว่างรุ่นเป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม โดยแนวคิดการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น กล่าวถึง การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของสมาชิกต่างรุ่นในครอบครัวที่มีความผูกพันกัน โดยสมาชิกในครอบครัวจะได้รับประโยชน์บางประการจากการติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน จะมีการพึ่งพาอาศัยและเกื้อหนุนกันซึ่งกันและกัน โดยประชากรรุ่นหนึ่งจะเป็น “ผู้ให้ (giver)” ส่วนประชากรอีกรุ่นจะเป็น “ผู้รับ (receiver)” สิ่งที่ผู้ให้และผู้รับได้รับอาจมีหลายรูปแบบ อาจจะเป็นการให้เงินหรือการให้การเกื้อหนุนในลักษณะอื่น ๆ ก็ได้ ขณะเดียวกันผู้รับอาจจะเปลี่ยนสถานภาพไปเป็นผู้ให้ด้วยก็ได้ อาทิการให้ช่วยเหลือในการดูแลสมาชิกวัยเยาว์ การให้คำปรึกษาแนะนำ รวมไปถึงการให้การเกื้อหนุนทางด้านจิตใจ (กนกวรรณ พวงประยงค์, 2559)

การเกื้อหนุนถูกจำแนกและมีการใช้คำหลากหลาย ไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนตายตัว เช่น Material Support, Financial Support, Instrumental Support, Practical Support, Social Support, Functional Support, Emotional Support เป็นต้น การเกื้อหนุนแต่ละประเภทมีความทับซ้อนกันอยู่ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของชลธิชา อัสวานิรันดร (2559) ได้จำแนกการเกื้อหนุนออกเป็น 2 มิติ คือ การเกื้อหนุนที่สามารถจับต้องได้ (Tangible Support) และการเกื้อหนุนที่ไม่สามารถจับต้องได้ (Non-tangible Support) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การเกื้อหนุนที่มองเห็นหรือจับต้องได้ (Tangible Support) สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การเกื้อหนุนด้านวัตถุ (Material Support) ได้แก่ การให้ที่เป็นวัตถุจับต้องได้ เช่น การให้เงิน สิ่งของอุปโภค บริโภค

2) การเกื้อหนุนด้านกิจกรรมหรือบริการ (Instrumental Support/Practical Support) ได้แก่ การช่วยเหลือทำกิจกรรมภายในบ้าน การดูแลสุขภาพ ตลอดจนการช่วยให้คำปรึกษาหรือการช่วยในการตัดสินใจเรื่องสำคัญภายในบ้าน

3) การเกื้อหนุนด้านสังคม (Social Support) ได้แก่ การติดต่อสื่อสารกัน การมาเยี่ยมเยียน และอาจรวมถึงโครงสร้างครอบครัวที่เอื้อต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เช่น ขนาดครอบครัว การอยู่อาศัยกับบุตร รวมถึงระยะห่างจากบ้านผู้สูงอายุกับบุตร

การเกื้อหนุนที่มองไม่เห็นหรือจับต้องไม่ได้ (Non-intangible Support) เป็นการเกื้อหนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ความรู้สึกใกล้ชิด การช่วยรับฟังปัญหาของกันและกัน การให้คำปรึกษารวมถึงมีส่วนช่วยในการตัดสินใจในปัญหานั้น

#### 2.4 การแลกเปลี่ยนทางสังคมกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร

จากทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคมและแนวคิดการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น สามารถนำมาอธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นบิดามารดาและบุตรได้ว่า การที่บิดามารดาให้อาหารและที่พักอาศัยแก่บุตรรวมถึงการปกป้องคุ้มครอง ตลอดจนการขัดเกลาทางสังคม บุตรจะให้การส่งเสริมสนับสนุนแก่ครอบครัว เมื่อบิดามารดาสูงอายุขึ้น บุตรก็จะให้การเกื้อหนุนและจัดหาสิ่งต่าง ๆ ให้เพื่อสนองต่อความต้องการของบิดามารดา รวมถึงการคอยปกป้องดูแลด้วย ในบางสังคมบุตรจะทำพิธีกรรมทางศาสนาให้แก่บิดามารดาที่เสียชีวิตไปแล้วด้วย แม้ว่าในระยะแรกการแลกเปลี่ยนจะยังไม่สมดุล แต่การให้การเกื้อหนุนแก่บุตรอย่างต่อเนื่องถือเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตัวบิดามารดาเอง นอกจากนี้ การที่บิดามารดาเลือกที่จะเอาใจใส่ต่อบุตร ทำให้บิดามารดาสามารถได้รับการตอบแทนจากบุตรในยามสูงอายุ ทั้งนี้ เพราะสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นการเกื้อหนุนที่ได้ให้เพื่อการดูแลบุตรจะกลายเป็นเหมือนพันธะข้อผูกพันที่จะทำให้บุตรรู้สึกเป็นหนี้บุญคุณต่อบิดามารดา แม้ว่าในยามผู้สูงอายุบิดามารดาจะปราศจากทรัพยากรซึ่งเป็นแหล่งที่มาของอำนาจ แต่บิดามารดาจะมีข้อเรียกร้องที่สามารถจะได้รับการตอบสนองจากบุตรหลานได้จากบรรทัดฐานแห่งการถ้อยที่ถ้อยอาศัย โดยบิดามารดาที่เคยให้การเลี้ยงดูบุตรหลานก็จะได้รับการตอบแทนกลับคืนเมื่อตนสูงอายุมากขึ้น

จากการศึกษาก่อนหน้าสะท้อนให้เห็นถึงผลของการสนับสนุนช่วยเหลือที่บิดามารดาให้แก่บุตร พบว่า การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางอารมณ์และเศรษฐกิจของบิดามารดาต่อบุตรจะได้รับการตอบแทนคืนด้วยการเกื้อหนุนที่สัมพันธ์กันในภายหลังเป็นการตอบแทน เช่น การให้ความเคารพนับถือ ความรัก การรู้คุณค่า การให้หรือการที่บิดามารดาได้ทำหน้าที่ของตนเองจะก่อให้เกิดภาระหน้าที่ผูกพันต่อบุตรที่จะต้องให้การดูแลใกล้ชิด จากการศึกษาของ Qureshi, 1986 พบว่า บุตรหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ให้การช่วยเหลือหรือการเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากเคยได้รับความช่วยเหลือหรือการเกื้อหนุนมาก่อนในอดีต โดยการตอบแทนกลับคืนจะเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นต่อการผูกมัดในพฤติกรรมความช่วยเหลือนั้น ในทางกลับกัน หากบุตรต้องการความช่วยเหลือซึ่งบิดามารดาสามารถให้ความช่วยเหลือได้ แต่ในความเป็นจริงกลับไม่ให้ความช่วยเหลือแก่บุตรก็จะกลายเป็นการทำลายความสัมพันธ์นั้นลงไป

นอกจากนี้การให้ความช่วยเหลือแก่บุตรกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุตรมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก กล่าวคือ หากบิดามารดาให้บุตรมากบิดามารดาจะได้รับการช่วยเหลือหรือการเกื้อหนุนจากบุตรมากด้วยเช่นกัน เช่นเดียวกันหากบิดามารดาให้ความช่วยเหลือหรือการเกื้อหนุนแก่บุตรน้อยบิดามารดาที่จะได้รับการช่วยเหลือหรือการเกื้อหนุนจากบุตรน้อยตามไปด้วย ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นว่า ความช่วยเหลือของบิดามารดาที่มีต่อบุตรจะได้รับการตอบแทนและทำให้ครอบครัวสามารถคงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนระหว่างรุ่นได้ต่อไป

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุตรที่ส่งผลต่ออาการทางสุขภาพจิตโดยตรงมีค่อนข้างน้อย แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่ใช้ตัวชี้วัดถึงความรู้สึกในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ทั้งความรู้สึกด้านบวก เช่น ความสุข ภาวะสุขภาพจิตที่ดี ความพึงพอใจในชีวิต การมองเห็นคุณค่าในตัวเอง และความรู้สึกด้านลบที่เกี่ยวข้องกับอาการทางสุขภาพจิตบางอาการ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรถือเป็นความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิตของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างรุ่นในช่วงชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีลักษณะคล้ายกับการบูรณาการทางสังคม (Social Integration) กล่าวคือ การผนวกรวมกันทางสังคม เมื่อบุคคลเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับ

คนในสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลาย จำเป็นยอมรับบรรทัดฐานที่สังคมกำหนดขึ้นร่วมกัน หากสมาชิกในสังคมทำผิดไปทางบรรทัดฐานที่กำหนดไว้ก็จะถูกลงโทษจากสังคม หากพิจารณาในระดับครอบครัว สังคมก็กำหนดบรรทัดฐาน ที่สมาชิกในครอบครัวพึงปฏิบัติต่อกัน หากสมาชิกในครอบครัวคนใดปฏิบัติตามบรรทัดฐานที่วางไว้ก็จะได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความช่วยเหลือหรือการเกื้อหนุนจากสมาชิกในครอบครัว ในทางกลับกันหากสมาชิกคนใดทำผิดไปจากบรรทัดฐานที่วางไว้ก็จะถูกลงโทษจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งการได้รับรางวัลหรือการลงโทษย่อมมีผลต่อสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงผู้สูงอายุ และบุตรด้วย (Umbrson, 1992 อ้างใน ชลธิชา อัครนิรันดร์, 2559)

จากการศึกษาของ van dem Knesebeck and Siegrist (2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่สมดุลของความสัมพันธ์ทางสังคมกับภาวะความซึมเศร้าโดยศึกษา 2 ประเทศ คือ เยอรมันนีและสหรัฐอเมริกา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีความไม่สมดุลในการแลกเปลี่ยนการเกื้อหนุนกับบุตรจะมีโอกาสที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่า 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่รายงานว่ามีความสมดุลในการแลกเปลี่ยนกับบุตร และพบว่า การได้รับการเกื้อหนุนของผู้สูงอายุส่งผลต่อการมีความรู้สึทางบวกที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาของ Krause (1986) ที่ศึกษาการเกื้อหนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรในครอบครัวที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในรัฐเท็กซัส พบว่า หากผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนทั้งสองประเภทรวมถึงการมีความสัมพันธ์กับบุตรอย่างราบรื่นจะเป็นการลดความเครียดของผู้สูงอายุลงได้ ซึ่งจากผลการศึกษาของ M. Guo et al. (2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นกับความอยู่ดีมีสุขทางจิตใจของผู้สูงอายุชาวปักกิ่งที่มีบุตรย้ายถิ่น โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกับครอบครัวที่ไม่มีการย้ายถิ่น ย้ายถิ่นในประเทศ ย้ายถิ่นข้ามประเทศ และครอบครัวที่มีการย้ายถิ่นและไม่มีการย้ายถิ่นของบุตร พบว่า ครอบครัวที่มีบุตรย้ายถิ่นทำให้มีข้อจำกัดในการสนับสนุนทางการเงินและการสนับสนุนในเชิงวัตถุ แต่ไม่มีข้อจำกัดในการสนับสนุนทางการเงินและการสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีบุตรย้ายถิ่นในลักษณะที่ต่างกัน มีระดับความซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีบุตรย้ายถิ่นในประเทศมีความกังวลในเรื่องทางการเงิน ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีบุตรย้ายถิ่นข้ามประเทศกังวลเรื่องการขาดการดูแลจากบุตร

นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Chen and Jordan (2019) ซึ่งทำการศึกษาความอยู่ดีมีสุขทางจิตใจของผู้สูงอายุชาวจีน พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการเกื้อหนุน ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรลดลงก็ส่งผลให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุแย่ลงตามไปด้วย นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ติระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรจะทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นแม่ และยังมีทิศทางสอดคล้องกับผลการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ที่ศึกษาชีวิตคนชราในเชียงใหม่ พบว่า การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตที่ดี กล่าวคือ มีความพอใจในชีวิตปัจจุบัน ไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งรู้สึกอบอุ่นในการอยู่ในครอบครัว ไม่มีความเหงาหรือรู้สึกอ้างว้างในชีวิต มาจากความสัมพันธ์ที่ติระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน คือ ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพนับถือ เชื้อพียง และยกย่องจากบุตรหลาน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่เป็นสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน

#### 4. งานวิจัยเกี่ยวข้อง

งานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงประเด็นเชิงสาเหตุที่สำคัญต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและเรียบเรียงวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 4.1 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร

ความสัมพันธ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีและมีคุณภาพกับบุคคลเพียงไม่กี่คนนั้นเป็นสิ่งที่เพียงพอและมีผลต่อความอยู่ดีมีสุข (Tay & Diener, 2011) นั้นแสดงให้เห็นว่าคนเราไม่จำเป็นต้องมีสังคมกว้างขวางเพื่อมีความสุข และการมีความสุขไม่จำเป็นจะต้องมีรู้จักกับผู้คนมากมาย แต่อย่างน้อยต้องมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและมีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การมีคุณภาพความสัมพันธ์ที่ติระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรส่งผลให้ระดับความสุขของผู้สูงอายุและบุตรเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Amato & Afifi, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา บุรณกลัศ (2560) ที่ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุ

ในชุมชนเขตเมือง พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและได้รับการดูแลจากบุตรหลานจะมีความวิตกกังวลซึ่งเป็นหนึ่งในอาการทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วย นอกจากนี้ Reczek & Zhang, 2015; Thoits, (2011) ที่ศึกษาคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะซึมเศร้าในหมู่ผู้สูงอายุชาวอเมริกัน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับการเกื้อกูลจากบุตรล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เมื่อมีความรู้สึกไม่พอใจบุตรของตน ซึ่งมีทิศทางสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Milkie, Bierman, and Schieman (2008) ที่พบว่าการมีความสัมพันธ์กับบุตรที่ไม่ดีแม้เพียง 1 คน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นของภาวะซึมเศร้าและความเหงาในผู้สูงอายุ และผลกระทบดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายด้วย อย่างไรก็ตามมีข้อค้นพบดังกล่าวแตกต่างไปจากการศึกษาของ Chen and Jordan (2019) ที่พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากวัฒนธรรมและบทบาททางเพศในครอบครัวแบบตะวันออกที่แม่มักมีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูบุตร

จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า หากบุคคลมีความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรที่ดี ย่อมทำให้บิดามารดาที่เป็นผู้สูงอายุมีความอยู่ดีมีสุขและมีสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ดังกล่าวนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ผู้วิจัยจะประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรจาก 3 ตัวแปร ได้แก่ ระดับความสัมพันธ์กับบุตร การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดีมาก และการมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดีเลย

## 4.2 ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น

### 4.2.1 รูปแบบที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร

รูปแบบการอยู่อาศัยของบุตรเป็นตัวแปรที่สะท้อนความใกล้ชิดกันเชิงภูมิศาสตร์ ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญสำหรับความสัมพันธ์ทางสังคมและการแลกเปลี่ยนระหว่างรุ่น การย้ายออกจากบ้าน

ของบุตรเพื่อการศึกษาต่อหรือการประกอบอาชีพ เป็นสิ่งที่มีผลโดยตรงต่อความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การย้ายถิ่นย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้การสนับสนุนหรือการได้รับการสนับสนุนตามที่ต้องการ ผู้สูงอายุมักสูญเสียการสนับสนุนจากบุตรที่ย้ายถิ่นออกไป ผู้สูงอายุที่มีบุตรย้ายถิ่นมักมีภาพว่าถูกทอดทิ้ง มีความเหงาและต้องประสบกับอาการซึมเศร้า (M. A. N. Guo, Aranda, & Silverstein, 2009) ตัวอย่างในประเทศกำลังพัฒนาที่มีบุตรย้ายถิ่นในประเทศพบการรายงานที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตลดลงในผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน และการศึกษาในเชิงคุณภาพของ Sun (2012) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมจะสามารถปรับตัวต่อการย้ายถิ่นของบุตรได้ดีกว่า แต่ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยเลยในไต้หวันเป็นผู้สูงอายุที่รายงานถึงภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วย ต่างไปจากการศึกษาของ Miltiades (2002) ที่พบว่า แม้จะมีบุตรอาศัยอยู่ในเมืองเดียวกันหรืออยู่ในรัฐอื่น ๆ ก็ไม่ได้มีความแตกต่างกันของภาวะซึมเศร้าและความเหงาในผู้สูงอายุชาวอินเดียนอย่างใดก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว แต่ก็มีความรู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จของบุตรที่สามารถออกไปใช้ชีวิตนอกบ้านได้ (Miltiades, 2002; Sun, 2012)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่มีการย้ายถิ่นในจีนของ M. Guo et al. (2016) พบว่า แม้จะมีข้อจำกัดในด้านภูมิศาสตร์ แต่ผู้สูงอายุที่มีบุตรย้ายถิ่นก็ยังคงได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และเศรษฐกิจจากบุตร และยังคงมีการติดต่อกันผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันอยู่เป็นประจำทุกสัปดาห์ จึงทำให้สามารถรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรย้ายถิ่นไว้ได้ แต่ด้วยระยะห่างทางภูมิศาสตร์จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีบุตรย้ายในประเทศหรือย้ายถิ่นนอกประเทศต่างก็มีระดับภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตไม่ต่างกัน

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแตกต่างกันย่อมจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตแตกต่างกัน จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตรที่แตกต่างกันมีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ต่างกัน

#### 4.2.2 การเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจระหว่างผู้สูงอายุและบุตร

การเกื้อหนุนกันระหว่างผู้สูงอายุและบุตรในทางเศรษฐกิจ เป็นความช่วยเหลือขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรหรือบุตรได้รับจากผู้สูงอายุ ซึ่งความช่วยเหลือนี้สามารถอยู่ในรูปตัวเงินหรือ

สิ่งที่สามารถตีมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ การเกื้อหนุนขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและข้อจำกัดของแต่ละบุคคล ในสังคม อาจเป็นความตั้งใจที่ต้องการช่วยเหลือผู้อื่นโดยที่ยังไม่ได้คำนึงถึงผลตอบแทนในอนาคต ซึ่งเป็นการเกื้อหนุนในระดับครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับอารมณ์ความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

การเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจ ในบริบทที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนแก่บุตรนั้น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น การมีรายได้หรือการมีงานทำของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการให้การเกื้อหนุน หากผู้สูงอายุมีรายได้จากทุกแหล่งและมีเพียงพอต่อการใช้จ่าย ก็จะทำให้มีทรัพย์สินมากพอที่จะให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้ จากทบทวนผลการศึกษา พบว่าการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมมีส่วนในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารกัน มีการนำเอาแนวคิดเศรษฐกิจการเมืองมาใช้อธิบายการไหลเวียนเงินระหว่างรุ่น ในประเทศยุโรป ตะวันตกและสหรัฐอเมริกาซึ่งมักมีการไหลเวียนความมั่งคั่งจากผู้สูงอายุไปยังบุตรโดยตรงมากกว่า ทิศทางอื่น ๆ จึงพบเห็นการส่งต่อความมั่งคั่งจากผู้สูงอายุสู่บุตร เนื่องจากเป็นสังคมที่มีระบบสวัสดิการทางสังคมที่ดี (Albertini, Kohli, & Vogel, 2007; Silverstein & Giarrusso, 2010) ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุชนชั้นกลางในไต้หวันแทนที่จะคาดหวังเงินจากบุตรที่ใช้ชีวิตอยู่ต่างแดน กลับมีการสนับสนุนทางการเงินแก่บุตร เพื่อลดความเครียดในการใช้ชีวิตต่างถิ่น และพ่อแม่ที่ส่งเงินให้บุตรใช้จะมีความสุขมากขึ้น เมื่อได้เห็นบุตรประสบความสำเร็จจากการออกไปใช้ชีวิตในต่างประเทศ (Sun, 2012)

ในส่วนของการเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจ ในบริบทที่ผู้สูงอายุเป็นผู้รับการเกื้อหนุนจากบุตรนั้น มักเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการถ่ายเทความมั่งคั่งระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร แต่ทิศทางแตกต่างจากประเทศพัฒนาแล้ว สำหรับในประเทศกำลังพัฒนาผู้สูงอายุมักจะทำหน้าที่ดูแลหลานและรับผิดชอบงานบ้าน และบุตรจะให้เงินเป็นการตอบแทนแก่ผู้สูงอายุ (Frankenberg, Lillard, Willis, & Family, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าในบุตรที่มีการย้ายถิ่นจะมีส่งเงินกลับเพื่อการสนับสนุนทางการเงินแก่ครอบครัว เช่น ในกรณีผู้ย้ายถิ่นชาวอินเดียในสหรัฐมีการส่งเงินกลับให้พ่อแม่ในอินเดีย เพื่อชดเชยการสนับสนุนรูปแบบอื่น ๆ ที่บุตรไม่สามารถกระทำได้ (Miltiades, 2002) ลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดขึ้นจากค่านิยมเรื่องความกตัญญูที่มีความสำคัญในประเทศตะวันออก ค่านิยมดังกล่าวทำความสัมพันธ์ในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างรุ่น ภายใต้ระบบสวัสดิการสังคมที่ยังมีข้อจำกัด ในขณะเดียวกัน



ในสังคมที่มีทรัพยากรทางเศรษฐกิจอย่างจำกัด ทรัพยากรในครอบครัวที่มีมักถูกใช้ในการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวมากกว่าการดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุ

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการเกื้อหนุนจะมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นแค่ผู้รับหรือผู้ให้ฝ่ายเดียว หากผู้สูงอายุได้รับฝ่ายเดียวจะรู้สึกว่าเป็นภาระของบุตร ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ให้การเกื้อหนุนแก่บุตรฝ่ายเดียวจะรู้สึกว่าตนถูกบุตรละเลย ไม่ให้ความสำคัญ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขหรือความไม่สบายใจเพิ่มมากขึ้น (ชลธิชา อัครนิรันดร์, 2559)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จะมีตัวแปรที่ใช้วัดการเกื้อหนุนระหว่างบุตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร การได้รับเงินจากบุตรและการให้เงินแก่บุตร ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

#### 4.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

##### 4.3.1 การประเมินสุขภาพกายด้วยตนเอง

การประเมินสุขภาพด้วยตนเองเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตนเอง เป็นตัวแปรเชิงอัตวิสัยที่วัดจากความคิดหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการประเมินสุขภาพของตนเอง เป็นตัวชี้วัดที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ และภาวะการตายได้อย่างถูกต้อง (Wong, 2007 อ้างใน รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า พบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันกับปัญหาทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (दनัย ทิพยกนก, 2544) เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเองดีมากเท่าไรยิ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตไปในทิศทางที่ดีขึ้นเท่านั้น อาจเนื่องมาจากการที่กายและจิตมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้รับความกระทบกระเทือนย่อมส่งผลกระทบต่ออีกสิ่งหนึ่งด้วย เมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้ว ย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองไปในทิศทางที่ดีน่าจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไปในทิศทางดีเช่นกัน (รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555)

นอกจากนี้จากการศึกษาส่วนใหญ่มีข้อค้นพบไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษาของ Cappeliez, Sèvre-Rousseau, Landreville, Prévillle, and Study (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรายงานสภาวะสุขภาพและปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพกายที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะประเมินสภาวะสุขภาพจิตของตนไปในทางที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ใจจากภาวะซึมเศร้าและความเครียดก็จะรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพทางกายแย่กว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประสบกับภาวะซึมเศร้าและความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ (Bøen, Dalgard, & Bjertness, 2012) ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพกายในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและสุขภาพจิตที่แย่ลง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สุขภาพกายแย่ลงมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ และการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์ ภัทรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และคณินิจ อุสิมาส (2551) ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีภาวะซึมเศรำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง ซึ่งมาจากการที่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง ทำให้ต้องจำกัดการทำกิจกรรมและการเข้าสังคมลง ทำให้มีเวลาอยู่กับตัวเองมากขึ้น จึงเกิดความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร่ามากขึ้น

ดังนั้น ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพเสื่อมถอยตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ และมีการเจ็บป่วยสูงขึ้น การที่อยู่สูงอายุมิภาวะสุขภาพทางกายไม่ดีจึงมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต

#### 4.3.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการฟุ้งฟิงหรือสมรรถนะการทำงานของร่างกาย ว่ามีความต้องการการดูแลหรือไม่และอยู่ในระดับ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตัวเองจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัด (รักษพล สนิทยา, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555) ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเองก็จะมี การรับรู้สุขภาพของตนว่ามีสุขภาพดี หากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงเนื่องมาจากการไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้แม้เพียง 1 กิจกรรม ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดวิตกกังวล ไม่มีความสุข ไม่มีความมั่นใจในตัวเอง และเกิดความกลัว (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2548 อังโน วัชรี ต่านกุล, 2557) เนื่องจากรู้สึกว่าคุณภาพตนเองเป็นภาระแก่ลูกหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา พิบูลย์ ภัทรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และคณิงนิจ อุสิมาส (2551) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตร ยิ่งจะเป็นตัวเสริมแรงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าและปัญหาทางสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ลงอย่างรวดเร็ว และรุนแรง การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสุขภาพกายและสุขภาพจิตนั้นไม่สามารถแยกขาดออกจากกันได้ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและความพึงพอใจในชีวิตลดลงและมีความซึมเศร้ามากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวแปรที่ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม 2 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADL) เป็นกิจกรรมที่ทำเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการดูแลช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นแต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ แสดงว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) เป็นดัชนีที่ใช้วัดประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือซึ่งสะท้อนถึงสมรรถนะทางกายและทางสมอง

#### 4.4 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

##### 4.4.1 เพศ

เพศเป็นลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่กำหนดความแตกต่างทางกายภาพของบุคคล การที่สังคมมักขีดเส้นแบ่งสอนบุคคลให้เรียนรู้ถึงบทบาททางเพศที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละเพศ ทำให้พฤติกรรมของบุคคลบางอย่างสะท้อนถึงความแตกต่างทางเพศ ซึ่งเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและสถานภาพทางสังคม ทำให้เพศที่แตกต่างกันย่อมมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ด้วยเหตุนี้เพศจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2560) กล่าวคือ เพศหญิงจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงวัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีผลของโรคจิตเวชที่ย่ำแย่กว่าผู้สูงอายุเพศชาย เช่นเดียวกันกับการสำรวจภาวะ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้ป่วยของประเทศอินเดีย พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการรายงานว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้หญิงอินเดียมีสถานะทางสังคมต่ำกว่าผู้ชาย นอกจากนี้จากการศึกษาของ Teerawichitchainan et al. (2015) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย เวียดนาม และเมียนมาร์ ปี 2554 – 2555 ในการวิเคราะห์รูปแบบการอยู่อาศัยกับอาการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ในทั้งสามประเทศผู้สูงอายุเพศหญิงมีการรายงานปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังและอาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Matud and García (2019) เพื่อวิเคราะห์เพศสภาพ ปัญหาทางสุขภาพจิตและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุในสเปน พบว่า ผู้หญิงมีคะแนนของปัญหาทางสุขภาพจิตและความเครียดเรื้อรังสูงกว่าเพศชาย การมีบทบาททางสังคมและการเห็นคุณค่าในตัวเองที่น้อยลงของทั้งสองเพศต่างก็มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ยัง Reczek and Zhang (2016) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เมื่อมีความรู้สึกไม่พอใจบุตรของตน

ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า เพศหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีวิธีผ่อนคลายและแก้ไขปัญหามากกว่า ผ่านกระบวนการทางสังคม เช่น การเล่าปัญหาหรือความทุกข์ให้เพื่อนฟัง เพื่อขอคำแนะนำมากกว่าการเผชิญกับปัญหาโดยตรง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมากกว่าในเพศชาย สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553) อธิบายว่า เมื่อเพศชายเผชิญความเครียดหรือปัญหาทางสุขภาพจิตมักจะใช้วิธีการจัดการแตกต่างจากผู้หญิง กล่าวคือ ผู้ชายมักจะเก็บความรู้สึกไว้ภายใน ไม่ค่อยพูด เพราะสังคมคาดหวังต่อเพศชายว่าต้องเข้มแข็ง ไม่อ่อนแอ และมักใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาโดยตรง พยายามควบคุมจัดการปัญหา และมีวิธีการแก้ไขปัญหที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด นอกจากนี้ด้วยความคาดหวังของสังคมที่มองว่าผู้ชายมีบทบาทนำในสังคมและครอบครัว เมื่อสูงอายุขึ้นบทบาทหน้าที่ที่เคยมีลดลงหรือสูญเสียไปอาจทำให้ยากต่อการยอมรับและมองว่าตนไร้คุณค่าส่งผลต่อสุขภาพได้มากกว่าเพศหญิงได้เช่นกัน (อุบลรัตน์ เฟิงสสิต, 2543)

ดังนั้น จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องในข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางคือ เพศหญิงน่าจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย และเพศหญิงน่าจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าเพศชาย สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าเพศหญิงน่าจะประสบกับปัญหาทางสุขภาพจิตที่ย่ำแย่

มากกว่าเพศชาย เนื่องมาจากข้อกำหนดของสังคมเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคมของผู้หญิงที่ต้องดำรงอยู่ในบทบาทหลาย เช่น แม่ ภรรยา ผู้ดูแลงานภายในบ้าน ทำให้เพศหญิงต้องสวมบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้เพศหญิงเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลต่อความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ภาวะสุขภาพมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

#### 4.4.2 อายุของผู้สูงอายุ

อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะทางประชากรและรุ่นประชากร ประชากรต่างรุ่นกันจะมีความโลกทัศน์และมุมมองที่แตกต่างกัน จากประสบการณ์และเหตุการณ์ในชีวิตที่คนในแต่ละช่วงวัยได้ประสบมีความแตกต่างกันออกไป และเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นร่างกายย่อมมีการเสื่อมสภาพไปตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจไม่ให้เกิดความเครียด จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตที่ต่างกัน กล่าวคือ อายุที่มากกว่าย่อมมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้น (นามชัย กิตตินาคบัญญัติ, 2560; วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555) ผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ระดับของการมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก การที่อายุเพิ่มสูงขึ้นผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด การสูญเสียบทบาททางสังคม ตลอดจนออกแยกออกจากบ้านไปอยู่ที่อื่นของบุตร เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้ (दनัย ทิพยกนก, 2544) ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นอาจจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวลดน้อยลง รวมถึงบุคคลในวัยเดียวกันที่สามารถปรึกษาหารือกันได้อาจจะเสียชีวิตลงคงเหลือคนในวัยเดียวกันไม่มากอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเหงามากยิ่งขึ้น (วาสนา ปรากฏวงศ์, 2552)

จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ชายที่อายุมากกว่า 75 ปี และผู้หญิงที่อายุมากกว่า 65 ปีมีความเสี่ยงและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ณา กิตติรัตน

ไพบูลย์, 2560) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีความเสื่อมมากขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำมาก่อนได้เหมือนเดิม ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว ซึ่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (รักษพล สนิทยา, 2555)

จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นน่าจะมีความเสี่ยงต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

#### 4.4.3 สถานภาพสมรส

การสมรสทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกถึงความเป็นปึกแผ่นมั่นคง เนื่องจากคู่สมรสจะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความเข้าใจและเป็นที่พึ่งพาอาศัยแก่กัน ซึ่งจะมีผลต่อภาวะการสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม คู่สมรสจะเป็นเพื่อนคู่คิดที่คอยให้คำปรึกษาหรือกำลังใจแก่กันได้ดี และเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญต่อการเผชิญกับเหตุการณ์หรือวิกฤตในชีวิต นอกจากนี้สถานภาพสมรสยังส่งผลต่อรูปแบบการอยู่อาศัยอีกทางหนึ่งด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กันกับปัญหาทางสุขภาพจิต กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรสอยู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก และผู้ที่มีสถานภาพโสด ตามลำดับ จากผลการศึกษาที่ในกลุ่มประชากรสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ (Klinenberg, 2012) เนื่องจากผู้สูงอายุโสดส่วนใหญ่ไม่มีบุตร (รวมไปถึงบุตรเลี้ยงหรือบุตรบุญธรรม) ที่จะคอยให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทั้งในแง่ร่างกาย จิตใจ (Teerawichitchainan et al., 2015) ในทางตรงกันข้าม พบว่า การเป็นโสดอาจเป็นประสบการณ์เชิงบวกและเป็นทางเลือกโดยสมัครใจสำหรับผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย ทำผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดจะมีสุขภาพจิตดีที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเรียนรู้การใช้ชีวิตด้วยตัวเองมาโดยตลอดและส่วนใหญ่จะวางแผนการใช้ชีวิตเมื่อเกษียณแล้วทั้งสิ้น จึงทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีตามมา (เกสร มัยจิน, 2558) แต่การเป็นโสดก็อาจเป็นความเสี่ยงต่อความแปลกแยกจากสังคมและสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ในหมู่ผู้สูงอายุที่ขาดสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอได้ (Henning-Smith, 2016)

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย หย่าแยก พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ที่ต้องเปลี่ยนสถานะจากคู่มาเป็นหม้าย เนื่องจากการสูญเสียคู่สมรสมากกว่า 800,000 รายต่อปี

โดยร้อยละ 70 ของผู้ที่เผชิญกับการสูญเสียสามารถปรับตัวและยอมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติกับสถานภาพที่ปราศจากคู่ชีวิตหรือเพื่อนคู่คิดเหมือนเช่นเดิม ในขณะที่ร้อยละ 30 ไม่สามารถปรับตัวและยอมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น (Bruce, Kim, Leaf, & Jacobs, 1990) ก็อาจจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ รวมถึงอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ เป็นต้น (รสพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา อัครนิรันดร์ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตหรือเป็นหม้ายและผู้สูงอายุที่หย่าแยกต่างมีคะแนนความสุขต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพกำลังสมรสอยู่ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ขาดคู่สมรสที่ให้การเกื้อหนุน ขาดที่ปรึกษาในการปรับทุกข์ รับฟังปัญหาและให้กำลังใจ ซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความไม่สบายใจ

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ พบว่า มีแนวโน้มที่สุขภาพกายและจิตดีที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในกลุ่มโสดหรือหม้าย/หย่าแยก (Davis, Murphy, Neuhaus, Gee, & Quiroga, 2000; ชลธิชา อัครนิรันดร์, 2559; รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงศ์ และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555) เนื่องจากการมีคู่สมรสจะเป็นแหล่งเกื้อหนุนและเป็นหลักประกันทางเศรษฐกิจได้ มีคนมาร่วมแบ่งปันความรู้สึก หากมีความเครียดก็สามารถรับฟังปัญหา ให้คำปรึกษาหรือให้กำลังใจ ทำให้ความทุกข์ใจผ่อนคลายลงไปได้ (ชลธิชา อัครนิรันดร์, 2559) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพกายและจิตใจแย่งลง หากต้องรับภาระในการดูแลคู่สมรสที่ล้มป่วยหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลจะมีแนวโน้มในแยกตัวออกจากสังคมทำให้มีอาการซึมเศร้า มีโอกาสที่สุขภาพกายและจิตใจจะมีโอกาสแย่งกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบอื่น ๆ (Pinquart & Sörensen, 2011) แต่ก็มีผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลบางส่วนที่มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ดูแลคู่สมรสของตน (Henning-Smith, 2016)

จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบเป็น 3 แนวทางคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโสดน่าจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าแยกน่าจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่กำลังสมรสอยู่ และผู้สูงอายุที่กำลังสมรสอยู่น่าจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่ากลุ่มอื่น สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตัดผู้สูงอายุที่เป็นโสดออกจากการศึกษาเนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีบุตร ทำให้เหลือสถานภาพสมรสในการศึกษาคั้งนี้ 2 กลุ่มได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่าแยก และกำลังสมรสอยู่ ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้สูงอายุที่กำลังสมรสอยู่เป็นกลุ่มที่

มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยที่สุด เนื่องจากมีคู่สมรสคอยเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญต่อการเผชิญกับเหตุการณ์หรือวิกฤตในชีวิต จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้สูงอายุที่กำลังสมรสอยู่น่าจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าแยก

#### 4.4.4 ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการเลื่อนชนชั้นทางสังคม ทั้งยังเป็นต้นทุนในการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจผ่านการทำงานที่มีค่าจ้างสูงขึ้นตามลำดับความสามารถ รวมไปถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกวิธีหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ในทางกลับกันหากบุคคลขาดการศึกษาก็จะส่งผลต่อการเข้าถึงโอกาสต่าง ๆ ในชีวิตด้วย

จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า การศึกษาสูงขึ้นทำให้ความเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตลดลง (รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555) สอดคล้องไปกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Patel and Kleinman (2003) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนกับปัญหาทางสุขภาพจิตในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ได้แก่ บราซิล ชิลี อินโดนีเซีย ปากีสถาน ซิมบับเว และเรโซโท พบว่า ระดับของการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตที่ย่ำแย่มากที่สุด เนื่องจากการศึกษาที่ต่ำเป็นต้นตอของความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพ ภาวะสูงวัย และการเกษียณในทวีปยุโรป (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe; SHARE) พบว่า ระดับการศึกษาสูงจะเป็นตัวป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตได้โดยเฉพาะในผู้หญิง (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2560) เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ บุคคลที่การศึกษาสูงมักมีแนวทางในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า (ปัญญา ชูเลิศ, 2551)

จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า ระดับการศึกษาต่ำของบุคคลส่งผลให้มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า



#### 4.4.5 จำนวนบุตรมีชีวิต

สังคมไทยและผู้สูงอายุยังคงคาดหวังให้บุตรเป็นแหล่งเกื้อหนุนในยามสูงอายุ จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่จึงสะท้อนถึงโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการเกื้อหนุนกันระหว่างรุ่นพ่อแม่และรุ่นลูก (Teerawichitchainan et al., 2015) จากผลการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2561) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยประมาณ 3.3 คน นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนบุตรแปรผันตามอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะมีบุตรมีชีวิตน้อยกว่า โดยผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีบุตรมีชีวิตโดยเฉลี่ยประมาณ 4.5 คน กลุ่มอายุ 70 – 79 ปี มีบุตรโดยเฉลี่ย 3.8 คน กลุ่มอายุ 65 – 79 ปี มีบุตรโดยเฉลี่ย 2.98 คน และกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี มีบุตรโดยเฉลี่ย 2.6 คน การที่ครอบครัวผู้สูงอายุไทยมีขนาดเล็กและจำนวนบุตรลดลง ซึ่งจะส่งผลให้โอกาสในการแลกเปลี่ยนและการเกื้อหนุนกันทั้งในด้านเศรษฐกิจและการดูแลช่วยเหลือลดลงด้วย (วัชรวิทย์ ต่วนกุล, 2557)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าทำให้มีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรน้อยกว่า และน่าจะทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรมากกว่า จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าน่าจะมีความเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรมากกว่า

#### 4.4.6 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงสถานที่อยู่อาศัยของบุคคล โดยทั่วไปเขตที่อยู่อาศัยมักแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ เขตชนบท (Rural) และเขตเมือง (Urban) ในประเทศไทยได้กำหนดเขตเมืองตามการแบ่งเขตการปกครองของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยใช้อาณาเขตของเทศบาลเป็นเกณฑ์โดย เขตเมือง คือ ในเขตเทศบาล ประกอบด้วย เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ส่วนเขตชนบท คือ นอกเขตเทศบาล ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาของ วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล เช่นเดียวกับ ชลธิชา อัศวินรันดร (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

จะมีคะแนนความสุขสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งสามารถนำเรื่องการย้ายถิ่นของบุตร มาอธิบายเพิ่มเติมได้ จากการศึกษาที่บุตรย้ายถิ่นออกจากภูมิลำเนาเดิมมาอาศัยอยู่ในเมืองเพื่อแสวงหา โอกาสในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมีความสุขลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุจะต้องอาศัยอยู่กับ คู่สมรสตามลำพัง นอกจากนี้ Phillips, Siu, Yeh, and Cheng (2004) ยังอธิบายว่า ความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองมีความเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขและสาธารณูปโภค ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ เช่น สถานพยาบาล สถานที่ราชการสถานที่พักผ่อน

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองน่าจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองน่าจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท

#### 4.4.7 ภูมิภาค

ภูมิภาคเป็นการแบ่งเขตพื้นที่ทางภูมิศาสตร์และลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมที่สำคัญ การแบ่งภูมิภาคมีอยู่ด้วยกันหลายแบบ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การแบ่ง ภูมิภาคของประเทศไทยออกเป็น 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่พิเศษ เนื่องจากเป็นเมืองที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศและ ได้รับการพัฒนาทั้งในแง่ลำดับความสำคัญและงบประมาณมากที่สุด ส่งผลให้กรุงเทพมหานครได้ กลายเป็นศูนย์กลางทางปกครอง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของประเทศ อีกทั้งโครงสร้างพื้นฐาน และระบบสาธารณูปโภคก็ได้รับการพัฒนามากกว่าเมืองอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงได้แยกกรุงเทพมหานคร ออกจากภาคกลาง ซึ่งจะช่วยให้เห็นสภาพการณ์ของภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภูมิภาคที่แตกต่างกันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า ผู้ที่อยู่ในภาคอื่น ๆ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยปัญหามลพิษ และปัญหาสังคมมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความรำคาญ วิตกกังวลและบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และจากการศึกษา โครงข่ายการคุ้มครองทางสังคม : การสร้างภูมิคุ้มกันภัยทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์ และคณะ (2557) พบว่า ความแตกต่างระหว่างพื้นที่ในเรื่องภัยทางสังคมต่อ ผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือประสบภัยทางสังคม

ด้านจิตใจสูงสุด ขณะที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครประสบภัยทางสังคมด้านร่างกาย ด้านการถูกบังคับจำกัดพื้นที่ และภัยที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินสูงสุด ซึ่งที่สะท้อนให้เห็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง โครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลอย่างสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครประสบภัยทางสังคมดังกล่าวมากกว่าพื้นที่อื่น

ดังนั้น ภูมิภาคแตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษานี้ว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองน่าจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท

#### 4.5 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และความสามารถในการบริโภคของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมถึงเรื่องที่อยู่อาศัย อาหารและโภชนาการ การดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ตลอดจนสามารถใช้เงินเพื่อกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ ทำให้เกิดความสุขสนาน ผ่อนคลาย และลดภาวะตึงเครียดลงได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีรายได้และสามารถเก็บเป็นเงินออมได้มากขึ้น ก็จะช่วยลดการพึ่งพาและยังสามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้อื่นได้ด้วย ตลอดจนสามารถมีหลักประกันทางการเงินทำให้ลดความกังวลต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ พบว่า รายได้ที่เพิ่มขึ้นของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความอยู่ดีมีสุขทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (นามชัย กิตตินาคบัญญัติ, 2560; รัชพล สนิทยา, 2555) เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีรายได้มากกว่าจะสามารถใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า (दनय थिपयकनक, 2544; วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงดี และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555) ซึ่งมีทิศทางเดียวกันกับการศึกษาและการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าด้วยปัจจัยเศรษฐกิจสังคมที่มีผลต่อสุขภาพจิตจัดทำโดย Vikram Patel et al. (2010) เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกยืนยันว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำมีความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบกับการเพิ่มอัตราโรคซึมเศร้า คนยากจนหรือด้อยโอกาสต้องเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชและเกิดผลเสียที่ตามมาในสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับรายงานการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกแปลโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์

นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ (2560) ซึ่งมีการสำรวจวรรณกรรมทางระบาดวิทยาเรื่องโรคจิตเวชที่พบบ่อยกับความยากจนในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง พบว่า จากการศึกษาทั้งสิ้น 115 รายงานมากกว่าร้อยละ 70 พบความสัมพันธ์กันระหว่างความยากจนจากมาตรวัดต่าง ๆ กับโรคจิตเวชที่พบบ่อย โดยความสัมพันธ์มากขึ้นกับชนิดของมาตรวัดความยากจนที่ใช้ และค่าใช้จ่ายในการรักษาปัญหาทางสุขภาพจิตก็ซ้ำเติมฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนอีกทางหนึ่งด้วย

นอกจากนี้ในการศึกษาของ Jenkins et al. (2008) พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีรายได้น้อย ภาระหนี้สิน และปัญหาทางสุขภาพจิตด้วย โดยมีตัวอย่างเป็นประชากรในประเทศอังกฤษ เวลส์ และสกอตแลนด์ พบว่า คนที่ยิ่งมีหนี้สินมากจะยิ่งมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างหนึ่งอย่างใดมากขึ้น แม้ว่าจะมีการปรับค่าตัวแปรด้านรายได้และตัวแปรด้านสังคมอื่น ๆ แล้วก็ตาม อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตาม Bøen et al. (2012) พบว่าปัญหาทางการเงินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีข้อค้นพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางการเงินที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย (Keith, 1993)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะประเมินฐานะทางเศรษฐกิจจาก 2 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ส่วนบุคคล และความเพียงพอของรายได้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วความเพียงพอของรายได้มักจะมีผลสอดคล้องกับรายได้ส่วนบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษานี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า มีแนวโน้มจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

#### 4.6 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

##### 4.6.1 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความอยู่ดีมีสุขและมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองยังมีความสามารถ มีประโยชน์ มีความภาคภูมิใจต่อตนเอง สร้างความกระฉับกระเฉง และมีการปรับตัวเข้ากับกลุ่มกิจกรรมจึงลดภาวะซึมเศร้าลงได้ (วัชรีย์ ด่านกุล, 2557)

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมทางสังคมกับความทุกข์ใจของผู้สูงอายุญี่ปุ่นของ Amagasa et al. (2017) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมช่วยลดโอกาสของการเกิดความทุกข์ใจของผู้สูงอายุได้

แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์กันกับผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์จากเครือข่ายที่กว้างขวางและหลากหลายกว่า ทั้งได้รับประโยชน์เชิงบวกจากการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ผลจากการศึกษา พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านในรุ่นราวคราวเดียวกันจะช่วยบรรเทาความเหงาและแบ่งปันประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การศึกษาของ รัชพล สนิทยา (2555) พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางสังคมและไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี และพบว่าความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุด้วย

#### 4.6.2 การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่เกิดผลมาจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในที่สำคัญเป็นเรื่องของจิตใจ เช่น การมีความสุขอันเนื่องมาจากการมีศีลธรรม และการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของตนเอง การศึกษาของสาลินี เทพสุวรรณ และคณะ อธิบายว่า ความอยู่ดีมีสุขของปัจเจกบุคคลควรจะมีการวัดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาด้วย เช่น การสวดมนต์ การทำบุญ การทำสมาธิ เป็นต้น

จากการศึกษาของอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ (2553) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาเป็นผลดีต่อสุขภาพจิตของประชากร ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 ได้แสดงให้เห็นว่า ระดับการปฏิบัติศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับของสุขภาพจิต กล่าวคือระดับการปฏิบัติศาสนากิจของประชากรที่เพิ่มขึ้นทำให้ความเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Amagasa et al. (2017) พบว่า ความถี่ของการมีส่วนร่วมทางศาสนามีผลทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากการมีส่วนร่วมทางศาสนาก็ถือเป็นการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างหนึ่ง

นอกจากนี้ การศึกษาเรื่องการสวดมนต์และความสุขของพุทธศาสนิกชนไทยของรศรินทร์ เกรย และคณะ (2558) พบว่า ผู้ที่สวดมนต์มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่สวดมนต์ โดยผู้ที่สวดมนต์เป็นประจำทุกวันหรือทุกสัปดาห์มีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดีหรือไม่มีความเสี่ยง

ต่อปัญหาทางสุขภาพจิต มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สวดมนต์ ประมาณ 2.0 เท่า และผู้ที่สวดมนต์เฉพาะวันสำคัญทางศาสนาก็มีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดีหรือไม่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สวดมนต์ ประมาณ 1.4 เท่า ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการสวดมนต์นอกจากจะช่วยให้มีสติ สมาธิ และปัญญา ทำให้เกิดความเป็นสิริมงคล เกิดความศรัทธาและเลื่อมใสในศาสนาแล้ว ผู้ที่สวดมนต์ยังมีโอกาสที่จะเกิดความสุข ความสบายใจ และมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่สวดการสวดมนต์

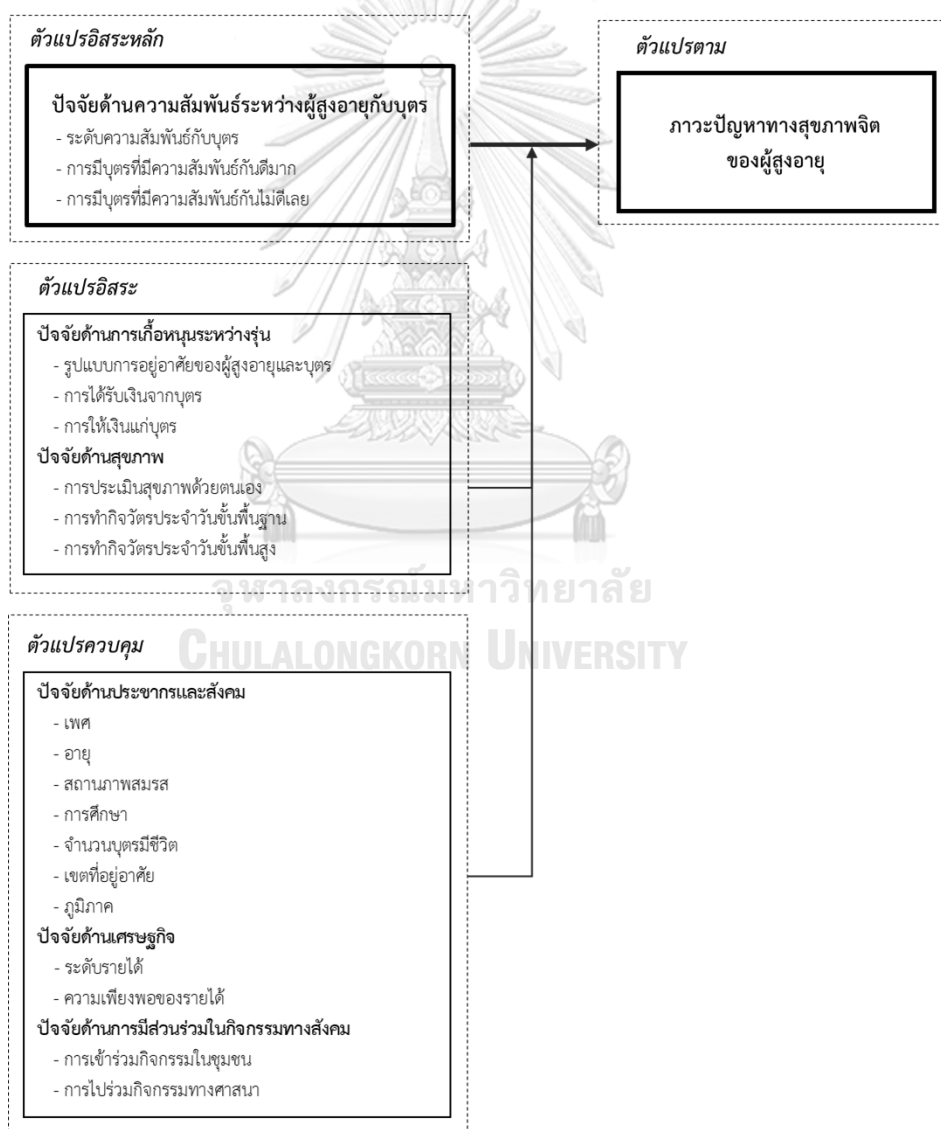
ในการศึกษาครั้งนี้จะมีตัวแปรที่ใช้วัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม 2 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่า มีแนวโน้มจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่า



## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎี ประกอบกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านประชากร และสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ที่มีต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



## 6. สมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีประกอบกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงนำมาสู่การตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

6.2 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่า มีแนวโน้มจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่า และความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

6.3 การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นมีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตและมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

6.4 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ภาวะสุขภาพมีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตและมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง



### บทที่ 3

#### ระเบียบวิธีวิจัย

ในบทนี้เป็นการนำเสนอระเบียบวิธีวิจัยโดยผู้วิจัยแบ่งหัวข้อในการนำเสนอ ได้แก่ แหล่งที่มาของข้อมูล ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา นิยามตัวแปรและการวัด และการวิเคราะห์และนำเสนอผลดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. แหล่งที่มาของข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้ข้อมูลชั้นทุติยภูมิ (Secondary data) จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุภายใต้โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย ปี 2559 ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<sup>5</sup> โครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลจัดทำฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางประชากรของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงด้านสถานการณ์เจริญพันธุ์ อนามัยเจริญพันธุ์ และประชากรสูงวัย ตลอดจนดัชนีความอยู่ดีมีสุขของประชากรไทย ในการสำรวจครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ประชากรหญิง อายุ 15-49 ปี ที่มีสัญชาติไทย เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลด้านภาวะเจริญพันธุ์อนามัยการเจริญพันธุ์และความอยู่ดีมีสุขของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ (2) ประชากรสูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทย เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านประชากรสูงอายุและความอยู่ดีมีสุขของประชากรกลุ่มนี้

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรที่มีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ครั้งนี้เลือกใช้ข้อมูลจากกลุ่มประชากรสูงอายุเท่านั้น ในการสำรวจดังกล่าวใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิ 4 ขั้นตอน (Stratified four-stage cluster sampling) และใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) การเลือกตัวอย่างเริ่มจากการกำหนดให้กรุงเทพมหานครและภาค 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เป็นชั้นภูมิ (Stratum) และแบ่งแต่ละชั้นภูมิออกเป็น 2 ชั้นภูมีย่อยตามลักษณะเขตการปกครอง คือ เขตเมืองหรือเขตเทศบาล และเขตชนบทหรือนอกเขตเทศบาล กำหนดให้จังหวัด/กรุงเทพมหานครเป็นหน่วยตัวอย่าง

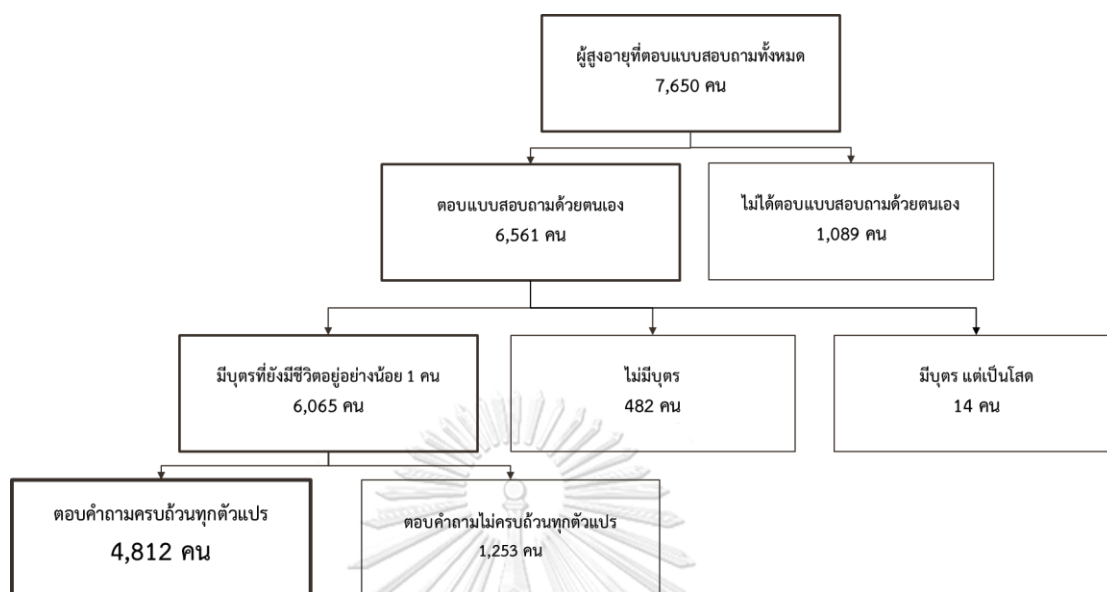
<sup>5</sup> สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากรายงานโครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย: ผู้สูงอายุ จัดทำโดยวิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ (2561)

ขั้นที่ 1 อำเภอ/เขตเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2 เขตแฉงนับ (Enumeration Area: EA) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 3 และครัวเรือนเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 4 และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2559 เข้าสำรวจครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมด 15,222 ครัวเรือน ซึ่งในจำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมดมีผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 7,650 ราย เป็นประชากรสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร 1,067 ราย ภาคกลาง 1,456 ราย ภาคเหนือ 1,630 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1,677 ราย และภาคใต้ 1,620 ราย

## 2. ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์กับบุตรและอาการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยครั้งนี้ มีประชากรที่สนใจศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทย จากจำนวนผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 7,650 คน ผู้วิจัยกำหนดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง เนื่องจากตัวแปรตาม คือ “ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” เป็นตัวแปรเชิงทวิสัย มีจำนวนผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 6,561 คน เนื่องด้วยผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์และการเกื้อหนุนระหว่างผู้สูงอายุและบุตร ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเลือกผู้สูงอายุที่มีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างน้อย 1 คน และตัดผู้ที่มีสถานภาพโสดออก เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีบุตรมีชีวิตเพียง 14 คนเท่านั้น ซึ่งมีจำนวนที่น้อยเกินไปสำหรับการวิเคราะห์การถดถอย ทำให้ได้จำนวนตัวอย่าง 6,065 คน (คิดเป็นร้อยละ 92.44 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง) หลังจากการตรวจสอบและจัดการข้อมูล ผู้วิจัยได้ตัดตัวอย่างที่ค่าคำตอบของตัวแปรที่สนใจศึกษาขาดความสมบูรณ์ (Missing) ออก ทำให้ได้จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 4,812 คน (คิดเป็นร้อยละ 79.34 ของผู้สูงอายุที่มีเงื่อนไขตรงตามที่กำหนด) โดยมีขั้นตอนการเลือกตัวอย่างดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 ขั้นตอนการเลือกตัวอย่างในการศึกษา



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยได้คำนึงถึงผลกระทบจากการตัดตัวอย่างที่มีข้อมูลไม่ตรงตามเงื่อนไขและขาดความสมบูรณ์ออก จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าตัวแปรที่ไม่มีควมสมบูรณ์มากที่สุด คือ คะแนนความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ร้อยละ 15.88 รองลงมา คือ การได้รับเงินจากบุตร ร้อยละ 6.63 การให้เงินแก่บุตร ร้อยละ 6.60 รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร ร้อยละ 6.30 และรายได้ส่วนตัว ร้อยละ 4.15 ตามลำดับ ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการตัดจำนวนตัวอย่างด้วยสถิติทดสอบ พบว่า ตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย และภูมิภาค มีความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลทั้งสองชุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมักไม่ตอบคำถามในเรื่องรายได้ การประเมินความสัมพันธ์กับบุตร และการเกี่ยวพันระหว่างผู้สูงอายุและบุตร เมื่อมีการตัดตัวอย่างที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ออก จึงส่งผลให้ลักษณะการกระจายตัวของตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคมีแตกต่างจากข้อมูลชุดเดิม (สามารถดูลักษณะการแจกแจงความถี่ของข้อมูลก่อน-หลังการตัดจำนวนตัวอย่างได้ในภาคผนวก ก)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของตัวอย่างที่ขาดความสมบูรณ์ จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	ตัวอย่างที่ข้อมูลไม่ความสมบูรณ์		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต (คะแนน 0 – 12)	13	0.21	0.992 <sup>A</sup>
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุกับบุตร (คะแนน 0 – 12)	963	15.88	0.780 <sup>A</sup>
เพศ	-	0.00	0.592 <sup>B</sup>
อายุ (ปี)	-	0.00	0.445 <sup>A</sup>
สถานภาพสมรส	-	0.00	0.749 <sup>B</sup>
การศึกษา	9	0.15	0.143 <sup>B</sup>
จำนวนบุตรมีชีวิต (คน)	-	0.00	0.451 <sup>A</sup>
เขตที่อยู่อาศัย	-	0.00	0.028 <sup>B</sup>
ภูมิภาค	-	0.00	0.000 <sup>B</sup>
รูปแบบการอยู่อาศัยระหว่างผู้สูงอายุและบุตร	382	6.30	0.166 <sup>B</sup>
ได้รับเงินจากบุตร	402	6.63	0.363 <sup>B</sup>
ให้เงินแก่บุตร	400	6.60	0.149 <sup>B</sup>
การประเมินสุขภาพตนเอง	1	0.02	0.917 <sup>B</sup>
การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	16	0.26	0.953 <sup>B</sup>
การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	40	0.66	0.576 <sup>B</sup>
รายได้ส่วนตัว	252	4.15	0.789 <sup>B</sup>
ความเพียงพอของรายได้	7	0.12	0.876 <sup>B</sup>
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	13	0.21	0.052 <sup>B</sup>
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	19	0.31	0.771 <sup>B</sup>

หมายเหตุ : <sup>A</sup> หมายถึง การทดสอบ ANOVA และ <sup>B</sup> หมายถึง การทดสอบ Chi – Square

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

### 3. นิยามตัวแปรและการวัด

การศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์กับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย” มีตัวแปรตาม 1 ตัว ตัวแปรอิสระหลัก 3 ตัว ตัวแปรอิสระ 6 ตัว และตัวแปรควบคุม 11 ตัว ซึ่งตัวแปรแต่ละตัวมีนิยามเชิงปฏิบัติการ แนวคิดและการวัด รวมถึงข้อคำถามในแบบสอบถามที่ใช้ในการสร้างตัวแปร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 3.1 ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามของการศึกษาครั้งนี้คือ ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากการรายงานอาการทางสุขภาพจิต 7 อาการ ได้แก่ (1) ความอยากอาหารลดลง (2) คิดมากมีความวิตกกังวลใจ (3) รู้สึกหงุดหงิด/รำคาญใจ (4) รู้สึกหมดหวังในชีวิต (5) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า (6) รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และ (7) รู้สึกเหงา ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยในแบบสอบถามจะถามผู้สูงอายุว่า “ท่านมีอาการหรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด” (ข้อ E19) และมีหมวดคำตอบ 3 หมวดคำตอบ ได้แก่ 0 = ไม่เคย 1 = เป็นบางครั้ง 2 = เป็นประจำ ซึ่งอาการทางสุขภาพจิตที่ใช้ในประเมินปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Kessler Psychological Distress Scale (K-6) โดยมีการปรับข้อคำถามจาก “การพยายามฝืนใจทำ” เป็น “ความรู้สึกเหงา” แทน ส่วนอาการทางสุขภาพจิตอื่นยังคงไว้ตามเดิม

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำคะแนนของอาการทางสุขภาพจิตทั้ง 7 อาการ มาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เพื่อใช้ค้นหาองค์ประกอบร่วมหรือปัจจัยร่วมที่จะสามารถอธิบายความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรทั้งหมดที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทำให้ผู้วิจัยลดจำนวนตัวแปรสังเกตได้ลง โดยสร้างตัวแปรใหม่ในรูปขององค์ประกอบร่วม (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ผลการวิเคราะห์ที่ได้ค่า KMO and Bartlett's Test เท่ากับ 0.837 ซึ่งมากกว่า 0.500 หมายความว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม หลังจากทำการสกัดองค์ประกอบ (Extraction Factor) พบว่า อาการอยากอาหารลดลง มีค่าความแปรปรวนของตัวแปรที่สามารถอธิบายได้โดยองค์ประกอบ (Extraction Communalities) มีค่าเท่ากับ 0.201 ซึ่งมีค่า Extraction Communalities < 0.300 หมายความว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบไม่สามารถอธิบายตัวแปรอาการอยากอาหารลดลงได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้ต้องนำตัวแปรดังกล่าวออกจากการวิเคราะห์ (Kempf-Leonard, 2004) ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่า ความอยากอาหารลดลงเป็นอาการที่สามารถสะท้อนภาวะสุขภาพจิตได้ แต่ในขณะเดียวกันก็อาจมีสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่น ความเจ็บป่วยทางกายและผลข้างเคียงจากยา การเปลี่ยนแปลงที่ทางสรีรวิทยาและระบบประสาททำให้การรับรสและการรับกลิ่นเปลี่ยนแปลงไป ปัญหาช่องปากและฟันที่ส่งผลต่อการเคี้ยวและการกลืน สาเหตุดังกล่าวล้วนเป็นสาเหตุร่วมทางด้านร่างกายที่มีผลให้เกิด

ความอยากอาหารลดลง (พุทธิพร พิธานธนานุกูล และภิรมย์ รชตะนันท์, 2562; สมัญญา ชันรักษา มยุรี ลีทองอิน และวีระเดช พิศประเสริฐ, 2560) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้ตัดตัวแปรอาการความอยากอาหารลดลงออกจากการวิเคราะห์องค์ประกอบรวม เพื่อป้องกันการเกิดสหพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ

หลังจากตัดตัวแปรอาการอยากอาหารลดลงออก ทำให้เหลืออาการทางสุขภาพจิต จำนวน 6 อาการ ได้แก่ คิดมาก มีความวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์องค์ประกอบรวมจากอาการทั้ง 6 อาการที่เหลืออีกครั้ง และเมื่อพิจารณาค่า Factor loading ของคะแนนอาการทั้ง 6 อาการ พบว่าค่า Factor loading มีค่าใกล้เคียงกันอยู่ระหว่าง 0.685 – 0.813 แสดงว่าอาการทั้ง 6 มีความสัมพันธ์กันและสามารถจำแนกได้เป็นหนึ่งองค์ประกอบ (ธีระดา ภิญญา, 2561) (โปรดดูผลการวิเคราะห์องค์ประกอบในภาคผนวก ข)

เมื่อได้องค์ประกอบของตัวแปรที่ชัดเจนแล้ว ผู้วิจัยได้นำคะแนนของอาการทางสุขภาพจิต ทั้ง 6 อาการ มาทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ผลการทดสอบ พบว่า ค่าความน่าเชื่อถือรวมทั้งหมดของอาการทั้ง 6 เท่ากับ 0.849 หมายความว่า คะแนนอาการทางสุขภาพจิตมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha > 0.70 (Kline, 1993) (โปรดดูผลการวิเคราะห์ในภาคผนวก ข) ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำอาการทางสุขภาพจิตทั้ง 6 อาการไปใช้สร้างตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ในขั้นต่อไปได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำอาการทางสุขภาพจิตทั้ง 6 อาการ ได้แก่ คิดมาก มีความวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา มาสร้างเป็นตัวแปรดัชนีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 12 โดยค่าคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึงภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตที่ย่ำแย่มากขึ้น (Amagasa et al., 2017; Quashie & Pothisiri, 2018)

### 3.2 ตัวแปรอิสระหลัก

ตัวแปรอิสระหลักของการศึกษาคั้งนี้ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ซึ่งประเมินจาก 3 ตัวแปร ได้แก่ ระดับความสัมพันธ์กับบุตร การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับดีมาก และการมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดีเลย มีรายละเอียดของการสร้างตัวแปรทั้งสองตัวดังนี้

**ระดับความสัมพันธ์กับบุตร** เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงระดับความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกันระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร วัดจากความสัมพันธ์กับบุตรของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตร และที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างตัวแปรนี้จากการรายงานระดับความสัมพันธ์กับบุตรแต่ละคนโดยผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ B11u “ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสัมพันธ์กับ (ชื่อบุตร) อยู่ในระดับใด” หมวดคำตอบจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-4 โดย 0 = ไม่ดีเลย 1 = ไม่ดี 2 = ปานกลาง 3 = ดี 4 = ดีมาก ผู้วิจัยได้สร้างตัวแปรใหม่ โดยนำผลรวมคะแนนของความสัมพันธ์กับบุตรของผู้สูงอายุแต่ละราย หาดด้วยจำนวนบุตรผู้สูงอายุ ทำให้ได้คะแนนระดับความสัมพันธ์กับบุตรเฉลี่ย ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 4 จากนั้นผู้วิจัยแบ่งคะแนนดังกล่าวออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0.00 – 1.49 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนอยู่ในช่วง 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 2.50 – 4.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับดี

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของข้อมูลที่แบ่งกลุ่มใหม่ พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับไม่ดี มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.64 เท่านั้น ทำให้ข้อมูลดังกล่าวไม่เหมาะที่จะใช้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยจึงได้รวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับไม่ดีเข้ากับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อสร้างเป็นตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งเป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับไม่ดีและปานกลาง

1 = มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับดี

อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยคำนึงถึงการใช้อุปกรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่เป็นคะแนนเฉลี่ยของบุตรทุกคน ไม่สามารถบอกได้ว่าแท้จริงแล้ว ผู้สูงอายุมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีหรือไม่ดีกี่คน เพื่อให้เห็นมิติของความสัมพันธ์ระหว่างกับบุตรมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสร้างตัวแปรขึ้นใหม่จากข้อมูลความสัมพันธ์กับบุตร 2 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดี และ การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย ซึ่งมีรายละเอียดในการสร้างตัวแปรดังนั้น

**การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับดีมาก** เป็นตัวแปรที่บ่งบอกการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับดีมาก เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ B11u “ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสัมพันธ์กับ (ชื่อบุตร) อยู่ในระดับใด”

หมวดคำตอบจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 4 โดย 0 = ไม่ดีเลย 1 = ไม่ดี 2 = ปานกลาง 3 = ดี 4 = ดีมาก ผู้วิจัยได้สร้างตัวแปรใหม่ ด้วยการกำหนดเงื่อนไขให้ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุตรอย่างน้อย 1 คน อยู่ในระดับดีมากเป็นหนึ่งกลุ่ม และอีกกลุ่มคือผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับดีมากเลย ทำให้ได้ตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์ดีมาก (มีค่าตอบ = 0 - 3)

1 = มีบุตรอย่างน้อย 1 คนที่มีความสัมพันธ์ดีมาก (มีค่าคำตอบ = 4)

**การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดีเลย** เป็นตัวแปรที่บ่งบอกการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดี เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ B11u “ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสัมพันธ์กับ (ชื่อบุตร) อยู่ในระดับใด” หมวดคำตอบจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 4 โดย 0 = ไม่ดีเลย 1 = ไม่ดี 2 = ปานกลาง 3 = ดี 4 = ดีมาก ผู้วิจัยได้สร้างตัวแปรใหม่ ด้วยการกำหนดเงื่อนไขให้ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุตรอย่างน้อย 1 คน อยู่ในระดับไม่ดีเลยเป็นหนึ่งกลุ่ม และอีกกลุ่มคือผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดีเลย ทำให้ได้ตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์ไม่ดีเลย (มีค่าตอบ = 1 - 4)

1 = มีบุตรอย่างน้อย 1 คนที่มีความสัมพันธ์ไม่ดีเลย (มีค่าคำตอบ = 0)

### 3.3 ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปร 2 ด้านประกอบด้วย ด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น และด้านสุขภาพ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 3.3.1 ด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น

การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นประเมินจาก 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร การได้รับเงินจากบุตร และการให้การเงินแก่บุตร มีรายละเอียดของการสร้างตัวแปรทั้งสามตัวดังนี้

**รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร** หมายถึง รูปแบบการอยู่อาศัยของบุตรอย่างน้อย 1 คนที่อาศัยอยู่ใกล้กับผู้สูงอายุมากที่สุด พิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรในครัวเรือนเป็นหลัก เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ B11k ปัจจุบัน (ชื่อลูก) อยู่ที่ไหน หมวดคำตอบเป็น 1 = บ้านเดียวกัน 2 = บ้านติดกัน/ใกล้กัน 3 = หมู่บ้านเดียวกัน



4 = จังหวัดเดียวกัน 5 = จังหวัดอื่น 6 = ต่างประเทศ 7 = ไม่รู้ว่าอยู่ที่ไหน โดยผู้วิจัยได้จัดตัวแปรกลุ่มใหม่เป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical variable) 3 กลุ่ม ได้แก่

0 = อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตร

1 = ไม่มีบุตรอยู่ด้วย แต่มีบุตรอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน

2 = ไม่มีบุตรอยู่ด้วย และบุตรอาศัยอยู่คนละเมือง

กำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่บ้านเดียวกันเป็นหนึ่งกลุ่ม หากผู้สูงอายุตอบว่ามีบุตรอย่างน้อย 1 คนอาศัยอยู่บ้านติดกัน/ใกล้กันหรืออยู่ในหมู่บ้านเดียวกันจะจัดให้อยู่ในกลุ่มไม่มีบุตรอยู่ด้วย แต่มีบุตรอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีบุตรอย่างน้อย 1 คน อาศัยอยู่ในจังหวัดเดียวกัน จังหวัดอื่น และในต่างประเทศ จะจัดให้อยู่ในกลุ่มไม่มีบุตรอยู่ด้วย และบุตรอาศัยอยู่คนละเมือง โดยผู้วิจัยจะพิจารณาจากบุตรที่อาศัยอยู่ใกล้กับผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับแรกในการวิเคราะห์การถดถอยผู้วิจัยจะทำการแปลงข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว ให้เป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) โดยกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรเป็นกลุ่มอ้างอิง

จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 จะเห็นได้ว่า การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นมีอยู่หลายมิติ ขึ้นอยู่กับประเภทของการจำแนก อาทิ การเกื้อหนุนทางด้านวัตถุ การเงิน อารมณ์/ความรู้สึก และการบริการ แต่สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะการเกื้อหนุนทางการเงิน เนื่องจากหน่วยการวิเคราะห์ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ทำให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกื้อหนุนระหว่างรุ่นในข้อมูลชุดนี้ มีเพียงตัวแปรการได้รับเงินจากบุตรและการได้ให้เงินแก่บุตรเท่านั้นที่สอบถามจากบุตรของผู้สูงอายุทุกคน และสามารถนำมาวิเคราะห์ในการศึกษาคั้งนี้ได้ ซึ่งมีรายละเอียดในการสร้างตัวแปรทั้งสอง ดังนี้

**การได้รับเงินจากบุตร** หมายถึง การแสดงความเอื้อเฟื้อ เพื่อแม่หรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบตัวเงิน เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ B11s “ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้รับเงินจาก (ชื่อลูก) หรือไม่” มีหมวดคำตอบเป็น 0 = ไม่ได้รับเลย 1 = ได้รับน้อยกว่า 5,000 2 = ได้รับตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ผู้วิจัยได้สร้างตัวแปรใหม่เป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = ไม่ได้รับ

1 = ได้รับ

หากผู้สูงอายุที่ตอบว่าได้รับเงินจากบุตรไม่ว่าจำนวนเท่าใดก็ตามจะถือว่าผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร ส่วนผู้สูงอายุที่เหลือจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรเลย

**การให้เงินแก่บุตร** หมายถึง การแสดงความเอื้อเฟื้อ เพื่อแม่หรือให้ความช่วยเหลือแก่บุตรในรูปแบบตัวเงิน เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ B11t “ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้ให้เงินจาก (ซื้อลูก) หรือไม่” มีหมวดคำตอบเป็น 0 = ไม่ได้ให้เลย 1 = ได้ให้น้อยกว่า 5,000 2 = ได้ให้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ผู้วิจัยได้สร้างตัวแปรใหม่เป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = ไม่ได้ให้

1 = ได้ให้

หากผู้สูงอายุที่ตอบว่าได้ให้เงินจากบุตรไม่ว่าจำนวนเท่าใดก็ตามจะถือว่าผู้สูงอายุได้ให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตร ส่วนผู้สูงอายุที่เหลือจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้ให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตรเลย

### 3.3.2 ด้านสุขภาพ

สุขภาพประเมินจาก 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานขั้นสูง มีรายละเอียดของการสร้างตัวแปรทั้งสามตัวดังนี้

**การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง** หมายถึง การประเมินสุขภาพกายด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินเชิงอัตวิสัย เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ E1 “ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างไร” มีหมวดคำตอบเป็น 1 = ดีมาก 2 = ดี 3 = ปานกลาง 4 = ไม่ดี 5 = ไม่ดีมาก จัดเป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical variable) โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มใหม่เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

0 = สุขภาพไม่ดี (มีค่าคำตอบเป็น 4 และ 5)

1 = สุขภาพปานกลาง (มีค่าคำตอบเป็น 3)

2 = สุขภาพดี (มีค่าคำตอบเป็น 1 และ 2)

ในการวิเคราะห์การถดถอยผู้วิจัยจะทำการแปลงข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว ให้เป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) โดยกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีเป็นกลุ่มอ้างอิง

**ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน** หมายถึง ความสามารถของสมรรถนะทางร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activity Daily Living: ADL) ของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกาย บ่งบอกถึงความต้องการการดูแล หากผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรในกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้วัดจาก 7 กิจกรรม เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ E17a – E17h “ท่านสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองหรือไม่” และมีกิจกรรมย่อยดังนี้ (1) กินอาหารเอง (2) ใส่เสื้อผ้าเอง (3) อาบน้ำ (4) ล้างหน้าแปรงฟัน (5) การใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วม (6) โคนหวด/หวีผม/รวบผม (7) ใส่/สวมรองเท้า ซึ่งในแต่ละข้อมีหมวดคำตอบ คือ ทำเองไม่ได้เลย ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย/ทำได้แต่ทำอย่างลำบาก และทำได้ด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเองเลยหรือทำได้โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วยจะถือว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรได้เอง ให้ค่าเท่ากับ 0 ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเองจะถือว่าเป็นผู้ที่สามารถทำกิจวัตรได้ ให้ค่าเท่ากับ 1

ผลรวมของจำนวนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำได้ทั้ง 7 กิจกรรม จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 7 โดย 0 – 6 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 7 หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มเป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตร

1 = ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตร

หากมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรเพียงหนึ่งกิจกรรมก็จะนับว่าผู้อายุรายนั้นมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน

**ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง** หมายถึง ความสามารถของสมรรถนะทางร่างกายการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงของ (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) ผู้สูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกายและสมอง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้วัดจาก 3 กิจกรรม ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ E17l – E17n “ท่านสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองหรือไม่” และมีกิจกรรมย่อยดังนี้ (1) เดินทางโดยขึ้น

รถ/ลงเรือคนเดียว (2) การนับเงินทองได้ถูกต้อง (3) หยิบยาประจำตัวกินเองได้ถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งในแต่ละข้อมีหมวดคำตอบ คือ ทำเองไม่ได้เลย ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย/ทำได้แต่ทำอย่างลำบาก และทำได้ด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเองเลยหรือทำได้โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วยจะถือว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรได้เอง ให้ค่าเท่ากับ 0 ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเองจะถือว่าเป็นผู้ที่สามารถทำกิจวัตรได้ ให้ค่าเท่ากับ 1

ผลรวมของจำนวนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำได้ทั้ง 3 กิจกรรม จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 3 โดย 0 – 2 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 3 หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มเป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตร

1 = ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตร

หากมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรเพียงหนึ่งกิจกรรมก็จะนับว่าผู้สูงอายุรายนั้นมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน

### 3.3 ตัวแปรควบคุม

ตัวแปรควบคุมสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรจำนวนทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านประชากรและสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.3.1 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

ปัจจัยด้านประชากรและสังคมตัวแปร 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต เขตที่อยู่อาศัย และภูมิภาค ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**เพศ** หมายถึง เพศโดยกำเนิดของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ A2 คือ “เพศของผู้สูงอายุ” จัดเป็นตัวแปรแบบหุ่นจำลอง (Dummy Variable) แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = ชาย

1 = หญิง

**อายุ** หมายถึง อายุเต็มของผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป (นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสัมภาษณ์) ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ A4 คือ “ท่านอายุเท่าใด (อายุเต็มปีบริบูรณ์)

จัดเป็นตัวแปรตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable) โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรใหม่เป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical variable) 3 กลุ่ม ได้แก่

$$0 = 60 - 69 \text{ ปี}$$

$$1 = 70 - 79 \text{ ปี}$$

$$3 = 80 \text{ ขึ้นไป}$$

ในการวิเคราะห์การถดถอยผู้วิจัยจะทำการแปลงข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) โดยกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60 – 69 ปีเป็นกลุ่มอ้างอิง

**สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพการใช้ชีวิตคู่ ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ A10 คือ “ท่านมีสถานภาพสมรสอะไร” มีหมวดคำตอบเป็น 1. โสด (ไม่เคยแต่งงาน) 2. แต่งงาน และคู่สมรสอยู่ในครัวเรือน 3. แต่งงาน แต่คู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือน 4. หม้าย (คู่สมรสตาย) 5. หย่า และ 6. เลิก/แยกกันอยู่ โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มเป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

$$0 = \text{กำลังสมรสอยู่ (รวมคู่สมรสอยู่ในครัวเรือน และคู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือน)}$$

$$1 = \text{หม้าย/หย่า/เลิก/แยกกันอยู่}$$

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยสมรสแล้ว หากผู้สูงอายุตอบว่าแต่งงาน และคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนหรือแต่งงาน แต่คู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือน จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน คือ กำลังสมรสอยู่

**ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุสำเร็จ ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ A6 คือ “ท่านจบการศึกษาสูงสุดขั้นใด” ซึ่งมีหมวดคำตอบเป็น 0 = ไม่ได้เรียน และถ้าหากผู้สูงอายุได้เรียน ผู้สัมภาษณ์จะระบุชั้นที่จบการศึกษาสูงสุดพร้อมรหัสของระดับการศึกษา จัดเป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical variable) โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรใหม่เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

$$0 = \text{ไม่ได้ศึกษา}$$

$$1 = \text{ประถมศึกษา}$$

$$2 = \text{มัธยมศึกษาขึ้นไป}$$

ในการวิเคราะห์การถดถอยผู้วิจัยจะทำการแปลงข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว ให้เป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) โดยกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง

**จำนวนบุตรที่มีชีวิต** หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ทั้งหมดของผู้สูงอายุ รวมบุตรที่ให้อุปการะ บิดและมารดา บุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม เป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ B11

“รวมจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด” ที่ได้จากผลรวมในข้อ B2 “ปัจจุบัน ท่านมีลูกที่ให้กำเนิดที่ยังมีชีวิตทั้งหมดกี่คน...” B6 “ปัจจุบัน ท่านมีลูกเลี้ยงที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมดกี่คน” และ B8 “ปัจจุบัน ท่านมีลูกบุญธรรมที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมดกี่คน”) จัดเป็นตัวแปรระดับช่วง (Interval Scale) ในการศึกษานี้กำหนดให้ผู้สูงอายุต้องมีบุตรในทุกประเภทรวมกันอย่างน้อย 1 คน

**เขตที่อยู่อาศัย** ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ อ้างอิงตามการแบ่งเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเขตเทศบาลจะหมายถึงเขตเมือง พื้นที่นอกเขตเทศบาลจะหมายถึงเขตชนบท ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามผู้สูงอายุที่ถามถึง “เมือง/ชนบท” เป็นตัวแปรแบบหุ่นจำลอง (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = เขตชนบท

1 = เขตเมือง

**ภูมิภาค** หมายถึง การแบ่งเขตทางภูมิศาสตร์และการปกครองซึ่งในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 5 ภูมิภาค โดยจัดให้ภาคตะวันตกและภาคตะวันออกรวมอยู่ในภาคกลาง และแยกกรุงเทพมหานครออกเป็นอีกหนึ่งภูมิภาค ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามผู้สูงอายุที่ถามถึง “ภาค” จัดเป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable) 5 กลุ่ม ได้แก่

0 = กรุงเทพมหานคร

1 = ภาคเหนือ

2 = ภาคกลาง

3 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4 = ภาคใต้

ในการวิเคราะห์การถดถอยผู้วิจัยจะทำการแปลงข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว ให้เป็นตัวแปรแบบหุ่นจำลอง (Dummy Variable) โดยกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มอ้างอิง

### 3.3.2 ด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจประเมินจาก 3 ด้าน ได้แก่ ระบายรายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีรายละเอียดของการสร้างตัวแปรทั้งสองตัวดังนี้

**ระดับรายได้ส่วนตัว** หมายถึง รายได้ส่วนตัวปีจากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อปี ทั้งที่เป็นตัวเงินและสิ่งของหรือทรัพย์สินที่สามารถประเมินมูลค่าได้ เป็นตัวแปรได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ C17 “ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านมีรายได้ของตนเองจากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัว โดยเฉลี่ยปีละเท่าใด” มีหมวดคำตอบเป็น 0 = ไม่มีรายได้ 1 = ต่ำกว่า 10,000 บาท 2 = 10,000 – 19,999 บาท 3 = 20,000 – 29,999 บาท 4 = 30,000 – 39,999 บาท 5 = 40,000 – 49,999 บาท 6 = 50,000 – 59,999 บาท 7 = 60,000 – 69,999 บาท 8 = 70,000 – 79,999 บาท 9 = 80,000 – 89,999 บาท 10 = 100,000 – 299,999 บาท 11 = 300,000 – 399,999 บาท 12 = 400,000 – 499,999 บาท 13 = 500,000 บาทขึ้นไป 99 = ไม่ทราบ/ไม่ตอบ จัดเป็นตัวแปรอันดับ (Ordinal Variable) โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรใหม่ตามการกระจายตัวของข้อมูล 4 กลุ่ม ได้แก่

1 = ต่ำกว่า 20,000 บาท

2 = 20,000 – 49,999 บาท

3 = 50,000 – 99,999 บาท

4 = 100,000 บาทขึ้นไป

ในการวิเคราะห์การถดถอยผู้วิจัยจะทำการแปลงข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว ให้เป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) โดยกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาทเป็นกลุ่มอ้างอิง

**ความเพียงพอของรายได้** หมายถึง ความเพียงพอของรายได้จากทุกแหล่งต่อการใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ C19 คือ “ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากทุกแหล่งเกินเพียงพอ เพียงพอ เพียงพอเป็นบางครั้ง หรือไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ” มีหมวดคำตอบเป็น 1 = เกินเพียงพอ 2 = เพียงพอ 3 = เพียงพอเป็นบางครั้ง 4 = ไม่เพียงพอ โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มใหม่ให้เป็นตัวแปรแบบหุ่นจำลอง (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = ไม่เพียงพอ (มีค่าคำตอบเป็น 3 และ 4)

1 = พอเพียง (มีค่าคำตอบเป็น 1 และ 2)

หากผู้สูงอายุที่มีรายได้เกินเพียงพอและเพียงพอจะถือว่าอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอเป็นบางครั้งและไม่เพียงพอจะถือว่าอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

### 3.3.3 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมประเมินจาก 2 กิจกรรม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีรายละเอียดของการสร้างตัวแปรทั้งสองตัวดังนี้

**การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน** หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ งานบุญ ฯลฯ ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ G4 “ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนบ้างหรือไม่” แบ่งเป็น 2 กลุ่มจัดเป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่

0 = ไม่เข้าร่วม

1 = เข้าร่วม

**การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา** หมายถึง การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่จัดขึ้นโดยองค์กรทางศาสนา ได้จากข้อคำถามในแบบสอบถามข้อ G5 “ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านไปวัด/โบสถ์/มัสยิดบ่อยครั้งเพียงใด” มีหมวดคำตอบเป็น 0 = ไม่ไปเลย 1 = ไป 1 – 3 ครั้ง 2 = ไป 4 – 6 ครั้ง 3 = ไป 7 – 11 ครั้ง 4 = 12 ครั้งขึ้นไป โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มใหม่เป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) 2 กลุ่ม ได้แก่

0 = ไม่ไปเลย (ค่าคำตอบ 0)

1 = ไปบ้าง (ค่าคำตอบ 1 – 3)

2 = ไปเป็นประจำ (ค่าคำตอบ 4)

หากผู้สูงอายุตอบว่ามีการไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาจำนวนกี่ครั้งก็ตามจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ไปบ้างและไปเป็นประจำ ส่วนผู้สูงอายุที่เหลือจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ไม่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลย และในการวิเคราะห์การถดถอยผู้วิจัยจะทำการแปลงข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว ให้เป็นตัวแปรแบบหุ่น (Dummy Variable) โดยกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลยเป็นกลุ่มอ้างอิง



ตารางที่ 3 สรุปตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอย

รายละเอียดตัวแปร	มาตรวัด
<b>ตัวแปรตาม</b>	
ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ค่าอยู่ระหว่าง 0-12)	ตัวแปรต่อเนื่อง
<b>ตัวแปรอิสระหลัก</b>	
<b>ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร</b>	
<b>ระดับความสัมพันธ์กับบุตร</b>	ตัวแปรหุ่น
0 = ไม่ดีและปานกลาง (กลุ่มอ้างอิง)	
1 = ดี	ตัวแปรหุ่น
<b>การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก</b>	ตัวแปรหุ่น
0 = ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์ดีมาก (กลุ่มอ้างอิง)	
1 = มีบุตรอย่างน้อย 1 คนที่มีความสัมพันธ์ดีมาก	ตัวแปรหุ่น
<b>การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย</b>	ตัวแปรหุ่น
0 = ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์ไม่ดีเลย (กลุ่มอ้างอิง)	
1 = มีบุตรอย่างน้อย 1 คนที่มีความสัมพันธ์ไม่ดีเลย	
<b>ตัวแปรอิสระรอง</b>	
<b>ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น</b>	
<b>รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร</b>	ตัวแปรกลุ่ม
0 = อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตร (กลุ่มอ้างอิง)	และจัดให้เป็นตัวแปรหุ่น
1 = ไม่มีบุตรอยู่ด้วย แต่มีบุตรอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน	เมื่อทำการวิเคราะห์
2 = ไม่มีบุตรอยู่ด้วย แต่มีบุตรอยู่คนละเมือง	การถดถอย
<b>การได้รับเงินจากบุตร</b>	ตัวแปรหุ่น
0 = ไม่ได้รับ (กลุ่มอ้างอิง)	
1 = ได้รับ	
<b>การให้เงินแก่บุตร</b>	ตัวแปรหุ่น
0 = ไม่ได้ให้ (กลุ่มอ้างอิง)	
1 = ได้ให้	
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพ</b>	
<b>การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง</b>	ตัวแปรกลุ่ม
0 = สุขภาพไม่ดี (กลุ่มอ้างอิง)	และจัดให้เป็นตัวแปรหุ่น
1 = สุขภาพปานกลาง	เมื่อทำการวิเคราะห์
2 = สุขภาพดี	การถดถอย

รายละเอียดตัวแปร	มาตรวัด
<b>การทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน</b> 0 = มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (กลุ่มอ้างอิง) 1 = ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม	ตัวแปรหุ่น
<b>การทำกิจกรรมประจำวันขั้นสูง</b> 0 = มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (กลุ่มอ้างอิง) 1 = ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม	ตัวแปรหุ่น
<b>ตัวแปรควบคุม</b>	
<b>ปัจจัยด้านประชากรและสังคม</b>	
<b>เพศ</b> 0 = ชาย 1 = หญิง	ตัวแปรหุ่น
<b>อายุ (ปี)</b> 1 = 60 – 69 ปี (กลุ่มอ้างอิง) 2 = 70 – 79 ปี 3 = 80 ขึ้นไป	ตัวแปรกลุ่ม และจัดให้เป็นตัวแปรหุ่น เมื่อทำการวิเคราะห์ การถดถอย
<b>สถานภาพสมรส</b> 0 = สมรส (กลุ่มอ้างอิง) 1 = หม้าย/หย่า/แยก	ตัวแปรหุ่น
<b>การศึกษา</b> 0 = ไม่ได้ศึกษา (กลุ่มอ้างอิง) 1 = ประถมศึกษา 2 = มัธยมศึกษาขึ้นไป	ตัวแปรกลุ่ม และจัดให้เป็นตัวแปรหุ่น เมื่อทำการวิเคราะห์ การถดถอย
<b>จำนวนบุตรที่มีชีวิต (คน)</b>	ตัวแปรช่วง
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b> 0 = เขตชนบท (กลุ่มอ้างอิง) 1 = เขตเมือง	ตัวแปรหุ่น
<b>ภูมิภาค</b> 0 = กรุงเทพมหานคร (กลุ่มอ้างอิง) 1 = ภาคเหนือ 2 = ภาคกลาง 3 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 = ภาคใต้	ตัวแปรกลุ่ม และจัดให้เป็นตัวแปรหุ่น เมื่อทำการวิเคราะห์ การถดถอย

รายละเอียดตัวแปร	มาตรวัด
<b>ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ</b>	
<b>ระดับรายได้ส่วนตัว</b>	
0 = ต่ำกว่า 20,000 บาท (กลุ่มอ้างอิง)	ตัวแปรกลุ่ม และจัดให้เป็นตัวแปรหุ่น เมื่อทำการวิเคราะห์ การถดถอย
1 = 20,000 – 49,999 บาท	
2 = 50,000 – 99,999 บาท	
3 = 100,000 บาทขึ้นไป	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>	ตัวแปรหุ่น
0 = ไม่เพียงพอ (กลุ่มอ้างอิง)	
1 = พอเพียง	
<b>ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม</b>	
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน</b>	ตัวแปรหุ่น
0 = ไม่เข้าร่วม (กลุ่มอ้างอิง)	
1 = เข้าร่วม	
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา</b>	ตัวแปรกลุ่ม และจัดให้เป็นตัวแปรหุ่น เมื่อทำการวิเคราะห์ การถดถอย
0 = ไม่ไปเลย (กลุ่มอ้างอิง)	
1 = ไปบ้างครั้ง	
2 = ไปเป็นประจำ	

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

#### 4. การวิเคราะห์และนำเสนอผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะตัดขวาง (Cross-sectional Analysis) มีหน่วยการวิเคราะห์เป็นระดับบุคคล ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการตรวจชำระข้อมูล (Cleaning of data) เพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรที่นำมาศึกษามีข้อจำกัดหรือไม่ เช่น การตอบไม่ทราบ ไม่ตอบ หรือไม่เข้าข่าย เป็นต้น และทำการถ่วงน้ำหนัก<sup>6</sup> เพื่อให้ข้อมูลเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มอายุดังกล่าวและมีการกระจายตัวเป็นแบบแผนเดียวกับประชากรทั้งประเทศ โดยทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA Version 14 นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางหรือแผนภูมิตามความเหมาะสมของข้อมูล พร้อมคำอธิบายประกอบ ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังต่อไปนี้

##### 4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Uni-variate Analysis) ใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรและสังคม ฐานะเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การเกื้อหนุนระหว่างบุตรกับผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร และการรายงานภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

<sup>6</sup> การถ่วงน้ำหนัก (Weights) เป็นการปรับค่าที่อาจเกิดจากปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทั้งจากการเลือกตัวอย่าง การสัมภาษณ์ตัวอย่างไม่ได้และครอบคลุมประชากรไม่ทั่วถึงก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยค่าถ่วงน้ำหนักในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ให้มากับชุดข้อมูลหรือที่เรียกว่า Raw weights ให้มีจำนวนเท่ากับจำนวนประชากรตัวอย่างที่แท้จริง ซึ่งค่าที่ได้จะเรียกว่า ค่าถ่วงน้ำหนักสัมพันธ์ (Relative weight หรือ Normalized weights) การใช้ค่าถ่วงน้ำหนักสัมพันธ์ สามารถจัดการปัญหาความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error) และการทดสอบทางสถิติที่มีแนวโน้มจะมีนัยสำคัญ (ชลธิชา อัครนิรันดร์, 2559; นามชัย กิตตินาคปัญญา, 2560) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนักสัมพันธ์ คือ

$$\text{ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่าง}}{\text{จำนวนประชากรที่ถ่วงน้ำหนัก}} \times \text{ค่าถ่วงน้ำหนักของสำนักงานสถิติแห่งชาติ}$$

## 4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย จากลักษณะของตัวแปรตาม คือ “ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” มีค่าคำตอบเป็นจำนวนนับและไม่มีค่าติดลบ (ค่าอยู่ระหว่าง 0 – 12) ซึ่งการกระจายตัวของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวาและมีการกองของค่าเท่ากับ 0 เป็นจำนวนมาก (คิดเป็นร้อยละ 40.07 ของข้อมูลทั้งหมด) (ดังปรากฏในภาพที่ 4) ผู้วิจัยเสนอใช้การวิเคราะห์ด้วยตัวแบบการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ (Zero-Inflated Negative Binomial Regression Model: ZINB) ซึ่งเป็นตัวแบบการวิเคราะห์ส่วนขยายของตัวแบบการถดถอยทวินามลบเนื่องเป็นตัวแบบที่มีความเหมาะสมกับข้อมูลมีลักษณะการกระจายตัวแบบปัวซอง (ไม่มีค่าติดลบและมีความเบ้ขวา) และมีรายงานตัวแปรตามมีค่าเป็น 0 จำนวนมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตัวแบบการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์จะได้ผลการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบจำลองโลจิสต์ (Logit Model) เป็นการทำนายผลกระทบที่เกิดจากค่าที่เป็นศูนย์ สามารถอ่านผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์โลจิสต์ (Logit coefficient) และแบบจำลองทวินามลบ (Negative Binomial Model) สามารถอ่านผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ทวินามลบ (Negative Binomial coefficient) และนำเสนอผลในรูปแบบตารางก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลจำเป็นต้องมีการตรวจสอบข้อกำหนดของตัวแบบ เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและสามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ ซึ่งมี 2 ส่วน ดังนี้

### 4.2.1 การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น

ก่อนการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยแบบจำลองการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น ด้วยการวิเคราะห์เชิงพหุตัวแปร (Multi - variable analysis) ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม (Dependent variable, Y) 1 ตัวและตัวแปรอิสระ (Independent variable, X) หลายตัวพร้อมกันนั้น มีข้อกำหนดว่าตัวแปรอิสระเหล่านั้นจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์สูงเกินกว่า 0.50 (Cohen, 1988) แต่ในทางปฏิบัติจะพบว่าตัวแปรอิสระอาจมีความสัมพันธ์กันเอง ซึ่งเรียกว่า Multicollinearity ผู้วิจัยจะสามารถตรวจสอบได้โดยใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient, r) ระหว่างตัว

แปรอิสระทีละคู่ เพื่อพิสูจน์ว่าตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ถ้าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันมาก ผลของการเกิดความสัมพันธ์กันเองอาจทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผิดพลาดและไม่สามารถสะท้อนถึงความเป็นจริง (สุฤดี โกศัยเนตร, 2549) ดังนั้นหากมีตัวแปรคู่ใดมีค่าสหสัมพันธ์สูงกว่า 0.50 จะไม่สามารถนำตัวแปรอิสระคู่ดังกล่าวมาวิเคราะห์ในรูปแบบจำลองเดียวกันได้

#### 4.2.2 การตรวจสอบข้อกำหนดของตัวแบบ

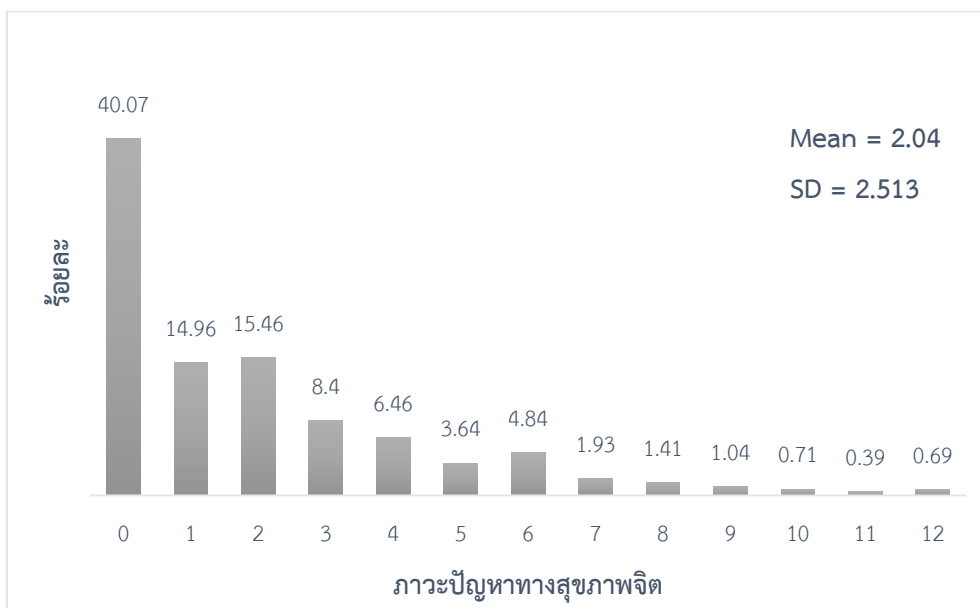
การตรวจสอบข้อกำหนดในส่วนนี้มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ดังนี้

4.2.2.1 การทดสอบภาวะสารูปสนิทธิ (Goodness of fit) ของตัวแบบการถดถอยปัวซอง เพื่อดูการกระจายตัวของตัวแปรจำนวนนับ ด้วยคำสั่ง `estat gof` (ในโปรแกรม STATA) โดยในกรณีผลการทดสอบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่ามากกว่า 0.05 หมายความว่า การกระจายตัวของตัวแปรตามเหมาะสมกับการวิเคราะห์ด้วยตัวแบบการถดถอยปัวซอง ส่วนกรณีที่มีนัยสำคัญทางสถิติ จำเป็นต้องทดสอบหาตัวแบบที่เหมาะสมต่อไป

4.2.2.2 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลที่เท่ากัน (Equi-dispersion) เพื่อดูความเหมาะสมของตัวแบบการถดถอยทวินามลบเปรียบเทียบกับตัวแบบการถดถอยปัวซอง เรียกว่า Likelihood-ratio test of  $\alpha = 0$  สามารถตรวจสอบได้ด้วยคำสั่ง `overtest` (ในโปรแกรม STATA) และในกรณีที่ผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าน้อยกว่า 0.05 หมายความว่า ข้อมูลมีปัญหาค่าความแปรปรวนสูงกว่าค่าเฉลี่ย (Over-dispersion) และไม่เหมาะสมกับการวิเคราะห์ด้วยตัวแบบการถดถอยปัวซอง (ธนานนท์ บัวทอง และวิราภรณ์ โพธิศิริ, 2560) หรือการกระจายตัวของข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะใช้ตัวแบบการวิเคราะห์การถดถอยทวินามลบแทน

4.2.2.3 การทดสอบตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแบบด้วยวิธี Vuong test ด้วยคำสั่ง `zip` และ `Vuong` (ในโปรแกรม STATA) เพื่อดูความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิเคราะห์ระหว่างการวิเคราะห์ถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์และการวิเคราะห์ถดถอยทวินามลบ หากผลการทดสอบมีระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 หมายความว่า การวิเคราะห์ถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ มีความเหมาะสมกว่าการวิเคราะห์ถดถอยทวินามลบ (มานันต์ฤ์ คำกอง, 2561)

ภาพที่ 4 ร้อยละและการกระจายตัวของตัวแปรตาม (n = 4,812)



ที่มา: จัดทำโดยผู้สูงอายุ

#### 4.3 การนำเสนอผลการวิเคราะห์

ในส่วนของการนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยตัวแบบการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเพิ่มปัจจัยที่สนใจศึกษาเข้าไปในแบบจำลองที่ละชุดเพื่อทดสอบตัวแปรปรับ (Moderator variable) ซึ่งการวิเคราะห์ที่เพิ่มตัวแปรอิสระเข้าไปในแบบจำลองที่ละชุดเรียกว่า การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548) ซึ่งในการเพิ่มชุดตัวแปรเข้าไปในแบบจำลองมีรายละเอียด ดังนี้

แบบจำลองที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพียงคู่เดียว

แบบจำลองที่ 2 เพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เข้าไปในแบบจำลองที่ 1 เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรในปัจจัยดังกล่าว

แบบจำลองที่ 3 เพิ่มตัวแปรปัจจัยการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น เข้าไปในแบบจำลองที่ 2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่นที่มีผลต่อปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แบบจำลองที่ 4 เพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านสุขภาพ เข้าไปในแบบจำลองที่ 2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แบบจำลองที่ 5 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทุกตัวที่สนใจศึกษา

นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์แยกตามเพศของผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสัมพันธ์ที่มีต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตผู้สูงอายุในแต่ละเพศด้วย ซึ่งมีตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ (ดังตัวอย่างในตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์

แบบจำลอง	ผู้สูงอายุเพศชาย					ผู้สูงอายุเพศหญิง				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร</b>										
ระดับความสัมพันธ์กับบุตร	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
การมีบุตรที่ความสัมพันธ์กันดีมาก	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
การมีบุตรที่ความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น</b>										
รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร				X	X	X				X
การได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร				X	X	X				X
การให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตร				X	X	X				X
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพ</b>										
ภาวะสุขภาพของตนเอง				X	X				X	X
การทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน				X	X				X	X
การทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานสูง				X	X				X	X
<b>ปัจจัยด้านประชากรและสังคม</b>										
อายุ	X	X	X	X		X	X	X	X	X
สถานภาพสมรส	X	X	X	X		X	X	X	X	X
ระดับการศึกษา	X	X	X	X		X	X	X	X	X
จำนวนบุตร	X	X	X	X		X	X	X	X	X
เขตที่อยู่อาศัย	X	X	X	X		X	X	X	X	X
ภูมิภาค	X	X	X	X		X	X	X	X	X



แบบจำลอง	ผู้สูงอายุเพศชาย					ผู้สูงอายุเพศหญิง				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>ปัจจัยทางเศรษฐกิจ</b>										
ระดับรายได้		X	X	X	X		X	X	X	X
ความเพียงพอของรายได้		X	X	X	X		X	X	X	X
<b>ปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</b>										
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน		X	X	X	X		X	X	X	X
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา		X	X	X	X		X	X	X	X
Constant	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Akaike Information Criteria (AIC)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Number of observations	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย



## บทที่ 4

### ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ในบทนี้เป็นการวิเคราะห์ถึงลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยด้วยสถิติเชิงพรรณนา จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุภายใต้โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย ปี 2559 ซึ่งมีตัวอย่างในการวิเคราะห์เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และมีบุตรมีชีวิตอย่างน้อย 1 คนจำนวนทั้งสิ้น 4,812 คน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

##### 1.1 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

จากตารางที่ 5 ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 45.75 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.25 ซึ่งมีสัดส่วนของเพศไม่แตกต่างกันมากนัก เมื่อพิจารณาถึงอายุ พบว่า มีอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 68.72 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 60.57 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) คิดเป็นร้อยละ 30.53 และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 8.90 ในส่วนของสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กำลังสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 69.20 และเป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 30.80 เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.03 และคิดเป็นร้อยละ 13.70 ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งมีเพียงร้อยละ 9.07 ที่ไม่ได้ศึกษา สำหรับจำนวนบุตรมีชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุมีบุตรโดยเฉลี่ย 3.46 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีบุตรมากกว่า 1 คนขึ้นไป และผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง และมีสัดส่วนผู้สูงอายุตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ

## 1.2 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความสัมพันธ์กับบุตรเฉลี่ยประมาณ 3.26 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนนซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 88.32 รองลงมาคือ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.88 และมีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.64 ตามลำดับ ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก (อย่างน้อย 1 คน) คิดเป็นร้อยละ 47.90 และมีผู้สูงอายุที่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย (อย่างน้อย 1 คน) คิดเป็นร้อยละ 2.58

## 1.4 ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น

รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตรเป็นตัวแปรที่สะท้อนถึงความสามารถในการแลกเปลี่ยนการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตร คิดเป็นร้อยละ 56.94 ขณะที่มิบุตรอยู่บริเวณใกล้เคียงกันและมีบุตรอยู่คนละที่มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 21.87 และร้อยละ 21.19 ตามลำดับ ในส่วนของการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับเงินจากบุตร คิดเป็นร้อยละ 85.42 และมีผู้สูงอายุให้เงินแก่บุตร คิดเป็นร้อยละ 27.28 อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ให้เงินแก่บุตร คิดเป็นร้อยละ 72.72

## 1.5 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 77.04 ในส่วนของการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 51.37 รองลงมาคือ เข้าร่วมเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.22 และไม่เข้าร่วมกิจกรรมเลย คิดเป็นร้อยละ 12.41 ตามลำดับ

## 1.6 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพประกอบไปด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การประเมินสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.66 รองลงมาคือ สุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 24.08 และสุขภาพไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 24.08 ตามลำดับ ในส่วนของการทำ

กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดและสามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 95.84 และร้อยละ 4.16 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรมและต้องได้รับการช่วยเหลือ ที่น่าสังเกตคือ ในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานที่มีสัดส่วนน้อยมาก (เพียงร้อยละ 4.16) เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงและสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีผลใกล้เคียงกับผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ที่พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 90 สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

ขณะที่การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดและสามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 71.28 และร้อยละ 28.72 ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรมและต้องได้รับการช่วยเหลือ จะเห็นได้ว่าเมื่อกิจวัตรที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นด้วย

ตารางที่ 5 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามร้อยละ (n = 4,812)

ตัวแปร	ร้อยละ	ตัวแปร	ร้อยละ
<b>ปัจจัยด้านประชากรและสังคม</b>		<b>ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ</b>	
<b>เพศ</b>		<b>รายได้ส่วนตัว</b>	
ชาย	45.75	ต่ำกว่า 20,000 บาท	33.98
หญิง	54.25	20,000 – 49,999 บาท	27.90
<b>อายุ</b>		50,000 – 99,999 บาท	
60 - 69 ปี	60.57	100,000 บาทขึ้นไป	20.26
70 - 79 ปี	30.53	<b>ความเพียงพอของรายได้</b>	
80 ขึ้นไป	8.90	ไม่เพียงพอ	46.15
อายุต่ำสุด 60 ปี	อายุสูงสุด 98 ปี	พอเพียง	53.85
อายุเฉลี่ย 68.72 ปี	SD = 6.80	<b>ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น</b>	
<b>สถานภาพสมรส</b>		<b>รูปแบบการอยู่อาศัยของบุตร</b>	
สมรสอยู่	69.20	อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตร	56.94
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	30.80	มีบุตรอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน	21.87
<b>การศึกษา</b>		มีบุตรอยู่คนละเมือง	
ไม่ได้ศึกษา	9.27	<b>การได้รับเงินจากบุตร</b>	
ประถมศึกษา	77.03	ไม่ได้รับ	14.58

ตัวแปร	ร้อยละ	ตัวแปร	ร้อยละ
มัธยมศึกษาขึ้นไป	13.7	ได้รับ	85.42
<b>จำนวนบุตรที่มีชีวิต</b>		<b>การให้เงินแก่บุตร</b>	
1 คน	9.82	ไม่ให้	72.72
2 คน	25.24	ให้	27.28
3 คน	24.11	<b>ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม</b>	
4 คน	17.02	<b>การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน</b>	
5 คนขึ้นไป	23.81	ไม่เข้าร่วม	22.96
มีบุตรต่ำสุด 1 คน มีบุตรสูงสุด 14 คน		เข้าร่วม	77.04
มีบุตรเฉลี่ย 3.49 คน SD = 1.87		<b>การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา</b>	
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>		ไม่เลย	12.41
เขตเมือง	37.63	บางครั้ง	36.22
เขตชนบท	62.37	เป็นประจำ	51.37
<b>ภูมิภาค</b>		<b>ปัจจัยด้านสุขภาพ</b>	
ภาคเหนือ	25.74	<b>การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง</b>	
ภาคกลาง	20.37	สุขภาพไม่ดี	24.08
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	37.9	สุขภาพปานกลาง	41.66
ภาคใต้	10.11	สุขภาพดี	34.26
กรุงเทพมหานคร	5.87	<b>การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)</b>	
<b>ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร</b>		มีข้อจำกัด (อย่างน้อย 1 กิจกรรม)	4.16
<b>ระดับความสัมพันธ์กับบุตร</b>		ไม่มีข้อจำกัด	95.84
ดี	88.32	<b>การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL)</b>	
ปานกลาง	10.88	มีข้อจำกัด (อย่างน้อย 1 กิจกรรม)	28.72
ไม่ดี	0.64	ไม่มีข้อจำกัด	71.28
ต่ำสุด 0 (ไม่ดีเลย) สูงสุด 4 (ดีมาก)		<b>ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต</b>	
เฉลี่ย 3.26 SD = 0.67		0 (ไม่มีอาการ)	40.07
<b>การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก</b>		1 - 3	38.87
ไม่มี	52.1	4 - 6	14.96
มีอย่างน้อย 1 คน	47.9	7 - 9	4.25
<b>การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย</b>		10 - 12	1.85
ไม่มี	97.42	ต่ำสุด 0 (ไม่มีอาการ) สูงสุด 12 (มากที่สุด)	
มีอย่างน้อย 1 คน	2.58	เฉลี่ย 2.04 SD = 2.513	

หมายเหตุ : SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ที่มาของข้อมูล : โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย ปี 2559

## 2. ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอสถานการณ์ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตจากแบบประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Kessler Psychological Distress Scale (K-6) จากผลการศึกษา พบว่า อาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหา มากที่สุด 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ อาการหงุดหงิด/รำคาญใจ คิดเป็นร้อยละ 44.91 อาการคิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ คิดเป็นร้อยละ 43.43 และอาการเหงา คิดเป็นร้อยละ 29.49 ตามลำดับ โดยอาการที่รู้สึกว่าคุณค่าในชีวิตไม่มีคุณค่าเป็นอาการที่ผู้สูงอายุรายงานน้อยที่สุด คือ คิดเป็นร้อยละ 16.84

ตารางที่ 6 ร้อยละของอาการทางสุขภาพจิตที่รายงานโดยผู้สูงอายุ (n = 4,812)

อาการปัญหาทางสุขภาพจิต	ร้อยละ			ร้อยละของผู้ที่มีอาการ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ	
1. คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ	56.57	35.34	8.09	43.43
2. หงุดหงิด/รำคาญใจ	55.09	38.47	6.44	44.91
3. หมดหวังในชีวิต	81.54	15.57	2.89	18.46
4. ชีวิตไม่มีคุณค่า	83.16	13.55	3.29	16.84
5. ไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	77.36	19.66	2.97	22.63
6. รู้สึกเหงา	70.51	25.39	4.10	29.49

**ที่มาของข้อมูล:** โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย ปี 2559

เมื่อพิจารณาอาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีทิศทางเป็นบวกกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง และที่น่าสังเกตคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกกลุ่มอายุ ในทั้งหมด 6 อาการ ผลการศึกษานี้ มีทิศทางไปในทางเดียวกันกับผลการศึกษารัชพล สนิทยา (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งนี้ เนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยนมากกว่าเพศชาย ทั้งในด้านอารมณ์และความรู้สึกจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเผชิญกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองแยกว่า

ผู้สูงอายุเพศชาย จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุหญิงที่รายงานว่ามีอาการทางสุขภาพจิตบ่อยครั้งกว่า (Matud & García, 2019; ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2560) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรักษพล สนินทยา (2555) ที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีความชุกของอาการทางสุขภาพจิตสูงขึ้น เนื่องมาจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ในผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด การสูญเสียบทบาททางสังคม ตลอดจนออกแยกออกจากบ้านไปอยู่ที่อื่นของบุตร เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้ (दनัย ทิพยภนง, 2544) ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นอาจจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวลดน้อยลง รวมถึงบุคคลในวัยเดียวกันและสามารถปรึกษาหารือกันได้ อาจจะทำให้เสียชีวิตลงคนในวัยเดียวกันไม่มากอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเหงามากยิ่งขึ้น (วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552)

**ตารางที่ 7** ร้อยละของอาการทางสุขภาพจิตที่รายงานโดยผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ (n = 4,812)

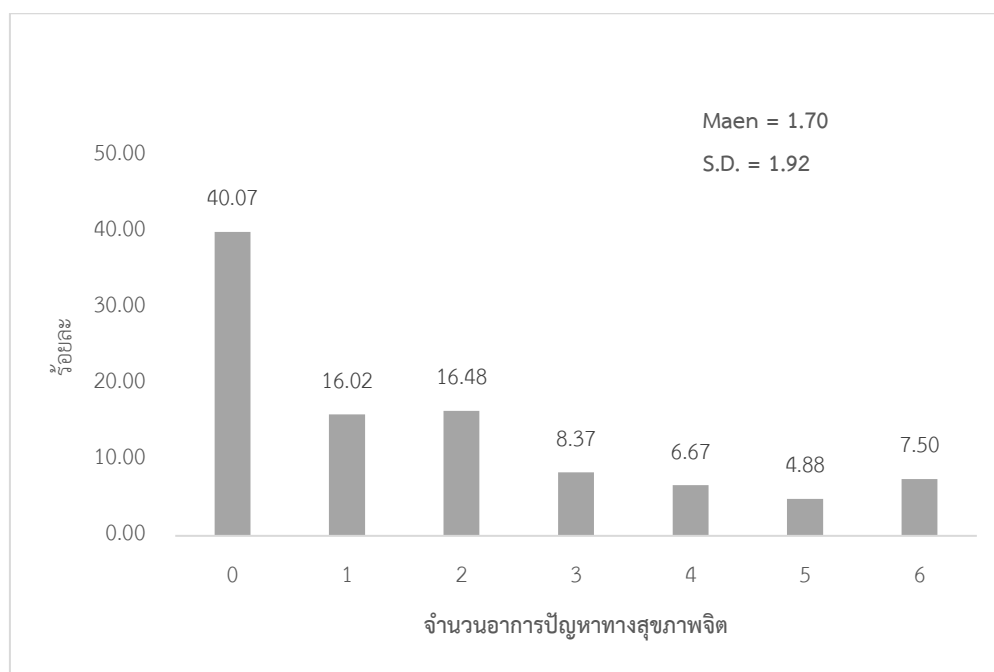
อาการทางสุขภาพจิต	ชาย			หญิง		
	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
1. คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ	37.65	35.98	36.88	51.17	45.35	45.11
2. หงุดหงิด/รำคาญใจ	39.57	37.48	36.52	53.46	44.33	48.77
3. หมดหวังในชีวิต	11.64	16.08	22.08	21.70	21.59	29.19
4. ชีวิตไม่มีคุณค่า	11.51	14.94	18.57	19.25	18.38	30.13
5. ไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	17.30	15.82	23.01	27.05	25.89	31.60
6. รู้สึกเหงา	21.39	25.27	34.65	34.14	33.22	40.20

**ที่มาของข้อมูล:** โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย ปี 2559

สำหรับผลการศึกษาตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 40.07 รายงานว่าตนเองว่าไม่เคยประสบกับอาการทางสุขภาพจิตแม้ 1 อาการ ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Quashie and Pothisiri (2018) ที่ศึกษาสถานะการมีบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 40 ที่ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตได้เลย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุราวร้อยละ 59.93 ที่รายงานว่าตนเองมีอาการปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 อาการและในกลุ่มนี้มีอาการเฉลี่ยประมาณ 1.70 อาการ เมื่อจำแนกตาม

จำนวนอาการ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี 1 – 2 อาการ คิดเป็นร้อยละ 32.50 รองลงมา คือ 3 – 4 อาการ คิดเป็นร้อยละ 15.04 และ 4 – 6 อาการ คิดเป็นร้อยละ 12.38 ตามลำดับ

ภาพที่ 5 ร้อยละและการกระจายตัวของจำนวนอาการปัญหาทางสุขภาพจิต (n = 4,812)



หมายเหตุ : จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 4,812 คน

ที่มาของข้อมูล: โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย ปี 2559



## บทที่ 5

### การวิเคราะห์ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ การตรวจสอบเงื่อนไขและความเหมาะสมของตัวแบบในการวิเคราะห์ การอ่านค่าและแปลผลการวิเคราะห์ และผลการวิเคราะห์ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นผลจากการวิเคราะห์ด้วยตัวแบบการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ (Zero-Inflated Negative Binomial Regression Model) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. การตรวจสอบเงื่อนไขและความเหมาะสมของตัวแบบในการวิเคราะห์

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบเงื่อนไขและความเหมาะสมของตัวแบบในการวิเคราะห์ เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและสามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ โดยแบ่งการตรวจสอบออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 การตรวจสอบความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละคู่ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation) มีข้อกำหนดว่าตัวแปรอิสระเหล่านั้นจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์สูงเกินกว่า 0.50 (Cohen, 1988) ผลการทดสอบไม่พบตัวแปรใดมีสหสัมพันธ์ที่นัยสำคัญทางสถิติเกินกว่า 0.05 ยกเว้นตัวแปรระดับความสัมพันธ์กับบุตรและตัวแปรการมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย ซึ่งเป็นตัวแปรที่สร้างมาจากข้อมูลเดียวกัน ดังนั้นจึงสามารถนำตัวแปรอิสระคู่ดังกล่าวมาวิเคราะห์ในแบบจำลองเดียวกันได้

1.2 การตรวจสอบข้อกำหนดของตัวแบบ มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 การทดสอบภาวะการกระจายตัว (Goodness of fit) จากคำสั่ง estat gof (ในโปรแกรม STATA) ผลการทดสอบได้ค่า Prob chi<sup>2</sup> = 0.000 หมายความว่า ข้อมูลมีปัญหาค่าความแปรปรวนสูงกว่าค่าเฉลี่ย จึงทำให้ข้อมูลชุดนี้ไม่เหมาะกับการวิเคราะห์ด้วยตัวแบบการถดถอยปัวซอง

1.2.2 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลที่เท่ากัน (Equi-dispersion) จากการตรวจสอบค่า Likelihood-ratio test of alpha = 0 ด้วยคำสั่ง overtest (ในโปรแกรม STATA) พบว่า

ผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าน้อยกว่า 0.05 หมายความว่า ข้อมูลมีปัญหาค่าความแปรปรวนสูงกว่าค่าเฉลี่ย (Over-dispersion) โดยมีค่าเฉลี่ย = 1.98 < ค่าความแปรปรวน = 6.14 ซึ่งไม่เหมาะกับการวิเคราะห์ด้วยตัวแบบการถดถอยปัวซอง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ตัวแบบการถดถอยทวินามลบแทนซึ่งมีความเหมาะสมกับข้อมูลชุดนี้มากกว่า

1.2.3 การทดสอบตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแบบด้วยวิธี Vuong test พบว่าค่า  $Pr z = 0.000$  หมายความว่า ตัวแบบการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ เป็นตัวแบบที่เหมาะสมกับข้อมูลชุดนี้มากกว่าตัวแบบการถดถอยทวินามลบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ตัวแบบการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์ในการวิเคราะห์และนำเสนอผลต่อไป

#### ตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบข้อกำหนดของตัวแบบ

การตรวจสอบ	ผลการวิเคราะห์	ข้อสรุป
การตรวจสอบความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น	ไม่มีตัวแปรใดที่มีสหสัมพันธ์กันเกินกว่า 0.05* (ดูเพิ่มในภาคผนวก ง)	ไม่มีการตัดตัวแปรออกจาก การวิเคราะห์
<b>ตัวแบบการถดถอยปัวซอง</b>		
การทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบ		
- ค่า Prob $\chi^2$ จากคำสั่ง estat gof	0.00	พิจารณาตัวแบบอื่น
- ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลที่เท่ากัน (Equi-dispersion)	0.00 (เกิด over-dispersion)	
<b>ตัวแบบการถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์</b>		
การทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบ		
- ค่า Pr z จากการทดสอบด้วยวิธี Vuong	0.00	ตัวแบบการถดถอยทวินาม ลบที่มีผลกระทบจากศูนย์

หมายเหตุ: \* ไม่มีตัวแปรใดมีสหสัมพันธ์ที่นัยสำคัญทางสถิติเกินกว่า 0.05 ยกเว้นตัวแปรระดับความสัมพันธ์กับบุตร และตัวแปรการมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดี ซึ่งเป็นตัวแปรที่สร้างมาจากข้อมูลเดียวกัน

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

## 2. การอ่านค่าและแปลผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย เป็นการนำเสนอผลจากการวิเคราะห์การถดถอยทวินามลบที่มีผลกระทบจากศูนย์แบ่งผลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบจำลองโลจิสต์ (Logit Model) และ

แบบจำลองทวินามลบ (Negative Binomial Model) (Mwalili, Lesaffre, & Declerck, 2008; University of California Los Angeles) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 แบบจำลองโลจิสต์ (Logit Model) เป็นการทำนายความสัมพันธ์ที่เกิดจากค่าศูนย์หรือเป็นการทำนายความน่าจะเป็นหรือโอกาสการที่ผู้สูงอายุจะ ไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต โดยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์โลจิสต์ (Logit coefficient) และแปลผลเป็นค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio) ด้วยสมการ  $\exp(\text{Logit coefficient}) = \text{Odds Ratio}$  ได้เป็น 2 กรณีดังต่อไปนี้

2.1.1 กรณีค่า Odds Ratio มีค่ามากกว่า 1 หากตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรแบบ Interval Scale สามารถแปลผลได้ว่า เมื่อตัวแปรอิสระเพิ่มขึ้นจะทำให้ความน่าจะเป็นหรือมีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเป็นกี่เท่า และหากตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรแบบ Nominal Scale หรือ Ordinal Scale จะสามารถแปลผลได้ว่า เมื่อตัวแปรอิสระที่สนใจทำให้มีความน่าจะเป็นหรือมีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเป็นกี่เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอิสระที่เป็นกลุ่มอ้างอิง

2.1.2 กรณีค่า Odds Ratio มีค่าน้อยกว่า 1 หากตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรแบบ Interval Scale สามารถแปลผลได้ว่า เมื่อตัวแปรอิสระเพิ่มขึ้นจะทำให้ความน่าจะเป็นหรือมีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตลดลงเป็นจำนวนร้อยละ และหากตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรแบบ Nominal Scale หรือ Ordinal Scale จะสามารถแปลผลได้ว่า เมื่อตัวแปรอิสระที่สนใจทำให้มีความน่าจะเป็นหรือมีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตลดลงเป็นจำนวนร้อยละ เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอิสระที่เป็นกลุ่มอ้างอิง

2.2 แบบจำลองทวินามลบ (Negative Binomial Model) เป็นการทำนายความสัมพันธ์จาก คะแนนของภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต โดยคะแนนที่เพิ่มมากขึ้นหมายถึงความรุนแรงที่มากขึ้น โดยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ทวินามลบ (Negative Binomial coefficient,  $\beta$ ) ซึ่งสามารถแปลผลได้เป็น 2 กรณีดังต่อไปนี้

2.2.1 กรณีค่า Negative Binomial coefficient เป็นบวก หากตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรแบบ Interval Scale สามารถแปลผลได้ว่า เมื่อตัวแปรอิสระเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตจะเพิ่มขึ้นกี่คะแนน และหากตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรแบบ Nominal Scale หรือ Ordinal

Scale จะสามารถแปลผลได้ว่า ตัวแปรอิสระที่สนใจทำให้คะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น  
ก็คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอิสระที่เป็นกลุ่มอ้างอิง

2.2.2 กรณีค่า Negative Binomial coefficient เป็นลบ หากตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรแบบ  
Interval Scale สามารถแปลผลได้ว่า เมื่อตัวแปรอิสระเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนภาวะปัญหาทาง  
สุขภาพจิตจะลดลงก็คะแนน และหากตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรแบบ Nominal Scale หรือ Ordinal  
Scale จะสามารถแปลผลได้ว่า ตัวแปรอิสระที่สนใจทำให้คะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตลดลง  
ก็คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอิสระที่เป็นกลุ่มอ้างอิง

ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ของตัวแปรใดในแบบจำลองโลจิสต์และแบบจำลองทวินามลบ  
มีทิศทางขัดแย้งหรือตรงกันข้ามกัน ผู้วิจัยจะสรุปผลการวิเคราะห์ตามแบบจำลองทวินามลบ  
(Negative Binomial Model) เสมอ (Coxe, West, & Aiken, 2009) และในการเปรียบเทียบ  
เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแบบจำลองที่มีการเพิ่มตัวแปรเข้ามาในแบบจำลองแต่ละตัว  
โดยพิจารณาจากค่าสถิติความสอดคล้อง (item fit statistics) ได้แก่ Akaike information criterion  
(AIC) จากคำสั่ง estat ic ในโปรแกรม STATA โดยมีเกณฑ์การพิจารณา หากแบบจำลองที่มีค่า AIC  
ต่ำที่สุดจะเป็นแบบจำลองที่ดีที่สุด นั่นคือ ตัวแบบใดมีค่าดังกล่าวต่ำกว่าจะถือว่าตัวแบบ  
มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่า (กุลนิตา ศรีคำเวียง พงศ์เทพ จิระโร และเสกสรรค์  
ทองคำบรรจง, 2562)

ผลการวิเคราะห์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับตัว  
แปรอิสระ 20 ตัวแปร ภายใต้ปัจจัย 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร  
ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม  
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

### 3. ผลการวิเคราะห์ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุออกเป็น  
2 ตาราง จำแนกตามเพศของผู้สูงอายุได้แก่ เพศชาย และเพศหญิง ซึ่งในแต่ละตารางจะประกอบไป  
ด้วยแบบจำลองทั้งหมด 5 แบบจำลอง ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะดังกล่าวเป็นการวิเคราะห์  
ข้อมูลการถดถอยแบบขั้นเชิง ผู้วิจัยจะเพิ่มชุดตัวแปรอิสระเข้าไปในสมการของแบบจำลอง

เพื่อคู่อิทธิพลของตัวแปรในแต่ละชุดว่ามีอิทธิพลต่อตัวแปรตามเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ซึ่งมีรายละเอียดของการเพิ่มอิทธิพลของตัวแปรในแต่ละแบบจำลองดังนี้

แบบจำลองที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพียงคู่เดียว

แบบจำลองที่ 2 เพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เข้าไปในแบบจำลองที่ 1 เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรในปัจจัยดังกล่าว

แบบจำลองที่ 3 เพิ่มตัวแปรปัจจัยการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น เข้าไปในแบบจำลองที่ 2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่นที่มีผลต่อปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แบบจำลองที่ 4 เพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านสุขภาพ เข้าไปในแบบจำลองที่ 2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แบบจำลองที่ 5 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทุกตัวที่สนใจศึกษา

อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์เรียงลำดับตามตัวแปรที่ศึกษาที่ละตัวแปรดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

### 3.1 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร

#### 3.1.1 ระดับความสัมพันธ์กับบุตร

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร เมื่อพิจารณาแบบจำลองที่ 1 พบว่า ระดับความสัมพันธ์กับบุตรมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับไม่ดี และปานกลาง 0.205 คะแนน ( $\beta = -0.205$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิงด้วย โดยผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับดี มีสัดส่วนความเสี่ยงที่ไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์

กับบุตรอยู่ในระดับไม่ดีและปานกลางเป็น 1.840 เท่า ( $Odds\ Ratio = \exp(0.610) = 1.840$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับไม่ดีและปานกลาง

เมื่อมีการควบคุมตัวแปรในปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพเข้ามาในแบบจำลองที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับไม่ดีและปานกลาง 0.179 คะแนน ( $\beta = -0.179$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิง หลังจากเพิ่มการควบคุมตัวแปรในปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น เข้ามาในแบบจำลองที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับไม่ดีและปานกลาง 0.174 คะแนน ( $\beta = -0.174$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิง และเพิ่มการควบคุมตัวแปรในปัจจัยด้านสุขภาพเข้ามาในแบบจำลองที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับไม่ดีและปานกลาง 0.165 คะแนน ( $\beta = -0.165$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิง

ภายหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทุกตัวแปรในแบบจำลองที่ 5 พบว่า ระดับความสัมพันธ์กับบุตรยังคงมีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเฉพาะในผู้สูงอายุเพศชายเท่านั้น และไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิง โดยผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับไม่ดีและปานกลาง 0.166 คะแนน ( $\beta = -0.166$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ )

จากผลการวิเคราะห์ในทุแบบจำลองสรุปได้ว่า การมีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดีทำให้ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับไม่ดีและปานกลาง แต่เมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลลดลงเล็กน้อย ในขณะที่ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับไม่ดีและ

ปานกลาง พบความสัมพันธ์นี้เฉพาะในแบบจำลองที่ 1 เท่านั้น และเมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา กลับไม่พบความสัมพันธ์ในแบบจำลองอื่นอีก

### 3.1.2 การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีและไม่ดี

เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรการมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก (อย่างน้อย 1 คน) พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพศชายในทุกแบบจำลอง อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในผู้สูงอายุเพศหญิงในทุกแบบจำลอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก ในแบบจำลองที่ 1 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.573 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.453) = 1.573$ , p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.456 เท่า (ค่า Odds Ratio =  $\exp(0.376) = 1.456$ , p-value = 0.05) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.442 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.366) = 1.442$ , p-value = 0.05) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.355 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.304) = 1.355$ , p-value = 0.05) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.362 เท่า (Odds Ratio เท่ากับ  $\exp(0.309) = 1.362$ , p-value = 0.05) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก (อย่างน้อย 1 คน) มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก จากผลการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า เมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลลดลง โดยเฉพาะการเพิ่มปัจจัยด้านสุขภาพ แต่สำหรับตัวแปรการมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย (อย่างน้อย 1 คน) พบว่า ตัวแปรดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ในทุกแบบจำลอง

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุเพศชายมีบุตรอย่างน้อย 1 คนที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก ทำให้มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิง และในส่วนของ การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย ไม่พบว่าความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในทุกแบบจำลองทั้งเพศชายและเพศหญิง

## 3.2 ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น

### 3.2.1 รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร

รูปแบบการอยู่อาศัยเป็นตัวแปรที่สะท้อนความใกล้ชิดกันในเชิงภูมิศาสตร์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับความสัมพันธ์ทางสังคมและการแลกเปลี่ยนระหว่างรุ่น จากผลการศึกษาในแบบจำลองที่ 3 พบว่า รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตรมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต พบความสัมพันธ์นี้เฉพาะผู้สูงอายุเพศชายเท่านั้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่บุตรอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน (ชุมชนเดียวกัน) มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับบุตรเป็น 0.518 เท่าหรือร้อยละ 48.16 (Odds Ratio =  $\exp(-0.657)$  = 0.518, p-value = 0.01)

เมื่อเพิ่มการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านสุขภาพเข้ามาในแบบจำลองที่ 5 ส่งผลให้รูปแบบการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์เปลี่ยนไป โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับบุตรเป็น 0.536 เท่าหรือร้อยละ 46.37 (Odds Ratio =  $\exp(-0.623)$  = 0.536, p-value = 0.01) และส่งผลให้ผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรอาศัยคนละเมือง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับบุตรเป็น 0.672 เท่าหรือร้อยละ 32.77 (Odds Ratio =  $\exp(-0.397)$  = 0.672, p-value = 0.05) กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุเพศชายในกลุ่มที่บุตรอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียง และกลุ่มที่มีบุตรอาศัยอยู่คนละเมือง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับบุตร อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิง

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง และผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรอาศัยอยู่คนละเมือง มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับบุตร อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิง ในทุกแบบจำลอง



### 3.2.2 การเกื้อหนุนทางการเงินระหว่างผู้สูงอายุและบุตร

เมื่อพิจารณาถึงการเกื้อหนุนทางการเงินระหว่างผู้สูงอายุและบุตร พบว่า การให้เงินแก่บุตรมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต พบความสัมพันธ์นี้เฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่านั้น และเมื่อเพิ่มการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา โดยเฉพาะปัจจัยด้านสุขภาพส่งผลให้การให้เงินแก่บุตรมีอิทธิพลลดลง กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ให้เงินแก่บุตร มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ให้เงินแก่บุตร ในแบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.975 เท่าหรือร้อยละ 2.50 (Odds Ratio =  $\exp(-0.257) = 0.975$ , p-value = 0.05) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.786 เท่าหรือร้อยละ 21.40 (Odds Ratio =  $\exp(-0.241) = 0.786$ , p-value = 0.05) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ให้เงินแก่บุตร มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ได้ให้เงินแก่บุตร สอดคล้องกับผลวิเคราะห์ทวินามลบ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ให้เงินแก่บุตร มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ให้เงินแก่บุตร ในแบบจำลองที่ 3 มากกว่า 0.195 คะแนน ( $\beta = 0.195$ , p-value = 0.001) และในแบบจำลองที่ 5 มากกว่า 0.166 คะแนน ( $\beta = 0.166$ , p-value = 0.001) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเพศชาย

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ให้เงินแก่บุตรมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ให้เงินแก่บุตร อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเพศชาย ในทุกแบบจำลอง

### 3.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

#### 3.3.1 การประเมินสุขภาพตนเอง

เมื่อพิจารณาถึงการประเมินสุขภาพตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ทั้งในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงในทุกแบบจำลอง และเมื่อเพิ่มการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา โดยเฉพาะปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่นส่งผลให้การประเมินสุขภาพตนเองมีอิทธิพลลดน้อยลง กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาสุขภาพทางจิตมากกว่า

เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินว่าตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี สำหรับผู้สูงอายุเพศชายในแบบจำลองที่ 4 ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว แต่กลับพบความสัมพันธ์ในแบบจำลองที่ 5 โดยมีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.528 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.424)$ , p-value = 0.001) = 1.528 เท่า) สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงในแบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.349 (ค่า Odds Ratio =  $\exp(0.299)$  = 1.349, p-value = 0.05) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.357 เท่า (ค่า Odds Ratio =  $\exp(0.305)$  = 1.357, p-value = 0.05) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินตนเองว่าสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในแบบจำลองการถดถอย ทวินามลบ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี สำหรับผู้สูงอายุเพศชายในแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.289 คะแนน ( $\beta = -0.289$ , p-value = 0.001) และในแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.280 คะแนน ( $\beta = -0.280$ , p-value = 0.001) สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงในแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.292 คะแนน ( $\beta = -0.292$ , p-value = 0.05) และในแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.281 คะแนน ( $\beta = -0.281$ , p-value = 0.05)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับดี มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินว่าตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี สำหรับเพศชายในแบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.265 (Odds Ratio =  $\exp(0.908)$  = 2.479, p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.457 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.899)$  = 2.457, p-value = 0.001) สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงในแบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.625 (Odds Ratio =  $\exp(0.965)$  = 2.625, p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.575 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.946)$  = 2.575, p-value = 0.001) เท่า ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินตนเองว่าสุขภาพอยู่ในระดับดี มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่

ในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในแบบจำลองการถดถอยทวินามลบ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินตนเองว่าสุขภาพอยู่ในระดับดี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี สำหรับผู้สูงอายุเพศชายในแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.629 คะแนน ( $\beta = -0.629$ , p-value = 0.001) และในแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.635 คะแนน ( $\beta = -0.635$ , p-value = 0.001) สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงในแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.514 คะแนน ( $\beta = -0.514$ , p-value = 0.001) และในแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.507 คะแนน ( $\beta = -0.507$ , p-value = 0.001) ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีประเมินตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และระดับดี มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุที่มีประเมินตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และดี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี พบความสัมพันธ์นี้ในทุกแบบจำลอง และมีความแตกต่างกันไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย

### 3.3.2 การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูง

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูงมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามเพศของผู้สูงอายุ และเมื่อเพิ่มการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา โดยเฉพาะปัจจัยด้านการเกี่ยวพันระหว่างรุ่นส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันทั้งที่เป็นขั้นพื้นฐานและขั้นสูงมีอิทธิพลลดน้อยลง ยกเว้น การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงในผู้สูงอายุเพศชายที่มีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ

เมื่อพิจารณาถึงการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรอย่างน้อย 1 กิจกรรม ในแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.251 คะแนน ( $\beta = -0.251$ , p-value = 0.001) และในแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.260 คะแนน ( $\beta = -0.260$ , p-value = 0.001) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศชาย

ในส่วนของการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรอย่างน้อย 1 กิจกรรม สำหรับผู้สูงอายุเพศชาย ในแบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.831 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.605) = 1.831$ , p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนโอกาสเป็น 1.846 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.613) = 1.846$ , p-value = 0.01) สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง ในแบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.939 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.662) = 1.939$ , p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.912 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.648) = 1.912$ , p-value = 0.001) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรอย่างน้อย 1 กิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลของแบบจำลองการถดถอยทวินามลบ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรอย่างน้อย 1 กิจกรรม ในแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.125 คะแนน ( $\beta = -0.125$ , p-value = 0.05) และในแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.127 คะแนน ( $\beta = -0.127$ , p-value = 0.05) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ในแบบจำลองทวินามลบในผู้สูงอายุเพศหญิง

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเพศชายในทุกแบบจำลอง ในส่วนของการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าหรือมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง

### 3.4 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

#### 3.4.1 อายุ

เมื่อพิจารณาถึงอายุของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์ในทางลบ ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต พบความสัมพันธ์นี้เฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่านั้น และเมื่อมีการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา โดยเฉพาะปัจจัยด้านสุขภาพส่งผลให้อิทธิพลของความสัมพันธ์ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงด้วย กล่าวคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 70 – 79 ปี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 60 – 69 ปี ในแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.107 คะแนน ( $\beta = -0.107$ , p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.114 คะแนน ( $\beta = -0.114$ , p-value = 0.01) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบผู้ที่มีอายุ 60 – 69 ปี ในแบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.850 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.615) = 1.850$ , p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.818 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.598) = 1.818$ , p-value = 0.001) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 60 – 69 ปี

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตหรือมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี อย่างไรก็ตาม อย่างไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในผู้สูงอายุเพศชาย ในทุกแบบจำลอง เหตุที่เป็นเช่นนั้นส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ผู้สูงอายุในวัยตอนกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) และตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) สามารถปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีกว่าผู้สูงอายุในวัยตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุไทยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) เป็นวัยที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด เนื่องผู้สูงอายุวัยนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติของชีวิต ทั้งนี้ยังอยู่ในช่วงการปรับตัวและเรียนรู้การเป็นผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาบางส่วนที่มีข้อค้นพบแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงตามอายุที่เพิ่ม

มากกว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ในผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นอาจจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวลดน้อยลง รวมถึงบุคคลในวัยเดียวกันและสามารถปรึกษาหารือกันได้ อาจจะทำให้ชีวิตลดลงเหลือคนในวัยเดียวกันไม่มาก จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเหงามากยิ่งขึ้น (นามชัย กิตตินาคบัญญัติ, 2560; วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552; วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555)

### 3.4.2 สถานภาพสมรส

เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ พบว่า การเป็นหม้าย/หย่า/แยกกัน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต พบความสัมพันธ์แตกต่างไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย และเมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ส่งผลให้อิทธิพลของความสัมพันธ์ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่ยังสมรสอยู่ ในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.510 เท่าหรือร้อยละ 49.10 (Odds Ratio =  $\exp(-0.673)$  = 0.510, p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.515 เท่าหรือร้อยละ 48.50 (Odds Ratio =  $\exp(-0.664)$  = 0.515, p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.566 เท่าหรือร้อยละ 43.40 (Odds Ratio =  $\exp(-0.570)$  = 0.566, p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.575 เท่าหรือร้อยละ 40.25 (Odds Ratio =  $\exp(-0.554)$  = 0.575, p-value = 0.01) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่สมรสอยู่

ในส่วนของผลการศึกษาระบบจำลองการถดถอยทวินามลบ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกัน มีคะแนนปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่สมรสอยู่ สำหรับผู้สูงอายุเพศชาย ในแบบจำลองที่ 2 มากกว่า 0.162 คะแนน ( $\beta$  = 0.162, p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 3 มากกว่า 0.165 คะแนน ( $\beta$  = 0.165, p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 4 มากกว่า 0.174 คะแนน ( $\beta$  = 0.174, p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 มากกว่า 0.176 คะแนน ( $\beta$  = 0.176, p-value = 0.01) สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง ในแบบจำลองที่ 2

มากกว่า 0.107 คะแนน ( $\beta = 0.107$ , p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 3 มากกว่า 0.109 คะแนน ( $\beta = 0.109$ , p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 4 มากกว่า 0.104 คะแนน ( $\beta = 0.104$ , p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 มากกว่า 0.105 คะแนน ( $\beta = 0.105$ , p-value = 0.01) ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีสัดส่วนความเสี่ยงที่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าหรือมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่สมรสอยู่ ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศหญิง ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่สมรสอยู่ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานของ Bruce et al. (1990) พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ที่ต้องเปลี่ยนสถานะจากคู่มาเป็นหม้าย ผู้ที่สูญเสียคู่ชีวิตส่วนใหญ่สามารถปรับตัวและยอมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติกับสภาพที่ปราศจากคู่ชีวิตหรือเพื่อนคู่คิดเช่นเดิม ในขณะที่ร้อยละ 30 ไม่สามารถปรับตัวและยอมรับกับการสูญเสียที่ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชลธิชา อัครนิรันดร์ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตหรือเป็นหม้ายและผู้สูงอายุที่หย่า/แยกต่างมีคะแนนความสุ้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพกำลังสมรสอยู่ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ขาดคู่สมรสที่ให้การเกื้อหนุน ขาดที่ปรึกษาในการปรับทุกข์ รับฟังปัญหาและให้กำลังใจ ซึ่งจะช่วยให้ผ่อนคลายความไม่สบายใจ

### 3.4.3 ระดับการศึกษา

เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในแบบจำลองโลจิสติก (Logit model) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ส่วนในแบบจำลองทวินามลบ (Count Model) กลับพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังมีความแตกต่างไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย และเมื่อมีการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาส่งผลให้อิทธิพลของความสัมพันธ์ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงด้วย กล่าวคือ

กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่ได้ศึกษา สำหรับผู้สูงอายุเพศชาย ในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.411 เท่าหรือร้อยละ 58.90 (Odds Ratio =

$\exp(-0.888) = 0.411$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.390 เท่าหรือร้อยละ 61.00 ( $\text{Odds Ratio} = \exp(-0.941) = 0.390$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.436 เท่าหรือร้อยละ 56.40 ( $\text{Odds Ratio} = \exp(-0.830) = 0.436$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.403 เท่าหรือร้อยละ 59.70 ( $\text{Odds Ratio} = \exp(-0.910) = 0.403$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ตามลำดับ และในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่ได้ศึกษา ในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.268 เท่าหรือร้อยละ 73.20 ( $\text{Odds Ratio} = \exp(-1.317) = 0.268$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.274 เท่าหรือร้อยละ 72.56 ( $\text{Odds Ratio} = \exp(-1.293) = 0.274$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.256 เท่าหรือร้อยละ 56.40 ( $\text{Odds Ratio} = \exp(-1.362) = 0.256$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.250 เท่าหรือร้อยละ 75.00 (ค่า  $\text{Odds Ratio} = \exp(-1.387) = 0.250$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาขึ้นไป มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่ได้ศึกษา

ในส่วนของแบบจำลองการถดถอยทวินามลบ กลับพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ไม่ได้ศึกษา สำหรับผู้สูงอายุเพศชาย ในแบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.223 คะแนน ( $\beta = -0.223$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ) แบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.212 คะแนน ( $\beta = -0.212$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.227 คะแนน ( $\beta = -0.105$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ) และสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง ในแบบจำลองที่ 2 และ 3 น้อยกว่า 0.130 คะแนน ( $\beta = -0.130$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) แบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.103 คะแนน ( $\beta = -0.103$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.104 คะแนน ( $\beta = -0.104$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) และผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่จบการศึกษาในมัธยมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ไม่ได้ศึกษา สำหรับผู้สูงอายุเพศชาย ในแบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.322 คะแนน ( $\beta = -0.322$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) แบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.306 คะแนน ( $\beta = -0.306$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) แบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.273 คะแนน ( $\beta = -0.273$ ,



p-value = 0.05) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.227 คะแนน ( $\beta = -0.105$ , p-value = 0.05) และสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง ในแบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.384 คะแนน ( $\beta = -0.384$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.378 คะแนน ( $\beta = -0.378$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.340 คะแนน ( $\beta = -0.103$ , p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.336 คะแนน ( $\beta = -0.336$ , p-value = 0.001)

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลอง หากสรุปผลตามแบบจำลองทวินามลบ พบว่าการศึกษาที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตลดลง อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วยแสดงให้เห็นว่าการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้ความเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตลดลง (รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555) สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Patel and Kleinman (2003) พบว่า ระดับของการศึกษาที่ต่ำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตที่ย่ำแย่มากที่สุด เนื่องจากการศึกษาที่ต่ำเป็นต้นตอของความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจ และข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ และการที่ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ บุคคลที่การศึกษาสูงมักมีแนวทางในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า (ปัญญา ชูเลิศ, 2551)

#### 3.4.4 เขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาค

เมื่อพิจารณาถึงเขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท โดยในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.722 เท่าหรือร้อยละ 27.80 (Odds Ratio =  $\exp(-0.326)$  = 0.722, p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.701 เท่าหรือร้อยละ 28.90 (Odds Ratio =  $\exp(-0.355)$  = 0.701, p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.731 เท่าหรือร้อยละ 26.90 (Odds Ratio =  $\exp(-0.314)$  = 0.731, p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.714 เท่าหรือร้อยละ 28.60 (Odds Ratio =  $\exp(-0.337)$  = 0.714, p-value = 0.01) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุ

เพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้สูงอายุเพศชาย

ในส่วนของตัวแปรภูมิภาค พบว่า ภูมิภาคมีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต และมีความแตกต่างกันไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในภาคกลางมีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.312 เท่าหรือร้อยละ 68.80 (Odds Ratio =  $\exp(-1.166)$  = 0.312, p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.329 เท่าหรือร้อยละ 67.10 (Odds Ratio =  $\exp(-1.111)$  = 0.329, p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.353 เท่าหรือร้อยละ 64.70 (Odds Ratio =  $\exp(-1.041)$  = 0.353, p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 0.359 เท่าหรือร้อยละ 64.10 (Odds Ratio =  $\exp(-1.025)$  = 0.359, p-value = 0.01) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในภาคกลางมีสัดส่วนความเสี่ยงมีภาวะปัญหาสุขภาพทางจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.071 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.728)$  = 2.071, p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.127 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.755)$  = 2.127, p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.248 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.810)$  = 2.248, p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.314 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.839)$  = 2.314, p-value = 0.001) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มีสัดส่วนความเสี่ยงมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ผู้สูงอายุเพศหญิงสามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะประสบปัญหาทาง

สุขภาพจิตมากขึ้น เนื่องจากเขตเมืองมีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่สูงกว่าเขตชนบท การจราจรที่หนาแน่นก่อให้เกิดปัญหามลพิษ ตลอดจนโครงสร้างทางสังคมที่ซับซ้อนและปัญหาสังคมมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความรำคาญ ระบายจิตใจและบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แต่ผลการศึกษานี้แตกต่างไปจากการศึกษาของวิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล เช่นเดียวกับชลธิชา อัครนิรันดร์ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีคะแนนความสุขสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งสามารถนำเรื่องการย้ายถิ่นของบุตรมาอธิบายเพิ่มเติมได้ จากการที่บุตรย้ายถิ่นออกจากภูมิลำเนาเดิมมาอาศัยอยู่ในเมืองเพื่อแสวงหาโอกาสในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมีความสุขลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุอาจต้องอาศัยอยู่กับคู่สมรสตามลำพัง นอกจากนี้ Phillips et al. (2004) ยังอธิบายได้ว่า ความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองมีความเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขและสาธารณูปโภคที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ เช่น สถานพยาบาล สถานที่ราชการสถานที่พักผ่อน

### 3.5 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

#### 3.5.1 ระดับรายได้ส่วนตัว

เมื่อพิจารณาถึงรายได้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับรายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีความแตกต่างไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย และเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา ส่งผลให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลลดน้อยลงด้วย กล่าวคือ กลุ่มผู้อายุเพศชายที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 50,000 – 99,999 บาท/เดือน มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้อายุเพศชายที่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท/เดือน แบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.243 คะแนน ( $\beta = -0.243$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.243 คะแนน ( $\beta = -0.288$ , p-value = 0.01) แบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.180 คะแนน ( $\beta = -0.288$ , p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.169 คะแนน ( $\beta = -0.169$ , p-value = 0.05) ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีรายได้มากกว่า 100,000 บาท/เดือน มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท/เดือน สำหรับเพศชายในแบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.202 คะแนน ( $\beta = -0.202$ , p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า -0.188 คะแนน ( $\beta = -0.188$ , p-value = 0.01) ตามลำดับ

สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง ในแบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.150 คะแนน ( $\beta = -0.150$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) และในแบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.147 คะแนน ( $\beta = -0.147$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) อย่างไรก็ตาม เมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยด้านสุขภาพเข้ามา กลับไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ในแบบจำลองอื่นอีก

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยลง อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาในแบบจำลองทำให้ระดับรายได้ของผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยลง ทำให้ในบางกลุ่มรายได้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติลดลงและบางกลุ่มที่เคยมีความสัมพันธ์กลับไม่มีความสัมพันธ์ดังเดิม พบรูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้ทั้งในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

### 3.5.2 ความเพียงพอของรายได้

ในส่วนของความเพียงพอของรายได้ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ในทุกแบบจำลองทั้งผู้สูงอายุเพศชายและหญิง และเมื่อมีการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา ส่งผลให้อิทธิพลของความสัมพันธ์ดังกล่าวมีแนวโน้มลดน้อยลงด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีรายได้ไม่เพียงพอ สำหรับผู้สูงอายุเพศชายในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.197 เท่า (Odds Ratio เท่ากับ  $\exp(0.787) = 2.197$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.184 เท่า (Odds Ratio เท่ากับ  $\exp(0.781) = 2.184$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.030 เท่า (Odds Ratio เท่ากับ  $\exp(0.708) = 2.030$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.026 เท่า (Odds Ratio เท่ากับ  $\exp(0.706) = 2.026$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.861 เท่า (Odds Ratio เท่ากับ  $\exp(0.621) = 1.861$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.824 เท่า (Odds Ratio เท่ากับ  $\exp(0.601) = 1.824$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.689 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.524) = 1.689$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.665 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.510) = 1.665$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและ

เพศหญิงที่มีรายได้เพียงพอ มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผลการวิเคราะห์ในข้างต้นสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การถดถอยทวินามลบ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ สำหรับผู้สูงอายุเพศชายในแบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.370 คะแนน ( $\beta = -0.370$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.369 คะแนน ( $\beta = -0.369$ , p-value = 0.001) ในแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.281 คะแนน ( $\beta = -0.281$ , p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.284 คะแนน ( $\beta = -0.284$ , p-value = 0.001) ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงในแบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.311 คะแนน ( $\beta = -0.311$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.305 คะแนน ( $\beta = -0.305$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.245 คะแนน ( $\beta = -0.245$ , p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.240 คะแนน ( $\beta = -0.240$ , p-value = 0.001) ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีรายได้เพียงพอมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้พบในทุกแบบจำลอง

### 3.6 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

#### 3.6.1 การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

เมื่อพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต พบความสัมพันธ์เฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่านั้น และเมื่อมีการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา ส่งผลให้อิทธิพลของความสัมพันธ์ดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงด้วย กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นบางครั้ง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลย ในแบบจำลองที่ 2 และ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.606 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.474) = 1.606$ , p-value = 0.01) เท่ากัน ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นบางประจำ มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลย

ในแบบจำลองที่ 2 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.212 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.794) = 2.212$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 3 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 2.232 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.803) = 2.232$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 4 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.696 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.528) = 1.696$ , p-value = 0.01) และแบบจำลองที่ 5 มีสัดส่วนความเสี่ยงเป็น 1.728 เท่า (Odds Ratio =  $\exp(0.547) = 1.728$ , p-value = 0.01) ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นบางครั้งและเป็นประจำ มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะไม่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลย

ผลการวิเคราะห์ในข้างต้นสอดคล้องกับผลวิเคราะห์ทวินามลบ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาบางครั้ง มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลย แบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.184 คะแนน ( $\beta = -0.184$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.195 คะแนน ( $\beta = -0.195$ , p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.166 คะแนน ( $\beta = -0.166$ , p-value = 0.05) ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ มีคะแนนภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลย แบบจำลองที่ 2 น้อยกว่า 0.286 คะแนน ( $\beta = -0.286$ , p-value = 0.001) แบบจำลองที่ 3 น้อยกว่า 0.299 คะแนน ( $\beta = -0.299$ , p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 4 น้อยกว่า 0.213 คะแนน ( $\beta = -0.213$ , p-value = 0.001) และแบบจำลองที่ 5 น้อยกว่า 0.224 คะแนน ( $\beta = -0.224$ , p-value = 0.001) ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ในทุกแบบจำลองสรุปได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาทั้งที่ไปเป็นบางครั้งและไปเป็นประจำมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตสำหรับในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง เมื่อมีการเพิ่มปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น และปัจจัยด้านสุขภาพเข้ามาในแบบจำลองที่ 3 และ 4 ทำให้กลุ่มดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต แต่เมื่อมีการควบคุมปัจจัยทุกอย่าง ในแบบจำลองที่ 5 ทำให้กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นบางครั้งกลับมาที่มีความสัมพันธ์อีกครั้งหนึ่ง อย่างไรก็ตามก็ตีพบความสัมพันธ์นี้เฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่านั้น



ตัวแปร	การถดถอยพหุนามที่มีผลกระทบบจากศูนย์ : ผู้สูงอายุเพศชาย									
	แบบจำลองที่ 1		แบบจำลองที่ 2		แบบจำลองที่ 3		แบบจำลองที่ 4		แบบจำลองที่ 5	
	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count
<b>ปัจจัยทางประชากร และสังคมของผู้สูงอายุ</b>										
<b>อายุ</b> (กลุ่มอ้างอิง: 60 - 69 ปี)										
70 - 79 ปี	0.145	0.027	0.124	0.020	0.201	1.60E-05	0.186	-0.005		
80 ขึ้นไป	-0.518	0.080	-0.494	0.093	-0.229	-0.042	-0.194	-0.027		
<b>สถานภาพสมรส</b> (กลุ่มอ้างอิง: สมรสอยู่)										
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	-0.673**	0.162**	-0.664**	0.165**	-0.570**	0.174**	-0.554**	0.176**		
<b>การศึกษา</b> (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ศึกษา)										
ประถมศึกษา										
มัธยมศึกษาขึ้นไป	-0.888***	-0.217	-0.941***	-0.223*	-0.830**	-0.212*	-0.910***	-0.227*		
<b>จำนวนบุตร (คน)</b>										
เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: เขตชนบท)										
เขตเมือง	-1.317***	-0.322**	-1.293***	-0.306**	-1.362***	-0.273*	-1.387***	-0.271*		
<b>ภูมิภาค</b> (กลุ่มอ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)										
ภาคเหนือ	-0.001	0.015	0.005	0.016	0.011	0.014	0.011	0.014		
ภาคกลาง	0.132	0.010	0.128	0.006	0.157	-0.023	0.163	-0.025		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-0.406	-0.195	-0.353	-0.193	-0.355	-0.182	-0.303	-0.178		
ภาคใต้	-1.166**	-0.127	-1.111**	-0.128	-1.041**	-0.126	-1.025**	-0.132		
<b>ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ</b>										
<b>รายได้ส่วนตัว</b> (กลุ่มอ้างอิง: ต่ำกว่า 20,000 บาท)										
20,000 – 49,999 บาท	-0.098	-0.077	-0.066	-0.067	-0.127	-0.030	-0.109	-0.023		
50,000 – 99,999 บาท	0.029	-0.243***	0.091	-0.228**	-0.062	-0.180**	-0.020	-0.169*		
100,000 บาทขึ้นไป	0.003	-0.202**	0.056	-0.188**	-0.152	-0.145	-0.108	-0.133		



ตัวแปร	การถดถอยพหุนามที่มีผลกระทบจากศูนย์ : ผู้สูงอายุเพศชาย									
	แบบจำลองที่ 1		แบบจำลองที่ 2		แบบจำลองที่ 3		แบบจำลองที่ 4		แบบจำลองที่ 5	
	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count
ความพึงพอใจของรายได้ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เพียงพอ)										
เพียงพอ	0.787***		-0.370***		0.781***		-0.369***		0.708***	
ปัจจัยด้านกิจกรรมมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม										
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เข้าร่วม)										
เข้าร่วม	0.162		-0.065		0.193		-0.061		0.149	
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ไปเลย)										
ไปบางครั้ง	-0.177		-0.138		-0.178		-0.139		-0.292	
ไปเป็นประจำ	0.129		-0.048		0.128		-0.046		-0.008	
Constant	-1.196***	0.911***	1.444***	0.336	1.426***	0.336	1.426***	-0.999	1.887***	-1.227
Observations = 2,078   Non-zero observations = 1,129   Zero observations = 949	7,087.668	6,958.417	6,959.711	6,806.939	6,812.848					
Observations = 2,078   Non-zero observations = 1,129   Zero observations = 949										

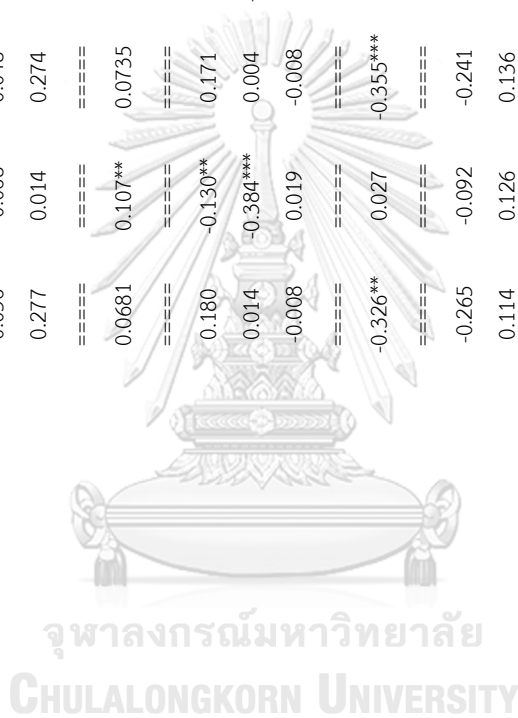
หมายเหตุ: Logit หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์โลจิต และ Count หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ทวินามลบ

\*\*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, \*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ \* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณที่มีผลกระทบบจากศูนย์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญญาทางสุขภาพจิต (ผู้สูงอายุเพศหญิง)

ตัวแปร	การถดถอยพหุคูณที่มีผลกระทบบจากศูนย์ : ผู้สูงอายุเพศหญิง									
	แบบจำลองที่ 1		แบบจำลองที่ 2		แบบจำลองที่ 3		แบบจำลองที่ 4		แบบจำลองที่ 5	
	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count
<b>ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร</b>										
ความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับดี (กลุ่มอ้างอิง: ปานกลางและไม่ได้)	0.610**	-0.049	0.267	-0.058	0.243	-0.043	-0.065	0.210	0.184	-0.050
การมีบุตรที่ความสัมพันธ์กันดีมาก (กลุ่มอ้างอิง: ไม่มี)	0.093	0.007	-0.024	0.035	-0.013	0.028	0.037	0.005	0.013	0.029
การมีบุตรที่ความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย (กลุ่มอ้างอิง: ไม่มี)	-0.147	-0.130	-0.487	-0.243	-0.581	-0.230	-0.213	-0.063	-0.106	-0.197
<b>ปัจจัยด้านการก่อทุนระหว่างรุ่น</b>										
<b>รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร (กลุ่มอ้างอิง: อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน)</b>										
ไม่มีบุตรอยู่ด้วย แต่มีบุตรอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน					0.054				0.057	
ไม่มีบุตรอยู่ด้วย และบุตรอาศัยอยู่คนละเมือง					-0.074				-0.056	
<b>การได้รับเงินจากบุตร (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้รับ)</b>										
ได้รับ					0.061				0.043	
การให้เงินแก่บุตร (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ให้)										
ให้					-0.257*				-0.241*	
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพ</b>										
<b>การประเมินสุขภาพตนเอง (กลุ่มอ้างอิง: สุขภาพไม่ดี)</b>										
สุขภาพปานกลาง										
สุขภาพดี								0.299*	0.305*	-0.281***
<b>การทักกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (ADL) (กลุ่มอ้างอิง: มีข้อจำกัด)</b>										
ไม่มีข้อจำกัด								0.965***	0.946***	-0.507***
<b>การทักกิจกรรมประจำวันขั้นสูง (IADL) (กลุ่มอ้างอิง: มีข้อจำกัด)</b>										
ไม่มีข้อจำกัด								0.064	0.057	-0.260***
								0.662***	0.648***	-0.021

ตัวแปร	การถอดทวินาลาที่มีผลกระทบจากศูนย์ : ผู้สูงอายุเพศหญิง									
	แบบจำลองที่ 1		แบบจำลองที่ 2		แบบจำลองที่ 3		แบบจำลองที่ 4		แบบจำลองที่ 5	
	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count
<b>ปัจจัยทางประชากร และสังคมของผู้สูงอายุ</b>										
<b>อายุ</b> (กลุ่มอ้างอิง: 60 - 69 ปี)										
70 - 79 ปี	0.056		-0.068		0.048		-0.074		0.189	
80 ขึ้นไป	0.277		0.014		0.274		-0.003		0.615***	
<b>สถานภาพสมรส</b> (กลุ่มอ้างอิง: สมรสอยู่)										
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0.0681		0.107**		0.0735		0.109**		0.105	
<b>การศึกษา</b> (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ศึกษา)										
ประถมศึกษา	0.180		-0.130**		0.171		-0.130**		0.119	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	0.014		-0.384***		0.004		-0.378***		-0.183	
<b>จำนวนบุตร (คน)</b>										
0	-0.008		0.019		-0.008		0.0207*		-0.003	
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b> (กลุ่มอ้างอิง: เขตชนบท)										
เขตเมือง	-0.326**		0.027		-0.355***		0.026		-0.314**	
<b>ภูมิภาค</b> (กลุ่มอ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)										
ภาคเหนือ	-0.265		-0.092		-0.241		-0.102		-0.233	
ภาคกลาง	0.114		0.126		0.136		0.130		0.047	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.435*		-0.084		0.449*		-0.069		0.359	
ภาคใต้	0.728***		-0.070		0.755***		-0.065		0.810***	
<b>ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ</b>										
<b>รายได้ส่วนตัว</b> (กลุ่มอ้างอิง: ต่ำกว่า 20,000 บาท)										
20,000 – 49,999 บาท	-0.239		-0.018		-0.223		-0.003		-0.294*	
50,000 – 99,999 บาท	-0.217		-0.121*		-0.205		-0.116*		-0.243	
100,000 บาทขึ้นไป	0.145		-0.150**		0.150		-0.147**		0.046	



ตัวแปร	การถดถอยทวินามเวลาที่มีผลกระทบจากศูนย์ : ผู้สูงอายุเพศหญิง									
	แบบจำลองที่ 1		แบบจำลองที่ 2		แบบจำลองที่ 3		แบบจำลองที่ 4		แบบจำลองที่ 5	
	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count	Logit	Count
ความพึงพอใจของรายได้ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เพียงพอ)										
เพียงพอ	0.621***		-0.311***		0.601***		0.524***		0.510***	
<b>ปัจจัยด้านกิจกรรมทางสังคม</b>										
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เข้าร่วม)										
เข้าร่วม	-0.214		-0.0332		-0.214		-0.261		-0.263	
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ไปเลย)										
ไปบางครั้ง	0.474**		-0.184***		0.474**		0.252		0.265	
ไปเป็นประจำ	0.794***		-0.286***		0.803***		0.528**		0.547**	
Constant	-1.745***	1.143***	-2.069***	1.502***	-2.000***	1.497***	-2.713***	1.873***	-2.621***	1.890***
Akaike Information Criteria (AIC)	10,992.450		10,675.710		10,655.960		10,457.510		10,442.910	
	Observations = 2,078   Non-zero observations = 1,129   Zero observations = 949									

หมายเหตุ: Logit หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์โลจิต และ Count หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ทวินาม

\*\*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, \*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ \* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## บทที่ 6

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรของผู้สูงอายุไทย รวมถึงปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณใช้ข้อมูลชั้นทุติยภูมิจากการสำรวจผู้สูงอายุภายใต้โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในบทนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การสรุปและอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วยข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะทางวิชาการ และส่วนที่ 3 ข้อจำกัดในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

##### 1.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

จากผลการศึกษาดูตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้า พบว่า ตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ยประมาณ 68.72 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ตามลำดับ มีประมาณร้อยละ 69.20 ที่สมรสอยู่ และมีจำนวนบุตรมีชีวิตเฉลี่ย 3.49 คน และอาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่านอกเขตเทศบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีความสัมพันธ์กับบุตรอยู่ในระดับดี (ประมาณร้อยละ 88.32) โดยผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับดี และมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดี สำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ส่วนตัวต่ำกว่า 50,000 บาทต่อเดือน แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ในส่วนปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 56.94) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร และมีเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่ยังให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตรอยู่ ขณะที่ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเข้าร่วมกิจกรรม

ทางสังคม ทั้งที่เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนและกิจกรรมทางศาสนา และในส่วนสุดท้าย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพกาย พบว่า มีผู้สูงอายุที่ยังประเมินว่าตนเองยังมีสุขภาพแข็งแรงดีเพียงร้อยละ 34.26 และส่วนใหญ่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น กินข้าว ล้างหน้า/แปรงฟัน หวีผม/โกน นวดได้ด้วยตนเอง เช่นเดียวกับกิจวัตรประจำวันขั้นสูงที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถทำได้ด้วยตนเอง

## 1.2 ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

จากผลการศึกษา พบว่า อาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ อาการหงุดหงิด/รำคาญใจ ร้อยละ 44.91 อาการคิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ ร้อยละ 43.43 และอาการเหงา ร้อยละ 29.49 ตามลำดับ โดยอาการที่รู้สึกว่าคุณค่าเป็นอาการที่ผู้สูงอายุรายงานน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 16.84 เมื่อพิจารณาภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีทิศทางเป็นบวกกับอายุที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง และในเพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ ในทั้งหมด 6 อาการ

เมื่อพิจารณาในภาพรวมจะพบว่า พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 40.07 ที่ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตใดเลยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุร้อยละ 59.93 ที่รายงานว่าตนมีปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 อาการ โดยในกลุ่มนี้มีอาการโดยเฉลี่ยประมาณ 2.04 อาการ และเมื่อจำแนกตามจำนวนอาการ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี 1 – 2 อาการ ร้อยละ 32.50 รองลงมาคือ 3 – 4 อาการ ร้อยละ 15.04 และ 4 – 6 อาการ ร้อยละ 12.38 ตามลำดับ

## 1.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตร กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีตัวแปรตามคือ ดัชนีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นตัวแปรผลรวมของอาการทางสุขภาพจิตซึ่งได้จากแบบประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Kessler Psychological Distress Scale (K-6) มีอาการทางสุขภาพจิตที่ใช้ประเมินจำนวน 6 อาการ ได้แก่ (1) คิดมากมีความวิตกกังวลใจ (2) รู้สึกหงุดหงิด/รำคาญใจ (3) รู้สึกหมดหวังในชีวิต (4) รู้สึกว่าคุณค่าไม่มีคุณค่า (5) รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และ (6) รู้สึกเหงา ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้ตัวแบบการถดถอยพหุนามลบที่มีผลกระทบ

จากศูนย์ (Zero-Inflated Negative Binomial Regression) ในการทดสอบความสัมพันธ์ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอและอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังต่อไปนี้

**สมมติฐานที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง**

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรที่มีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย มีตัวแปรที่ใช้ประเมินความสัมพันธ์กับบุตร 3 ตัวแปร ได้แก่ (1) ระดับความสัมพันธ์กับบุตร โดยผู้วิจัยได้จำแนกความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ปานกลาง และไม่ดี ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ที่ผู้สูงอายุประเมินต่อบุตรของตนเองแต่ละคน (2) การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก (อย่างน้อย 1 คน) และ (3) การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดีเลย (อย่างน้อย 1 คน) ซึ่งผู้วิจัยมีความต้องการศึกษาว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร โดยอาศัยกรอบแนวคิดจากแนวคิดความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและทฤษฎีความเป็นปรีกแผ่นและความขัดแย้ง เพื่ออธิบายผลกระทบของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรที่อาจมีทั้งความเป็นปรีกแผ่นและความขัดแย้งกันภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ที่ติระหว่างผู้สูงอายุและบุตรมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต และพบความแตกต่างในเพศของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดีมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบผู้สูงอายุเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับบุตรระดับไม่ดีและระดับปานกลาง และผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก (อย่างน้อย 1 คน) มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่า เมื่อเทียบผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันดีมาก ซึ่งพบความสัมพันธ์ดังกล่าวในทุกแบบจำลอง แต่เมื่อมีการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตลดลง ในขณะที่ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์กับบุตรในระดับดี มีสัดส่วนความเสี่ยงที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีระดับความสัมพันธ์กับบุตรระดับไม่ดีและระดับปานกลาง

ซึ่งพบความสัมพันธ์นี้เฉพาะในแบบจำลองที่ 1 ที่ยังไม่ได้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น แต่เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ แล้ว กลับไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในแบบจำลองอื่น

จากที่ผลการศึกษาในข้างต้นสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความเป็นปรักแผ่นระหว่างรุ่น ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวอธิบายถึงการจัดระเบียบและโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร ส่วนหนึ่งชี้ให้เห็นว่า การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของสมาชิกต่างรุ่นในครอบครัว จะทำให้สมาชิกทั้งสองฝ่ายได้รับประโยชน์บางประการจากการติดต่อสัมพันธ์กันทั้งในฐานะผู้ให้และผู้รับการเกื้อหนุน ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะก่อให้เกิดความเป็นปรักแผ่นระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นแรงดึงดูดที่ทำให้ในครอบครัวดำรงอยู่ได้ (Bengtson et al., 2002) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความอยู่ดีมีสุขและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (Chen & Jordan, 2019; M. Guo et al., 2016; Tan & Tay, 2020) นอกจากนี้ การมีคุณภาพความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรจะส่งผลให้ระดับความสุขของผู้สูงอายุและบุตรเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Amato & Afifi 2006)

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดี (อย่างน้อย 1 คน) จากผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ในทุกแบบจำลองทั้งในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ซึ่งผลการศึกษาชี้แตกต่างจากผลการศึกษาตามยาว (longitudinal study) ของ Milkie et al. (2008) ที่พบว่า การมีความสัมพันธ์กับบุตรไม่ดีแม้เพียง 1 คน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นของภาวะซึมเศร้าและความเหงาในผู้สูงอายุ และผลกระทบบดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายด้วย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Lowenstein (2007) ที่พบว่าความขัดแย้งระหว่างบิดามารดาที่สูงอายุและบุตร ส่งผลให้คุณภาพชีวิต สุขภาพกาย สุขภาพจิตและทรัพยากรทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุลดต่ำลงไปด้วย

**สมมติฐานที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่า มีแนวโน้มจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่า และความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง**

เมื่อพิจารณาถึงฐานะทางเศรษฐกิจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินฐานะทางเศรษฐกิจจากระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ ในส่วนของการมีส่วนร่วม



ร่วมในกิจกรรมทางสังคมประเมินจากการมีเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการมีเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่า มีความสัมพันธ์ในทางลบหรือแนวโน้มที่จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงด้วย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และมีความแตกต่างกันไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายที่มีรายได้ต่อเดือน 50,000 – 99,999 บาท และมากกว่า 100,000 บาท มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท เมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาในแบบจำลองที่ 4 และ 5 กลับพบเพียงผู้สูงอายุเพศชายที่มีรายได้ต่อเดือน 50,000 – 99,999 บาทเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท พบความสัมพันธ์นี้เฉพาะในแบบจำลองที่ 2 และ 3 แต่เมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา ในแบบจำลองที่ 4 และ 5 กลับไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอีก อย่างไรก็ตาม ในส่วนของตัวแปรความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งพบความสัมพันธ์นี้ทุกแบบจำลองทั้งในเพศชายและเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่สำคัญมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และความสามารถในการบริโภคของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมถึงเรื่องที่อยู่อาศัย อาหารและโภชนาการ การดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ตลอดจนสามารถใช้เงินเพื่อกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ ทำให้เกิดความสุขสนุกสนาน ผ่อนคลาย และลดภาวะตึงเครียดลงได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้และสามารถเก็บเป็นเงินออมได้มากขึ้น ก็จะช่วยลดการพึ่งพาทั้งยังสามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้อื่นได้ด้วย และสามารถมีหลักประกันทางการเงินทำให้ลดความกังวลต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของรัชพล สนิทยา (2555) ซึ่งพบว่า การมีรายได้เพิ่มขึ้นของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความอยู่ดีมีสุขทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีรายได้มากกว่าจะสามารถใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มที่มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่า

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า (दन्य तिपयगनक, 2544; วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวดี และสุภาพร อรุณรักษ์ สมบัติ, 2555) ในทางตรงกันข้ามฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำทำให้ข้อจำกัดในการเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ตลอดจนบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำจึงมีความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบกับการเพิ่มภาวะซึมเศร้า (Vikram Patel et al., 2010)

ในส่วนของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม พบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามก็ตีพบความสัมพันธ์เฉพาะในเพศหญิงเท่านั้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาทั้งที่ไปเป็นบางครั้งและไปเป็นประจำ มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมเลย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องของจิตใจ ทำให้ผู้ทำกิจกรรมมีความสุขอันเนื่องมาจากการมีศีลธรรม และการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของตนเอง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุเพศหญิงก็มักเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าผู้สูงอายุเพศชายด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนความเสี่ยงในการสร้างความสัมพันธ์จากเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางและหลากหลายกว่า อีกทั้งยังได้รับประโยชน์เชิงบวกจากการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Amagasa et al. (2017) ที่พบว่า ความถี่ของการมีส่วนร่วมทางศาสนามีผลทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากการมีส่วนร่วมทางศาสนาก็ถือเป็นการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างหนึ่ง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ (2553) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาเป็นผลดีต่อสุขภาพจิตของประชากร ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 แสดงให้เห็นว่า ระดับการปฏิบัติศาสนกิจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับของสุขภาพจิต กล่าวคือ ระดับการปฏิบัติศาสนกิจของประชาชนที่เพิ่มขึ้นทำให้ความเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตลดลง

**สมมติฐานที่ 3 การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นมีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตและมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง**

การเกื้อหนุนกันระหว่างรุ่นในทางเศรษฐกิจ เป็นความช่วยเหลือขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรหรือบุตรได้รับจากผู้สูงอายุ ซึ่งความช่วยเหลือนี้สามารถอยู่ในรูปตัวเงินหรือสิ่งที่สามารถตี

มูลค่าทางเศรษฐกิจได้ การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นในการศึกษาครั้งนี้ประเมินจาก 3 ตัวแปร ได้แก่ (1) รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตร (2) การให้เงินแก่บุตร และ (3) การได้รับเงินจากบุตร จากผลการศึกษา พบว่า การเกื้อหนุนระหว่างรุ่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ขณะเดียวกันยังมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรแตกต่างกันไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย เมื่อพิจารณาจากระดับนัยสำคัญทางสถิติและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรในแบบจำลองที่ 3 และ 5 จะพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายยังคงมีความสัมพันธ์เหมือนเดิมเพียงแต่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยที่วินามลบลดลง ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงยังคงไม่มีความสัมพันธ์เช่นเดิม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตรซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงโอกาสในการแลกเปลี่ยนเกื้อหนุนระหว่างรุ่น พบว่า รูปแบบการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต เฉพาะในผู้สูงอายุเพศชายเท่านั้น กล่าวคือ ในแบบจำลองที่ 3 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง (ชุมชนเดียวกัน) มีสัดส่วนความเสี่ยงที่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกันกับบุตร แต่เมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ โดยเฉพาะตัวแปรในปัจจัยด้านสุขภาพเข้ามาในแบบจำลองที่ 5 กลับทำให้ผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่คนละเมืองกับบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นจากผลการศึกษาในแบบจำลองที่ 5 จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง และผู้สูงอายุเพศชายที่มีบุตรอาศัยอยู่คนละเมือง มีสัดส่วนความเสี่ยงที่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับบุตร ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยมุมมองเรื่องการย้ายถิ่นซึ่งเห็นว่าการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ห่างไกลออกไปจากบุตรจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้การสนับสนุนหรือการได้รับการสนับสนุนตามที่ต้องการ ผู้สูงอายุมักสูญเสียหรือได้รับการสนับสนุนจากบุตรที่ย้ายถิ่นออกไปน้อยลง ซึ่งรูปแบบการอยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเนื่องจากบุตรถือเป็นทุนทางสังคมและแหล่งทรัพยากรที่สำคัญของผู้สูงอายุ (M. Guo et al., 2016) ซึ่งจะคอยเกื้อหนุนผู้สูงอายุทั้งด้านการเงิน สิ่งของ อารมณ์ความรู้สึก และการดูแลยามจำเป็น การที่มีบุตรอาศัยอยู่ใกล้ ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรด้วย (ชลธิชา อัสวรินทร์, 2559) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ M. A. N. Guo et al. (2009) พบว่า ผู้สูงอายุชาวจีนที่มีบุตรย้ายถิ่นใน

ประเทศพบการรายงานที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตลดลงในผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลจากบุตร อย่างไรก็ตามมีการศึกษาส่วนหนึ่งที่มีข้อค้นพบแตกต่างออกไป ที่พบว่าแม้จะมีบุตรอาศัยอยู่ในเมืองเดียวกันหรืออยู่ในรัฐอื่น ๆ ก็ไม่ได้มีความแตกต่างกันของภาวะซึมเศร้าและความเหงาในผู้สูงอายุชาวอินเดีย (Miltiades, 2002)

ในส่วนของการเกื้อหนุนทางการเงินระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร พบว่า การให้เงินแก่บุตรมีความสัมพันธ์ในบวกกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต เฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่านั้น กล่าวคือผู้สูงอายุเพศหญิงที่ให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตร มีสัดส่วนความเสี่ยงที่มีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ได้ให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตร สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดเรื่องการแลกเปลี่ยนทางสังคมหรือแนวคิดการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น จะเห็นว่าผู้ที่เป็นฝ่ายรับจะมีความสุขมากกว่าฝ่ายที่เป็นผู้ให้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคาดหวังหรือค่านิยมของสังคมที่ต้องการให้บุตรเลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อยามสูงอายุ หากบุตรไม่ทำตามค่านิยมที่สังคมกำหนด คือการให้การเกื้อหนุนแก่บิดามารดา ขณะที่บิดามารดาให้การเกื้อหนุนแก่บุตรอยู่ จะทำให้ความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายไม่สู้ดีนัก ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา อัครนิรันดร์ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่ให้การเกื้อหนุนแก่บุตรเพียงฝ่ายเดียวจะมีความสุขลดลง อาจมาจากการให้การเกื้อหนุนแก่บุตรฝ่ายเดียว ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณบุตรละเลย ไม่ให้ความสำคัญ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขหรือความไม่สบายใจเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวมีข้อแตกต่างกับผลการศึกษาของ Sun (2012) ที่ศึกษาการแลกเปลี่ยนระหว่างรุ่นของผู้สูงอายุในไต้หวันที่มีบุตรย้ายถิ่นนอกประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุชนชั้นกลางในไต้หวันแทนที่จะคาดหวังเงินจากบุตรที่ไปใช้ชีวิตอยู่ต่างแดน กลับมีการสนับสนุนทางการเงินแก่บุตร เพื่อลดความเครียดในการใช้ชีวิตต่างถิ่น และพ่อแม่ที่ส่งเงินให้บุตรใช้จะมีความสุขมากขึ้น เมื่อได้เห็นบุตรประสบความสำเร็จจากการออกไปใช้ชีวิตในต่างประเทศ

**สมมติฐานที่ 4 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร และภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ภาวะสุขภาพมีผลต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตและมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง**

ภาวะสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ประเมินจาก 3 ตัวแปร ได้แก่ (1) การประเมินสุขภาพตนเอง (2) การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และ (3) การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง จากผลการศึกษา

พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ในขณะที่เดียวกันยังมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรแตกต่างกันไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย เมื่อพิจารณาจากระดับนัยสำคัญทางสถิติและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรในแบบจำลองที่ 4 และ 5 จะพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายยังคงมีความสัมพันธ์เหมือนเดิมเพียงแต่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยทวินามลบลดลง ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงยังคงไม่มีความสัมพันธ์เช่นเดิม ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้มีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาถึงการประเมินสุขภาพตนเอง พบว่า การประเมินสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับภาวะปัญหาสุขภาพจิต ทั้งในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่รายงานว่าตนมีสุขภาพกายดีมากเท่าไรยิ่งมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยลงเท่านั้น และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลลดลง เมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรในปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า อาจมาจากการที่ผู้สูงอายุรายงานว่าตนเองมีสุขภาพกายที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะประเมินสภาวะสุขภาพจิตของตนไปในทางที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจากภาวะซึมเศร้าและความเครียดก็จะรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพทางกายแย่กว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประสบกับภาวะซึมเศร้าและความเครียด (Cappeliez et al., 2004) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพกายในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและสุขภาพจิตที่แย่งลงในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สุขภาพกายแย่งลงมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง ทำให้ต้องจำกัดการทำกิจกรรมและการเข้าสังคมลง ทำให้มีเวลาอยู่กับตัวเองมากขึ้น จึงเกิดความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสุขภาพกายดี (Bøen et al., 2012; กาญจนา พิบูลย์ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และคณิงนิจ อูสิมาส, 2551)

ในส่วนของการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูงมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต และมีความแตกต่างกันไปตามเพศของผู้สูงอายุด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่มีข้อจำกัด และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลเพิ่มขึ้น เมื่อเพิ่มการควบคุมตัวแปรในปัจจัยอื่น ๆ เข้ามา

ในขณะที่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ขั้นสูง จะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่มีข้อจำกัด ซึ่งในเพศชายความสัมพันธ์ดังกล่าว มีอิทธิพลเพิ่มขึ้นขณะที่เพศหญิงกลับมีอิทธิพลลดลง เมื่อเพิ่มการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรในปัจจัย ด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่นเข้ามาในแบบจำลองที่ 5 กาญจนา พิบูลย์ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และ คณินิจ อุสิมาส (2551) อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น การมีข้อจำกัด ในการทำกิจวัตร เป็นตัวเสริมแรงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าและปัญหาทางสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ลง อย่างรวดเร็วและรุนแรง การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันยากที่จะแยกขาด ออกจากกันได้ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความพึงพอใจในชีวิต ลดลงและมีความซึมเศร้ามากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของวารารณ ภูมิสวัสดิ์และ คณะ, 2548 อังไฉน วัชรวิ ด่านกุล (2557) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยตัวเองก็จะมี การรับรู้สุขภาพของตนว่ามีสุขภาพดี หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากไม่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แม้เพียง 1 กิจกรรม ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดวิตกกังวล ไม่มีความสุขและไม่มีความมั่นใจในตัวเอง และเกิดความกลัว

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาในข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางประชากรและ สังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิง การมีคู่สมรส และการมีการศึกษาที่ดี ตลอดจนการอาศัยอยู่ในเขต ชนบท เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันซ้ำกับการมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุด้วย

## 2. ข้อเสนอแนะ

### 2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษานำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ดังนี้

2.1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่า ความสัมพันธ์ที่ติระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรมีความสัมพันธ์กับ ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตที่น้อยลง ดังนั้น หน่วยงานของรัฐควรมีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ซึ่งอาจทำได้ด้วยการให้ความรู้ถึงประโยชน์ของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดี

ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ผ่านการจัดกิจกรรม และการรณรงค์ผ่านสื่อเพื่อให้บุตรเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ หากคนในสังคมโดยเฉพาะบุตรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญต่อการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและทำให้สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความเข้มแข็งต่อไป

การให้ความรู้และการส่งเสริมให้คนในสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างวัยนอกห้องเรียน เชิญผู้สูงอายุที่มีความรู้มาเป็นวิทยากรในการบรรยายให้ความรู้ในหัวข้อต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังเป็นตัวอย่างที่ดีในการปลูกฝังค่านิยมต่อผู้สูงอายุผ่านการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพและความเข้าใจ ทำให้บุตรหลานซึมซับค่านิยมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในรุ่นต่อไป

2.1.2 จากผลการศึกษา ที่พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะรายงานปัญหาทางสุขภาพจิตมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า อายุที่สูงขึ้นทำให้ร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอย ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากขึ้นและส่งผลต่อการเกิดภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีการรณรงค์และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในการติดต่อเพื่อขอคำแนะนำและความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1324 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอรับคำปรึกษาในการป้องกันและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีแนวโน้มที่จะย้ายไปอาศัยอยู่กับบุตรและมีบุตรเป็นผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีความต้องการพึ่งพิงและความช่วยเหลือจากอย่างจากบุตร ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่กับบุตรน่าจะเป็นอีกทางเลือกที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานรัฐควรส่งเสริมให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในบ้านหรือชุมชน พร้อมทั้งสนับสนุนกำลังคนและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวคิดสูงอายุอยู่กับบ้าน (Aging in place) เป็นโมเดลที่ให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่กับบ้านและชุมชน โดยเชื่อว่าครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ค่านิยมความกตัญญูกตเวทิตูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพ รัก เยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา และมีความสุขได้ระดับหนึ่ง

2.1.3 ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มากที่สุด เมื่อพิจารณาจากระดับนัยสำคัญทางสถิติและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องมีการเตรียมการมาตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อเตรียมสภาพร่างกายให้พร้อมและเป็นการเสริมสร้างการทำงานของร่างกายให้อยู่ในสภาพที่เป็นปกติให้นานที่สุด นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการชราของร่างกายที่เป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นการให้ความรู้เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นผู้สูงอายุและเกิดความตระหนักถึงการปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดี และเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีและยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และคำแนะนำในการสังเกตความผิดปกติของร่างกายอย่างง่าย ๆ ตลอดจนวิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในกรณีฉุกเฉิน พร้อมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2.1.4 ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อค้นพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีฐานะทางเศรษฐกิจดีหรือมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นการที่จะมีฐานะทางการเงินที่ดีได้ในวัยเกษียณ จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมหรือสร้างหลักประกันทางการเงินให้แก่ตนเองตั้งแต่วัยหนุ่มสาว รัฐควรดำเนินการส่งเสริมการสร้างหลักประกันทางการเงินด้วยการออมเพื่อวัยเกษียณให้แก่ประชาชนในวัยแรงงานในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การทำประกันเพื่อวัยเกษียณ การลงทุนในกองทุน การลงทุนในตลาดหลักทรัพย์ เป็นต้น ทั้งนี้ภาครัฐควรส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะทางการเงิน (Financial Literacy) เป็นพื้นฐานสำคัญที่จำเป็น เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ทางการเงิน สามารถวางแผน และบริหารจัดการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการใช้จ่าย การเก็บออม และการจัดการหนี้สิน ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันทางการเงินสำคัญที่จะช่วยเพิ่มพูนความมั่งคั่งและสร้างหลักประกันทางการเงินในวัยเกษียณ ซึ่งการเตรียมความพร้อมทางการเงินเพื่อวัยเกษียณที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุมีเงินเพียงพอต่อการใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

นอกจากนี้ รัฐควรจัดให้มีสวัสดิการพื้นฐานในรูปแบบของเงินบำนาญ ในจำนวนที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตพื้นฐาน สำหรับประชาชนทุกคนเมื่ออายุถึง 60 ปี แทนการให้เงินในรูปแบบการสงเคราะห์ เพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ในวัยเกษียณ ให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์



โดยตั้งอยู่บนหลักการ “ทั่วถึง เท่าเทียม และถ่วงหน้า” และยังเป็นกรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ในฐานะที่ทำคุณประโยชน์ให้กับบ้านเมือง ไม่ว่าจะมึฐานะรวยหรือจนก็สามารถเข้าถึงสวัสดิการที่เป็นหลักประกันทางรายได้จากรัฐได้อย่างเท่าเทียมกัน

## 2.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

2.2.1 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาคัดเลือกจากข้อมูลในโครงการฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลในภาพกว้างโดยรวมของผู้สูงอายุซึ่งมิได้เฉพาะเจาะจงที่จะศึกษาในเรื่องหนึ่งเรื่องใดเป็นสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทั้งยังสามารถสะท้อนภาพของผู้สูงอายุในระดับประเทศได้ แต่ก็พบข้อจำกัดของข้อมูลสำหรับการศึกษาคั้งนี้ จึงไม่สามารถนำตัวแปรอิสระอื่นที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมาใช้ในการวิเคราะห์ได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลของตัวแปร เช่น ภาระหนี้สิน ทัศนคติและความคาดหวังต่อบุตร จำนวนโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เป็นต้น จึงส่งผลให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อตอบคำถามบางประการได้ เพื่อขจัดปัญหานี้ผู้สนใจศึกษาต่อยอดในประเด็นดังกล่าวควรออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามกรอบการวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลและตัวแปรที่ครอบคลุมประเด็นที่สนใจศึกษา

2.2.2 ตัวแปรอิสระที่สำคัญของการศึกษาคั้งนี้ คือ ความสัมพันธ์กับบุตรซึ่งเป็นการประเมินความสัมพันธ์จากรายงานของพ่อแม่ที่มีต่อบุตรแต่ละคน มิได้มีการสอบถามความสัมพันธ์จากตัวบุตร จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นมิติของความสัมพันธ์จากมุมมองเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตามตัวแปรที่ได้จากการประเมินความสัมพันธ์จากผู้สูงอายุหรือบุตรด้านใดด้านหนึ่งก็เพียงพอที่จะใช้สำหรับการวิเคราะห์ที่มีตัวอย่างขนาดใหญ่ได้ (Steinbach, Kopp, & Lazarevic, 2019) สำหรับในการศึกษาต่อยอด อาจมีการวัดความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นจากทั้งฝ่ายผู้สูงอายุและบุตร และควรนำตัวแปรที่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรมาใช้ในการวิเคราะห์ด้วย เช่น ความถี่ในการติดต่อสื่อสารกัน ความถี่ในการแลกเปลี่ยนเกื้อหนุนด้านวัตถุ ด้านอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและรอบด้านกว่านี้

### 3. ข้อจำกัดในการศึกษา

3.1 เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ข้อมูลที่มีลักษณะภาคตัดขวาง (Cross-sectional data) ในการศึกษาจึงมีข้อจำกัดด้านข้อมูลของปัจจัยกำหนดฐานะทางเศรษฐกิจ การเกื้อหนุนระหว่างบุตรกับผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับบุตร และภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจไม่สามารถสะท้อนข้อมูลในอดีตที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลามาจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่อาจจะไม่สามารถสะท้อนการตรวจสอบปัจจัยเชิงสาเหตุที่จะส่งผลให้เกิดผลซึ่งตามมาได้ ตัวอย่างเช่น ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่เดียวกัน สุขภาพจิตที่ไม่ดี อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางร่างกายได้เช่นกัน เช่นเดียวกับคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แต่ก็เป็นไปได้ว่า อาการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่งผลให้คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรไม่ดี

3.2 การศึกษานี้มีการเลือกตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง บุตรอย่างน้อย 1 คน ไม่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด และมีค่าคำตอบสมบูรณ์ในตัวแปรทุกตัวที่สนใจศึกษา จึงทำให้ผู้วิจัยต้องตัดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติไม่เข้าหลักเกณฑ์ออกเป็นจำนวนทั้งสิ้น 2,638 คน ทำให้เหลือจำนวนตัวอย่างที่ใช้วิเคราะห์ทั้งสิ้น 4,812 คน คิดเป็นร้อยละ 62.90 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัด ซึ่งทำให้ตัวแปรบางตัวอาจมีผลคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง เช่น ตัวแปรระดับรายได้เขตที่อยู่อาศัย และภูมิภาค

## บรรณานุกรม

- Albertini, M., Kohli, M., & Vogel, C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns—different regimes? *Journal of European social policy*, 17(4), 319-334.
- Alice S. Rossi, & Peter Henry Rossi. (1990). *Of Human Bonding: Parent-Child Relations across the Life Course*. New York: Routledge.
- Almira, L., Hanum, L., & Menaldi, A. (2019). Relationship with children and the psychological well-being of the elderly in Indonesia. *SAGE open medicine*, 7, 2050312119836026-2050312119836026. doi:10.1177/2050312119836026
- Amagasa, S., Fukushima, N., Kikuchi, H., Oka, K., Takamiya, T., Odagiri, Y., & Inoue, S. (2017). Types of social participation and psychological distress in Japanese older adults: A five-year cohort study. *PLOS ONE*, 12(4). doi:10.1371/journal.pone.0175392
- Amato, P. R., & Afifi, T. D. (2006). Feeling Caught Between Parents: Adult Children's Relations With Parents and Subjective Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 68(1), 222-235. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00243.x
- Bengtson, V. L., Biblarz, T. J., & Roberts, R. E. (2002). *How families still matter: A longitudinal study of youth in two generations*: Cambridge University Press.
- Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 12, 27-27. doi:10.1186/1471-2318-12-27
- Bozhenko, E. (2011). Adult child-parent relationships: On the problem of classification. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1625-1629. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.315
- Bruce, M. L., Kim, K., Leaf, P. J., & Jacobs, S. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *Am J Psychiatry*, 147(5), 608-611. doi:10.1176/ajp.147.5.608
- Cappeliez, P., Sèvre-Rousseau, S., Landreville, P., Prévaille, M., & Study, S. (2004).

- Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults: Reciprocal relationships concurrently and over time. *Ageing International*, 29, 247-266. doi:10.1007/s12126-996-1001-y
- Chen, J., & Jordan, L. P. (2019). Psychological Well-Being of Coresiding Elderly Parents and Adult Children in China: Do Father–Child and Mother–Child Relationships Make a Difference? *Journal of Family Issues*, 40(18), 2728-2750. doi:10.1177/0192513X19862845
- Cohen, J. (1988). Set Correlation and Contingency Tables. *Applied Psychological Measurement*, 12(4), 425-434. doi:10.1177/014662168801200410
- Coxe, S., West, S. G., & Aiken, L. S. (2009). The Analysis of Count Data: A Gentle Introduction to Poisson Regression and Its Alternatives. *Journal of Personality Assessment*, 91(2), 121-136. doi:10.1080/00223890802634175
- Davis, M. A., Murphy, S. P., Neuhaus, J. M., Gee, L., & Quiroga, S. S. (2000). Living Arrangements Affect Dietary Quality for U.S. Adults Aged 50 Years and Older: NHANES III 1988–1994. *The Journal of Nutrition*, 130(9), 2256-2264. doi:10.1093/jn/130.9.2256
- Drapeau, A., Marchand A., & D., B.-P. (2011). Epidemiology of Psychological Distress. In L. L'Abate (Ed.), *Mental Illnesses - Understanding, prediction and control*: InTech Open Access Publisher.
- Fleck, S. (1966). An approach to family pathology. *Comprehensive Psychiatry*, 7(5), 307-320. doi:10.1016/S0010-440X(66)80062-7
- Frankenberg, E., Lillard, L., Willis, R. J. J. o. M., & Family. (2002). Patterns of intergenerational transfers in Southeast Asia. 64(3), 627-641.
- Furukawa, T. A., Kessler, R., Slade, T., & Andrews, G. (2003). The Performance of the K6 and K10 Screening Scales for Psychological Distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 33, 357-362. doi:10.1017/S0033291702006700
- Grønning, K., Espnes, G. A., Nguyen, C., Rodrigues, A. M. F., Gregorio, M. J., Sousa, R., . . . André, B. (2018). Psychological distress in elderly people is associated with diet, wellbeing, health status, social support and physical functioning- a HUNT3 study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 205. doi:10.1186/s12877-018-0891-3

- Guo, M., Liu, J., Xu, L., Mao, W., & Chi, I. (2016). Intergenerational Relationships and Psychological Well-Being of Chinese Older Adults With Migrant Children: Does Internal or International Migration Make a Difference? *Journal of Family Issues*, 39(3), 622-643. doi:10.1177/0192513X16676855
- Guo, M. A. N., Aranda, M. P., & Silverstein, M. (2009). The impact of out-migration on the inter-generational support and psychological wellbeing of older adults in rural China. *Ageing and Society*, 29(7), 1085-1104. doi:10.1017/S0144686X0900871X
- Güven, S., & Sener, A. (2010). Family relations in aging. *International Journal of Business and Social Science*, 1(3).
- Hank, K., Salzburger, V., & Silverstein, M. (2017). Intergenerational transmission of parent-child relationship quality: Evidence from a multi-actor survey. *Social Science Research*, 67, 129-137. doi:10.1016/j.ssresearch.2017.06.004
- Henning-Smith, C. (2016). Quality of Life and Psychological Distress Among Older Adults: The Role of Living Arrangements. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 35(1), 39-61. doi:10.1177/0733464814530805
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., . . . Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485-1493. doi:10.1017/S0033291707002516
- Keith, V. M. (1993). Gender, Financial Strain, and Psychological Distress among Older Adults. *Research on aging*, 15(2), 123-147. doi:10.1177/0164027593152001
- Kempf-Leonard, K. (2004). *Encyclopedia of Social Measurement*: Elsevier.
- Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing, 2nd ed.* Florence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge.
- Klinenberg, E. (2012). *Going solo: The extraordinary rise and surprising appeal of living alone.* New York, NY: The Penguin Press.
- Knodel, J., Teerawichitchainan, B., Prachuabmoh, V., & Pothisiri, W. (2015). *The Situation of Thailand's Older Population*: HelpAge International.
- Krause, N. (1986). Social Support, Stress, and Well-Being Among Older Adults1. *Journal of Gerontology*, 41(4), 512-519. doi:10.1093/geronj/41.4.512
- Lowenstein, A. (2007). Solidarity–Conflict and Ambivalence: Testing Two Conceptual

- Frameworks and Their Impact on Quality of Life for Older Family Members. *The Journals of Gerontology: Series B*, 62(2), S100-S107.  
doi:10.1093/geronb/62.2.S100
- Matud, M. P., & García, M. C. (2019). Psychological Distress and Social Functioning in Elderly Spanish People: A Gender Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(3), 341.  
doi:10.3390/ijerph16030341
- Milkie, M. A., Bierman, A., & Schieman, S. (2008). How Adult Children Influence Older Parents' Mental Health: Integrating Stress-process and Life-course Perspectives. *Social Psychology Quarterly*, 71(1), 86-105. doi:10.1177/019027250807100109
- Miltiades, H. B. (2002). The social and psychological effect of an adult child's emigration on non-immigrant Asian Indian elderly parents. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(1), 33-55. doi:10.1023/A:1014868118739
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2002). Measurement for a Human Science. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 152-170. doi:10.2307/3090194
- Morrow, W., & Wilson, R. (1961). Family Relations of Bright High-Achieving and Under-Achieving High School Boys. *Child Development*, 32(3), 501-510.  
doi:doi:10.2307/1126214
- Mwalili, S., Lesaffre, E., & Declerck, D. (2008). The zero-inflated negative binomial regression model with correction for misclassification: An example in caries research. *Statistical methods in medical research*, 17, 123-139.  
doi:10.1177/0962280206071840
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Peter Michael Blau. (1964). *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley & Sons.
- Peters, C. L., Hooker, K., & Zvonkovic, A. M. J. F. R. (2006). Older parents' perceptions of ambivalence in relationships with their children. 55(5), 539-551.
- Phillips, D., Siu, O., Yeh, A., & Cheng, K. (2004). Factors Influencing Older Persons' Residential Satisfaction in Big and Densely Populated Cities in Asia: A Case Study in Hong Kong. *Ageing International*, 29, 46-70. doi:10.1007/s12126-004-1009-0

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychology and aging*, 26(1), 1-14. doi:10.1037/a0021863
- Quashie, N. T., & Pothisiri, W. (2018). Parental status and psychological distress among older Thais. *Asian Social Work and Policy Review*, 12(3), 130-143. doi:10.1111/aswp.12145
- Reczek, C., & Zhang, Z. (2016). Parent–Child Relationships and Parent Psychological Distress: How Do Social Support, Strain, Dissatisfaction, and Equity Matter? *Research on aging*, 38(7), 742-766. doi:10.1177/0164027515602315
- Shek, D. T. L. (1997). Parent-child relationship and parental well-being of Chinese parents in Hong Kong. *International Journal of Intercultural Relations*, 21(4), 459-473. doi:10.1016/S0147-1767(97)00020-5
- Silverstein, M., & Giarrusso, R. (2010). Aging and Family Life: A Decade Review. *Journal of marriage and the family*, 72(5), 1039-1058. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00749.x
- Slade, T., Grove, R., & Burgess, P. (2011). Kessler Psychological Distress Scale: normative data from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(4), 308-316. doi:10.3109/00048674.2010.543653
- Steinbach, A., Kopp, J., & Lazarevic, P. (2019). Divergent perceptions of intergenerational relationships: what implications, if any? *Journal of Family Studies*, 25, 368-384. doi:10.1080/13229400.2016.1269659
- Sun, K. C. (2012). Fashioning the Reciprocal Norms of Elder Care: A Case of Immigrants in the United States and Their Parents in Taiwan. *Journal of Family Issues*, 33(9), 1240-1271. doi:10.1177/0192513X12445564
- Tan, K., & Tay, L. (2020). Relationships and well-being. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds.), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign: IL: DEF publishers.
- Tanji, F., Tomata, Y., Zhang, S., Otsuka, T., & Tsuji, I. (2018). Psychological distress and completed suicide in Japan: A comparison of the impact of moderate and severe psychological distress. *Preventive Medicine*, 116, 99-103. doi:10.1016/j.ypmed.2018.09.007
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and Subjective Well-Being Around the World. *Journal of personality and social psychology*, 101, 354-365. doi:10.1037/a0023779

- Teerawichitchainan, B., Knodel, J., & Pothisiri, W. (2015). What does living alone really mean for older persons? A comparative study of Myanmar, Vietnam, and Thailand. *Demographic Research*, 32, 1329-1360.
- Umberson, D. (1989). Relationships with Children: Explaining Parents' Psychological Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 51(4), 999-1012. doi:10.2307/353212
- United Nations, D. o. E. a. S. A., Population Division. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. : ESA/P/WP.241.
- University of California Los Angeles, T. I. f. D. R. a. E. I., Statistical Consulting,. Zero-Inflated Negative Binomial Regression | Stata Annotated Output. Retrieved from <https://stats.idre.ucla.edu/stata/output/zero-inflated-negative-binomial-regression/>
- van dem Knesebeck, O., & Siegrist, J. (2003). Reported nonreciprocity of social exchange and depressive symptoms: Extending the model of effort-reward imbalance beyond work. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 209-214. doi:10.1016/S0022-3999(02)00514-7
- Vikram Patel, Crick Lund, Sean Hatherill, Sophie Plageron, Joanne Corrigan, Michelle Funk, & Alan J. Flisher. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In Erik Blas & Anand Sivasankara Kurup (Eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Waite, L., & Das, A. (2010). Families, social life, and well-being at older ages. *Demography*, 47(1), S87-S109.
- Zhu, J., Xu, L., Sun, L., Li, J., Qin, W., Ding, G., . . . Yu, Z. (2018). Chronic Disease, Disability, Psychological Distress and Suicide Ideation among Rural Elderly: Results from a Population Survey in Shandong. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1604. doi:10.3390/ijerph15081604
- เกริกศักดิ์ บุญญานุกพงศ์ สุรีย์ บุญญานุกพงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษร สำเภาทอง. (2560). ครอบครัวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ปทุมธานี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษร มัยจิน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,



23(2).

- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์ และคณะ. (2557). รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการ  
 คุ้มครองทางสังคม: การสร้างภูมิคุ้มกันภัยทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัท Golden  
 time Printing จำกัด
- กนกวรรณ พวงประยงค์. (2559). แบบแผนและสถานการณ์ความต้องการมีบุตรของสตรีที่สมรสใน  
 ประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต), สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัย  
 ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- กระทรวงสาธารณสุข, ก. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงาน  
 ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิจิตรมิตร ฟี.พี. .
- กระทรวงสาธารณสุข, ก. (2558). แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหา  
 สุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข, ก. (2561). รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. Retrieved from  
<https://www.dmh.go.th/report/suicide/>
- กาญจนา พิบูลย์ ภัทรภัทร เสงอุตมทรัพย์ และคณินิจ อุสิมาส. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ  
 ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กุลนิดา ศรีคำเวียง พงศ์เทพ จิระโร และเสกสรรค์ ทองคำบรรจง. (2562). การตรวจสอบคุณภาพของ  
 แบบวัดทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ขั้นบูรณาการ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอน  
 ปลาย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 38(3), 17-29.
- ชมนภัส วังอินทร์. (2561). ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายมากเป็นอันดับ 2. Retrieved from  
[https://www.thaihealth.or.th/Content/41068-ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายมากเป็นอันดับ%  
 20%20.html](https://www.thaihealth.or.th/Content/41068-ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายมากเป็นอันดับ%20%20.html)
- ชลธิชา อัครนิรันดร์. (2559). การแลกเปลี่ยนการเกื้อหนุนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร: บริบท ปัจจัย  
 กำหนด และผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต), สาขา  
 ประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- दनัย ทิพยกนก. (2544). ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต), สาขา  
 ประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- ธนานนท์ บัวทอง และวิราภรณ์ โพธิศิริ. (2560). ตัวแบบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงภาวะเจริญ  
 พันธุ์ต่ำของประเทศไทย. *Journal of Social Sciences, Naresuan University: JSSNU*, 13  
 (2): 217-240.
- ธีระดา ภิญโญ. (2561). เทคนิคการแปลผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสำหรับงานวิจัย. วารสารปัญญา  
 ภิวัฒน์, 10(2).

- ธีราพร ทวีธรรมเจริญ. (2545). พฤติกรรมการให้ความพึงพิงแก่บิดามารดาของบุตร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาสังคมวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). โมเดลลิสเรล: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นามชัย กิตตินาคบัญชา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นารินทร์ จิตรมนตรี. (2554). ทฤษฎีความสูงอายุ. In ว. ทองเจริญ (Ed.), ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (Vol. 1). กรุงเทพฯ : โครงการตำราพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2557). ความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(3), 299-312.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์. (2560). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (*Social Determinants of Mental Health*). เชียงใหม่ หจก.วนิดาการพิมพ์.
- ปัญญา ชูเลิศ. (2551). การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของเกษตรกรในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,
- ปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2560). แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง. In มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) (Ed.), สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559.
- ปีนนเรศ กาศอุดม และคณะ. (2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(3).
- พุทธิพร พิธานธนานุกูล และภิรมย์ รัชตะนันท์. (2562). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 22(1).
- พูนสุข ช่วยทอง. (2548). ครอบครัวและคุณภาพเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การพิมพ์.
- ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจริญนุวัตร. (2556). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย (ปรอทวัดทุกข์). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(3), 257-270.
- มานันต์ คำกอง. (2561). ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับการเปรียบเทียบแบบจำลองของการแจกแจงปัวซองและการแจกแจงวิยตที่เกี่ยวข้อง. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา, 18(1), 219-225.

- รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจีรา ทองเจริญชูพงศ์. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารประชากร, 3(2).
- รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. (2558). การสวดมนต์ การสวดมนต์ข้ามปีและความสุขของพุทธศาสนิกชนไทย: บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.
- รศพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 60(1).
- รักษพล สนธิยา. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วัชรวิ ด่านกุล. (2557). การแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกต่างรุ่นในครอบครัวต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลไหล่น่าน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- วัลภา บุรณกลัศ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(2).
- วาสนา ปรากฎวงศ์. (2552). ศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร,
- วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงศ์ และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารประชากร, 3(2).
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2560). แปลงผลการวิจัยสู่การพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2561). รายงานการศึกษาโครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย : ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีประภา ชัยสินธพ. (2529). สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ. *RamaMental: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*. Retrieved from <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/07172014-1131>
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2553). ครอบครัวผู้สูงอายุ. In ชื่นตา วิชชาวุธ และคณะ (Ed.), การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา

ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

- ศุทธิดา ชนวนวัน และคณะ. (2561). โครงการการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนซึ่งมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่หลากหลายในสังคมไทย เพื่อประเมินความเข้มแข็งและความต้องการสนับสนุนของครัวเรือน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). เพศภาวะกับสุขภาพจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 55(1).
- สมัญญา ชันรักษา มยุรี ลีทองอิน และวีระเดช พิศประเสริฐ. (2560). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การประชุมวิชาการนำเสนอผลการวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สรารุช ไพฑูรย์พงษ์. (2562). ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระดับชุมชนแบบบูรณาการ. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). Retrieved from <https://tdri.or.th/2018/06/integrated-approach-for-older-persons/>
- สาลินี เทพสุวรรณ และคณะ. ดัชนีความอยู่ดีมีสุขมวลรวมของคนไทย: ความสำคัญภาคประชาชน. วารสารประชากร, 1(1).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). รายงานการศึกษาแนวทางการพัฒนาค่านิยมเมืองและชนบทของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุกัญญา วชิรเพชรปราณี. (2553). บทบาทผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขในชุมชนกิ่งเมืองจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 16(1).
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2548). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (คู่มือนักวิจัยและนักศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก) : หลักการวิธีการและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุฤดี โกศัยเนตร. (2549). Multicollinearity: Examples in Binary Logistic Regression. *Data Management & Biostatistics Journal*: วารสารการจัดการข้อมูลและชีวสถิติ, 2(1).
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2550). การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). ขอนแก่น: กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ. (2553). สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบลรัตน์ เฟื่องสถิต. (2543). จิตวิทยาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## ภาคผนวก ก

## ลักษณะของตัวอย่างก่อน - หลังการตัดตัวอย่าง

ตารางที่ 11 การแจกแจงร้อยละและค่าเฉลี่ย ก่อน - หลังการตัดตัวอย่าง

ตัวแปร	ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์	ตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์
	n = 6,065	n = 4,812
<b>ปัจจัยด้านประชากรและสังคม</b>		
<b>เพศ</b>		
ชาย	43.41	45.75
หญิง	56.59	54.25
<b>อายุ</b>		
60 - 69 ปี	60.40	60.57
70 - 79 ปี	30.69	30.53
80 ขึ้นไป	8.91	8.9
	เฉลี่ย 68.76 ปี SD = 7.00	เฉลี่ย 68.72 ปี SD = 6.80
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรสอยู่	68.59	69.2
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	31.41	30.8
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	9.12	9.27
ประถมศึกษา	75.18	77.03
มัธยมศึกษาขึ้นไป	15.70	13.7
<b>จำนวนบุตรที่มีชีวิต</b>		
1 คน	10.67	9.82
2 คน	25.61	25.24
3 คน	23.67	24.11
4 คน	16.81	17.02
5 คนขึ้นไป	23.24	23.81
	เฉลี่ย 3.16 คน SD = 1.32	เฉลี่ย 3.49 คน SD = 1.87
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>		
เขตเมือง	40.71	37.63
เขตชนบท	59.29	62.37

ตัวแปร	ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์	ตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์
	n = 6,065	n = 4,812
<b>ภูมิภาค</b>		
ภาคเหนือ	25.89	25.74
ภาคกลาง	20.70	20.37
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	33.43	37.9
ภาคใต้	10.93	10.11
กรุงเทพมหานคร	9.05	5.87
<b>ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร</b>		
<b>ระดับความสัมพันธ์กับบุตร</b>		
ดี	0.59	88.32
ปานกลาง	11.26	10.88
ไม่ดี	88.14	0.64
	เฉลี่ย 3.26 SD = 0.68	เฉลี่ย 3.26 SD = 0.67
<b>การมีบุตรที่ความสัมพันธ์กันในระดับดีมาก</b>		
ไม่มี	52.27	52.1
มีอย่างน้อย 1 คน	47.73	47.9
<b>การมีบุตรที่มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่ดีเลย</b>		
ไม่มี	98.93	97.42
มีอย่างน้อย 1 คน	1.07	2.58
<b>ปัจจัยด้านการเกื้อหนุนระหว่างรุ่น</b>		
<b>รูปแบบการอยู่อาศัยของบุตร</b>		
อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตร	58.97	56.94
มีบุตรอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน	20.68	21.87
มีบุตรอยู่คนละเมือง	20.35	21.19
<b>การได้รับเงินจากบุตร</b>		
ไม่ได้รับ	15.40	14.58
ได้รับ	84.60	85.42
<b>การให้เงินแก่บุตร</b>		
ไม่ให้	74.00	72.72
ให้	26.00	27.28
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพ</b>		
<b>การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง</b>		
สุขภาพไม่ดี	24.33	24.08
สุขภาพปานกลาง	41.30	41.66



ตัวแปร	ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์	ตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์
	n = 6,065	n = 4,812
สุขภาพดี	34.37	34.26
<b>การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)</b>		
มีข้อจำกัด (อย่างน้อย 1 กิจกรรม)	3.92	4.16
ไม่มีข้อจำกัด	96.08	95.84
<b>การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL)</b>		
มีข้อจำกัด (อย่างน้อย 1 กิจกรรม)	29.04	28.72
ไม่มีข้อจำกัด	70.96	71.28
<b>ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ</b>		
<b>รายได้ส่วนตัว</b>		
ต่ำกว่า 20,000 บาท	34.46	33.98
20,000 – 49,999 บาท	27.17	27.9
50,000 – 99,999 บาท	17.05	17.86
100,000 บาทขึ้นไป	21.32	20.26
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	46.47	46.15
พอเพียง	53.53	53.85
<b>ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม</b>		
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน</b>		
ไม่เข้าร่วม	24.83	22.96
เข้าร่วม	75.17	77.04
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา</b>		
ไม่เลย	12.74	12.41
บ้างครั้ง	36.81	36.22
เป็นประจำ	50.45	51.37
<b>ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต</b>		
0 (ไม่มีอาการ)	39.40	40.07
1 – 3	37.97	38.87
4 - 6	16.25	14.96
7 - 9	4.48	4.25
10 - 12	1.90	1.85
	เฉลี่ย 2.05 SD = 2.52	เฉลี่ย 2.04 SD = 2.51

หมายเหตุ: <sup>A</sup> = การทดสอบ Pearson's chi-square test และ <sup>B</sup> = การทดสอบ ANOVA

**ภาคผนวก ข**  
**การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)**

**ตารางที่ 12** การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1	1						
2	0.301**	1					
3	0.28**	0.636**	1				
4	0.248**	0.457**	0.474**	1			
5	0.228**	0.424**	0.447**	0.773**	1		
6	0.27**	0.48**	0.478**	0.604**	0.611**	1	
7	0.265**	0.417**	0.391**	0.432**	0.425**	0.557**	1

หมายเหตุ \*\* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

**ตารางที่ 12** การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) (ต่อ)

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.837
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	17909.220
	df	21
	Sig.	.000

**ตารางที่ 13** ผลการการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ตัวแปร	Initial	Extraction
1. ความอยากอาหารลดลง	1.000	.201
2. คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ	1.000	.540
3. หงุดหงิด/รำคาญใจ	1.000	.541
4. หมดหวังในชีวิต	1.000	.661
5. ชีวิตไม่มีคุณค่า	1.000	.636
6. ไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	1.000	.654
7. รู้สึกเหงา	1.000	.470

Extraction Method: Principal Component Analysis.

ตารางที่ 13 ผลการการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) (ต่อ)

ตัวแปร	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
2	3.703	52.899	52.899	3.703	52.899	52.899
3	0.914	13.052	65.951			
4	0.758	10.825	76.777			
5	0.662	9.456	86.233			
6	0.377	5.379	91.612			
7	0.362	5.171	96.783			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

ตารางที่ 13 ผลการการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) (ต่อ)

ตัวแปร	Factor loading
	1
2. คิดมากมีความวิตกกังวลใจ/	0.735
3. หงุดหงิดรำคาญใจ/	0.736
4. หมดหวังในชีวิต	0.813
5. ชีวิตไม่มีคุณค่า	0.798
6. ไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	0.809
7. รู้สึกเหงา	0.685

ภาคผนวก ค  
การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis)

ตารางที่ 14 ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha
ตัวแปรทุกข้อ	0.853
1. คิดมากมีความวิตกกังวลใจ/	0.834
2. หงุดหงิดรำคาญใจ/	0.831
3. หมดหวังในชีวิต	0.820
4. ชีวิตไม่มีคุณค่า	0.824
5. ไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	0.818
6. รู้สึกเหงา	0.844



ภาคผนวก ง  
การตรวจสอบความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น

ตารางที่ 15 การตรวจสอบความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Correlation)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	1.000																					
2	-.056**	1.000																				
3	0.010	-.317**	1.000																			
4	-.047**	.633**	-.106**	1.000																		
5	-.134**	0.014	-0.016	-0.001	1.000																	
6	-.236**	.059**	-.030*	.044**	.231**	1.000																
7	-0.010	0.000	0.024	-0.008	-0.009	-0.023	1.000															
8	-0.028*	.103**	-.068**	.110**	-0.022	0.011	-0.021	1.000														
9	.067**	-0.013	-0.002	-0.026	0.014	-0.010	-0.066**	-.074**	1.000													
10	-.045**	0.013	0.011	0.008	.031*	-0.026*	.034*	0.016	0.004	1.000												
11	-.093**	.039**	-0.009	0.006	.060**	0.020	0.005	0.006	0.007	.416**	1.000											
12	-.317**	.042**	-0.006	0.011	.155**	.181**	0.015	-0.005	-.050*	.077**	.102**	1.000										
13	-.161**	.032*	-0.013	0.017	.069**	.056**	-0.001	-0.006	-0.003	.133**	.164**	.136**	1.000									
14	-.207**	.041**	-0.006	0.017	.222**	.072**	-0.006	0.005	-0.018	.147**	.200**	.269**	.268**	1.000								
15	.140**	0.000	-0.024	.034*	-.088**	-0.020	-0.015	0.011	0.002	-.040**	.072**	-.134**	-.043**	-.213**	1.000							
16	.046**	0.006	-0.008	0.014	-.245**	.056**	0.001	0.004	-0.007	-.099**	-.155**	-.102**	-.133**	-.347**	.032*	1.000						
17	.123**	-0.023	0.007	-0.009	-.108**	-0.028	-0.013	-0.012	0.002	-.069**	-.056**	-.086**	-.066**	-.202**	.337**	.284**	1.000					
18	-.136**	.042**	-0.007	0.002	.345**	.177**	-0.010	-0.019	-0.013	-.069**	0.003	.141**	.051**	.209**	-.162**	-.165**	-.119**	1.000				
19	.041**	0.001	0.010	0.016	-.148**	-0.016	0.003	.068**	-0.012	-0.005	-0.028	-.088**	-.035*	-.146**	.044**	.339**	.075**	-.226**	1.000			
20	.034*	0.003	0.000	.035*	-.147**	-.065**	.030*	.050**	-0.014	.143**	.066**	-.052**	0.017	-.028*	-.055**	0.021	-.066**	-.198**	.161**	1.000		
21	-.064**	.130**	-0.003	.055**	.059**	.117**	-.047**	.050**	-0.013	-.116**	-.024	.039**	0.016	-0.008	0.022	0.027	-0.011	.110**	.071**	-.146**	1.000	

หมายเหตุ : \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายเศรษฐกร หงษ์ศิริ
วัน เดือน ปี เกิด	15 เมษายน 2538
สถานที่เกิด	นครราชสีมา
วุฒิการศึกษา	สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาบัณฑิต (การวิจัยทางสังคม) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	326/7 อาคารชุดลุมพินี พาร์ค รัตนาธิเบศร์ - งามวงศ์วาน ถ.รัตนาธิเบศร์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000
ผลงานตีพิมพ์	นำเสนอบทความวิจัยเรื่อง รูปแบบการอยู่อาศัยและผลกระทบต่อภาวะ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในการประชุมวิชาการระดับชาตินเรศวรวิจัยและ นวัตกรรม ครั้งที่ 16 NU RESEARCH FORESIGHT: BEYOND 30 YEAR ณ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก