

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

นายรักษพล สนิทยา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาประชากรศาสตร์  
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2555  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

FACTORS INFLUENCING PSYCHOLOGICAL HEALTH  
OF THAI ELDERLY POPULATION

Mr. Rugsapon Sanitya

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts Program in Demography  
College of Population Studies  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2012  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

โดย

นายรัชพล สนิทยา

สาขาวิชา

ประชากรศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. วิราภรณ์ โพธิศิริ

---

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรวุฒิ สุวรรณระดา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล วงศ์สืบชาติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ)

..... กรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. พัชราวลัย วงศ์บุญสิน)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชฎานิศวรร กุลรัตน์มณีพร)

รักษพล สนิทยา : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย.

(FACTORS INFLUENCING PSYCHOLOGICAL HEALTH OF THAI ELDERLY POPULATION) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : อ. ดร.วิราภรณ์ โพธิ์ศิริ, 114 หน้า.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย อาศัยข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (จำนวนประชากรตัวอย่าง = 23,304) การศึกษานี้ใช้อาการหรือความรู้สึกด้านอารมณ์ ร่างกายและความคิด จำนวน 6 อาการ ได้แก่ คิดมาก/วิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงาเป็นตัวแปรตามในการศึกษา และใช้วิธีการถดถอยพหุโลจิสติกในการวิเคราะห์

ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่รายงานปัญหาทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอายุ และสัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงที่รายงานปัญหาสุขภาพจิตมีสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกกลุ่มอายุ ในทั้งหมด 6 อาการ สำหรับภาวะสุขภาพจิต พบว่ามีเพียงร้อยละ 46.06 ของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสุขภาพจิตในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรเพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตามหลังควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า ตัวแปรเพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้เท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย

สาขาวิชา.....ประชากรศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

# # 5386855151 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORDS : PSYCHOLOGICAL HEALTH / THAI ELDERLY

RUGSAPON SANITYA : FACTORS INFLUENCING PSYCHOLOGICAL  
HEALTH OF THAI ELDERLY POPULATION. ADVISOR : WIRAPORN  
POTHISIRI, Ph.D., 114 pp.

This research aims to examine the current state of mental health as well as factors associated with mental health of the elderly, using the secondary data drawn from the 2011 Survey of Older Persons in Thailand conducted by the National Statistical Office, Thailand. The sample used for the current study is 23,304 subjects. This study accounts for the state of emotion, body and mind including feeling worried, feeling annoyed/irritated, feeling desperate, feeling that life has no value, feeling unhappy, and feeling lonely as a dependent variable. The multinomial logistic regression technique is employed for the data analysis.

Based on the statistical analysis, it is found that the proportion of elderly who reported mental health problems is positively correlated with age. Besides, the proportion of elderly females who reported mental health problems was higher than that of elderly males in all age groups and in 6 symptoms. Only 46.06 percent of the elderly have good mental health. Further, it is found that sex, age, functional limitation, self-rated health status, education level, marital status, location of residence, status in household, employment status, community activities participation, income level and income sufficiency are significantly associated with the elderly's mental health. However, after controlling for relevant socio-economic characteristic, it is found that only sex, functional limitation, self-rated health status, education level, marital status, location of residence, status in household, community activities participation, income level and income sufficiency influence the elderly's mental health.

Field of Study : Demography..... Student's Signature .....

Academic Year : 2012..... Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกสำนึกและซาบซึ้งในความเมตตาเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ซึ่งชี้แนะแนวทางการศึกษาและแนวคิดในการแสวงหาองค์ความรู้ต่างๆ พร้อมทั้งสละเวลาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์จนสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วิไล วงศ์สืบชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.พัชรพลชัย วงศ์บุญสิน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชฎานิสวรรค์ กุศลรัตนมณีพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยท่านเหล่านี้ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเมตตา ตลอดจนสละเวลาอันมีค่าตรวจทานและแก้ไขวิทยานิพนธ์อย่างละเอียดจนทำให้การทำวิทยานิพนธ์กลายเป็นเล่มที่สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา หัวหน้าโครงการปฏิสัมพันธ์ของพลวัตทางประชากรกับความมั่นคงของมนุษย์ในสังคมไทย คลัสเตอร์ความมั่นคงของมนุษย์ โครงการมหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ พร้อมนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิต รุ่นพี่ รุ่นน้อง และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือในระหว่างการศึกษาและในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณสมาคมนักประชากรไทยที่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ศึกษานำเสนอบทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2554

และสุดท้ายนี้ ขอโน้มกราบบูชาพระคุณบิดามารดา บุพการีผู้ที่ทำให้กำเนิดข้าพเจ้ามาขอบพระคุณ คุณรุ่งรัตน์ โกวรรณะกุล และรองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ ที่ได้สั่งสอนและอบรมข้าพเจ้า อิกยังคอยเป็นทั้งกำลังร่างกายและแรงใจไม่ให้อ่อนแอต่ออุปสรรคต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน พร้อมสนับสนุนให้ก้าวไปตามทางที่ใฝ่ฝัน และขอบคุณเพื่อนๆ ทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจให้ข้าพเจ้าด้วยดีเสมอมา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
 <b>บทที่</b>	
1 <b>บทนำ</b> .....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
1.3 ประโยชน์ของการศึกษา.....	4
1.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง.....	5
1.5 กรอบแนวคิดของการศึกษา.....	35
1.6 สมมติฐานของการศึกษา.....	36
2 <b>ระเบียบวิธีวิจัย</b> .....	39
2.1 แหล่งที่มาของข้อมูลของการศึกษา.....	39
2.2 ประชากรและการเลือกตัวอย่าง.....	39
2.3 ขอบเขตของการศึกษา.....	40
2.4 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	40
2.5 นิยามตัวแปรและการวัด.....	41
2.6 การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล.....	49
3 <b>ผลการศึกษา</b> .....	51
3.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	51
3.2 ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย.....	57
3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย.....	60

บทที่	หน้า
4   สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	82
4.1 สรุปผลการศึกษา.....	82
4.2 ข้อเสนอแนะ.....	90
รายการอ้างอิง.....	94
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก ข้อคำถามจากแบบสอบถาม.....	104
ภาคผนวก ข ตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) .....	109
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis).....	110
ภาคผนวก ง ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis) ของตัวแปรตาม.....	112
ภาคผนวก จ การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยแบบมีลำดับ.....	113
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	114



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การกระจายอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	52
2	ร้อยละของอาการทางสุขภาพจิตที่รายงานโดยผู้สูงอายุ.....	58
3	ร้อยละของอาการทางสุขภาพจิตที่รายงานโดยผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและ อายุ.....	59
4	ร้อยละของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	59
5	อัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและอัตราส่วนโอกาสที่ จะมีภาวะสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุไทย เมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับสองตัวแปร.....	74
6	อัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและอัตราส่วนโอกาสที่ จะมีภาวะสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุไทย เมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตในระดับ ไม่ดีมาก โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับหลายตัวแปร.....	79
7	สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปาน กลางและภาวะสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุไทย เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะ สุขภาพจิตไม่ดีมาก ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก.....	89
8	การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis).....	109
9	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis).....	110
10	ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis) ของตัวแปรตามรายชื่อ และรวม.....	112
11	การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก.....	113

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย” .....	36

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลก ในประชากรทุกๆ 9 คน จะมีประชากร 1 คนที่เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และภายในปี พ.ศ. 2593 องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่า สัดส่วนดังกล่าว จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1 ต่อ 5 คน และทั่วโลกจะมีประชากรสูงอายุประมาณ 2,008 ล้านคน โดย 2 ใน 3 ของจำนวนประชากรสูงอายุนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมากกว่าครึ่งอยู่ในทวีปเอเชีย (United Nations, 2009: Online) จำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น แม้ในทางหนึ่งจะสะท้อนถึงความสำเร็จทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการพัฒนาเศรษฐกิจ ที่มีผลรวมต่ออายุที่ยืนยาวขึ้นของมนุษย์ แต่ในอีกทางหนึ่งก็นำไปสู่ประเด็นอื่นๆ ที่ท้าทายและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลาของชีวิตที่ขยายออกไป

ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องประกอบไปด้วยการมีครอบครัวที่ดี มีสุขภาพที่สมบูรณ์ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีมาตรฐานการอยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ดี สุขภาพเป็นหนึ่งในมิติที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในประชากรวัยเด็ก พบว่าอายุนั้นเพิ่มขึ้นไปพร้อมๆ กับการเจริญเติบโตของร่างกาย แต่ในวัยสูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้นกลับมาพร้อมกับการเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย การลดลงของประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย (กระทรวงสาธารณสุข, 2552: 5; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549: 236) จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อายุที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงที่จะมีปัญห สุขภาพต่างๆ มากมาย โดยพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งอย่าง และร้อยละ 50 มีปัญหาสุขภาพตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป (Centers for disease control and prevention, 2009: online) การศึกษาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมไปถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น (Sato S. et al., 2002: Online)

องค์การอนามัยโลกได้นิยามความหมายของการมีสุขภาพที่ดีไว้ว่า “สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ” (World Health Organization, 1948: Online) ซึ่งแสดงว่าการมีสุขภาพที่ดีนั้นนอกจากจะมีสุขภาพด้านร่างกายที่แข็งแรงแล้ว สุขภาพด้านจิตใจก็ต้องอยู่ในสภาวะที่สมบูรณ์ด้วยเช่นกัน ในผู้สูงอายุพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย การเจ็บป่วย ตลอดจนการรักษายาบาล การผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความ

กลัว วิดกกังวล และเครียด (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528; American psychological association, 2010: 2) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงาน การเผชิญกับการสูญเสีย ความขัดแย้ง ในครอบครัวหรือคนรอบข้าง หรือแม้แต่การดูแลคู่สมรสหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วย ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งนั้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 88)

ภาวะผิดปกติทางจิตใจในผู้สูงอายุนั้นพบว่า มีตั้งแต่อาการที่ไม่รุนแรง และสามารถรักษาให้หายได้ เช่น อาการเหงา ว้าเหว่ ไปจนถึงอาการรุนแรงที่ต้องได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งความผิดปกติทางจิตใจของผู้สูงอายุ สามารถจำแนกกลุ่มอาการออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม เช่น อาการสมองเสื่อม อาการเพ้อคลั่ง อาการหลงลืม อาการผิดปกติทางอารมณ์ และ 2) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ เช่น อาการเหงา ความวิตกกังวล อาการหวาดระแวง อาการซึมเศร้า เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 83-88)

ในหลายๆ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สุขภาพจิตที่แย่งของผู้สูงอายุก็ส่งผลกระทบกลับไปยังภาวะสุขภาพ (กำธร จ่างทอง, 2528: 88) ผู้สูงอายุหลายคนที่มีอาการเครียดต่อเนื่อง พบว่ามีปัญหาต่อมาคือ อาการนอนไม่หลับ หลงลืม ไม่อยากรับประทานอาหาร ไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น อาการเหล่านี้หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น การเห็นภาพหลอน หรือคิดสั้นฆ่าตัวตาย (สมพร เทพสิทธิ, 2553: 35)

ในประเทศพัฒนาแล้วพบว่า จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตนั้นเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานความชุกของอาการทางสุขภาพจิตในปี ค.ศ. 1970 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุประสบกับปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรม ประมาณ 4 ล้านราย คาดประมาณว่าจะเพิ่มสูงขึ้น เป็น 15 ล้านราย ในปี ค.ศ. 2030 (American psychological association, 2010: 1) เช่นเดียวกันกับประเทศอังกฤษที่มีรายงานที่ศึกษาโดย Alzheimer's Society, Institute of Psychiatry and London School of Economics เปิดเผยว่า ในปี ค.ศ. 2040 หรืออีก 30 ปีข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม จำนวน 1.4 ล้านราย ปัญหาดังกล่าวนี้นำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 51 ร้อยล้านยูโร ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Institute of Psychiatry, 2010: online)

สำหรับประเทศกำลังพัฒนามีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการทางสุขภาพจิต

ร้อยละ 60 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 71 ในปี ค.ศ. 2040 (Prince et al., 2007: 5) ในประเทศเนปาล รายงานการศึกษาอาการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 18 รายงานอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ (Sree et al., 2004: 79-80)

สำหรับประเทศไทยหนึ่งในกลุ่มของประเทศกำลังพัฒนา มีรายงานการสำรวจที่พบว่า ผู้สูงอายุมิแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีเพิ่มขึ้น เช่น รายงานผลการศึกษาศึกษาการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย ที่เก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ. 2538 พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57) รู้สึกเหงาบ้างถึงเหงามาก โดยความรู้สึกเหงาจะเพิ่มตามอายุ กล่าวคือ ความเหงาเพิ่มจากร้อยละ 10 ในกลุ่มอายุ 50-54 ปี เป็นร้อยละ 14 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539: 151) รายงานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการศึกษาเฉพาะภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (2549) พบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพจิต 3 อันดับแรก ที่ผู้สูงอายุไทยประสบ คือ ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 87 รองลงมา คือ ภาวะอ่อนเพลีย และภาวะนอนตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น คิดเป็นร้อยละ 22.6 และร้อยละ 20.6 ตามลำดับ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 4.2 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นร้อยละ 5 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5.6 ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป และการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีระดับคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิตตามแบบประเมินต่ำกว่าประชากรในวัยอื่น (33.17 คะแนน)

จากการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการใช้นโยบายวางแผนครอบครัวเพื่อลดอัตราเพิ่มประชากร อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 6.3 คน ในปี พ.ศ. 2507 เหลือประมาณ 2 คน ในปี พ.ศ. 2539 และ 1.6 คน ในปี พ.ศ. 2548-2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2507-2539: ออนไลน์; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550; ออนไลน์) ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลงอย่างมาก ประกอบกับความเจริญและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ตลอดจนการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขของประเทศในปัจจุบัน อันส่งผลทำให้ประชากรไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550 : 5) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2533 สัดส่วนประชากรสูงอายุมียังร้อยละ 7.3 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.3 และ

ร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2543 และพ.ศ. 2553 ตามลำดับ องค์การสหประชาชาติคาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุจำนวน 17.81 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.3 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ (United Nations 2010)

จากสถานการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลของผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทยมีไม่มากนัก งานวิจัยเกือบทั้งหมดที่พบจะเป็นการศึกษาทางการแพทย์ สำหรับงานศึกษาสุขภาพจิตในมิติทางสังคมมีค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงได้นำข้อมูลของโครงการ “พัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่อการวางแผนและดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ตำบลนาเกลือ อำเภอยะรัง จังหวัดน่าน” ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาทำการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 78.9 รายงานอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อย 1-2 อาการ โดยความรู้สึหงุดหงิดรำคาญใจ และความรู้สึเหงา เป็นอาการทางสุขภาพจิต 2 อันดับแรกที่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ (รักษพล สนิทยาและวิราภรณ์ โพธิศิริ, 2555) อนึ่ง ข้อค้นพบของการศึกษาเป็นเพียงผลการศึกษาเฉพาะพื้นที่เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยต้องการให้การศึกษานี้ประเดิมดังกล่าวมีความครอบคลุมประชากรสูงอายุทั่วประเทศ จึงได้นำข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาทำการศึกษาเพื่อศึกษาว่าปัจจุบันสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยเป็นอย่างไรบ้าง และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

## 1.3 ประโยชน์ของการศึกษา

ข้อค้นพบของการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย นอกจากจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตและทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ สามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ประกอบการวางแผน ส่งเสริม สนับสนุน และป้องกันปัญหา

สุขภาพจิตอันอาจเกิดขึ้นตามสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในเบื้องต้นได้ เพื่อช่วยให้การดำเนินชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างปกติสุข

#### 1.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยหัวข้อ 1.4.1 นิยามของสุขภาพจิตและลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี หัวข้อ 1.4.2 สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และหัวข้อ 1.4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งรายละเอียดต่างๆ มีดังต่อไปนี้

##### 1.4.1 นิยามของสุขภาพจิตและลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี

การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้ประกอบด้วย 1) ความหมายของสุขภาพจิต 2) ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี 3) เกณฑ์และเครื่องมือการประเมินสุขภาพจิต และ 4) การรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

###### 1.4.1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตนั้นมิได้ให้นิยามไว้หลากหลาย World Health Organization [WHO] (2010: Online) ให้คำนิยามซึ่งใช้เป็นสากลครั้งแรกในปี ค.ศ. 1976 ว่า “สุขภาพจิตหมายถึง ภาวะปกติสุข (well-being) ที่บุคคลตระหนักในความสามารถต่างๆ ของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิตได้ ตลอดจนสามารถทำงานที่ก่อให้เกิดผลิตภาพและผลิตผลสมบูรณ์ และสามารถเอื้อประโยชน์ต่อชุมชนของตนเอง”

สำหรับประเทศไทย มีนักวิชาการให้คำนิยามสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากความสมบูรณ์ทั้งทางกายและใจ มีความคิดและอารมณ์ที่มั่นคง มีความพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่จริง มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ (ฝน แสงสิงแก้ว, 2522: 183) มีความสามารถในการปรับปรุงตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน และรวมถึงสถานการณ์ที่กำลังจะมาถึง สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (นาตยา เกียรติชัยพฤกษ์, 2543: 5; สุจินต์ ปริชามารถ, 2535: 14) สามารถเข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย (อัมพร โอบตระกูร, 2540: 14)

###### 1.4.1.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี

ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีเกิดจากคุณลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ 1) การเข้าใจความรู้สึกตนเอง โดยบุคคลจะต้องเคารพและนับถือตนเอง มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง 2) เข้าใจความรู้สึกผู้อื่น โดยการให้ความรักใคร่

และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล ตลอดจนมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และ3) สามารถเผชิญกับความจริงแห่งชีวิตได้ มีการวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความรับผิดชอบในหน้าที่ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถปรับตัวเข้ากับ การเปลี่ยนแปลงได้ (ลักษณะ สรวิวัฒน์, 2544: 83; สุจินต์ ปรีชามารถ, 2535: 44-49)

สำหรับบุคคลที่มีลักษณะตรงข้ามกับผู้ที่มีความสุขจิตดีถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี (2551: 9-10) และเติมศักดิ์ คทวณิช (2546: 274) ได้อธิบายถึงลักษณะของบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตไว้ว่า มักจะแสดงให้เห็นเมื่อได้รับความกดดันทางจิตใจ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจนทำให้ต้องเกิดการปรับตัว แต่ปรับตัวได้ไม่เหมาะสม จึงแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติออกมา เช่น มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ความผิดปกติของระบบประสาท ตลอดจนความผิดปกติทางด้านนิสัย นอกจากนี้ยังแสดงออกมาในลักษณะของการมีพัฒนาการทางด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย มีอาการเจ็บทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ มีอาการของโรคกระเพาะอาหาร และมีบุคลิกภาพที่บกพร่อง ชอบเก็บตัว ไม่ชอบคบหาสมาคมกับผู้อื่น

#### 1.4.1.3 เกณฑ์และเครื่องมือการประเมินสุขภาพจิต

##### 1) เกณฑ์การประเมินสุขภาพจิต

จริยวัตร คมพยัคฆ์ และอุดม คมพยัคฆ์ (2526: 31) และสุภาพรรณ โคตรจรัส (2525: 2-3) ได้กล่าวถึง เกณฑ์การประเมิน (assess) สุขภาพจิตของบุคคลไว้อย่าง สอดคล้องกัน ดังนี้

ก. การวัดทางด้านลบ ได้แก่ การวัดการตาย การเกิดโรค ความพิการ ความไม่สบายใจ และความไม่พอใจ เป็นต้น บุคคลที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับอาการดังกล่าวต่ำจะถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

ข. การวัดทางด้านบวก การพิจารณาลักษณะหรือคุณสมบัติของผู้ที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์ เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี การวัดทางด้านนี้ต้องใช้เครื่องมือบางอย่าง ได้แก่ การวัดความยืดยาวของชีวิตการเจริญเติบโตของเด็ก ความสมบูรณ์ของร่างกาย ความสามารถในการแก้ปัญหา เป็นต้น

นอกจากเกณฑ์การประเมินดังกล่าวข้างต้นแล้ว สุภาพรรณ โคตรจรัส (2525: 2-3) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า การประเมินสุขภาพจิตของบุคคลยังสามารถพิจารณาได้ในเชิงสถิติ กล่าวคือ พิจารณาว่าความผิดปกติเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติของคนหมู่มาก



กล่าวโดยสรุปเกณฑ์การประเมินสุขภาพจิตสามารถพิจารณาได้ด้วยเกณฑ์การประเมินในทั้งทางบวกและทางลบหรือแม้กระทั่งด้วยเกณฑ์เชิงสถิติ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเกณฑ์การประเมินสุขภาพจิตในทางลบ สำหรับการพิจารณาคัดเลือกตัวแปรเพื่อนำมาสร้างตัวแปรตามของการศึกษา เช่น อาการอยากอาหารลดลง รู้สึกคิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา เป็นต้น

## 2) เครื่องมือการประเมินสุขภาพจิต

สำหรับเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะสุขภาพจิตมีลักษณะการวัดที่แตกต่างกันออกไป ทั้งในแง่ของลักษณะของข้อคำถาม จำนวนคำถาม สเกลของคำตอบ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะสุขภาพจิต ดังนี้

ก) แบบวัด General Health Questionnaire (GHQ) ฉบับภาษาไทย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) ได้นำแบบวัดดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทย และทำการศึกษากับประชาชนในเขตหนองจอกที่มารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จำนวน 100 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) ทุกฉบับ ได้แก่ Thai GHQ-60 ซึ่งเป็นเครื่องมือฉบับเต็ม และ Thai GHQ-30, Thai GHQ-28 และ Thai GHQ-12 ที่เป็นเครื่องมือฉบับย่อ มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี โดย Cronbach's alpha coefficients มีค่าตั้งแต่ 0.86 ถึง 0.95 ความไว (sensitivity) มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 ความจำเพาะ (specificity) มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และสมควรนำมาใช้เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

ข) แบบวัด Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ฉบับภาษาไทย) พัฒนาขึ้นโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) แบบวัดนี้ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางจิต 2 ประเภท คือ 1) ผู้ที่มีอาการวิตกกังวล และ 2) ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งคำตอบเป็น 4 ช่วง ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของแบบวัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย โดยนำผลที่ได้จากแบบวัดเปรียบเทียบกับผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่า HADS ฉบับภาษาไทย สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดีมีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางคลินิก สำหรับค่าความเชื่อถือของเครื่องมือ พบว่า ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบวัดทั้งสองอยู่ในเกณฑ์ที่น่า

พอใจ โดย Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีค่าเท่ากับ 0.8551 และ 0.8259 ตามลำดับ

ค) แบบวัด WHO (Five) Well-Being Index (1998 version) ขององค์การอนามัยโลก (1988: online) แบบวัดความรู้สึกลงทางบวก ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกร่าเริง ความรู้สึกสงบและผ่อนคลาย ความสามารถในการทำงานได้ตามปกติ ดีขึ้นขึ้นมาแล้วรู้สึกสดชื่น และชีวิตประจำวันได้รับการเติมเต็มจากกิจกรรมที่ตนเองสนใจ แบ่งคำตอบเป็น 6 ช่วง คือ “ไม่รู้สึกตลอดเวลา” “รู้สึกบางเวลา” “รู้สึกน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง” “รู้สึกมากกว่าครึ่งหนึ่ง” “รู้สึกโดยส่วนใหญ่” และ “รู้สึกตลอดเวลา” คะแนนรวมจะมีตั้งแต่ 0-25 คะแนน นอกจากนี้คะแนนดังกล่าวสามารถนำมาคำนวณเป็นร้อยละ โดยการนำคะแนนที่ได้มาคูณ 4 จะได้ร้อยละ 0-100 ยิ่งมีคะแนนมากหรือมีร้อยละที่สูงจะแสดงถึงสุขภาพจิตที่ดี

ง) แบบวัดสุขภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) แบบวัดนี้ใช้วัดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ได้มีการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย และได้รับการทดสอบว่ามีคุณค่า (criterion validity) และความน่าเชื่อถือที่ดี แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยได้นำแบบวัดดังกล่าวมาทดสอบสมรรถภาพสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทย ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 (อ้างถึงใน สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2551-2552: 14)

จ) แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI) (อภิชัย มลคณ และคณะ, 2552: 299-316) แบบวัดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ครั้ง และตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ได้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่ (ฉบับปี 2007) 2 ฉบับ คือ ฉบับสมบูรณ์มีข้อคำถาม 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน) อภิชัย มลคณ และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาความน่าเชื่อถือของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างใน 13 จังหวัดของทั้ง 5 ภาคในประเทศไทย ขนาดตัวอย่าง 3,184 คน โดยค่า Cronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.80 ทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับย่อ

#### 1.4.1.4 การรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

เมื่อทราบว่าบุคคลใดมีปัญหาสุขภาพจิต บุคคลดังกล่าวควรที่จะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม สำหรับการรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมี 2 รูปแบบ คือ 1) การรักษาที่โรงพยาบาล และ 2) การรักษาที่บ้านหรือชุมชน ซึ่งรายละเอียดต่างๆ มีดังต่อไปนี้

1) **การรักษาที่โรงพยาบาล** การรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2552: 147-148) ได้กล่าวสรุปสาระสำคัญของ การรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

ก. ให้สืบค้นผู้ป่วยตั้งแต่เนิ่นๆ (Early detection) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการครั้งแรก (First episode) และควรให้การรักษาแบบเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง เพราะอาการทางสุขภาพจิตจะเป็นเช่นใดในอนาคตย่อมสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในช่วงนี้

ข. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงการรักษาหลัก (Cornerstone) คือ การใช้ยา แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง และมีเป้าหมายของการรักษาที่ชัดเจน

ค. ผู้ป่วยและญาติควรได้รับการรักษาทางด้านจิตสังคมอย่างเบ็ดเสร็จ (Comprehensive) ซึ่งประกอบด้วย การแทรกแซงของครอบครัว (Family intervention) ความเข้าใจในพฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavioral therapy) การพักฟื้นสู่สภาพปกติ (Vocational rehabilitation) และการรักษาในรูปแบบอื่นๆ โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคร่วม (Comorbid) เช่น ใช้สารเสพติด ฯลฯ

ง. สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมมีความสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการรักษาด้วย รวมทั้งการมีแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่มีอาการทางสุขภาพจิตฟื้นคืนกลับ (Recovery) ไปสู่สภาพเดิมที่ยังไม่ป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จ. การดูแลรักษาจะต้องพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป เหมือนกับการตัดเสื้อให้เฉพาะคน (Tailor) โดยต้องปรับให้เหมาะกับช่วง (Phase) และระยะ (Stage) ของอาการ รวมทั้งพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ฉ. ควรถือเป็นมาตรฐานว่าในการรักษานั้น ควรให้ผู้ที่มีอาการทางสุขภาพจิตและญาติเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องหรือร่วมมือในการรักษาด้วย

ช. การอ้าวงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่ดีและแข็งแรง รวมทั้งการป้องกันโรคทางกายที่ร้ายแรงและรับการรักษาโรคทางกายที่พบร่วมด้วยในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น จัดว่าเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องไม่ถูกละทิ้งหรือมองข้ามไป ไมเช่นนั้นแล้วผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตก่อนเหตุวัยอันควร (Premature death)

ซ. ในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์กำหนดให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเข้ามามีบทบาทในการร่วมดูแล (Shared care) กับจิตแพทย์ ซึ่งการดูแลผู้ที่มีอาการทางสุขภาพจิตโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพียงฝ่ายเดียวหรือมีจิตแพทย์ร่วมดูแลเพียงส่วนน้อย จะไม่

ถือว่าเป็นการดูแลที่ได้มาตรฐานของประเทศดังกล่าว

## 2) การรักษาที่บ้านหรือชุมชน

นอกเหนือจากรูปแบบการรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลแล้ว การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านหรือให้ชุมชนดูแลถือว่าเป็นอีกหนึ่งรูปแบบในการรักษาผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งรูปแบบการรักษาในลักษณะนี้เป็นรูปแบบที่เน้นการพึ่งตนเอง การส่งเสริมการเคารพตนเอง และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการพึ่งตนเองของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของความมั่นใจในตนเอง อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2549: 331-332) ได้กล่าวถึงการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตดังนี้

ก. ดูแลตนเอง (International Caring) คือ การเอาใจใส่ต่อตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลที่เน้นเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัย โดยมุ่งเน้นให้บุคคลพึ่งตนเองทางสุขภาพ กระบวนการดูแลตนเองเกิดจากการเคารพตนเอง รู้คุณค่าตนเอง และเชื่อมความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี เป็นการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองทางสุขภาพ สามารถดูแลตนเองให้หายจากการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องกล้าหาญและอดทน

ข. การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นผ่านทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ เช่น การสัมผัส (Touch) และการให้สนับสนุน (Support)

ค. การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในชุมชนโดยใช้ความช่วยเหลือจากภายนอกน้อยที่สุด ในเรื่องของสุขภาพอนามัย การพึ่งตนเองในชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญ และเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการดูแลตนเองที่สำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิต ทั้งนี้จะต้องได้รับการดูแลเยี่ยมเยียนจากบุคลากรทางสุขภาพซึ่งทำงานเป็นทีม โดยมีภารกิจหลัก คือ การให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนและให้ความสะดวกเพื่อให้ระบบการสนับสนุนเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ที่สุด

### 1.4.2 สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้ประกอบด้วย 1) การสูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต 2) อาการทางสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ 3) แบบคัดกรองขั้นต้นสำหรับผู้สูงอายุ และ 4) การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1.4.2.1 การสูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และมีผลอย่างสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสามารถ

สังเกตได้ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายของผู้สูงอายุเกิดการเสื่อมถอยหรือเสื่อมโทรม ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการทำหน้าที่ทำให้เซลล์ในร่างกายสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน มีภูมิคุ้มกันในตนเองที่ลดลงจึงทำให้เกิดโรคและอาการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น (ภุมรินทร์ เฉลิมยุทธ, 2543: 14) ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหงุดหงิดกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตั้งแต่การกลืนอาหารลำบาก มีอาการนอนไม่ค่อยหลับ ตื่นกลางดึก การขับถ่ายไม่เป็นปกติ มีอาการท้องผูก ปัสสาวะบ่อย การเดินไม่ค่อยคล่องตัว หกล้มง่าย การทำงานต่างๆ เริ่มช้าลง สมรรถนะทางเพศอาจลดลง ปัญหาเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ (อรพรรณ ลือบุญวรวิชัย, 2549: 237-238)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีผลให้สมรรถภาพในด้านต่างๆ เสื่อมถอยลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียที่สำคัญ การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทำให้ชีวิตไม่มีความสุข นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจยังมีสาเหตุมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การมีทัศนคติในทางลบต่อการเป็นผู้สูงอายุเองคิดว่าตนเองเป็นผู้อ่อนแอ ไร้ค่า มีความคิดต่างๆ ไม่ทันสมัย ไร้สมรรถภาพ และทั้งนี้อาจรวมถึงปัญหาของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้า ขาดความมั่นใจ (ภุมรินทร์ เฉลิมยุทธ, 2543: 14; สุรกุล เจนอบรม, 2534: 19-20)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น จากการที่ผู้สูงอายุเคยมีงานทำและมีรายได้ประจำ เปลี่ยนเป็นการขาดรายได้ ฯลฯ นอกจากนี้การที่สังคมเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม การขยายตัวของชุมชนเมือง และการเปลี่ยนแปลงสังคมไปสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการปรับตัว รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า รู้สึกว่าตนหมดความสำคัญ คิดว่าตนเองเป็นปัญหา (ภุมรินทร์ เฉลิมยุทธ, 2543: 14; สุรกุล เจนอบรม, 2534: 21)

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุมักเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และทางสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อร่างกายเจ็บป่วยจึง

ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพของอารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ไม่มีความสุข นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การมีทัศนคติในทางลบต่อการสูงอายุกคิดว่าตนเองเป็นผู้อ่อนแอ รวมไปถึงถึงการสูญเสียบทบาททางสังคมและการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองหมดความสำคัญ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

#### 1.4.2.2 อาการทางสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ

การศึกษาอาการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สามารถประเมินโดยใช้เทคนิคการสังเกตสภาพปัญหาทางอารมณ์จาก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีระวิทยา (physiological) (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2549: 303) ซึ่งอาการทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจำแนกกลุ่มอาการออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม เช่น อาการสมองเสื่อม อาการเพ้อคลั่ง อาการหลงลืม อาการผิดปกติทางอารมณ์ และ 2) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ เช่น อาการเหงา ความวิตกกังวล อาการหวาดระแวง อาการซึมเศร้า เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มอาการทางสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ มีดังนี้

##### อาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร

อาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร เกิดจากความเครียดที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลต้องตอบสนองกับสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา เมื่อใดที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้ จะก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ ซึ่งความเครียดดังกล่าวนี้จะแสดงอาการทางร่างกายออกมา เช่น ไม่สบาย ปวดเมื่อย นอนไม่หลับ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 79-80)

ในผู้สูงอายุซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ ซึ่งทำให้เกิดความเครียดและต้องการการปรับตัวอย่างมาก สำหรับสาเหตุของอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหารในผู้สูงอายุ พบได้ดังนี้

1) สาเหตุทางกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความผิดปกติของร่างกาย เมื่อมีอายุมากขึ้นมักมีแนวโน้มที่จะทานอาหารได้น้อยลง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการใช้แรงงานน้อยลง นอกจากนี้ร่างกายจะลดความแข็งแรงลง หรือมีความเจ็บป่วยบางประการทำให้เกิดความพิการในร่างกาย ไม่สะดวกในการเคลื่อนไหวไปมา สายตาก็ไม่ดีซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการจับจ่ายซื้อหาอาหารและการปรุงอาหาร จึงทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารได้ (บรรลู่ ศิริพานิช, 2535: 31-32)

2) สาเหตุทางอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสียในหลายๆ ด้านทั้งทางสุขภาพร่างกาย สังคมและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียต่างทำให้เกิดความเครียดเครียดทางอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุทานอาหารได้น้อยลงหรือมีอาการเบื่ออาหาร (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 79-80; บรรลุ ศิริพานิช, 2535: 31-32) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการทางร่างกายที่เปลี่ยนไปของระบบทางเดินอาหาร เช่น มีอาการปากคอแห้ง อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เบื่ออาหาร ท้องผูกหรือท้องเดิน เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 88; ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532: 190; ถนอมมขวัญ ทีวีบุรณ์ และพัสมณฑิ คุ่มทวีพร, 2542: 84)

3) สาเหตุอื่นๆ ลักษณะการรับประทานอาหารที่ไม่ครบถ้วนในผู้สูงอายุ เช่น การที่รับประทานอาหารที่ไม่มีกากทำให้เกิดอาการท้องผูก ซึ่งจะนำไปสู่อาการอึดอัดและทำให้เบื่ออาหารในที่สุด การขาดความชำนาญในการทำอาหารหรือราคาอาหารที่แพงในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาในการปรุงอาหารและมีข้อจำกัดที่จะหาเงินมาซื้ออาหารให้เพียงพอ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหารได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2535: 31-32)

### **อาการคิดมากหรือมีความวิตกกังวลใจ**

อาการคิดมากหรือมีความวิตกกังวลใจ เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน หรือเมื่อความต้องการของบุคคลมีสิ่งขัดขวางทำให้ไม่ประสบความสำเร็จจึงเกิดอาการคิดมากหรือความวิตกกังวลใจ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549: 255) นอกจากนี้ยังพบว่า ความคับข้องใจ (frustration) และความขัดแย้งในใจ (conflicts) ยังนำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลได้อีกด้วย (ถนอมมขวัญ ทีวีบุรณ์ และพัสมณฑิ คุ่มทวีพร, 2542: 87)

สำหรับผู้สูงอายุอาการคิดมากหรือมีความวิตกกังวลเป็นอาการที่พบได้บ่อยมาก อาการดังกล่าวเป็นปฏิกิริยาการปรับตัวให้เข้ากับความคิด ทำให้เกิดความไม่สบายใจวิตกกังวล (กระทรวงสาธารณสุข, 2530: 68) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าไปในโรงพยาบาลครั้งแรกจะรู้สึกถึงความแปลกที่และเกิดความเครียดขึ้นไม่มากนัก ยิ่งถ้าต้องเข้ามาพำนักในโรงพยาบาลด้วยแล้วจะยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกเหล่านี้รุนแรงขึ้น กฎระเบียบและระบบของการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกและสุขภาพจิตของผู้ป่วย ซึ่งจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตกกังวลหรือเครียดได้อย่างมาก (สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล, 2541: 178)

ผลของความวิตกกังวลใจจะทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ คือ อาการทางด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง

อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยโดยที่ไม่ได้ทำงานหนัก มีอาการแน่นหน้าอก หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ท้องอืด คลื่นไส้ เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะไม่เกรน นอนหลับยาก เป็นต้น และอาการทางด้านจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น กังวลใจ หนักใจ ไม่สบายใจ หวาดกลัวโดยไม่มีสาเหตุ ทุกข์ใจ ไม่อยากเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า จิตใจไม่สงบ กลัวตาย และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้ รู้สึกเคร่งเครียดและรำคาญ เป็นต้น ความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นถ้ามีหรือประสบเหตุการณ์เกิดขึ้น เช่น ตกจากที่สูง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถูกตี หรือถูกขโมยขึ้นบ้าน ฯลฯ (ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ และพัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2542: 83-84; บรรลุ ศิริพานิช, 2535: 111-112)

การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการคิดมากหรือมีความวิตกกังวลใจ ควรเน้นที่การแสดงการยอมรับให้ความรักและความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ กระตุ้นให้บุคคลได้ระบายความวิตกกังวลและอยู่เป็นเพื่อน พูดคุย ให้ได้ระบายความวิตกกังวล เพื่อความมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือ มีจัดสภาพแวดล้อมให้สงบและลดสิ่งกระตุ้นความเครียดและวิตกกังวล ดูแลตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ ความสะอาด เป็นต้น หากมีอาการขั้นรุนแรงต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549: 259)

### อาการรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ

อาการรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจในผู้สูงอายุ มักพบในผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะเคลื่อนไหวไม่ได้ อันเนื่องมาจากการเกิดภาวะด้อยโอกาสที่บทบาทต่างๆ ถูกจำกัด ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนที่อยู่ในสภาพเช่นนี้ควรได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างถี่ถ้วน และพิจารณาให้การรักษาในรายที่จำเป็นโดยเฉพาะในรายที่มีพฤติกรรมเบื้ออาหารหรือมีพฤติกรรมต่อต้าน เป็นต้น นอกจากนี้อาการรู้สึกหงุดหงิดยังมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตคือ ผู้ป่วยที่สูญเสียความมั่นใจ และต้องการการพึ่งพา ผู้สูงอายุจะเรียกร้องความสนใจจากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว หากไม่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลก็มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด รำคาญใจ หรือก้าวร้าวได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 168)

### อาการรู้สึกหมดหวังในชีวิต

ความรู้สึกหมดหวังในชีวิตในผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีความคิดอยากสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ลูกหลานและสังคม แต่ความต้องการของผู้สูงอายุอาจถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่อาจจะยับยั้งได้ จึงเกิดความรู้สึกหมดหวัง รู้สึกโกรธตนเอง และอาจนำไปสู่ภาวะความเศร้าได้ในที่สุด (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527: 168-169) นอกจากนี้ความรู้สึกหมดหวังในชีวิตอาจทำให้ผู้สูงอายุมีภูมิต้านทานต่อโรคมัยต่ำ ทำให้มีโอกาสรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้สูงอายุจึงมีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย (นางลักษณ เทพสวัสดิ์, 2545: 43)



ผู้สูงอายุมักจะมองชีวิตในอดีตเพื่อหาความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา และพยายามที่จะให้เหตุการณ์ในอดีตสัมพันธ์กับการพัฒนาความรู้สึกที่ดีและเห็นชีวิตมีความหมาย ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถหาความหมายในชีวิตได้ ความรู้สึกหมดหวัง รันทดและท้อแท้จะเกิดขึ้น เพราะผู้สูงอายุไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอดีตและยากที่จะยอมรับความผิดพลาดและการไม่ประสบความสำเร็จของตนเองได้ การตระหนักถึงความตายที่ใกล้เข้ามาถึงจึงเป็นเรื่องที่น่ากลัวมากสำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกหมดหวังในชีวิต (สุธีร์ อินต๊ะประเสริฐ, 2547: 118) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการไม่มีความสุขหรือเศร้าหมองมีผลต่อความรู้สึกหมดหวังในชีวิต เนื่องจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลงหรือหมดไป จนสร้างความรู้สึกของการไร้ความหวังและความหมดหวังให้เกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่มีอาการเศร้าหมองจะรู้สึกว่าไม่มีพลังและเฉยเมย ไม่มีพลังงานหรือทักษะเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532: 189)

### อาการรู้สึกที่ชีวิตไม่มีคุณค่า

อาการรู้สึกที่ชีวิตไม่มีคุณค่า เกิดจากการเสื่อมสภาพด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกที่ไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลานหรือบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนด้อยความสำคัญ บุตรหลานไม่ให้ความเคารพนับถือเกิดความรู้สึกน้อยใจ เมื่อความรู้สึกเหล่านี้สะสมมากขึ้นทำให้ความรู้สึกว่าตนเองไม่มั่นคง ผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรมแสดงออกโดยพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้น ได้แก่ การเก็บรักษาทรัพย์สินไว้อย่างดี หรือแสวงหาบุคคลที่ตนสามารถพึ่งพิงได้ (ละออง สุวิทยากรณ์, 2534: 15-16)

### อาการรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง

อาการรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง เป็นอาการที่แสดงถึงอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลง หรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย (ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ และพัชรมณีย์ คุ่มทวีพร, 2542: 87) อาการดังกล่าวเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่พบได้มากในคนวัย 55-70 ปี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549: 259-260) สาเหตุของอาการไม่มีความสุขและเศร้าหมอง เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น จากการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่เป็นที่รัก ความผูกพันคิดสับสนอยู่กับสิ่งที่ผ่านไป และการปรับตัวไม่ได้ การสูญเสียสมรรถภาพและความสามารถที่เคยมี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือความเจ็บป่วย มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่เรื้อรังและรุนแรง การประสบปัญหาด้านการเงิน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในด้านการใช้จ่ายได้ตามปกติ โดยส่วนใหญ่มักพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาด

ความอบอุ่นในครอบครัวมาก่อน หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมอุตสาหกรรม ทั้งนี้เพราะขาดความรัก ขาดการยอมรับนับถือ มีความรู้สึกอยู่อย่างไร้ความหมายและหดหู่ใจ นอกจากนี้การได้รับยา บางอย่างก็เมื่อใช้นานๆ แล้วทำให้เกิดมีอาการเศร้าหมองได้ เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ฯลฯ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 88) มากไปกว่านั้นการวินิจฉัยโรคเกินจริงที่ พบก่อให้เกิดผลเสียโดยเฉพาะทางด้านจิตใจตามมาอย่างมากในผู้สูงอายุ เช่น การให้การวินิจฉัย ว่าผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง เนื่องจากอาการ สมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังและส่วนใหญ่จะมีอาการเลวลงเป็นลำดับ อันส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติอย่างมาก และการวินิจฉัยเกินจริงอีกประการที่สร้างปัญหาต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยคือ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรม ของตนเองค่อนข้างมาก เช่น หยุดทำงานหรือลดการทำกิจกรรมลงมาก และมีการพึ่งพาสูง บาง รายจะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเครียดร่วมด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 177)

กระบวนการของอาการซึมเศร้าจะเริ่มต้นจากอาการภาวะขาดความสมดุล ของร่างกายหรือจิตใจ เมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่สูญเสีย เกิดอาการหมกมุ่น วุ่นวายสับสน เมื่อเวลา ผ่านไปหรือเหตุการณ์ดีขึ้น บุคคลจะค่อยๆ คืนสู่ภาวะปกติ แต่หากไม่สามารถคืนสู่ภาวะปกติได้ ถือเป็นความเศร้าผิดปกติ บุคคลนั้นจะปฏิเสธความจริง เก็บกด วิตกกังวลสูง และเศร้ามาก (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549: 259-260) สำหรับอาการไม่มีความสุขและเศร้าหมองถ้าเป็นแต่ เพียงเล็กน้อยจะทำให้มองโลกในแง่ร้าย มีความทุกข์ เหนงหงอย ไม่มีความสุขในชีวิต โดยทั่วไป อาการไม่มีความสุขและเศร้าหมองทำให้เกิดอาการต่างๆ ได้มากทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและ พฤติกรรม (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532: 189-193) ดังนี้

ก) อาการทางร่างกาย เช่น อาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย ในผู้สูงอายุ รู้สึกอ่อนเพลียและเมื่อยล้า มีความต้องการทางเพศด้น้อยลง มีความรู้สึกอยาก อาหารลดน้อยลงและน้ำหนักลด ปวดกล้ามเนื้อ ใจสั่น ท้องผูก หรือท้องเดิน มีนศีรษะ

ข) อาการทางจิตใจ เช่น ไม่สามารถคิดหรือมีสมาธิกับสิ่งๆ หนึ่งได้ รู้สึก สับสน ตัดสินใจได้น้อยลง สูญเสียความจำ มีความเสียใจซึ่งเป็นอยู่ในระยะเวลาที่นาน กลัวการ เป็นโรค หรือถ้าเป็นโรคอยู่บ้างก็จะกลัวและมีอาการมากกว่าที่ควรเป็น กระวนกระวายใจ ตึง เครียด อารมณ์หวนไหวและเปลี่ยนแปลงได้ง่าย มีพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม ไม่ค่อยสนใจ ครอบครัวเพื่อนฝูงหรือผู้ใกล้ชิด มีความรู้สึกผิดและรู้สึกว่าไม่มีผู้อื่นช่วยเหลือ รู้สึกสิ้นหวัง จน นำไปสู่การคิดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอาการที่มีอันตรายมาก

ค) อาการทางสังคมและพฤติกรรม เช่น มีความสนใจ ความริเริ่ม และความรับผิดชอบลดน้อยลง มีความพอใจในชีวิตลดลง มีความแปลกแยกหรือกระทำสิ่งที่แปลก รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ต่างไป และมีพฤติกรรมที่สับสนรวมทั้งมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน

การหลีกเลี่ยงอาการซึมเศร้าสามารถทำได้โดยการติดต่อกับเพื่อนฝูงอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรแก้ไขปัญหาทุกอย่างด้วยตัวเองอาจปรึกษาบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด สนใจกิจกรรมทางศาสนาให้มากขึ้น เพื่อให้ธรรมชาติกล่อมเกลาจิตใจ (บวรล ศิริพานิช, 2535: 27-28) หากการช่วยเหลือแก้ไขแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นอาจต้องใช้ยาโดยปรึกษาแพทย์ แพทย์อาจใช้ยาแก้อาการซึมเศร้าหรืออาจให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะบางเวลา เช่น ไปอยู่โรงพยาบาลเฉพาะกลางวันหรืออาจตลอดเวลาเพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในอัตราที่สูง จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด (บวรล ศิริพานิช, 2535: 113-114)

### อาการรู้สึกเหงา

อาการเหงาหรือว่าเหว่ เป็นการแสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอารมณ์อย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับความเครียดทางสังคม ซึ่งคนส่วนใหญ่มักจะให้ความสนใจน้อยโดยคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนมีอายุที่ต้องอยู่คนเดียวมีเพื่อนน้อยลง อาการเหงาเป็นความผิดปกติของจิตใจ เป็นความรู้สึกว่าเหว่ อ้างว้าง ขาดที่พึ่งที่เกิดขึ้นในตัวของคุณคนขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ทั้งๆ ที่มีคนคอยดูแลเอาใจใส่อยู่รอบข้าง (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 85) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอาการเหงาเนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่พอใจที่ตนเองต้องอยู่คนเดียว จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Centre for Addiction and Mental Health, 2008: online)

สาเหตุที่สำคัญของอาการรู้สึกเหงาในผู้สูงอายุ เกิดจากการสูญเสีย การพลัดพราก เช่น สูญเสียสิ่งที่ตนรัก ไม่สมหวังในการประกอบอาชีพ เป็นต้น ทำให้เกิดความท้อแท้ ลึกลับ ขาดความสุข ล้มป่วยและมีอาการเหงาเกิดขึ้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 85) อาการเหงาในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และพบมากในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Centre for Addiction and Mental Health, 2008: online)

อาการรู้สึกเหงา ผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้า เหงา เหมือนลอยค้ำยอยู่คนเดียวบนโลก อาการอาจปรากฏติดต่อกันหลายวัน หรือเกิดขึ้นเป็นพักๆ บางเวลา บางวัน หรือบางสัปดาห์ แล้วแต่ความรุนแรงที่มากกระทบจิตใจ อาจพบอาการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมด้วยได้ เช่น มีอาการกลืนอาหารไม่ได้ โดยตรวจหาสาเหตุของโรคไม่พบ ถ้าอาการเหงารุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจถึงขั้นฆ่า

ตัวตายได้ อาการเหงาอาจพบได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย แต่มักจะเป็นแบบชั่วคราวแล้วหายไป ซึ่งในผู้สูงอายุจะเป็นนานและรุนแรงกว่า (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 85)

การดูแลรักษาโดยการให้กำลังใจจากครอบครัว เป็นการรักษาที่สำคัญยิ่ง การเอาใจใส่ดูแลสม่ำเสมอจะช่วยผู้ป่วยได้มาก การจัดสิ่งทดแทนมาให้ เป็นวิธีการบำบัดอาการเหงาได้อีกวิธีหนึ่ง เช่น การให้สัตว์เลี้ยงที่ชอบเป็นเพื่อน ทำงานอดิเรกที่ชอบ สนับสนุนให้มีกิจกรรมนันทนาการ และการมีเพื่อนเพื่อช่วยผ่อนคลายอาการเหงา (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 85-86)

การศึกษาอาการทางสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ พบว่า อาการทางร่างกาย มีความสัมพันธ์กับอาการของทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพทางกายหรือมีโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด วิตกกังวล เศร้าหมอง ซึ่งอาการทางสุขภาพจิตต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่ออาการทางกายที่เสื่อมถอยลง ในขณะที่เดียวกันอาการทางสุขภาพจิต เช่น ความเหงา อาการรู้สึกหมดหวัง ความรู้สึกไม่มีคุณค่า และภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้สูงอายุขาดกำลังใจ ขาดความมุ่งหวังในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุจะมีภูมิต้านทานโรคต่างๆ ได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดอาการบาดเจ็บได้ง่าย นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุต้องประสบกับภาวะสูญเสียต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการปรับตัว แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลต่อเนื่องก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และนำไปสู่ความผิดปกติของภาวะสุขภาพทางจิตได้

#### 1.4.2.3 แบบคัดกรองสุขภาพจิตขั้นต้นสำหรับผู้สูงอายุ

เครื่องมือวัดที่ใช้ประเมินหรือวินิจฉัยอาการทางสุขภาพจิต เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและต้องอาศัยผู้ที่มีทักษะในการประเมิน ดังนั้น หากต้องการทราบว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด อาจใช้การตรวจคัดกรองด้วยแบบทดสอบคัดกรองขั้นต้น ซึ่งใช้ระยะเวลาสั้นกว่าในการที่จะทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือไม่

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทุกคน แบบคัดกรองขั้นต้นสำหรับผู้สูงอายุจะเป็นคำถามเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ มีรายการข้อคำถามไม่มาก และใช้เวลาระยะเวลาในการคัดกรองไม่นาน สุทธิ์ อินตะประเสริฐ (2547: 85-86) ได้สรุปแบบคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นไว้ดังนี้

ก. แบบคัดกรองอาการผิดปกติทางความคิดและภาวะสมองเสื่อม (Cognitive dysfunction & dementia) หรือ The Mini-Mental State Examination (Folstein

et al., 1975) เครื่องมือนี้ใช้เวลาเพียง 5-10 นาที เท่านั้นในการประเมินความจำ สมาธิ การคำนวณ ภาษา และการเข้าใจสภาพแวดล้อม (Orientation) หากทำผิด 7-12 ข้อ แสดงให้เห็นว่า มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Cognitive impairment) ในระดับอ่อน (Mild) ถึงปานกลาง (Moderate) ถ้าผิด 13 ข้อและมากกว่า ถือว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับที่รุนแรง (Severe impairment)

ข. แบบคัดกรอง The center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) (Radloff, 1977) เป็นแบบคัดกรองที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการช่วยตรวจหาอาการซึมเศร้า ผู้ประเมินจะอ่านคำถาม 20 คำถามให้แก่คนไข้ ซึ่งจะเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลนั้นในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา คะแนนสูงสุดในแต่ละข้อ คือ 3 คะแนน เป็นอาการซึมเศร้าในระดับสูงสุด และถ้าคะแนนรวมได้ 16 หรือมากกว่าแสดงว่าคนไข้มีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า

ค. แบบคัดกรอง Geriatric Depression Rating Scale (GDS) สร้างขึ้นโดย Carstensen, Edelstein and Dornbrand (1996) แบบคัดกรองนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ที่ให้ตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยคำถามจะเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ

#### 1.4.2.4 การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากบุคคลในวัยอื่นๆ ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ จึงควรที่จะคำนึงถึงสภาพทางร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2549: 246) ได้เสนอแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยให้ยึดหลักปฏิบัติดังต่อไปนี้ คือ

2.1 ผู้สูงอายุมักมีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ผู้ดูแลควรสร้างความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ

2.2 ผู้ดูแลควรระมัดระวังสิ่งที่จะมากระทบความรู้สึกต่อผู้สูงอายุที่มีอาการทางสุขภาพจิต

2.3 การตัดสินใจและการสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ตลอดจนการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

2.4 เมื่อมีการปรับเปลี่ยนสถานที่โรงพยาบาล หน่วยงาน หรือครอบครัว ผู้ดูแลตลอดจนญาติต้องสร้างความคุ้นเคยให้กับผู้สูงอายุได้อุ่นใจ

2.5 ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญเพราะสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ามีคนรักและรู้สึกเป็นเจ้าของเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความหมายสำหรับผู้สูงอายุที่จะช่วยเสริมสร้างได้ดี

2.6 การพัฒนาความมีคุณค่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตมักเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า การสร้างความรู้สึกว่าเขามีคุณค่า โดยแสดงความยกย่องนับถือ ให้เกียรติตามสถานภาพในสังคมทั้งด้านวัยวุฒิและคุณวุฒิจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

2.7 การพัฒนาความรู้จักตนเอง ยอมรับเกี่ยวกับตนเองได้ ถือว่าเป็นขั้นสูงสุดของการปรับตัวในผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การบูรณาการในชีวิตได้ดี

#### 1.4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ในประเด็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) แบบจำลองแนวคิด และ 2) ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### 1.4.3.1 แบบจำลองแนวคิด

มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางจิต ปัจจัยชนิดเดียวกันอาจทำให้บุคคลหลายคนมีความรู้สึกแตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกันก็ได้ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีนักวิชาการหลายท่านที่พยายามค้นหาคำอธิบายหรือศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผิดปกติทางจิตของบุคคล เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการแสวงหาทางป้องกันและบำบัดรักษา

World Health Organization [WHO] (2001: 1-13) เสนอแนวศึกษาด้านสาธารณสุขโดยอธิบายไว้ว่าความผิดปกติด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจ หรือสุขภาพจิตเป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์เชิงซ้อน (the result of a complex interaction) ระหว่างปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางสังคม (social factors) และปัจจัยทางจิต (psychological factors) กล่าวคือ

1) **ปัจจัยทางชีวภาพ** เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางสมองซึ่งสัมพันธ์กับการขัดขวางของการสื่อสารทางระบบประสาทภายในพื้นที่เฉพาะอันหนึ่ง (ภายในสมอง) นอกจากนั้นการสะสมของสารเคมีต่างๆ อันเป็นผลจากการใช้ยาบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในร่างกายที่อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลและปัจจัยทางชีวภาพอาจเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมอีกด้วย

2) **ปัจจัยทางสังคม** เกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างทางสังคม ความยากจน ความเหลื่อมล้ำของรายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความเป็นเมือง หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่างๆ จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดความแตกต่างทั้งในด้านเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม และประเพณี ตลอดจนสถานภาพทางสังคมและความเชื่อของบุคคลในแต่ละท้องถิ่น ทั้งนี้หากบุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือโครงสร้างทางสังคมที่ดี ย่อมมีความสมดุลทางสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็นสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต

3) **ปัจจัยทางจิต** แสดงถึงพัฒนาการทางด้านจิตและพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีการเรียนรู้หรือพัฒนาการตั้งแต่วัยทารก เกิดจากความสัมพันธ์ของบิดามารดาหรือผู้ดูแลคนอื่น ๆ ที่ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเพื่อให้ทารกหรือเด็กเล็กมีพัฒนาการที่สมวัย จึงส่งผลให้เป็นผู้มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีพัฒนาการสมบูรณ์ทั้งด้านภาษา สติปัญญา และสามารถปรับตัวหรือควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดความเครียดหรือประสบความล้มเหลวที่อาจเกิดจากปัญหาต่างๆ ในการดำรงชีวิตหรือแม้แต่การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

บัณฑิต ศรีไพศาล (2547: 31-32) เสนอสาเหตุการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมไว้ในหนังสือบูรณาการสุขภาพจิต ทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ ว่ามีสาเหตุมาจากจากปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสังคม กล่าวคือ

1) **ปัจจัยทางกาย** เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม โดยพันธุกรรมมีส่วนทำให้เกิดโอกาสของการเกิดโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงสูงขึ้น นอกจากนี้ความผิดปกติของระดับเซลล์และเนื้อเยื่อของสมองในผู้ป่วย มีผลทำให้กระบวนการของข้อมูลในสมองผิดปกติ และเกิดการเปลี่ยนแปลงการเชื่อมโยงของจุดเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synapse connection) ความผิดปกติดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการได้รับยาหรือประสบการณ์ต่างๆ จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมได้

2) **ปัจจัยทางด้านจิตใจ** แสดงถึงพัฒนาการทางด้านจิตใจและพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการเลี้ยงดู ความกดดัน ความเครียด และวิกฤตในชีวิต สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการกระตุ้นให้เกิดโรคทางจิต

3) **ปัจจัยทางสังคม** เกี่ยวข้องกับปัญหาความเป็นเมือง การอพยพ สงคราม ความยากจน การขาดการศึกษา มีผลทำให้ความชุกของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมสูงขึ้นทั้งสิ้น

วีระ ไชยศรีสุข (2539: 93-99) เสนอปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิต โดยได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1) **ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological Factors)** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของโครโมโซมและต่อมไร้ท่อต่างๆ การสูญเสียสมดุลของระบบการเผาผลาญในร่างกาย หรือแม้กระทั่งการขาดสารอาหารบางชนิด ตลอดจนการติดเชื้อ การบาดเจ็บ และการขาดออกซิเจน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อโครงสร้างทางร่างกาย การรับรู้ทางอารมณ์ และความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล

2) **ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural Factor)** เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความมั่นคงภายในครอบครัว การทำมาหาเลี้ยงชีพ ที่อยู่อาศัย โรงเรียน การติดต่อสื่อสาร อิทธิพลของเชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยม ปัญหาของชนกลุ่มน้อย ความขัดแย้งในสังคม และวัฒนธรรม และปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก หรือความผิดปกติทางจิตของแต่ละบุคคล

3) **ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factor)** เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับทารก บทบาทของพ่อ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การแข่งขันกันระหว่างพี่น้อง ระดับสติปัญญา ความถนัด ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้สึกเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน การสูญเสียซึ่งมีผลให้เกิดความวิตกกังวล ความโหม่ง ความละอาย และ ความสำนึกผิด โดยสิ่งต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก และการรับรู้ของแต่ละบุคคล

#### 1.4.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หัวข้อนี้เป็นการทบทองงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตในฐานะตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระจากมุมมองทางประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจสังคม และทางจิตใจ เพื่อให้ประกอบการกำหนดว่ามีตัวอิสระตัวแปรใดบ้างที่มีอิทธิพลและตัวแปรดังกล่าวมีอิทธิพลอย่างไรต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### เพศ

เพศเป็นองค์ประกอบพื้นฐานทางประชากรที่สำคัญของแต่ละบุคคล กล่าวคือ ชายและหญิงจะมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเห็นทั้งในแง่ของชีววิทยา สรีระร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด การตัดสินใจ และลักษณะนิสัย โดยลักษณะทางชีวภาพและการหล่อหลอมทางสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันในพฤติกรรมระหว่างชายและหญิงได้ด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้เพศจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต



จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิงจะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย (จิรศักดิ์ทองอ่อน, 2541: 70; ศันสนีย์ไชยวณิช, 2526: 113-114; เพียงใจ สิ้นธุนาต และคณะ, 2527: 81; พัชรา ศิลปบรรเลง, 2537: 105; วราภรณ์ จิธานนท์, 2547: 104; Patel et al., 2001: online) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอาการทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (จิตรกัญญาณ์ บุญญา, 2539: 76; ภูมิรินเฉลิมยุทธ, 2543: 40; ดนัย ทิพยกนก, 2544: 71; จิตรภรณ์ วัฒนศัพท์, 2551: 85; Chou and chi, 1999: online) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงมักเป็นเพศที่มีความอ่อนโยนมากกว่าเพศชาย ทั้งด้านความรู้สึกและภาวะทางอารมณ์ จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ จนเกิดความเครียด ความกดดัน ส่วนเพศชายปกติจะมีจิตใจที่หนักแน่นกว่า ดังนั้น เพศหญิงจึงประสบกับปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่า (ดนัย ทิพยกนก, 2544: 71)

ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า เพศหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศชาย (จิตติมา ตงราเชนทร์, 2550: 89) เนื่องจากเพศหญิงมีวิธีการคลายเครียด หรือแก้ปัญหามากกว่าด้วยกระบวนการทางสังคม เช่น เล่าให้เพื่อนฟัง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมากกว่าเพศชาย รวมทั้งการสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุราของผู้หญิงนั้นยังไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมมากนัก จึงทำให้ผู้หญิงต้องหาทางคลายเครียดด้วยวิธีอื่นๆ ที่ดีต่อสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย

จากการศึกษาผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางคือ เพศหญิงน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าเพศชาย และเพศชายน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าเพศหญิง สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าเพศหญิงน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมักเป็นเพศที่มีความอ่อนโยนมากกว่าเพศชาย ทั้งด้านความรู้สึกและภาวะทางอารมณ์ จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ จนเกิดความเครียด ความกดดัน จนส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ลดต่ำลง ดังนั้น อาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาคั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

### อายุ

อายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่บ่งบอกถึงรุ่นปีเกิดของประชากร อีกทั้งยังเป็นตัวแสดงถึงลักษณะพื้นฐานของแต่ละบุคคล รวมถึงความพร้อมทางด้านสรีระวิทยาในการเจริญพันธุ์ของประชากรอีกด้วย ประชากรที่มีอายุต่างกันจะมีความคิดและความต้องการในเรื่องต่างๆแตกต่างกันออกไป ดังนั้นจึงมีผลต่อพฤติกรรมและความคิดที่แตกต่างกัน

โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ดีกว่า หรือมีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่า ด้วยเหตุนี้อายุจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (พลากร ดวงเกตุ, 2553: 25)

ผลการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า (สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ และคณะ, 2528: 28; สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์, 2543: 78; พลากร ดวงเกตุ, 2553: 78; จิตราภรณ์ วัฒนศัพท์, 2551: 85) ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างทางด้านประสบการณ์ชีวิตซึ่งมีผลต่อความคิดและการควบคุมอารมณ์ ตลอดจนความอดทนในการเผชิญหน้ากับความทุกข์ยากต่างๆ ในชีวิต ดังนั้น กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าเมื่อเผชิญหน้ากับปัญหาทุกข์ยากต่างๆ ถึงแม้จะเป็นปัญหาเดียวกับผู้ที่มีอายุมากกว่าแต่ก็มีความอดทนน้อยกว่า จึงทำให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตได้มากกว่า (สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ และคณะ, 2528: 28)

ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (พัชรา ศิลปบรรเลง, 2537: 106) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีปัญหาของภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552: 52; ไพจิตร เกษางาม, 2551: 52; อรสา ไยยง และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2554: 125; Chou and chi, 1999: online) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นอาจจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวลดน้อยลง รวมถึงบุคคลในวัยเดียวกันซึ่งเป็นเพื่อนและสามารถปรึกษาหารือกันได้ อาจจะทำให้เสียชีวิตรวดคงเหลือคนในวัยเดียวกันในจำนวนไม่มากอาจจะเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความเหงามากขึ้น (วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552: 52) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำมาก่อนได้เหมือนเดิม ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัวบ้าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ไพจิตร เกษางาม, 2551: 52)

ขณะที่การศึกษาของ พระสมชาย โอดคำดี (2548: 136) ที่ทำการศึกษาศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุ ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลับพบว่า พระภิกษุสูงอายุที่มีอายุต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และผู้ที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นอาจจะได้รับการดูแล

เอาใจใส่จากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวลดน้อยลง รวมถึงบุคคลในวัยเดียวกันซึ่งเป็นเพื่อน และสามารถปรึกษาหรือกันได้ อาจจะทำให้เสียชีวิตลง คงเหลือคนในวัยเดียวกันในจำนวนไม่มาก อาจจะเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความเหงามากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำมาก่อนได้เหมือนเดิม ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัวบ้าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิตของผู้สูงได้ ดังนั้น อาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาคั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

### จำนวนของโรคเรื้อรัง

การมีภาวะสุขภาพทางกายที่ไม่ดี หรือการมีโรคประจำตัว ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งส่งผลให้มีความรู้สึกที่ตนเองทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคมน้อยลง ก่อให้เกิดความเกรงใจกับสมาชิกในครอบครัว สูญเสียความมั่นใจ มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น จำนวนของโรคเรื้อรังน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (दनัยทิพยกรณ, 2544: 21)

ผลการทบทวนวรรณกรรมโดยส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังมากกว่าจะมีสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังน้อยกว่า (วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552: 52; ภูมิรินทร์ เฉลิมยุทธ, 2543: 55; Centre for Addiction and Mental Health, 2008: online) ทั้งนี้เนื่องจากการมีโรคเรื้อรังที่รุมเร้ามากย่อมส่งผลต่อสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุที่แย่ง ทำให้เกิดข้อจำกัดทางกายเพิ่มมากขึ้นอาจเป็นสาเหตุให้ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับบุคคลในครอบครัวและสังคมน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น จนเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงาเพิ่มสูงขึ้น (วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552: 52)

ดังนั้น ผู้ที่มีจำนวนโรคเรื้อรังที่มากกว่าน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีจำนวนโรคเรื้อรังน้อยกว่า จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาคั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังที่มากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังน้อยกว่า

### ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพด้านหน้าที่ของร่างกาย หากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะรู้สึกว่าสุขภาพกายดี เมื่อสุขภาพกายดีสุขภาพใจก็จะดีตามไปด้วย ดังนั้นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน่าจะมี ความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ผลการทบทวนงานวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้จะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (Mulsant. BH, Ganguli. M and Seaberg. EC. 1997: abstract) เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายที่มีความพิการทางกาย ทำให้การประกอบกิจวัตรประจำวันลำบาก ช่วยตนเองได้ยากเลยทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ เกิดอาการซึมเศร้า (บรรลุ ศิริพานิช, 2535: 32)

ดังนั้น ผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้จะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่า

### **การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย**

การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย เป็นตัวแปรที่วัดเชิงจิตวิสัยโดยวัดจากความคิดหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลว่าสุขภาพกายของบุคคลนั้นๆ เป็นอย่างไร หากรู้สึกว่าสุขภาพกายไม่ดีหรือเจ็บป่วยบ่อยครั้งย่อมส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตน ซึ่งจะมีส่วนทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนตามไปด้วย และในทางตรงกันข้ามหากรับรู้หรือประเมินว่าสุขภาพกายแข็งแรงก็ย่อมทำให้จิตใจเป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พลากร ดวงเกตุ, 2553: 35)

ผลจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต กล่าวคือ ประชากรที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับต่ำกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าประชากรที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่สูงกว่า (พลากร ดวงเกตุ, 2553: 78) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับประชากรสูงอายุ ที่พบว่า สุขภาพกายมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระดับของสุขภาพจิต กล่าวคือ ผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมาก ความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตก็จะลดลงตามไปด้วย (ปรียารวรรณ สุดจันทน์, 2552: 98; วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552: 52; Centre for Addiction and Mental Health, 2008: online) ทั้งนี้เนื่องด้วยผู้ที่รับรู้สุขภาพกายของตนดีจะมีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองจึงทำให้จิตใจเป็นสุข จนส่งผลทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนตามไปด้วย จึงทำให้การรับรู้สุขภาพกายมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (พลากร ดวงเกตุ, 2553: 73)

ดังนั้น ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายที่ไม่ดีน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายที่ดี จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับต่ำกว่ามีโอกาสมากกว่า

ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับที่สูงกว่า

### ระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่งที่สะท้อนถึงสถานภาพทางสังคมของบุคคล นอกเหนือจากการจ้างงาน สถานภาพการทำงาน และสถานภาพทางเศรษฐกิจ การศึกษาถือได้ว่าเป็นการสะสมทุนในมนุษย์ (Human Capital) และเป็นตัวเพิ่มการควบคุมลักษณะการดำเนินชีวิต รวมไปถึงการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ยังเป็นตัวแปรทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็น ทักษะคิดและการแสดงออกของบุคคล เป็นสิ่งที่แสดงความรู้ ความสามารถ หน้าที่ และความรับผิดชอบ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงมักจะมองโลกในลักษณะที่กว้าง เพราะการได้รับข้อมูลหรือข่าวสารหลากหลาย ทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมรู้จักใช้เหตุผลบางอย่างมาประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (พลากร ดวงเกตู, 2553: 26)

จากผลการศึกษาวิจัยและการทบทวนเอกสารวิชาการที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่ พบว่า การศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อสุขภาพจิตที่ต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (พัชรา ศิลปบรรเลง, 2537: 109-110; วราภรณ์ จิธานนท์, 2547: 106-107; พลากร ดวงเกตู, 2553: 78; Farah N. Mawani and Heather Gilmour, 2010: 6) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาในประชากรสูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับต่ำ (Chou and chi, 1999: online) ทั้งนี้เนื่องจากการที่ประชากรมีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า มักมีข้อจำกัดในการใช้ความรู้ ความสามารถ และความรับผิดชอบต่างๆ ที่สูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงจึงอาจทำให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตมากกว่า ดังนั้นจึงทำให้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน (พลากร ดวงเกตู, 2553: 64)

ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า

### สถานภาพสมรส

บุคคลที่มีภาวะคู่หรือแต่งงานมีคู่ครองแล้วจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะมีผลต่อภาวะการสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต

จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหย่า/หย่า/แยก และสถานภาพสมรสโสด ตามลำดับ (ไพจิตร เกษางาม, 2551: 52; สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 111; ศันสนีย์ ไชยวณิช; 2526: 117-118) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ (สุดาวลัย สายสืบ, 2536: 73) ทั้งนี้เพราะคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรหลานมากมาย แต่อยู่คนละวัยอาจทำให้เกิดความแตกต่างทางความคิดได้ และบุตรหลานอาจมีเวลาให้ผู้สูงอายุน้อย เนื่องจากมีภาระภายในครอบครัวของตนเอง คู่สมรสจึงมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพราะมีความผูกพันใกล้ชิด เป็นเพื่อนคุยให้คำปรึกษาหรือให้กำลังใจแก่กันได้ดี ในขณะที่เดียวกัน ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครองจะขาดเพื่อนขาดเป้าหมายในชีวิต ทำให้ต้องตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งทำได้ยาก ดังนั้น ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จึงมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดียว (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 119)

ขณะที่บางงานศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้างมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดกับสมรส (จิตรกัญญาณ์ บุญญา, 2539: 76; พัชรา ศิลปบรรเลง, 2537: 107) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง อาจจะได้รับผลกระทบกระเทือนใจต่อสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากสาเหตุที่ตนต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความว่าเหวในชีวิต เกิดความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตในสังคมตามลำพัง จนอาจทำให้เกิดอาการหวาดระแวงคิดมากมีเรื่องอะไรเล็กน้อยก็จะเก็บมาคิดเป็นเวลานาน หลีกเลี้ยงที่จะพบคนหมู่มาก ไม่กล้าแสดงออก เกิดความอึดอัด และไม่สบายใจ เมื่อต้องการติดต่อกับคนอื่นมีความรู้สึกว่ามีใครเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ เกิดความคับข้องใจกลายเป็นความเครียด ซึ่งถ้าเป็นมากๆ จะเป็นโรคประสาทและโรคจิตอย่างอ่อนๆ ได้ และจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางร่างกายตามมา (จิตรกัญญาณ์ บุญญา, 2539: 81)

ในทางตรงกันข้ามพบว่า ประชากรที่มีสถานภาพสมรสสมรสหรือเคยสมรส จะมีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าประชากรที่มีสถานภาพโสด (พลากร ดวงเกตุ, 2553:

78; จูตีมา ตงราเซนทร์, 2550: 89) เนื่องด้วยผู้ที่มีสถานภาพโสดมีความเป็นอิสระส่วนตัวค่อนข้างสูง อีกทั้งมีหน้าที่แบกรับภาระครอบครัวที่น้อยกว่า และบทบาททางความคิดในการดำเนินชีวิตที่ทั้งบทบาททางสังคม และบทบาทภายในครอบครัวยังไม่แตกต่างกันไปจากอดีตมากนัก ขณะที่ผู้ซึ่งสมรสหรือเคยสมรสจะมีความเป็นส่วนตัวลดลง เนื่องจากมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นได้ (พลากร ดวงเกตุ, 2553: 28)

จากการศึกษาผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบเป็น 3 แนวทางหลัก คือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ น่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว (โสด/หม้าย/หย่า/แยก) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดกับสถานภาพสมรสสมรส น่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่าร้าง และผู้ที่มีสถานภาพเดี่ยวน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว (โสด/หม้าย/หย่า/แยก) น่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากบุคคลที่มีภาวะคู่หรือแต่งงานมีคู่ครองแล้วจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกัน ซึ่งจะมีผลต่อภาวะการสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม คู่สมรสมักจะเป็นเพื่อนคุยให้คำปรึกษาหรือให้กำลังใจแก่กันได้ดี ดังนั้นอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาคั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก) น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ระหว่างการสมรส

### เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะสถานที่อยู่อาศัยของคนในสังคม ตามเขตการปกครองในปัจจุบัน ซึ่งมีการแบ่งออกเป็นในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ความแตกต่างของเขตที่อยู่อาศัยนอกจากจะแสดงถึงโครงสร้างทางสังคม ยังแสดงถึงความแตกต่างของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองจึงมีโอกาสเข้าถึงสาธารณูปโภคหรือโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต

ผลการทบทวนงานวิจัย เช่นการศึกษาของพลากร ดวงเกตุ (2553: 68) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551 พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยในเขตเทศบาล และรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2551-2: 183) พบว่า

ประชากรไทยที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีความชุกภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรไทยที่อาศัยในเขตเทศบาล (เปรียบเทียบร้อยละ 2.9 กับ 2.6) ทั้งนี้เนื่องจากประชากรวัยแรงงานที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีโอกาที่จะเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก และมีโอกาสในการแสวงหารายได้จากการทำงาน ประกอบอาชีพค่อนข้างน้อยจึงอาจก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลต่างๆ ในการดำรงชีวิตมากกว่า

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ตีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

### สถานภาพในครัวเรือน

การเป็นหัวหน้าครัวเรือน สะท้อนถึงบทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคล ผู้ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนถือว่าเป็นผู้ที่มีอำนาจและได้รับความนับถือจากสมาชิกในครัวเรือน สำหรับผู้สูงอายุที่ยังสามารถรักษาสถานภาพหัวหน้าครัวเรือนไว้ได้ น่าจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ไม่รู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า มีประโยชน์ ดังนั้นการเป็นหัวหน้าครัวเรือนน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (दनय, ทิพยกนก, 2544: 19)

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในครัวเรือนสูงโดยมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือนจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน (พรพจน์ กิ่งแก้ว, 2538: 48)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครัวเรือนไม่เป็นหัวหน้าครัวเรือนน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ตีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน

### สถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงานเป็นตัวแปรที่ชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการหารายได้ และการมีกิจกรรมอยู่อย่างต่อเนื่อง มีโอกาสได้พบปะผู้คน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะมีผลต่อปรับตัวของบุคคล อารมณ์ และจิตใจของบุคคลด้วย ดังนั้น สถานภาพการทำงานน่าจะเป็นตัวแปรที่จะส่งอิทธิพลต่อภาวะทางจิตใจ

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพและไม่ได้ประกอบอาชีพมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 111; ปรีชา อุปโยคิน และคณะ,



2541: 102-103; Patel et al., 2001: online) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ มีความมั่นคง สามารถพึ่งตนเองได้ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าทำให้สุขภาพจิตดี (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 120)

ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า ผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ทำงานจะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันอาจรู้สึกเครียดในงานที่ทำอยู่ตลอดเวลาจนอาจรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาที่ตนเองยังคงต้องทำงานอยู่ในบั้นปลายชีวิต แทนที่บุตรหลานจะคอยหาเลี้ยงดู และสมควรได้รับความช่วยเหลือจากลูกหลานในด้านต่างๆ ซึ่งความเครียดและความกังวลใจต่างๆ จากการทำงานอาจมีอิทธิพลมากกว่าการมีโอกาสได้พบปะผู้คนหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (दनัย ทิพยกนก, 2544: 73)

ดังนั้น ผู้ที่ไม่ทำงานน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีทำงาน จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ทำงาน

### **การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน**

กิจกรรมทางสังคมมีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย ในวัยสูงอายุกิจกรรมมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 34)

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 124) ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถ มีประโยชน์ ไม่เป็นภาระผู้อื่น ทั้งยังสร้างความเพลิดเพลินให้กับผู้สูงอายุ (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 124)

ดังนั้น ผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

### **ระดับรายได้**

รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่บ่งชี้ถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล โดยผู้ที่มีฐานะทางด้านเศรษฐกิจแตกต่างกัน ย่อมมีผลต่อการเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต และโอกาสทางสังคมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ รายได้ยังเป็นสิ่งที่

สะท้อนถึงความสามารถในการเข้าถึงและโอกาสในการได้รับสินค้าและบริการต่าง ๆ ทั้งในแง่ของสินค้าที่ใช้ในการอุปโภคและบริโภคทั่วไป การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น ดังนั้นระดับรายได้จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต

จากผลการศึกษาวิจัยและการทบทวนเอกสารวิชาการที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่ พบว่า ระดับรายได้ที่แตกต่างกันมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า (ทานิต ไชยชนะศิริ, 2551: 57; ผจงจิต ผาภูมิ, 2538: 75; สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์, 2543: 79; Farah N. Mawani and Heather Gilmour, 2010: 5) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่ามีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า (จิตรกัญญาณ์ บุญญา, 2539: 76; สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 111, ดนัย ทิพยกนก, 2544: 74; สุดาวลัย สายสืบ, 2536: 73; วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552: 53) นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่มีความเครียดทางการเงินสูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีความเครียดทางการเงินน้อย (Chou and chi, 1999: online) ที่เป็นดังนี้อาจเป็นเพราะว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อย จะต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัวและมักจะประสบอุปสรรคมาก ย่อมทำให้เกิดความคับข้องใจได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า (จิตรกัญญาณ์ บุญญา, 2539: 83)

ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่า จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า

### **ความเพียงพอของรายได้**

ปัจจุบันระบบเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก กล่าวคือ บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะส่งผลให้มีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ขัดสน หากรายได้ที่ได้รับมาไม่เพียงพอกับรายจ่ายมักมีผลกระทบต่อการตอบสนองสิ่งที่ต้องการ จนนำไปสู่การประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดความคับข้องใจ และส่งผลกระทบต่อจิตใจ (ไพจิตร เกษางาม, 2551: 20) ดังนั้น ความเพียงพอของรายได้น่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต กล่าวคือ ผู้ที่มีความเพียงพอของรายได้จะมีภาวะทางสุขภาพจิต

ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความเพียงพอของรายได้ (ทานิต โชครณะศิริ, 2551: 45; จินตนา กมลพันธ์, 2545: 94; มุกิตา คงปั้น, 2551: 67; ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ทำการศึกษากับกลุ่มประชากรสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายพอเพียงจะมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายไม่พอเพียง (ไมตรี ตียะรัตน์กูร, 2536: 77; สุดาวัลย์ สายสืบ, 2536: 73; ปรียารวรรณ สุดจำนงค์, 2552: 96; เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2554: 107; อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554: 125) เนื่องจากปัญหาด้านการเงินโดยเฉพาะในช่วยวิกฤติเศรษฐกิจ มีสาเหตุมาจาก 3 อันดับแรกเกิดจากรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ราคาสินค้าอุปโภคสูงขึ้น และรายได้ลดลง ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายอาจเป็นตัวบอกแนวโน้มสุขภาพจิตของกลุ่มนั้นได้ว่า น่าจะมีความวิตกกังวล ความเครียด ความผาสุกค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาระทางครอบครัว การดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลบุตรหลานหรือบิดามารดา เงินเป็นปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง หากไม่เพียงพอแล้วก็นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (มุกิตา คงปั้น, 2551: 67) นอกจากนี้หากพิจารณาถึงประชากรสูงอายุแล้ว ประชากรกลุ่มดังกล่าวมักจะเป็นวัยที่พ้นจากการทำงาน ทำให้มีรายได้น้อยหรือต้องอาศัยรายได้จากบุตรหลานของตน ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่พอเพียงพอต่อการใช้จ่าย ผู้สูงอายุบางรายยังมีความจำเป็นหรือความต้องการที่จะมีรายได้เพื่อใช้จ่ายในสิ่งที่ต้องการ เพื่อให้การดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างพอเพียง จะส่งผลให้ประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ จนนำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล (ไมตรี ตียะรัตน์กูร, 2536: 77)

ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ความเพียงพอต่อการดำรงชีวิต จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ความเพียงพอต่อการดำรงชีวิต

### **จำนวนสมาชิกในครัวเรือน**

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงขนาดของครัวเรือน ครอบครัวยุคใหม่มีสมาชิกมากย่อมมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันภายในครอบครัว มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ระหว่างกันภายในครอบครัว และคอยพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะช่วยคลายเหงา และช่วยบรรเทาความทุกข์ ที่อาจส่งผลต่อจิตใจของบุคคลได้ ดังนั้น จำนวนสมาชิกในครัวเรือนน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะทางสุขภาพจิต

จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต กล่าวคือ ผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่น้อยกว่า (พลากร ดวงเกตุ, 2552: 67-68) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากับประชากรสูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวนมากกว่ามีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวนน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากหากจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีจำนวนมาก ผู้สูงอายุจะมีลูกหลานหรือญาติพี่น้องรวมกัน ทำให้มีบทบาทในการให้คำปรึกษาแนะนำ และช่วยเหลือดูแลเด็ก ๆ ในบ้านหรือบางครั้งบุตรหลานในครัวเรือนสามารถเป็นที่พึ่งพิงทางด้านเศรษฐกิจ และเป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุด้วย (สุดาวัลย์ สายสืบ, 2536: 74)

ในขณะที่การศึกษาของ ดนัย ทิพยกนก (2544: 75) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ร่วมกับคนจำนวนมากในครัวเรือน อาจก่อให้เกิดความสับสนวุ่นวาย ไม่มีความเป็นส่วนตัว ประกอบกับการที่ต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถเข้ากับสมาชิกคนอื่นๆ ในครัวเรือน อาจทำให้ผู้สูงอายุเผชิญกับความเครียด และรู้สึกกดดันหรือมีความกังวลใจ ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

ดังนั้น ผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่น้อยกว่าน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาคั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่น้อยกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มากกว่า

### รูปแบบการอยู่อาศัย

รูปแบบการอยู่อาศัยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบุตรหรือคู่สมรสจะมีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจหรือมีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ซึ่งน่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดี การเสียชีวิตของคู่สมรส การที่บุตรย้ายออกจากครัวเรือนเพื่อไปทำงานหรือศึกษาต่อ ตลอดจนการแยกออกจากครัวเรือนเนื่องจากการสมรสหรือการสร้างครอบครัวใหม่ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ขาดที่ปรึกษา ขาดคนดูแลคอยเอาใจใส่ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีตามมา (दनัย ทิพยกนก, 2544: 19)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ตามลำพังโดยปราศจากคนคอยดูแลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี และเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (อิงใจ จันทมูล, 2539: 67; K.-L. Chou and et al. 2006: 586) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีความรู้สึกว่ามีเหงามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน (ธิดา มีศิริ, 2540: 80) และการศึกษาของ Young Kyung Do and Chetna Malhotra (2012: 388) ที่ศึกษารูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตรกับอาการซึมเศร้าในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรมีผลทำให้คะแนนของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง

จากเหตุผลสนับสนุนข้างต้นคาดว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหรือคู่สมรสน่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดี และเมื่อพิจารณาถึงเรื่องการเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจและการดูแลปรนนิบัติแล้วบุตรน่าจะเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนและปรนนิบัติมากกว่าคู่สมรสที่สูงอายุด้วยกัน ผู้วิจัยเห็นว่าผู้ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบไม่ได้อยู่กับบุตรน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบอยู่กับบุตร จึงอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบไม่ได้อยู่กับบุตรมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบอยู่กับบุตร

## 1.5 กรอบแนวคิดของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดของการศึกษาไว้ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดนี้มีโครงสร้างอ้างอิงมาจากกรอบแนวคิดของ World Health Organization [WHO] (2001: 1-13) และปรับให้มีความสมบูรณ์สำหรับการวิจัยครั้งนี้มากขึ้น ด้วยผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมไปถึงความพร้อมใช้ของข้อมูล (Availability of data) ที่จะใช้ในการศึกษา

กรอบแนวคิดนี้แสดงว่าสุขภาพจิตได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางประชากร ซึ่งประกอบไปด้วยเพศ และอายุ 2) ปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งประกอบไปด้วยจำนวนของโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย 3) ปัจจัยทางสังคม ประกอบไปด้วยระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน สถานภาพการทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน 4) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ประกอบไปด้วยระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ 5) ปัจจัยทางครอบครัว คือ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และรูปแบบการอยู่อาศัย ทั้งนี้ตัวแปรแต่ละตัวภายใต้กรอบปัจจัยทั้ง 5 ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ



**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย”

## 1.6 สมมติฐานของการศึกษา

สมมติฐานหลักและสมมติฐานรองของการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ที่กำหนดขึ้นโดยอาศัยหลักเหตุผลตามที่ทบทวนไว้ในหัวข้อวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

### สมมติฐานหลัก

ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกัน

### สมมติฐานรอง

1. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
2. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า
3. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีจำนวนของโรคเรื้อรังมากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนของโรคเรื้อรังน้อยกว่า
4. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่า
5. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับที่สูงกว่า
6. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า
7. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก) น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ระหว่างการสมรส
8. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล
9. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่า

ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน

10. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ทำงาน
11. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านชุมชน
12. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า
13. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
14. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่น้อยกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มาก
15. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบไม่อยู่อาศัยกับบุตรมีโอกาสมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบอยู่อาศัยกับบุตร



## บทที่ 2

### ระเบียบวิธีวิจัย

ในบทนี้จะเป็นการเสนอระเบียบวิธีวิจัยประกอบด้วย แหล่งที่มาของข้อมูลของการศึกษา ประชากรและการเลือกตัวอย่าง ขอบเขตของการศึกษา ข้อจำกัดของการศึกษา นิยามตัวแปรและการวัด และการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1 แหล่งที่มาของข้อมูลของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โครงการสำรวจนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ สภาพทางเศรษฐกิจและสภาพทางสังคม รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจในครั้งนี้ได้ดำเนินการสอบถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และมีการจัดเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

#### 2.2 ประชากรและการเลือกตัวอย่าง

##### 1) ประชากรที่ศึกษา

ประชากรเป้าหมายในการศึกษา คือ ประชากรสูงอายุที่มีอายุ (เต็ม) ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

##### 2) การเลือกตัวอย่าง

โครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” เก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนทั่วประเทศ โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Stratified Two-Stage Sampling) โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ซึ่งมีทั้งสิ้น 76 สตราตัม และในแต่ละสตราตัม ได้แบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยมีชุมชนอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง ครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นตัวอย่างขั้นที่สอง

##### การเลือกตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง

จากแต่ละสตราตัมย่อยหรือแต่ละเขตการปกครอง ได้เลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ตัวอย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชนอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 5,796 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน

### การเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง

ในขั้นนี้เป็นการเลือกตัวอย่างครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลตามบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยกำหนดขนาดของตัวอย่างเป็นดังนี้ คือ

ในเขตเทศบาล กำหนด 15 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อ ชุมชนอาคาร

นอกเขตเทศบาล กำหนด 12 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อ หมู่บ้าน

จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตกเป็นตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 79,560 ครัวเรือนส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือนที่ตกเป็นครัวเรือนตัวอย่างจะถูกสัมภาษณ์ทั้งหมด

กรณีตัวอย่างของโครงการสำรวจครั้งนี้มีจำนวน 62,840 ราย จากนั้นผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่างที่มีอายุ (เต็ม) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้จำนวน 34,173 ราย และจำกัดเฉพาะที่มีข้อมูลของอาการทางสุขภาพจิตครบทั้ง 7 อาการ และตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมดเท่านั้น ได้กรณีตัวอย่างทั้งสิ้น 23,304 ราย<sup>1</sup>

ทั้งนี้ โครงร่างของวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในด้านระเบียบวิธีการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2555 แล้ว

### 2.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย” มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุ (เต็ม) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมดและมีข้อมูลของอาการทางสุขภาพจิตครบทั้ง 7 อาการ ทั้งนี้เพื่อความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ของข้อมูล

### 2.4 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัด 3 ข้อ ด้วยกัน คือ

1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดย

<sup>1</sup> ทั้งนี้ภายหลังตรวจชำระข้อมูลมีผลทำให้ตัวอย่างหายไปประมาณ ร้อยละ 30 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเอนเอียง (bias) ของผลการศึกษาได้ (คำอธิบายเพิ่มเติมในข้อจำกัดของการศึกษา หน้า 41)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งข้อมูลนี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การรับรู้และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว หรือเป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional data) ดังนั้น การศึกษานี้จะทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ แต่ไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยสาเหตุหรือเป็นผล

2) ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาคัดเลือกจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จึงไม่สามารถนำตัวแปรอิสระอื่นที่คาดว่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ อาทิ คุณธรรม-จริยธรรม ความสัมพันธ์ในชุมชน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน เป็นต้น

3) ภายหลังจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แต่ภายหลังได้พิจารณาข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อคำถามของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมีข้อจำกัดที่อาจส่งผลต่อความบิดเบือนของผลการศึกษา กล่าวคือ ข้อคำถามจะถามเฉพาะโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุคิดว่าจะมีความร้ายแรงที่สุดเพียง 5 อันดับเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงผู้สูงอายุอาจมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่านั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่นำตัวแปรดังกล่าวเข้าร่วมวิเคราะห์การมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4) กรณีตัวอย่างของการศึกษานี้คือ ผู้ที่มีอายุ (เต็ม) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 34,173 ราย ผู้วิจัยจำกัดเฉพาะกรณีตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลเท่านั้น ดังนั้นกรณีตัวอย่างที่มีข้อมูลของอาการทางสุขภาพจิตไม่ครบทั้ง 7 อาการ จำนวน 9,740 ราย และไม่ได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด จำนวน 1,129 ราย จึงถูกคัดเลือกออกจากการศึกษาทำให้เหลือตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ในครั้งนี้อยู่จำนวน 23,304 ราย ทั้งนี้กรณีตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีอาการป่วยทางกาย มีความบกพร่องทางด้านการพูดและการฟัง ความจำ รวมไปถึงอาจมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในระดับไม่ดีมาก ๆ จึงถูกคัดออกจากการศึกษาซึ่งมีผลทำให้ข้อค้นพบของการศึกษานั้นต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimate)

## 2.5 นิยามตัวแปรและการวัด

การศึกษานี้ มีตัวแปรตาม 1 ตัว และตัวแปรอิสระ 15 ตัว โดยตัวแปรแต่ละตัวมีนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) แนวคิดและวิธีการวัด รวมทั้งข้อคำถามในแบบสอบถามที่ใช้ในการสร้างตัวแปร ดังนี้

### ตัวแปรตาม

ภาวะสุขภาพจิตจะใช้อาการหรือความรู้สึกด้านอารมณ์ ร่างกาย และความคิดที่รายงาน โดยผู้สูงอายุในช่วง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นเกณฑ์การประเมินสุขภาพจิตทางด้านลบ (negative feeling) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความอยากอาหารลดลง คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา (เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถาม ตอนที่ 6 รหัสรายการ OP118 – OP124) โดยการวัดนี้เลือกอาการหรือความรู้สึกจากแบบวัด Thai General Health Questionnaire (Thai GHQ-60) ของธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) ได้แก่ อาการคิดมาก/วิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่า ความอยากอาหารลดลง และอาการรู้สึกเหงา เป็นอาการที่จะสามารถสะท้อนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

เกณฑ์ในการตอบคำถามแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ “ไม่เคย” “เป็นบางครั้ง” และ“เป็นประจำ” สำหรับการศึกษานี้จะแปลงจำนวนอาการหรือความรู้สึกแต่ละอาการเป็นคะแนน โดยผู้สูงอายุที่ตอบว่า“ไม่เคย” ได้ 1 คะแนน หากตอบว่ามีอาการ “เป็นบางครั้ง” หรือ “เป็นประจำ” ได้ 0 คะแนน ทั้งนี้เนื่องจากอาการทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุอาจปรากฏติดต่อกันหลายวันหรือเกิดขึ้นเป็นพักๆ บางเวลา บางวัน หรือบางสัปดาห์ แล้วแต่ความรุนแรงที่มากกระทบจิตใจ (เกษม ต้นติผลาชีวะ และ กุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2528: 85) ดังนั้น จึงกำหนดให้การตอบ “เป็นบางครั้ง” และ“เป็นประจำ” ซึ่งหมายถึง มีอาการทางสุขภาพจิตเหมือนกันมีค่าเท่ากัน

คะแนนรวมจากข้อคำถามทั้ง 7 ข้อ จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-7 โดยคะแนน 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีมาก และคะแนน 7 หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตที่ดีมาก ผู้วิจัยได้นำคะแนนของอาการทั้ง 7 อาการ มาวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อศึกษาองค์ประกอบของตัวแปรตาม พบว่า อาการทั้ง 7 มีความสัมพันธ์กัน และสามารถจำแนกได้เป็นหนึ่งองค์ประกอบ แต่เมื่อพิจารณาค่า Factor loading ของคะแนนอาการทั้ง 7 อาการ พบว่า ค่า Factor loading ของคะแนนอาการ 6 อาการ ได้แก่ คิดมาก/มีความรู้สึกวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา มีค่าใกล้เคียงกันระหว่าง 0.728-0.830 ซึ่งน่าจะอยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ ในขณะที่ค่า Factor loading ของความอยากอาหารลดลงมีค่าเท่ากับ 0.548 ซึ่งค่าดังกล่าวเบนจากกลุ่มค่อนข้างมาก (ดังปรากฏในภาคผนวก ข และ ค)

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำคะแนนของอาการทั้ง 7 อาการ มาทดสอบค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis) โดยพิจารณาค่า Cronbach's alpha coefficient ผลการทดสอบ พบว่าค่าความน่าเชื่อถือรวมของคะแนนอาการทั้ง 7 อาการ เท่ากับ 0.864 (ค่า Cronbach's alpha = 0.864) นั้นหมายความว่า คะแนนอาการทางสุขภาพจิตมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี (ค่า Cronbach's alpha > 0.75) แต่เมื่อพิจารณาค่าความน่าเชื่อถือรายอาการ พบว่า ค่าความน่าเชื่อถือของคะแนนอาการ 6 อาการ ได้แก่ คิดมาก/มีความรู้สึกวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา อยู่ระดับ 0.619-0.715 (ค่า Cronbach's alpha = 0.619-0.715) ซึ่งหมายความว่า มีค่าความน่าเชื่อถือในระดับปานกลางถึงดี (ค่า Cronbach's alpha > 0.5) ในขณะที่ค่าความน่าเชื่อถือของคะแนนอาการความอยากอาหารลดลงมีค่าเท่ากับ 0.458 (ค่า Cronbach's alpha = 0.458) ซึ่งอยู่ในระดับมีความน่าเชื่อถือค่อนข้างน้อย (ดังปรากฏในภาคผนวก ง) จากผลการทดสอบด้วยวิธีที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ตัดอาการความอยากอาหารลดลงออกจากตัวแปรตามหรือตัวแปรภาวะสุขภาพจิตทำให้ตัวแปรตามของการศึกษาเหลือเพียง 6 อาการเท่านั้น คือ คิดมาก/มีความรู้สึกวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา

ดังนั้น ค่าคะแนนรวมใหม่จากข้อคำถามทั้ง 6 ข้อ จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน ผู้วิจัยจะแบ่งคะแนนดังกล่าวออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

คะแนน 6 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตดี

คะแนน 1-5 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง

คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก

### ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ 15 ตัวแปร ภายใต้กรอบปัจจัย 5 ด้าน คือ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

#### ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ ตัวแปรเพศ และตัวแปรอายุ มีรายละเอียดดังนี้

1) **เพศ** เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถาม ตอนที่ 1 รหัสรายการ A4 แบ่งเป็น เพศหญิง (มีค่าเท่ากับ 0) และเพศชาย (มีค่าเท่ากับ 1)

2) **อายุ** วัดโดยใช้อายุเต็ม (ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดนับจนถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันตอบแบบสอบถาม) เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถาม ตอนที่ 1 รหัสรายการ A5 ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านอายุ ผู้วิจัยจำแนกอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- ผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี
- ผู้สูงอายุตอนกลาง มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี
- ผู้สูงอายุตอนปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป

สำหรับการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้อายุเต็มของผู้สูงอายุ ซึ่งมีระดับการวัดแบบอัตราส่วนในการวิเคราะห์

### ปัจจัยทางชีววิทยา

ปัจจัยทางชีววิทยา ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ ตัวแปรจำนวนของโรคเรื้อรัง ตัวแปรความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย มีรายละเอียดดังนี้

1) **จำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว<sup>2</sup>** ในการศึกษานี้หมายถึง ผลรวมจำนวนโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว โดยมีโรคที่ถามจำนวน 15 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคมะเร็ง โรคไทรอยด์ โรควัณโรค โรคเก๊าท์ โรคตับ โรคสมองเสื่อม โรคผิดปกติทางจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคอัมพฤกษ์ โรคเลือด และโรคติดเชื้ออื่นๆ (เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 6 รหัสรายการ OP96) การศึกษาที่ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์สำหรับการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามงานศึกษาของ Haseen et al. (2010: 4) ดังนี้

- ไม่มีโรค
- 1 โรค
- 2 โรค
- 3 โรคหรือมากกว่า

---

<sup>2</sup>ภายหลังพิจารณาข้อคำถามและวิเคราะห์ตัวแปรจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวพบข้อจำกัดของตัวแปร ดังที่ได้กล่าวไว้ในข้อจำกัดของการศึกษา ดังนั้นในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงไม่นำตัวแปรจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวเข้าพิจารณา

2) **ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living: ADL)** หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ภายในที่พักอาศัย วัดด้วยกัน 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการใส่เสื้อผ้า และความสามารถในการอาบน้ำ/ล้างหน้า แปรงฟัน/การใช้ห้องน้ำ (เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 6 รหัสรายการ OP104-OP108) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ หากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรด้วยตนเองได้หรือทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วยจะถือว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรได้ ให้ค่าเท่ากับ 0 และหากทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะถือว่าเป็นผู้ที่สามารถทำกิจวัตรได้ ให้ค่าเท่ากับ 1

ผลรวมของจำนวนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้ง 3 ด้าน จะมีค่า 0-5 โดย 0 หมายถึง ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมข้างต้นได้เลย และ 5 หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมข้างต้นได้ทั้งหมด เกณฑ์นี้ใช้สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย สำหรับการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่สามารถทำได้เลย
- สามารถทำได้ 1-2 อย่าง
- สามารถทำได้ 3-4 อย่าง
- สามารถทำได้ทั้ง 5 อย่าง

3) **การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย** หมายถึง การรับรู้จากการประเมินสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงจิตวิสัย เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 6 รหัสรายการ OP87 ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเพื่อพรรณนาคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านการรับรู้สุขภาพกายและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแบ่งการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายออกเป็น 3 กลุ่ม โดยรวมกลุ่มคำตอบ ซึ่งให้ผลดังนี้

- |  |   |  |                |
|--|---|--|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพไม่ดีมากๆ</li> <li>- สุขภาพไม่ดี</li> </ul> | } | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพกายไม่ดี</li> </ul>   | มีค่าเท่ากับ 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพปานกลาง</li> </ul>                          | } | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพกายปานกลาง</li> </ul> | มีค่าเท่ากับ 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพดี</li> <li>- สุขภาพดีมาก</li> </ul>        | } | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพกายดี</li> </ul>      | มีค่าเท่ากับ 2 |

### ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย 6 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน สถานภาพการทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) **ระดับการศึกษาสูงสุด** หมายถึง ระดับการศึกษาที่ผู้ตอบแบบสอบถามจบสูงสุด ในระดับการศึกษาต่างๆ ตามระบบการศึกษาที่กำหนดในกฎกระทรวง เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 1 รหัสรายการ A8 ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยจำแนกระดับการศึกษาออกเป็น 6 กลุ่ม และมีค่าดังนี้

- ไม่เคยเรียน
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
- ปวส. ปวท. อนุปริญญา
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

สำหรับการวิเคราะห์และนำเสนอผลเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยได้แบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและไม่เคยเรียน มีค่าเท่ากับ 0
- มัธยมศึกษา (ตอนต้นและตอนปลาย) มีค่าเท่ากับ 1
- อุดมศึกษา (ปวส./ปวท./อนุปริญญา มีค่าเท่ากับ 2  
และปริญญาตรีหรือสูงกว่า)

2) **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพของการใช้ชีวิตคู่ เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 1 รหัสรายการ A10 ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม สำหรับการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มสถานภาพสมรสใหม่ ซึ่งยึดตามงานศึกษาของดุษฎี ทิพยกนก (2544) ที่ทำการศึกษาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ: ประชากรเอเชียในอนาคต ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- ไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) ในที่นี้ หม้าย หมายถึง ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่ หย่า หมายถึง สามีภรรยาที่หย่าโดยถูกต้องตามกฎหมายแล้ว และแยกกันอยู่ หมายถึง ผู้ที่มีได้อยู่ร่วมฉันท์สามีภรรยาแล้วแต่ยังไม่ได้หย่ากัน



ตามกฎหมาย รวมทั้งผู้ที่มีได้สมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมายแต่ไม่ได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา แล้ว (มีค่าเท่ากับ 0)

- อยู่ระหว่างการสมรส หมายถึง ผู้ที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามี ภรรยา ไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม และแม้จะห่างไปสัมผัสสามีหรือภรรยาจะไม่ได้ อยู่ด้วยกันแต่ยังมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา (มีค่าเท่ากับ 1)

3) **เขตที่อยู่อาศัย** หมายถึง เขตทางการปกครองอันเป็นสถานที่ที่อยู่อาศัยของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นตัวแปรที่ได้จากปกแบบสอบถาม ข้อ 4. (AREA) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- นอกเขตเทศบาล มีค่าเท่ากับ 0
- ในเขตเทศบาล มีค่าเท่ากับ 1

4) **สถานภาพในครัวเรือน** หมายถึง สถานะทางสังคมของผู้สูงภายในครัวเรือน ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 4 รหัสรายการ OP45 สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน มีค่าเท่ากับ 0
- ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือน มีค่าเท่ากับ 1

5) **สถานภาพการทำงาน** หมายถึง สถานภาพการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุ ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 3 รหัสรายการ OP14 สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่ทำงาน มีค่าเท่ากับ 0
- ทำงาน มีค่าเท่ากับ 1

6) **การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน** หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนในระยะเวลา 1 ปี ก่อนสัมภาษณ์ เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ งานบุญ ฯลฯ เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 8 รหัสรายการ OP172 สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่าเท่ากับ 0
- เคยเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่าเท่ากับ 1

### **ปัจจัยทางเศรษฐกิจ**

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ ระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

1) **ระดับรายได้** หมายถึง รายได้จากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัว เป็นรายได้รวมต่อปี (หน่วยเป็นบาท) ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 3 รหัสรายการ OP40 ซึ่งมีระดับการวัดของตัวแปรแบบจัดกลุ่ม 4 กลุ่ม ดังนี้

- น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี      มีค่าเท่ากับ 1
- 10,000 – 29,999 บาทต่อปี      มีค่าเท่ากับ 2
- 30,000 – 99,999 บาทต่อปี      มีค่าเท่ากับ 3
- ตั้งแต่ 100,000 บาทต่อปี      มีค่าเท่ากับ 4

2) **ความเพียงพอของรายได้** หมายถึง ความเพียงพอของรายได้ทั้งหมดที่ได้จากทุกแหล่งของผู้สูงอายุต่อการดำเนินชีวิต เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 3 รหัสรายการ OP41 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดกลุ่มความเพียงพอของรายได้ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- |   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เพียงพอ</li> <li>- เพียงพอเป็นบางครั้ง</li> </ul> | } | ไม่เพียงพอ มีค่าเท่ากับ 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพียงพอ</li> <li>- เกินเพียงพอ</li> </ul>            | } | เพียงพอ มีค่าเท่ากับ 1    |

### ปัจจัยทางครอบครัว

ปัจจัยทางครอบครัว พิจารณาจากจำนวนสมาชิกในครอบครัว และรูปแบบการอยู่อาศัย ดังนี้

1) **จำนวนสมาชิกในครัวเรือน** หมายถึง จำนวนของสมาชิกที่อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้นับรวมผู้สูงอายุด้วย เป็นตัวแปรที่ได้จากปกแบบสอบถาม ข้อ 8. (MEMBERS) การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาคูณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านจำนวนสมาชิกในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1 คน
- 2-3 คน
- 4-5 คน
- 6 คนหรือมากกว่า

สำหรับจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มีระดับการวัดแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) ผู้วิจัยใช้สำหรับการวิเคราะห์และนำเสนอผลเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

2) **รูปแบบการอยู่อาศัย** หมายถึง การอยู่อาศัยร่วมกับบุคคลใดภายในครัวเรือน เช่น อาศัยอยู่กับคู่สมรส อาศัยอยู่กับบุตร ฯลฯ เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 4 รหัสรายการ OP52-OP55 รูปแบบการอยู่อาศัยเป็นผลรวมของการอยู่อาศัยกับบุตรชาย/หญิงโสดและบุตรชาย/หญิงสมรสภายในครัวเรือน ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเพื่อพรรณนาคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านรูปแบบการอยู่อาศัยและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแบ่งรูปแบบการอยู่อาศัยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร
- อาศัยอยู่กับบุตรอย่างน้อย 1 คน

## 2.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณ แม้ว่าข้อมูลของโครงการฯ จะถูกต้องและค่อนข้างสมบูรณ์อยู่แล้ว แต่ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการตรวจชำระข้อมูล (Cleaning of data) อีกครั้ง เพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรที่จะนำมาศึกษามีข้อจำกัดหรือไม่ เช่น การตอบไม่ทราบ ไม่ตอบ หรือไม่เข้าข่าย เป็นต้น และก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำกรณีตัวอย่างมาถ่วงน้ำหนัก<sup>3</sup> เพื่อให้มีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากรทั้งประเทศ (ชฎานิสร์ กุศลรัตนมณีพร, 2554) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่

### 2.6.1 การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของผู้สูงอายุ

เป็นการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical Data) จะใช้อัตราร้อยละ และสำหรับข้อมูลตัวเลข (Numerical Data) จะใช้อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สำหรับการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1) ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยจะใช้อัตราร้อยละในการอธิบายสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

<sup>3</sup> ค่าถ่วงน้ำหนักของการศึกษานี้จะมีการปรับให้จำนวนตัวอย่างมีการกระจายแบบแผนเดียวกันกับประชากรทั้งประเทศ โดยใช้สูตร

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

## 2.6.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 2) เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression) ให้ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระว่ามีทิศทางของความสัมพันธ์เป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดในเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง เป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่เท่าใดและเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวของการศึกษาครั้งนี้จะอธิบายด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds ratio) ของการมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง เมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากที่เป็นกลุ่มอ้างอิง และค่าอัตราส่วนโอกาสของการมีภาวะสุขภาพจิตดี เมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากที่เป็นกลุ่มอ้างอิง การวิเคราะห์จะแบ่งเป็นการวิเคราะห์ย่อย 2 ส่วน ได้แก่

1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร (Bivariate analysis) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปรระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัว กับตัวแปรอิสระ 1 ตัว ว่ามีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ และมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หรือไม่ ซึ่งการศึกษายังมีวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกว่าตัวแปรอิสระเข้าสู่การวิเคราะห์ในระดับหลายตัวแปรต่อไป

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร (Multivariate analysis) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัว กับตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัว ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าเมื่อมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระแต่ละตัวยังคงมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามหรือไม่ และตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่เท่าใด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาอำนาจของระดับนัยสำคัญ (power of significance) ของการมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

## บทที่ 3

### ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรกจะเป็นผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 1 และส่วนสุดท้ายเป็นผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 2 โดยมีรายละเอียดของแต่ละส่วน ดังนี้

#### 3.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

การนำเสนอลักษณะทั่วไปของตัวอย่างจะนำเสนอแตกต่างกันไปตามระดับการวัดของตัวแปร กล่าวคือ ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน สถานภาพการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายจะนำเสนอด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ แต่หากเป็นข้อมูลในระดับการวัดเชิงตัวเลข ได้แก่ อายุ จำนวนของโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนจะนำเสนอด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ดังปรากฏผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 1 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

##### 3.1.1 ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากรประกอบด้วย เพศและอายุ ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

###### 1) เพศ

ตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 23,304 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เปรียบเทียบระหว่าง ร้อยละ 58.82 กับร้อยละ 41.18)

###### 2) อายุ

ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.76 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.80 ปี โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุดคือ 102 ปี เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุระหว่าง 60-69 ปี) เป็นสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 59.09) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุระหว่าง 70-79 ปี) (ร้อยละ 33.38) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) (ร้อยละ 7.53) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การกระจายอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไป		ร้อยละ
<b>ปัจจัยทางประชากร</b>		
<b>เพศ</b>		
ชาย		41.18
หญิง		58.82
<b>อายุ</b>		
ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุระหว่าง 60-69 ปี)		59.09
ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุระหว่าง 70-79 ปี)		33.38
ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป)		7.53
อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.76 ปี	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.80 ปี	
อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี	อายุสูงสุดเท่ากับ 102 ปี	
<b>ปัจจัยทางชีววิทยา</b>		
<b>จำนวนของโรคเรื้อรัง</b>		
ไม่มีโรค		46.70
1 โรค		37.03
2 โรค		13.81
3 โรคหรือมากกว่า		2.46
จำนวนโรคเรื้อรังเฉลี่ยเท่ากับ 0.72 โรค	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80 โรค	
จำนวนโรคเรื้อรังต่ำสุดเท่ากับ 0 โรค	จำนวนโรคเรื้อรังสูงสุดเท่ากับ 5 โรค	
<b>ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน</b>		
ไม่สามารถทำได้เลย		0.49
สามารถทำได้ 1-2 อย่าง		0.27
สามารถทำได้ทั้ง 3-4 อย่าง		0.64
สามารถทำได้ทั้ง 5 อย่าง		98.60
ความสามารถเฉลี่ยเท่ากับ 4.96 อย่าง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.41 อย่าง	
ความสามารถต่ำสุดเท่ากับ 0 อย่าง	ความสามารถสูงสุดเท่ากับ 5 อย่าง	

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	ร้อยละ
<b>การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย</b>	
สุขภาพกายไม่ดี	14.56
สุขภาพกายปานกลาง	42.30
สุขภาพกายดี	43.15
<b>ปัจจัยทางสังคม</b>	
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>	
ไม่เคยเรียน	11.14
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	78.39
มัธยมศึกษาตอนต้น	3.11
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2.73
ปวส. ปวท. อนุปริญญา	0.98
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.65
<b>สถานภาพสมรส</b>	
ไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่)	36.74
อยู่ระหว่างการสมรส	63.26
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>	
นอกเขตเทศบาล	67.66
ในเขตเทศบาล	32.34
<b>สถานภาพในครัวเรือน</b>	
ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน	34.70
ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือน	65.30
<b>สถานภาพการทำงาน</b>	
ไม่ทำงาน	60.81
ทำงาน	39.19
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน</b>	
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน	27.51
เคยเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน	72.49

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	ร้อยละ
<b>ปัจจัยทางเศรษฐกิจ</b>	
<b>ระดับรายได้</b>	
น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี	17.16
10,000 – 29,999 บาทต่อปี	26.42
30,000 – 99,999 บาทต่อปี	43.87
ตั้งแต่ 100,000 บาทต่อปี	12.55
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>	
ไม่เพียงพอ	38.31
เพียงพอ	61.69
<b>ปัจจัยทางครอบครัว</b>	
<b>จำนวนสมาชิกในครัวเรือน</b>	
1 คน	11.36
2-3 คน	46.10
4-5 คน	28.67
6 คน หรือมากกว่า	13.88
จำนวนสมาชิกเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 คน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.80 คน
จำนวนสมาชิกต่ำสุด 1 คน	จำนวนสมาชิกสูงสุด 17 คน
<b>รูปแบบการอยู่อาศัย</b>	
ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร	11.36
อาศัยอยู่กับบุตร	88.64

## 3.1.2 ปัจจัยทางชีววิทยา

ปัจจัยทางชีววิทยาประกอบด้วย จำนวนของโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้



### 1) จำนวนของโรคเรื้อรัง

ตัวอย่างมีจำนวนของโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.72 โรค ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80 โรค โดยตัวอย่างมีจำนวนของโรคเรื้อรังต่ำสุดเท่ากับ 0 โรคหรือไม่มีโรค และสูงสุดเท่ากับ 5 โรค และเมื่อแบ่งจำนวนของโรคเรื้อรังออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างไม่มีจำนวนโรคเรื้อรังเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 46.70) รองลงมาคือ ตัวอย่างมีโรคเรื้อรัง 1 โรค (ร้อยละ 37.03) มีโรคเรื้อรัง 2 โรค (ร้อยละ 13.81) และมีโรคเรื้อรัง 3 โรคหรือมากกว่า (ร้อยละ 2.46) ตามลำดับ

### 2) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน

ตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานเฉลี่ยเท่ากับ 4.96 อย่าง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.41 อย่าง โดยตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานต่ำสุดคือ 0 อย่างหรือทำไม่ได้เลย และสูงสุดคือ 5 อย่างหรือสามารถทำได้ทุกอย่าง เมื่อพิจารณาแบ่งความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างสามารถทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานได้ทั้ง 5 อย่างเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 98.60) รองลงมาคือ ตัวอย่างสามารถทำได้ 3-4 อย่าง (ร้อยละ 0.64) ไม่สามารถทำได้เลย (ร้อยละ 0.49) และสามารถทำได้ 1-2 อย่าง (ร้อยละ 0.27) ตามลำดับ

### 3) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย

ตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับดีเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 43.15) รองลงมาคือ มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.30) และมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับไม่ดี (ร้อยละ 14.56) ตามลำดับ

## 3.1.2 ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน สถานภาพการทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

### 1) ระดับการศึกษาสูงสุด

ตัวอย่างมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 78.39) รองลงมาคือ ไม่มีการศึกษา (ไม่เคยเรียน) (ร้อยละ 11.14) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 3.65) การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 3.11) การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 2.73) และการศึกษา ปวส. ปวท. อนุปริญญา (ร้อยละ 0.98) ตามลำดับ

## 2) สถานภาพสมรส

ตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่ระหว่างการสมรสในสัดส่วนสูงกว่าสถานภาพสมรสไม่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) (เปรียบเทียบร้อยละ 63.26 กับร้อยละ 36.74)

## 3) เขตที่อยู่อาศัย

ตัวอย่างอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (เปรียบเทียบร้อยละ 67.66 กับร้อยละ 32.34)

## 4) สถานภาพในครัวเรือน

ตัวอย่างมีสถานภาพในครัวเรือนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนในสัดส่วนสูงกว่าตัวอย่างที่มีสถานภาพในครัวเรือนที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน (เปรียบเทียบร้อยละ 65.30 กับร้อยละ 34.70)

## 5) สถานภาพการทำงาน

ตัวอย่างมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ทำงานสูงกว่าผู้ที่ทำงาน (เปรียบเทียบร้อยละ 60.81 กับร้อยละ 39.19)

## 6) การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน

ตัวอย่างมีสัดส่วนของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนสูงกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน (เปรียบเทียบร้อยละ 72.49 กับร้อยละ 27.51)

### 3.1.3 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจประกอบด้วยระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

#### 1) ระดับรายได้

ตัวอย่างมีระดับรายได้เท่ากับ 30,000 – 99,999 บาทต่อปี เป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 43.87) รองลงมาคือ มีรายได้ 10,000 – 29,999 บาทต่อปี (ร้อยละ 26.42) มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี (ร้อยละ 17.16) และมีรายได้ ตั้งแต่ 100,000 บาทต่อปี (ร้อยละ 12.55) ตามลำดับ

#### 2) ความเพียงพอของรายได้

ตัวอย่างเป็นผู้ที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (เปรียบเทียบร้อยละ 61.69 กับร้อยละ 38.31)

### 3.1.3 ปัจจัยทางครอบครัว

ปัจจัยทางครอบครัว คือ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และรูปแบบการอยู่อาศัย มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

#### 1) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ตัวอย่างอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ย 3.42 คน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.80 คน โดยตัวอย่างอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกต่ำสุดคือ 1 คน และสูงสุดคือ 17 คน และเมื่อพิจารณาแบ่งจำนวนสมาชิกในครัวเรือนออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 2-3 คน เป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 46.10) รองลงมาคือ อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 4-5 คน (ร้อยละ 28.67) อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 6 คนหรือมากกว่า (ร้อยละ 13.88) และอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 1 คน (ร้อยละ 11.36) ตามลำดับ

#### 2) รูปแบบการอยู่อาศัย

ตัวอย่างมีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบอาศัยอยู่กับบุตรมากกว่าไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร (เปรียบเทียบร้อยละ 88.64 กับร้อยละ 11.36)

## 3.2 ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อแรกของการศึกษา มีรายละเอียดของข้อค้นพบดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า อาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ อาการคิดมาก/มีความวิตกกังวล ร้อยละ 39.12 รองลงมา คือ อาการรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ และอาการรู้สึกเหงา ร้อยละ 37.76 และร้อยละ 32.99 ตามลำดับ โดยอาการรู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นอาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในสัดส่วนต่ำสุด ร้อยละ 12.11 (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาถึงอาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่รายงานปัญหาทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอายุ และสัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงที่รายงานปัญหาสุขภาพจิตมีสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกกลุ่มอายุ ในทั้งหมด 6 อาการ (ตารางที่ 3) ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาของภุมริน เฉลิมยุทธ (2543) ที่ศึกษาการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอาการทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยนมากกว่าเพศชาย ทั้งด้านความรู้สึกและภาวะอารมณ์ จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพจิตได้ และส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุจากสามีส่วน

ใหญ่ของผู้สูงอายุเพศหญิงเสียชีวิตไปก่อนทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงรู้สึกเหงา และจากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพกายในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพตนเอง แย่กว่าเพศชาย จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุหญิงมีโอกาที่จะรายงานว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตบ่อยครั้งกว่า(दनัย ทิพยกนก, 2544) และสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นอาจจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวลดน้อยลง รวมถึงบุคคลในวัยเดียวกันซึ่งเป็นเพื่อนและสามารถปรึกษาหารือกันได้อาจจะเสียชีวิตลง คงเหลือคนในวัยเดียวกันในจำนวนไม่มากอาจจะเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความเหงามากขึ้น (วาสนา ปรากฎวงศ์, 2552) ประกอบกับความเสื่อมถอยของระบบในร่างกายทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำมาก่อนได้เหมือนเดิม ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัวบ้าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ไพจิตร เกษางาม, 2551)

สำหรับผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตซึ่งเป็นตัวแปรตามของการศึกษาคั้งนี้ เมื่อพิจารณาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีเป็นสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 46.06 รองลงมาคือ มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ร้อยละ 44.83 และร้อยละ 9.11 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 2** ร้อยละของอาการทางสุขภาพจิตที่รายงานโดยผู้สูงอายุ

อาการทางสุขภาพจิต	ไม่เคย	เคย
คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ	60.88	39.12
รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ	62.24	37.76
รู้สึกหมดหวังในชีวิต	84.24	15.76
รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า	87.89	12.11
รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	79.79	20.21
รู้สึกเหงา	67.01	32.99

ตารางที่ 3 ร้อยละของอาการทางสุขภาพจิตที่รายงานโดยผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ

อาการทางสุขภาพจิต	หญิง			ชาย		
	60-69ปี	70-79ปี	80ปีขึ้นไป	60-69ปี	70-79ปี	80ปีขึ้นไป
คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ	40.70	42.06	49.25	34.15	36.10	40.63
รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ	39.53	40.52	45.38	33.70	34.09	37.41
รู้สึกหมดหวังในชีวิต	15.75	19.67	21.23	11.95	14.29	19.60
รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า	11.38	15.86	16.60	9.02	11.67	16.57
รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	20.72	24.10	25.57	15.76	18.62	24.46
รู้สึกเหงา	32.70	39.44	42.04	26.64	31.41	39.42

ตารางที่ 4 ร้อยละของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก	9.11
ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง	44.83
ภาวะสุขภาพจิตดี	46.06

ผลการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของรักษพล สนิทยาและวิราภรณ์ โพธิศิริ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ในจังหวัดน่าน โดยประชากรตัวอย่างของการศึกษาคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกคนที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเหลียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน จำนวน 546 ราย พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 78.90 รายงานอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อย 1-2 อาการ โดยมีจำนวนอาการทางสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 อาการ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.82 อาการ ก็อาจสรุปได้ว่าการศึกษานี้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีต่ำกว่าค่อนข้างมาก (เปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพจิตไม่ดีของการศึกษานี้ ร้อยละ 9.11 กับการประสบบกับอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อย 1-2 อาการ ซึ่งผู้วิจัยถือว่าเข้าข่ายผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ร้อยละ 78.90) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้เป็นการศึกษาในระดับประเทศที่ครอบคลุมประชากรสูงอายุทุกภาคทั่วประเทศ ผลการศึกษาจึงมีความแตกต่างกันกับการศึกษาเฉพาะพื้นที่

หากเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ครอบคลุมประชากรสูงอายุทุกภาคทั่วประเทศ ที่วิทยาลัยประชากรศาสตร์ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2554) นำข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551- พ.ศ.2552) ที่สำรวจโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยมาวิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากการมีภาวะการซึมเศร้าและภาวะอารมณ์ในทางด้านลบ พบว่า ร้อยละ 33.3 ของผู้สูงอายุเคยมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงรุนแรงมาก ก็อาจสรุปได้ว่าการศึกษานี้มีส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีกว่าการวิเคราะห์ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (เปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพจิตไม่ดีของการศึกษานี้ ร้อยละ 9.11 กับการมีปัญหากล้ามเนื้อในระดับน้อยถึงรุนแรงมาก ซึ่งผู้วิจัยถือว่าเข้าข่ายผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ร้อยละ 33.30) ซึ่งอาจเป็นเพราะการศึกษานี้ภาวะสุขภาพจิตได้จากการสอบถามอาการทางสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุเพียง 6 อาการ แต่การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 สอบถามอาการซึมเศร้าและภาวะอารมณ์ในทางด้านลบกับผู้สูงอายุ จำนวน 13 อาการ จึงอาจทำให้โอกาสของการที่ผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหาสุขภาพจิตมีส่วนที่สูงกว่า

จากข้อค้นพบของการศึกษานี้ อาจสะท้อนได้ว่าปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุยังไม่ได้หมดไปจากปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และอย่างที่กล่าวไว้ในข้างต้นแล้วว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ได้ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมค่อนข้างมาก ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะต้องหาวิธีที่จะสามารถทำให้ปัญหาดังกล่าวหมดสิ้นไปหรือคงให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อที่ผู้สูงอายุไทยจะได้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีตามไปด้วย

### 3.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นการตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 2 นั้น ด้วยตัวแปรตามของการศึกษาภาวะสุขภาพจิตครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้อาการหรือความรู้สึกที่รายงานโดยผู้สูงอายุในช่วง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา ผู้วิจัยได้แปลงอาการต่างๆ ให้เป็นคะแนน โดยผู้สูงอายุที่เคยมีอาการบางครั้งหรือเป็นประจำให้ค่าเป็น 0 คะแนน และหากผู้สูงอายุไม่เคยมีอาการให้ค่าเป็น 1 คะแนน หลังจากนั้นนำคะแนนของทุกอาการรวมกันได้ค่าคะแนนระหว่าง 0-6 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนของอาการทางสุขภาพจิตออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

คะแนน 6 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตดี

คะแนน 1-5 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง

คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก

ซึ่งตัวแปรตามของการศึกษานี้มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) และมี 3 กลุ่ม เหมาะสมกับการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression)

การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกให้ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระว่ามีทิศทางของความสัมพันธ์เป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใดในเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง เป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ และเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกของการศึกษานี้จะอธิบายความสัมพันธ์ด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds ratio) ของการมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและอัตราส่วนโอกาสของการมีภาวะสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุ เมื่อให้ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากเป็นกลุ่มอ้างอิง

ทั้งนี้ความหมายของค่าอัตราส่วนโอกาสมี 3 ลักษณะดังนี้

ค่าอัตราส่วนโอกาสสูงกว่า 1 หมายถึง กลุ่มสนใจมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีสูงกว่ากลุ่มอ้างอิง

ค่าอัตราส่วนโอกาสเท่ากับ 1 หมายถึง กลุ่มสนใจมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีไม่แตกต่างจากกลุ่มอ้างอิง

ค่าอัตราส่วนโอกาสต่ำกว่า 1 หมายถึง กลุ่มสนใจมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิง

นอกจากนี้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกยังมีเงื่อนไขว่าตัวแปรอิสระจะต้องเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดตั้งแต่ระดับช่วง (Interval Scale) ขึ้นไป หากตัวแปรอิสระมีระดับการวัดต่ำกว่าระดับช่วงต้องแปลงค่าให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) เสียก่อนถึงจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ตัวแปรอิสระที่จะต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่นในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 11 ตัวแปร ซึ่งการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกนี้ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มอ้างอิงคือกลุ่มที่มีค่ามากที่สุด ดังนั้นเพื่อให้ตัวแปรหุ่นมีความสอดคล้องกับเงื่อนไขของการเป็นกลุ่มอ้างอิง ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เพศ				
กำหนดให้	หญิง	มีค่าเป็น	0	
	ชาย	มีค่าเป็น	1	
2. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย				
กำหนดให้	สุขภาพกายไม่ดี	มีค่าเป็น	0	
	สุขภาพกายปานกลาง	มีค่าเป็น	1	
	สุขภาพกายดี	มีค่าเป็น	2	
3. ระดับการศึกษาสูงสุด				
กำหนดให้	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและไม่เคยเรียน	มีค่าเป็น	0	
	มัธยมศึกษา (ตอนต้น/ตอนปลาย/ปวช.)	มีค่าเป็น	1	
	อุดมศึกษา (ปวส./ปวท./อนุปริญญา/ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า)	มีค่าเป็น	2	
4. สถานภาพสมรส				
กำหนดให้	ไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/ หย่า/แยกกันอยู่)	มีค่าเป็น	0	
	อยู่ระหว่างการสมรส	มีค่าเป็น	1	
5. เขตที่อยู่อาศัย				
กำหนดให้	นอกเขตเทศบาล	มีค่าเป็น	0	
	ในเขตเทศบาล	มีค่าเป็น	1	
6. สถานภาพในครัวเรือน				
กำหนดให้	ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน	มีค่าเป็น	0	
	เป็นหัวหน้าครัวเรือน	มีค่าเป็น	1	
7. สถานภาพการทำงาน				
กำหนดให้	ไม่ทำงาน	มีค่าเป็น	0	
	ทำงาน	มีค่าเป็น	1	
8. การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน				
กำหนดให้	ไม่เคยเข้าร่วม	มีค่าเป็น	0	
	เคยเข้าร่วม	มีค่าเป็น	1	



## 9. ระดับรายได้

กำหนดให้	น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี	มีค่าเป็น	0
	10,000 – 29,999 บาทต่อปี	มีค่าเป็น	1
	30,000 – 99,999 บาทต่อปี	มีค่าเป็น	2
	ตั้งแต่ 100,000 บาทต่อปี	มีค่าเป็น	3

## 10. ความเพียงพอของรายได้

กำหนดให้	ไม่เพียงพอ	มีค่าเป็น	0
	เพียงพอ	มีค่าเป็น	1

## 11. รูปแบบการอยู่อาศัย

กำหนดให้	ไม่ได้อยู่อาศัยกับบุตร	มีค่าเป็น	0
	อาศัยอยู่กับบุตร	มีค่าเป็น	1

สำหรับตัวแปรตามผู้วิจัยยังคงกำหนดให้กลุ่มอ้างอิงคือกลุ่มที่มีค่ามากที่สุด ดังนั้น เพื่อให้ตัวแปรตามสอดคล้องกับการเป็นกลุ่มอ้างอิงจึงกำหนดค่า ดังนี้

กำหนดให้	ภาวะสุขภาพจิตดี	มีค่าเป็น	0
	ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง	มีค่าเป็น	1
	ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก	มีค่าเป็น	2

การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยกับตัวแปรอิสระ 14 ตัวแปร ภายใต้ปัจจัยประชากร ปัจจัยชีววิทยา ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางครอบครัว ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับสองตัวแปร ปรากฏดังตารางที่ 5 และระดับหลายตัวแปร ปรากฏดังตารางที่ 6 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

## 3.3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร

ตารางที่ 5 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับสองตัวแปร ระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัว กับตัวแปรอิสระ 1 ตัว มีรายละเอียดดังนี้

## ก. ปัจจัยทางประชากร

## 1) เพศ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.817 และ 0.647 เท่าของ

ผู้สูงอายุเพศชาย (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.817 และ 0.647 ตามลำดับ) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุหญิงน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมักเป็นเพศที่มีความอ่อนโยนมากกว่าเพศชาย ทั้งด้านความรู้สึกและภาวะทางอารมณ์จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับ ปัญหาต่างๆ จนเกิดความเครียด ความกดดัน ส่วนเพศชายปกติจะมีจิตใจที่หนักแน่นกว่า ดังนั้น เพศหญิงจึงประสบกับปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่า (दनัย ทิพยกนก, 2544: 71) ซึ่งสอดคล้องกับ งานศึกษาของจิตรกัญญาณ์ บุญญา (2539: 76) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน ที่พบว่า ผู้สูงอายุ เพศหญิงมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ สอดคล้องกับการศึกษาของภุมริน เฉลิมยุทธ (2543: 40) ที่ศึกษาการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอาการทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุ เพศชาย

## 2) อายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไทย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับโอกาสของการมีภาวะสุขภาพจิตดีอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำ เป็น 0.977 และ 0.970 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.977 และ 0.970 ตามลำดับ) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุ เพิ่มขึ้นอาจจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวลดน้อยลง รวมถึง บุคคลในวัยเดียวกันซึ่งเป็นเพื่อนและสามารถปรึกษาหารือกันได้ อาจจะเสียชีวิตลง คงเหลือคนใน วัยเดียวกันในจำนวนไม่มากอาจจะเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความเหงามากขึ้น (วาสนา 2552: 52) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุสูงขึ้นจะมีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมที่เคยทำมาก่อนได้เหมือนเดิม ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัวบ้าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ไพจิตร 2551: 52) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงาน ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีของอรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554: 125) ที่

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ปราบภูวงศ์ (2552: 52) ที่ศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าประสบกับความเหงาสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

## ข. ปัจจัยทางชีววิทยา

### 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับโอกาสที่มีภาวะสุขภาพจิตดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้มากกว่ามีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีสูงเป็น 1.278 และ 1.445 เท่าของผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้น้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.278 และ 1.445 ตามลำดับ) แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้น้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้มากกว่า ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้น้อยกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้มากกว่า จากการศึกษาที่สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะทุพพลภาพหรือมีความพิการทางกายจะทำให้การประกอบกิจวัตรประจำวันลำบาก ช่วยตนเองได้ยากเลยทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ จนเกิดอาการซึมเศร้าได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2535: 32) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mulsant, BH, Ganguli, M and Seaberg, EC. (1997: abstract) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้น้อยกว่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้มากกว่า

### 2) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายไม่ดีมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.345 และ 0.116 เท่าของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายดี (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.345 และ 0.116 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายปานกลางมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.668 และ 0.388 เท่าของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายดี (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.668 และ 0.388 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หากพิจารณาในแต่ละระดับของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายจะพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายไม่ดีมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายปานกลาง โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับที่สูงกว่า ทั้งนี้เนื่องด้วยผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองดีมีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองจึงทำให้จิตใจเป็นสุข จนส่งผลทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนตามไปด้วย จึงทำให้การรับรู้สุขภาพกายมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (พลากร ดวงเกตุ, 2553: 73) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร ของปรียาวรรณ สุดจ่านงค์ (2552: 98) ที่พบว่า ผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมากความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตก็จะลดลงตามไปด้วย และสอดคล้องกับงานศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ของวาสนา ปรากูวงศ์ (2552: 52) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายไม่ดีมีโอกาสที่จะมีความเหงาส่งกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายที่ดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาในประชากรวัยแรงงานของพลากร ดวงเกตุ (2553: 78) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551 แล้วพบว่า ประชากรที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับต่ำกว่าจะมีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าประชากรที่มีการประเมินสุขภาพกายของตนเองในระดับที่สูงกว่าที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## ค. ปัจจัยทางสังคม

### 1) ระดับการศึกษาสูงสุด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาสูงสุดกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าโดยรวม ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าจะมีโอกาสที่จะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.361 และ 0.215 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.361 และ 0.215 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.482 และ 0.373 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามหาวิทยาลัย (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.482 และ 0.373 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หากพิจารณาในแต่ละระดับการศึกษาของผู้สูงอายุไทยจะพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางของความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการที่ประชากรมีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่ามักมีข้อจำกัดในการใช้ความรู้ ความสามารถ และความรับผิดชอบต่างๆ ที่สูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงจึงอาจทำให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตมากกว่า ดังนั้นจึงทำให้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน (พลากร ดวงเกตุ, 2553: 64) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานศึกษาของ พัชรา ศิลปบรรเลง (2537: 109-110) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนด้านจังหวัดจันทบุรีและตราด พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในฮ่องกงของ Chou and chi (1999: online) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับต่ำ

## 2) สถานภาพสมรส

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) มีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.762 และ 0.539 เท่าของผู้สูงอายุที่อยู่ระหว่างการสมรส (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.762 และ 0.539 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระหว่างการสมรส ทั้งนี้เพราะคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ คู่สมรสมีความสำคัญกับผู้สูงอายุเพราะมีความผูกพันใกล้ชิด เป็นเพื่อนคุยให้คำปรึกษาหรือให้กำลังใจแก่กันได้ดี ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครองจะขาดเพื่อนขาดเป้าหมายในชีวิต ทำให้ต้องตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งทำได้ยาก (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 119) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์หัตถ์แปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย ของสุดาวัลย์ สายสืบ (2536: 73) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

## 3) เขตที่อยู่อาศัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.865 และ 0.820 เท่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.865 และ 0.820 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ทั้งนี้ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองจะมีโอกาสเข้าถึงสาธารณูปโภคหรือโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย (2551-2: 183) ที่พบว่า ประชากรไทยที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีความชุกภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรไทยที่อาศัยในเขตเทศบาล (เปรียบเทียบร้อยละ 2.9 กับร้อยละ 2.6 )

และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551 ของพลากร ดวงเกตุ (2553: 68) ที่พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไปสูงกว่าประชากรวัยแรงงานที่อาศัยในเขตเทศบาล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

#### 4) สถานภาพในครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพในครัวเรือนกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางสูงเป็น 1.089 เท่าของผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.089) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีสูงเป็น 1.235 เท่าของผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.235) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้สูงอายุอาจรู้สึกสบายใจมากกว่าที่ไม่ต้องรับภาระในการดูแลครอบครัวอีกต่อไป

#### 5) สถานภาพการทำงาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.758 และ 0.570 เท่าของผู้สูงอายุที่ทำงาน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.758 และ 0.570 ตามลำดับ) โดยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ทำงาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ มีความมั่นคง สามารถพึ่งตนเองได้ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าทำให้สุขภาพจิตดี (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 120) ตลอดจนการทำงานยังทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะผู้คน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสังคม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องไม้ไผ่ลัดฝั่: สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุไทย ของปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541: 102-103) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## 6) การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มาก ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง และภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.657 และ 0.651 เท่าของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.657 และ 0.651 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 34) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา คุ่มเพชร (2545: 124) ที่ศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนองพบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดระนองที่มีส่วนร่วมกิจกรรมกับชุมชนจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมกิจกรรมกับชุมชน

## ง. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

### 1) ระดับรายได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับรายได้กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ระดับรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปีมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.383 และ 0.216 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.383 และ 0.216 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ระหว่าง 10,000-29,999 บาทต่อปี มีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.589 และ 0.367 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.589 และ 0.367 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ระหว่าง 30,000-99,999 บาทต่อปี มีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.771 และ 0.532 เท่าของผู้สูงอายุที่



มีระดับรายได้ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.771 และ 0.532 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หากพิจารณาในแต่ละระดับรายได้ของผู้สูงอายุจะพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ระดับรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี มีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ระหว่าง 10,000-29,999 บาทต่อปี และผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ระหว่าง 10,000-29,999 บาทต่อปี มีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ระหว่าง 30,000-99,999 บาทต่อปี โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้น้อยกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้สูงกว่า จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวันเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยจะต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัวและมักจะประสบอุปสรรคมาก ย่อมทำให้เกิดความคับข้องใจได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า (จิตรกัญญาณ์ 2539: 83) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานศึกษากาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่ามีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในฮ่องกง ของ Chou and chi (1999: online) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเครียดทางการเงินสูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีความเครียดทางการเงินน้อย

## 2) ความเพียงพอของรายได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับระดับรายได้ กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.553 และ 0.339 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.553 และ 0.339) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะ

สุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้หากพิจารณาถึงประชากรสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่พ้นจากการทำงาน ทำให้มีรายได้น้อยหรือต้องอาศัยรายได้จากบุตรหลานของตน ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ผู้สูงอายุบางรายยังมีความจำเป็นหรือความต้องการที่จะมีรายได้เพื่อใช้จ่ายในสิ่งที่ต้องการเพื่อให้การดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จะส่งผลให้ประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ จนนำไปสู่ความเครียดและความวิตกกังวล (ไมตรี ตียะรัตนกุล, 2536: 77) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ ของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2554: 107) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะประสบกับโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ของอรสา ไยยอง และพิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย (2554: 125) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะมีภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

## จ. ปัจจัยทางครอบครัว

### 1) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับโอกาสที่มีภาวะสุขภาพจิตดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางสูงเป็น 1.005 เท่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.005) แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีสูงเป็น 1.105 เท่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.105) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า ทั้งนี้

เนื่องจากหากจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีจำนวนมาก ผู้สูงอายุจะมีลูกหลานหรือญาติพี่น้องรวมกันทำให้มีบทบาทในการให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือดูแลเด็กๆ ในบ้านหรือบางครั้งบุตรหลานในครัวเรือนสามารถเป็นที่พึ่งพิงทางด้านเศรษฐกิจ และเป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุด้วย (สุดาวัลย์ สายสืบ, 2536: 74) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีสมาชิกมากย่อมมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันภายในครอบครัว มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ความรู้ระหว่างกันภายในครอบครัว และคอยพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะช่วยคลายเหงา และช่วยบรรเทาความทุกข์ ที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจได้ (พลากร ดวงเกตุ, 2552: 67) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย ของสุดาวัลย์ สายสืบ (2536: 74) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวนมากกว่ามีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวนน้อยกว่า

## 2) รูปแบบการอยู่อาศัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอยู่อาศัยกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำเป็น 0.905 เท่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.905) แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำเป็น 0.495 เท่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.495) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มาก ผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบไม่ได้อยู่กับบุตรน่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบอยู่กับบุตร ทั้งนี้ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบุตรจะมีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจหรือมีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดี การที่บุตรย้ายออกจากครัวเรือนเพื่อไปทำงานหรือศึกษาต่อ ตลอดจนการแยกออกจากครัวเรือนเนื่องจากการสมรสหรือการสร้างครอบครัวใหม่ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ขาดที่ปรึกษา ขาดคนดูแลคอยเอาใจใส่ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีตามมา (दनัย ทิพยกนก, 2544: 19) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธิดา มีศิริ (2540: 80) ที่ศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีความรู้สึกที่ว่าเหวมากกว่า

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Young Kyung Do and Chetna Malhotra (2012: 388) ศึกษาารูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและบุตรกับอาการซึมเศร้าในประเทศเกาหลีใต้ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรมีผลทำให้คะแนนของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง

**ตารางที่ 5** อัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและอัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุไทย เมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับสองตัวแปร

คุณลักษณะ ของผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ปานกลาง		ผลการทดสอบ	ภาวะสุขภาพจิตดี		ผลการทดสอบ
	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)		$\beta$	Odds Ratio (95%CI)	
<b>ปัจจัยทางประชากร</b>						
<b>เพศ</b>			✓			✓
หญิง	-0.202	0.817*(0.741-0.901)		-0.436	0.647*(0.587-0.731)	
ชาย	=====	=====		=====	=====	
<b>อายุ</b>	-0.023	0.977*(0.971-0.984)	✓	-0.031	0.970*(0.963-0.976)	✓
<b>ปัจจัยทางชีววิทยา</b>						
<b>ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้เกี่ยวกับ สุขภาพกาย</b>	0.252	1.278*(1.192-1.389)	✓	0.368	1.445*(1.327-1.575)	✓
สุขภาพกายไม่ดี	-1.066	0.345*(0.303-0.392)		-2.157	0.116*(0.101-0.132)	
สุขภาพกายปานกลาง	-4.404	0.668*(0.594-0.750)		-0.946	0.388*(0.346-0.436)	
สุขภาพกายดี	=====	=====		=====	=====	
<b>ปัจจัยทางสังคม</b>						
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>			✓			✓
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	-1.019	0.361*(0.248-0.525)		-1.538	0.215*(0.149-0.311)	
มัธยมศึกษา	-0.730	0.482*(0.312-0.743)		-0.987	0.373*(0.243-0.571)	
อุดมศึกษา	=====	=====		=====	=====	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

คุณลักษณะ ของผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพจิต ปานกลาง		ผลการทดสอบ	ภาวะสุขภาพจิตดี		ผลการทดสอบ
	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)		$\beta$	Odds Ratio (95%CI)	
<b>สถานภาพสมรส</b>			✓			
ไม่อยู่ระหว่างการสมรส	-0.271	0.762*(0.694-0.837)		-0.618	0.539*(0.490-0.592)	
อยู่ระหว่างการสมรส	====	=====		====	=====	
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>			✓			✓
นอกเขตเทศบาล	-0.145	0.865*(0.781-0.959)		-0.199	0.820*(0.740-0.908)	
ในเขตเทศบาล	====	=====		====	=====	
<b>สถานภาพในครัวเรือน</b>			✗			✗
ไม่ได้เป็นหัวหน้า ครัวเรือน	0.085	1.089(0.985-1.203)		0.211	1.235*(1.118-1.364)	
เป็นหัวหน้าครัวเรือน	====	=====		====	=====	
<b>สถานภาพการทำงาน</b>			✓			✓
ไม่ทำงาน	-0.277	0.758*(0.686-0.839)		-0.562	0.570*(0.516-0.630)	
ทำงาน	====	=====		====	=====	
<b>การร่วมกิจกรรมกับ หมู่บ้าน/ชุมชน</b>			✓			✓
ไม่เคยเข้าร่วม	-0.420	0.657*(0.595-0.725)		-0.429	0.651*(0.590-0.718)	
เคยเข้าร่วม	====	=====		====	=====	
<b>ปัจจัยทางเศรษฐกิจ</b>						
<b>ระดับรายได้</b>			✓			✓
น้อยกว่า10,000 บาท ต่อปี	-0.959	0.383*(0.341-0.467)		-1.532	0.216*(0.178-0.263)	
10,000–29,999 บาท ต่อปี	-0.530	0.589*(0.484-0.716)		-1.001	0.367*(0.303-0.446)	
30,000–99,999 บาท ต่อปี	-0.259	0.771*(0.637-0.934)		-0.631	0.532*(0.441-0.643)	
ตั้งแต่ 100,000 บาท ต่อปี	====	=====		====	=====	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพจิตปานกลาง		ผลการทดสอบ	ภาวะสุขภาพจิตดี		ผลการทดสอบ
	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)		$\beta$	Odds Ratio (95%CI)	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>			✓			✓
ไม่เพียงพอ	-0.593	0.553*(0.503-0.607)		-1.083	0.339*(0.308-0.372)	
เพียงพอ	=====	=====		=====	=====	
<b>ปัจจัยทางครอบครัว</b>						
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.005	1.005(0.978-1.033)	✓	0.099	1.105*(1.075-1.135)	✓
<b>รูปแบบการอยู่อาศัย</b>			✓			✓
ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร	-0.100	0.905(0.794-1.031)		-0.704	0.495*(0.431-0.567)	
อาศัยอยู่กับบุตร	=====	=====		=====	=====	

หมายเหตุ: 1) ตัวแปรตาม ซึ่งมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น ก) ภาวะสุขภาพจิตดี ข) ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง และ ค) ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก โดยภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากเป็นกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรตาม

2) Odds Ratio คือ ค่าอัตราส่วนโอกาส, 95% CI (95% Confidence Interval) คือ ประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่น

คำอธิบายสัญลักษณ์

=====	หมายถึง	กลุ่มอ้างอิง
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
✓	หมายถึง	มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้
✗	หมายถึง	มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

### 3.3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกมีเงื่อนไขว่าตัวแปรอิสระแต่ละคู่ต้องเป็นอิสระต่อกันหรือถ้ามีก็ไม่ควรมีความสัมพันธ์ต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548:150) หากตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์ต่อกันสูงไม่ควรนำตัวแปรคู่ดังกล่าวมาวิเคราะห์ในแบบจำลองเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุเชิงเส้น (Multicollinearity) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละคู่ในการศึกษานี้พบว่า ไม่มีค่าเกิน 0.75 (ดังแสดงในภาคผนวก จ) ดังนั้น จึงใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกได้โดยไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุเชิงเส้น

ตารางที่ 6 นำเสนอการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับหลายตัวแปร แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัย 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย ตัวแปรเพศ และอายุ ปัจจัยทางชีววิทยา คือ ตัวแปรความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ตัวแปรระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน สถานภาพการทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ตัวแปรระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยทางครอบครัว คือ ตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 14 ตัว ดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการเกิดภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 11.5 (Nagellerke R Square = 0.115) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ของการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดี พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางเหลือเพียง 11 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน การเข้าร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ (ระดับรายได้มีนัยสำคัญทางสถิติในบางระดับเท่านั้น) และความเพียงพอของรายได้ ซึ่งตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางสังคมสามารถร่วมอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางได้ 5 ตัวแปร รองลงมาคือ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางชีววิทยา และปัจจัยทางเศรษฐกิจ จำนวนปัจจัยละ 2 ตัวแปร หากพิจารณาอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Power of

Significance) พบว่า ตัวแปรเพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การรับรู้สุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด การเข้าร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ (มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี) และความเพียงพอของรายได้มีอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 หรือมีอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด รองลงมาคือ ตัวแปรอายุ เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน และระดับรายได้ (มีรายได้ 10,000-29,999 บาทต่อปี) มีอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนตัวแปรสถานภาพสมรสมีอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10 หรือมีอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำสุด สำหรับตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และตัวแปรรูปแบบการอยู่อาศัยยังคงไม่พบระดับนัยสำคัญทางสถิติของการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางทั้งการวิเคราะห์ในระดัสองตัวแปรละหลายตัวแปร

ตัวแปรสถานภาพการทำงานซึ่งเดิมพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางในการวิเคราะห์ระดับสองตัวแปร แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดัหลายตัวแปรกลับพบว่า สถานภาพการทำงานไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง

2) ผลการวิเคราะห์ของการเกิดภาวะสุขภาพจิตดี เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดี พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางเหลือเพียง 13 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรเพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน สถานภาพการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และรูปแบบการอยู่อาศัย ซึ่งตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางสังคมสามารถร่วมอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะสุขภาพจิตดีได้ 6 ตัวแปร รองลงมาคือ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางครอบครัว จำนวนปัจจัยละ 2 ตัวแปร และสุดท้ายปัจจัยทางประชากร จำนวน 1 ตัวแปร หากพิจารณาอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ตัวแปรเพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส สถานภาพในครัวเรือน สถานภาพการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และรูปแบบการอยู่อาศัย มีอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หรืออำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด รองลงมาคือ ตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย มีอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10 หรือมีอำนาจของระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำสุด สำหรับตัวแปรอายุซึ่งเดิมพบว่ามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตดี ในการวิเคราะห์



ระดับสองตัวแปร แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับหลายตัวแปรกลับพบว่า ตัวแปรอายุไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตดี ข้อค้นพบดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันสังคมไทยได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุทุกช่วงวัยได้รับการดูแลให้มีสุขภาพโดยรวมดีขึ้น จนนำไปสู่สุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจึงไม่ทำให้สุขภาพจิตแตกต่างกัน

**ตารางที่ 6** อัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและอัตราส่วนโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุไทย เมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตในระดับไม่ดีมาก โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับหลายตัวแปร

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง		ภาวะสุขภาพจิตดี	
	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)
<b>ปัจจัยทางประชากร</b>				
<b>เพศ</b>				
หญิง	-0.146	0.864***(0.766-0.974)	-0.256	0.775***(0.685-0.875)
ชาย	=====	=====	=====	=====
<b>อายุ</b>	-0.008	0.992**(0.985-1.000)	0.002	1.002(0.994-1.009)
<b>ปัจจัยทางชีววิทยา</b>				
<b>ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน</b>	0.140	1.150***(1.060-1.248)	0.178	1.195***(1.089-1.331)
<b>การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย</b>				
สุขภาพกายไม่ดี	-0.796	0.451***(0.394-0.516)	-1.766	0.171***(0.148-0.197)
สุขภาพกายปานกลาง	-0.302	0.739***(0.657-0.832)	-0.800	0.450***(0.399-0.506)
สุขภาพกายดี	=====	=====	=====	=====
<b>ปัจจัยทางสังคม</b>				
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	-0.592	0.553***(0.374-0.820)	-0.874	0.417***(0.282-0.617)
มัธยมศึกษา	-0.579	0.560***(0.361-0.870)	-0.754	0.470***(0.303-0.729)
อุดมศึกษา	=====	=====	=====	=====

ตารางที่ 6 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพจิตไม่ดี		ภาวะสุขภาพจิตดี	
	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)
<b>สถานภาพสมรส</b>				
ไม่อยู่ระหว่างการสมรส	-0.111	0.894*(0.793-1.009)	-0.219	0.803***(0.710-0.909)
อยู่ระหว่างการสมรส	=====	=====	=====	=====
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>				
นอกเขตเทศบาล	-0.131	0.877**(0.784-0.980)	-0.111	0.895*(0.798-1.003)
ในเขตเทศบาล	=====	=====	=====	=====
<b>สถานภาพในครัวเรือน</b>				
ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน	0.146	1.157**(1.023-1.308)	0.235	1.265***(1.117-1.433)
เป็นหัวหน้าครัวเรือน	=====	=====	=====	=====
<b>สถานภาพการทำงาน</b>				
ไม่ทำงาน	0.036	1.037(0.924-1.164)	-0.172	0.842***(0.749-0.946)
ทำงาน	=====	=====	=====	=====
<b>การร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ ชุมชน</b>				
ไม่เคยเข้าร่วม	-0.398	0.672***(0.604-0.747)	-0.386	0.680***(0.610-0.758)
เคยเข้าร่วม	=====	=====	=====	=====
<b>ปัจจัยทางเศรษฐกิจ</b>				
<b>ระดับรายได้</b>				
น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี	-0.541	0.582***(0.469-0.723)	-0.693	0.500***(0.402-0.622)
10,000 – 29,999 บาทต่อปี	-0.248	0.780**(0.633-0.962)	-0.406	0.666***(0.540-0.822)
30,000 – 99,999 บาทต่อปี	-0.102	0.903(0.378-1.103)	-0.295	0.744***(0.609-0.909)
ตั้งแต่ 100,000 บาทต่อปี	=====	=====	=====	=====
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>				
ไม่เพียงพอ	-0.390	0.677***(0.613-0.748)	-0.759	0.468***(0.423-0.518)
เพียงพอ	=====	=====	=====	=====

ตารางที่ 6 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ปานกลาง		ภาวะสุขภาพจิตดี	
	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)	$\beta$	Odds Ratio (95%CI)
<b>ปัจจัยทางครอบครัว</b>				
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-0.007	0.993(0.962-1.025)	0.062	1.064***(1.031-1.098)
<b>รูปแบบการอยู่อาศัย</b>				
ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร	0.013	1.013(0.857-1.198)	-0.317	0.728***(0.610-0.869)
อาศัยอยู่กับบุตร	=====	=====	=====	=====
-2 Log Likelihood		37768.761**		
Nagellerke R square		0.115		
Number of observation		23,304		

หมายเหตุ: 1) ตัวแปรตาม ซึ่งมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น ก) ภาวะสุขภาพจิตดี ข) ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง และ ค) ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก โดยภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากเป็นกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรตาม

2) Odds Ratio คือ ค่าอัตราส่วนโอกาส, 95% CI (95% Confidence Interval) คือ ประเมินค่าช่วงความเชื่อมั่น

คำอธิบายสัญลักษณ์

=====	หมายถึง	กลุ่มอ้างอิง
***	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
**	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10

## บทที่ 4

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ในบทนี้เป็นการสรุปผลการศึกษาร่วมนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปกำหนดนโยบายและวางแผน และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงวิชาการให้กับนักวิชาการหรือผู้สนใจได้ศึกษาต่อไป ดังนี้

#### 4.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ผู้ศึกษาอ้างอิงกรอบแนวคิดของ World Health Organization [WHO] (2001: 1-13) และปรับให้มีความสมบูรณ์สำหรับการวิจัยครั้งนี้มากขึ้น ด้วยผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมไปถึงความพร้อมใช้ของข้อมูล (Availability of Data) ที่ใช้ในการศึกษาที่ได้รับการอนุเคราะห์จากสำนักงานงานสถิติแห่งชาติจากโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ตัวแปรตาม ภาวะสุขภาพจิตจะใช้อาการหรือความรู้สึกที่รายงานโดยผู้สูงอายุในช่วง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ จำนวน 6 อาการ ได้แก่ คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา และตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัย 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางประชากรประกอบด้วย ตัวแปรเพศ และอายุ ปัจจัยทางชีววิทยา คือ ตัวแปรความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ตัวแปรระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน สถานภาพการทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ตัวแปรระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยทางครอบครัว คือ ตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และรูปแบบการอยู่อาศัย ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

##### 4.1.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

กรณีตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย มากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.76 ปี ลักษณะทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อยู่ระหว่างการสมรส (ร้อยละ 63.26) ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งยังคงสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยประมาณ 3 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่า ประมาณ 1 ใน 5 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ในขณะที่ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 2 ใน 3 ไม่ได้ทำงาน เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้ระหว่าง 30,000 – 99,999 บาทต่อปี และร้อยละ 38.31 รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

ในด้านสุขภาพ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 53.30) รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดสามารถทำกิจกรรม 5 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 85.45 รายงานสุขภาพภายในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

#### 4.1.2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ข้อค้นพบของการศึกษา อาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ อาการคิดมาก/มีความวิตกกังวล ร้อยละ 39.12 รองลงมา คือ อาการรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ และอาการรู้สึกเหงา ร้อยละ 37.76 และร้อยละ 32.99 ตามลำดับ โดยอาการรู้สึกใช้ชีวิตไม่มีคุณค่าเป็นอาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในสัดส่วนต่ำสุด ร้อยละ 12.11 และเมื่อพิจารณาถึงอาการทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่รายงานปัญหาทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอายุ และสัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงที่รายงานปัญหาสุขภาพจิตมีสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกกลุ่มอายุ ในทั้งหมด 6 อาการ

สำหรับผลการศึกษาระดับภาวะสุขภาพจิต เมื่อพิจารณาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีเป็นสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 46.06 รองลงมา คือ มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ร้อยละ 44.83 และร้อยละ 9.11 ตามลำดับ กล่าวได้ว่า ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยยังคงเป็นปัญหาสำหรับการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะต้องเร่งหาวิธีที่จะสามารถทำให้ปัญหาดังกล่าวหมดสิ้นไปหรือคงให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อที่ผู้สูงอายุไทยจะได้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีตามไปด้วย

#### 4.1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยทั้งในระดับสองตัวแปรและในระดับหลายตัวแปร ปรากฏตามตารางที่ 7 ซึ่งสรุปได้ดังนี้

##### ก. การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับสองตัวแปร

- 1) โอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะ

สุขภาพจิตไม่ดีมาก ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก ซึ่งเป็นการทดสอบสมมติฐานในระดับ 2 ตัวแปร มีดังนี้

**กรณีที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่เป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

**เพศ:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

**อายุ:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

**ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่า

**การรับรู้สุขภาพกาย:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับที่สูงกว่า

**ระดับการศึกษาสูงสุด:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า

**สถานภาพสมรส:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หย่า/แยก) มีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ระหว่างการสมรส

**เขตที่อยู่อาศัย:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

**สถานภาพการทำงาน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ทำงาน

**การร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ชุมชน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

**ระดับรายได้:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า

**ความเพียงพอของรายได้:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ความเพียงพอต่อการดำรงชีวิต

**กรณีที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

**สถานภาพในครัวเรือน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน

**กรณีที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

**จำนวนสมาชิกในครัวเรือน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่น้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มากกว่า

**รูปแบบการอยู่อาศัย:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบอาศัยอยู่กับบุตร

2) โอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก ซึ่งเป็นการทดสอบสมมติฐานในระดับ 2 ตัวแปร มีดังนี้

**กรณีที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่เป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

**เพศ:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

**อายุ:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

**ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่า

**การรับรู้สุขภาพกาย:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายในระดับที่สูงกว่า

**ระดับการศึกษาสูงสุด:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า

**สถานภาพสมรส:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก) มีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ระหว่างการสมรส

**เขตที่อยู่อาศัย:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

**สถานภาพการทำงาน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ทำงาน

**การร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ชุมชน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

**ระดับรายได้:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า

**ความเพียงพอของรายได้:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ความเพียงพอต่อการดำรงชีวิต

**จำนวนสมาชิกในครัวเรือน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่น้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มากกว่า



**รูปแบบการอยู่อาศัย:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบอาศัยอยู่กับบุตร

**กรณีที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

**สถานภาพในครัวเรือน:** เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน

### ข. การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับหลายตัวแปร

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก ซึ่งเป็นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร มีดังนี้

1) โอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับหลายตัวแปร มีดังนี้

**กรณีที่ 1** เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วตัวแปรอิสระที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามเป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ (บางระดับรายได้) และความเพียงพอของรายได้

**กรณีที่ 2** เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วตัวแปรอิสระที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามไม่เป็นไปตามสมมติฐานแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพในครัวเรือน

**กรณีที่ 3** เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรูปแบบการอยู่อาศัย

2) โอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกในระดับหลายตัวแปร มีดังนี้

**กรณีที่ 1** เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วตัวแปรอิสระที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามเป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ อายุ

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษา สูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรูปแบบการอยู่อาศัย

**กรณีที่ 2** เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วตัวแปรอิสระที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามไม่เป็นไปตามสมมติฐานแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพในครัวเรือน

กล่าวโดยสรุป ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย พบว่า ตัวแปรเพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตามภายหลังควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว พบว่า ตัวแปรเพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้เท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุเพศชาย ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน มีการรับรู้สุขภาพกายดี มีระดับการศึกษาสูง อยู่ระหว่างการสมรส อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน เข้าร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ชุมชน มีระดับรายได้สูงและเพียงพอต่อการดำรงชีวิตมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะตรงกันข้าม

ตารางที่ 7 สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุไทย เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	ในระดับสองตัวแปร <sup>4</sup>		ในระดับหลายตัวแปร	
	ภาวะสุขภาพจิต ไม่ดีปานกลาง	ภาวะ สุขภาพจิตดี	ภาวะสุขภาพจิต ไม่ดีปานกลาง	ภาวะ สุขภาพจิตดี
<b>ปัจจัยทางประชากร</b>				
เพศ	✓*	✓*	✓***	✓***
อายุ	✓*	✓*	✓**	✗
<b>ปัจจัยทางชีววิทยา</b>				
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	✓*	✓*	✓***	✓***
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย	✓*	✓*	✓***	✓***
<b>ปัจจัยทางสังคม</b>				
ระดับการศึกษาสูงสุด	✓*	✓*	✓***	✓***
สถานภาพสมรส	✓*	✓*	✓*	✓***
เขตที่อยู่อาศัย	✓*	✓*	✓**	✓*
สถานภาพในครัวเรือน	✗	✗*	✗**	✗***
สถานภาพการทำงาน	✓*	✓*	✗	✓***
การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน	✓*	✓*	✓***	✓***
<b>ปัจจัยทางเศรษฐกิจ</b>				
ระดับรายได้	✓*	✓*	✓** <sup>5</sup>	✓***
ความเพียงพอของรายได้	✓*	✓*	✓***	✓***

<sup>4</sup> ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

<sup>5</sup> ระดับรายได้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติในบางระดับเท่านั้น

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	ในระดับสองตัวแปร		ในระดับหลายตัวแปร	
	ภาวะสุขภาพจิต	ภาวะ	ภาวะสุขภาพจิต	ภาวะ
	ไม่ดีปานกลาง	สุขภาพจิตดี	ไม่ดีปานกลาง	สุขภาพจิตดี
<b>ปัจจัยทางครอบครัว</b>				
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	✓	✓*	✗	✓***
รูปแบบการอยู่อาศัย	✓	✓*	✗	✓***

หมายเหตุ: ตัวแปรตาม ซึ่งมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น ก) ภาวะสุขภาพจิตดี ข) ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลาง และ ค) ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมาก โดยภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากเป็นกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรตาม

## คำอธิบายสัญลักษณ์

***	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
**	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10
✓	หมายถึง	มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้
✗	หมายถึง	มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

## 4.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการที่ได้จากข้อค้นพบของการศึกษามีดังนี้

## 4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่ำกว่าเพศชาย ด้วยเพศหญิงมักเป็นเพศที่มีความอ่อนโยนมากกว่าเพศชาย ทั้งด้านความรู้สึกและภาวะทางอารมณ์ จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ จนเกิดความเครียด ความกดดัน ดังนั้น ผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือลูกหลานที่คอยดูแลผู้สูงอายุควรระมัดระวังไม่ให้ผู้สูงอายุได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ

2) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ควรเริ่มจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสมรรถนะแข็งแรง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุอย่างจริงจัง รวมไปถึงอาจมีการทำสื่อ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ที่แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องสำหรับวัยสูงอายุ นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

3) นโยบายส่งเสริมการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประชากรในทุกระดับไม่ว่าจะเป็นแบบในระบบหรือนอกระบบ สำหรับผู้สูงอายุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมในประเด็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาคุณภาพของประชากรสูงอายุต่อไปอย่างจริงจัง

4) คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ คู่สมรสมีความสำคัญกับผู้สูงอายุเพราะมีความผูกพันใกล้ชิดและเป็นเพื่อนคอยให้คำปรึกษาหรือให้กำลังใจแก่กันได้ดี ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครองจะขาดเพื่อนขาดเป้าหมายในชีวิตทำให้ต้องตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตใหม่ซึ่งทำได้ยาก ดังนั้น สำหรับคนมีคู่ควรส่งเสริมให้คู่รักกันมากขึ้น สำหรับคนโสด เป็นหม้ายควรมหากิจกรรมที่สนใจตามความถนัดทำเพื่อส่งเสริมให้ตนเองได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

5) เขตที่อยู่อาศัยเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่สะท้อนการเกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงการได้รับบริการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมโครงการการเยี่ยมบ้านและตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายอาจมีข้อจำกัดในด้านการเดินทางเพื่อรับบริการ

6) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้สูงอายุอาจรู้สึกสบายใจมากกว่าในอดีตที่ผู้สูงอายุต้องรับภาระดูแลครอบครัว แต่หลังจากเกษียณอายุจากการทำงาน ภาระในการดูแลครอบครัวลดลงจนรู้สึกผ่อนคลายความกดดันและความเครียดจนทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การไม่ทำให้ผู้สูงอายุกดดันหรือสร้างภาระในการดูแลครอบครัวให้กับผู้สูงอายุไม่ควรกระทำเป็นอย่างยิ่ง

7) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำงานที่ผู้สูงอายุถนัดและสนใจ นอกจากนี้จะสร้างภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุแล้วยังสามารถสร้างรายได้ให้กับ

ผู้สูงอายุจนทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงมีศักยภาพในการทำงานที่ดี รัฐบาลหรือหน่วยงานอาจมีการขยายอายุเกษียณการทำงานออกไปเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนเองได้เต็มที่

8) การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการผลักดันให้กลุ่มหรือชมรมมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมพบปะพูดคุยกับสมาชิก ซึ่งรวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น วันผู้สูงอายุในเดือนเมษายน ควรจัดให้มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุโดยลูกหลาน เป็นต้น

9) ข้อค้นพบของการศึกษานี้ พบว่า ตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตในระดับไม่ดีร้อยละ 9.11 กล่าวได้ว่า ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยยังคงเป็นปัญหาสำหรับการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเร่งหาวิธีที่จะสามารถทำให้ปัญหาดังกล่าวหมดสิ้นไปหรือคงให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อที่ผู้สูงอายุไทยจะได้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีตามไปด้วย ทั้งนี้อาจอาศัยกระแสการรณรงค์ที่ใช้วันที่ 10 ตุลาคมของทุกปี ซึ่งเป็นวันสุขภาพจิตโลก วันที่ 13 เมษายนของทุกปี ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุไทย และวันที่ 1 ตุลาคม ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุสากล เพื่อรณรงค์ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นรอบๆ ไป และเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพกับโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำโรงพยาบาลควรมีนโยบายเพิ่มบริการการพูดคุยสอบถามถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุหรือรวมไปถึงการคัดกรองทางสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุหรือเพื่อเร่งรักษาปัญหาภาวะสุขภาพจิตกรณีที่ตรวจพบ

#### 4.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การศึกษานี้เป็นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ที่ดำเนินการเก็บรวบรวมจากตัวอย่างในระดับประเทศโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนั้นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกจากข้อมูลที่มีอยู่แล้วเท่านั้น ผู้ที่สนใจศึกษาเรื่องในทำนองเดียวกันนี้ หากจัดเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับประชากรและตัวอย่างในระดับที่เล็กกว่า อาจจะมีตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตเข้าร่วมศึกษาด้วย เช่น ตัวแปรด้านชุมชน (Community effect) ระยะทางระหว่างที่พักอาศัยถึงวัด ซึ่งถือว่าเป็นศูนย์รวมทางจิตใจของผู้สูงอายุ ตัวแปรระดับเศรษฐกิจของชุมชน ฯลฯ

นอกจากการศึกษาในเชิงปริมาณแล้ว ผู้ศึกษาอาจมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิง

คุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในประเด็นความต้องการบริการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยยังขาดข้อมูลความต้องการบริการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาในประเด็นดังกล่าวน่าจะเป็นประโยชน์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เตรียมการรองรับและแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น รวมไปถึงประเทศไทยยังขาดการศึกษาระยะยาว (Longitudinal survey) ในประเด็นสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อติดตามประเมินผลและการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. (ม.ป.ท).

จิรายวัตร คมพัยค์ษ์ และ อุดม คมพัยค์ษ์. 2526. การดำเนินงานอนามัยในชุมชน.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

จิตร์กัญญาณ์ บุญญา. 2539. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุไยเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จิตราภรณ์ วัฒนศัพท์. 2551. ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้บริหารโรงงานอุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา กมลพันธ์. 2545. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรศักดิ์ ทองอ่อน. 2541. สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จุฑารัตน์ สติปัญญา และ วัลลภา คชภักดี. 2551. สุขภาพจิต (Mental Health). พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: นำศิลป์โฆษณา.

ชฎานิศร์ กุลรัตน์มณีพร. 2554. การมีส่วนร่วมของประชากรไทยในครัวเรือนต่อการเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2532. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศุภวณิชการพิมพ์.

ฐิติมา ตงราเชนทร์. 2550. ศึกษาสุขภาพจิตของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าในกิจการประมงทะเล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

दनัย ทิพยกนก. 2544. ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- เต็มศักดิ์ คทวณิช. 2546. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร. 2542. การดูแลตนเองในวัยทอง. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทานิต ไชคณະศิริ. 2551. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้เข้ารับบริการจากหมอคุณสมาคมโหรแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. 2554. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56 (2 เมษายน - มิถุนายน 2554) : 103-116.
- ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ. 2539. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41 (1 มกราคม - มีนาคม 2539) : 18-30.
- ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ. 2539. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1 มกราคม - มีนาคม 2539) : 2-17.
- ธิดา มีศิริ. 2540. การศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. 2539. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัตยา เกรียงชัยพุกษ์. 2543. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. (ม.ป.ท).
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. 2545. สังคมสงเคราะห์จิตเวช. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2535. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. 2547. บูรณาการสุขภาพจิต ทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชนิต์ขอนแก่น.
- ปรีชา อูบโยคิน และคณะ. 2541. ไม้ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.

- ปรียาวรรณ สุตจันทร์. 2552. ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม  
อาสาสมัคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผจงจิต ผาภูมิ. 2538. สุขภาพจิตของผู้ขับขี้อเตอร์ไซด์รับจ้างในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝน แสงสิงแก้ว. 2522. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- พรพจน์ กิ่งแก้ว. 2538. องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบล  
ช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ  
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พระสมชัย โอดคำดี. 2548. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุ ในเขตอำเภอกันทร  
ลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะ  
ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พลากร ดวงเกต. 2553. ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- พัชรา ศิลปบรรเลง. 2537. ศึกษาสุขภาพจิตของประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนด้าน  
จังหวัดจันทบุรีและตราด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชา  
จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพจิตร เกษางาม. 2551. ภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองมาบ  
ตาพุด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ วิทยาลัยการ  
ปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพียงใจ สิ้นธุนาตร และคณะ. 2527. ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- ภุมรินทร์ เฉลิมยุทธ. 2543. การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ  
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มูทิตา คงปิ่น. 2551. ผลของการปฏิบัติธรรมต่อสภาวะทางจิตของผู้เข้าร่วมหลักสูตรพัฒนาจิตให้  
เกิดปัญญาและสันติสุข ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ  
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไมตรี ตียะรัตนกุล. 2536. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร:  
กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รักษพล สนิทยา และวิราภรณ์ โพธิศิริ. 2554. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน  
จังหวัดน่าน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักประชากรศาสตร์แห่งประเทศไทย.
- ละออง สุวิทยากรณ์. 2534. ปัญหาสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอ  
ควนขนุน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรภรณ์ จิธานนท์. 2547. สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ปรากฎวงศ์. 2552. ศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2554. สถานการณ์  
ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554. กรุงเทพมหานคร: พงษ์พาณิชย์เจริญผล.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. 2552. รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ  
ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- วีระ ไชยศรีสุข. 2539. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แสงศิลป์การพิมพ์.
- คันสนีย์ ไชยวณิช. 2526. ศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของครูที่ทำการสอนในชุมชนแออัดและนอก  
เขตชุมชนแออัด สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, ภาควิชาสังคม  
สงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันวิจัยโภชนาการ. 2531. โภชนาการกับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: หมอชาวบ้าน.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2552. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- สาธารณสุข, กระทรวง กรมการแพทย์. 2549. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2530. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2530. รายงานการวิเคราะห์สถานภาพปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). กรุงเทพมหานคร: สยามอินเสิร์ทมาเก็ตติ้ง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2550. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553. การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ปี 2553: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2554. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย. 2551-2552. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สุจินต์ ปรีชามารถ. 2535. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ และคณะ. 2528. การสำรวจสภาวะทางสุขภาพจิตของครอบครัวแรงงานไทย ที่ไปทำงานในตะวันออกกลาง. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2548. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- สุดาวัลย์ สายสืบ. 2536. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2541. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุธีร์ อินดีประเสริฐ. 2547. ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันทา คุ่มเพชร. 2545. อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์. 2543. ศึกษาสุขภาพจิตของพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพวรรณ โคตรจรัส. 2525. สุขภาพจิต: จิตวิทยาในการดำรงชีวิต. เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. 2534. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2527. การพยาบาลจิตเวชชุมชน. เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร เทพสิทธิ์า. 2553. แก่อย่างมีค่า ชราอย่างมีสุข. กรุงเทพมหานคร: สมชายการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 2549. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. 2554. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโคกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56 (เมษายน – มิถุนายน 2554) : 117-128.
- อภิชัย มลคด และคณะ. 2552. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี 2007). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54 (กรกฎาคม – กันยายน 2552) : 299-316.
- อัมพร โอตระกุล. 2540. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- อิงใจ จันทมูล. 2539. ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

American Psychological Association. 2010. Psychology and Aging. [Online]. Available from: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/psychology-and-aging.aspx>. [2011, June 21]

Australian Bureau of Statistics. 2007. National survey of mental health and wellbeing 2007. [Online]. Available from: <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/4326.0Main%20Features32007?opendocument&tabname=Summary&prodno=4326.0&issue=2007&num=&view=>. [2011, September 26]

Centre for Addiction and Mental Health. 2008. What factors influence the mental health and social well-being of older people. [Online]. Available from: [http://knowledgex.camh.net/policy\\_health/mhpromotion/mhp\\_older\\_adults/Pages/factors\\_mh\\_wellbeing.aspx](http://knowledgex.camh.net/policy_health/mhpromotion/mhp_older_adults/Pages/factors_mh_wellbeing.aspx). [2011, July 9]

Center for Aging studies Flinders University of South Australia. 1991. Aging in South East Asia. [Online]. Available from: <http://www.cdc.gov/aging/mentalhealth/depression.htm>. [2011, September 26]

Centers for disease control and prevention. 2009. Depression is Not a Normal Part of Growing Older. [Online]. Available from: <http://www.cdc.gov/aging/mentalhealth/depression.htm>. [2011, September 26]

Chou and chi. 1999. Determinants of life satisfaction in Hong Kong Chinese elderly: A longitudinal study. [Online]. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607869956109>. [2011, July 9]

Farah N. Mawani and Heather Gilmour. 2010. Validation of self-rated mental health. [Online]. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010003/article/11288-eng.pdf>. [2011, September 9]

Haseen et al. 2010. Self-assessed health among Thai elderly. [Online]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/30>. [2011, September 9]

K.-L. Chou and et al. 2006. Living alone and depression in Chinese old adults. [Online]. Available from: <http://www.tandfonline.com/loi/camh20> [2013, March 28]

- Patel et al.. 2001. Depression in developing countries: lessons from Zimbabwe. [Online]. Available from: <http://www.bmj.com/content/322/7284/482.full.pdf>. [2011, July 9]
- Prince et al.. 2007. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. [Online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810377/> [2011, July 9]
- Sato S.et al. 2002. The relationship and its change with aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent Japanese elderly living at home. [Online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12407988>. [2011, July 29]
- Sree et al. 2004. Mental illness and disability among elders in developing countries: the case of Nepal. [Online]. Available from: [http://www.hawaii.edu/hivandaids/Mental\\_Illness\\_and\\_Disability\\_among\\_Elders\\_in\\_Developing\\_Countries\\_\\_The\\_Case\\_of\\_Nepal.pdf](http://www.hawaii.edu/hivandaids/Mental_Illness_and_Disability_among_Elders_in_Developing_Countries__The_Case_of_Nepal.pdf). [2011, July 9]
- United Nations. 2009. Population Ageing and Development 2009. [Online]. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.pdf>. [2011, July 9]
- United Nations. 2010. World Population Prospects: The 2010 Revision. [Online]. Available from: <http://esa.un.org/wpp/unpp/p2k0data.asp>. [2011, July 9]
- World Health Organization. 1988. WHO (Five). [Online]. Available from: <http://www.who-5.org/>. [2011, June 29]
- World Health Organization. 1948. What is the WHO definition of health. [Online]. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>. [2012, February 2]
- World Health Organization. 2001. The world health report 2001-Mental health: New understanding, new hope. [Online]. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/> France: World Health Organization. [2012, February 2]

World Health Organization. 2010. Mental health: strengthening our response. [Online].

Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. [2011, June 29]

Young Kyung Do and Chetna Malhotra. 2012. The effect of coresidence with an adult child on depressive symptoms among older widowed women in South Korea: an instrumental variables estimation. [Online]. Available from:

<http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/67B/3/384.full.pdf+html>  
[2013, March 28]



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

ข้อคำถามจากแบบสอบถามการสำรวจประชากรสูงอายุไทย พ.ศ. 2554

ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกข้อคำถามที่นำมาปรับใช้เป็นตัวแปรในงานวิจัยนี้เท่านั้น นอกจากนั้นได้ปรับข้อความบางประการตามแบบสอบถามเดิมออก เพื่อให้สอดคล้องกับการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รายละเอียดของข้อคำถามทั้งหมดมีดังนี้

ข้อ 1 เขตที่อยู่อาศัย

- ในเขตเทศบาล
- นอกเขตเทศบาล

ข้อ 2 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (บันทึกจำนวน).....คน

**ตอนที่ 1** ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน

ข้อ A4 เพศ

- ชาย
- หญิง

ข้อ A5 อายุ (บันทึกอายุเต็มปี).....ปี

ข้อ A10 สถานภาพสมรส

- โสด
- สมรส คู่สมรสอยู่ในครัวเรือน
- สมรส คู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือน
- หม้าย
- หย่า
- แยกกันอยู่

**ตอนที่ 2** การทำงาน รายได้ และการออม

ข้อ OP 14 สถานภาพการทำงาน

- ทำงาน
- ไม่ทำงาน

ข้อ OP 40 รายได้จากทุกแหล่งเฉลี่ยเป็นปี

- ไม่มีรายได้
- มีรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท
- มีรายได้ 10,000-19,999 บาท
- มีรายได้ 20,000-29,999 บาท
- มีรายได้ 30,000-39,999 บาท
- มีรายได้ 40,000-49,999 บาท
- มีรายได้ 50,000-59,999 บาท
- มีรายได้ 60,000-69,999 บาท
- มีรายได้ 70,000-79,999 บาท
- มีรายได้ 80,000-99,999 บาท
- มีรายได้ 100,000-299,999 บาท
- มีรายได้ 300,000-499,999 บาท
- มีรายได้ 500,000 บาทขึ้นไป

ข้อ OP41 ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต

- เกินเพียงพอ
- เพียงพอ
- เพียงพอเป็นบางครั้ง
- ไม่เพียงพอ

**ตอนที่ 4** ลักษณะที่อยู่อาศัย

ข้อ OP 45 ผู้สูงอายุอยู่ในสถานภาพใดในครัวเรือน

- หัวหน้าครัวเรือน
- สามี/ภรรยาของหัวหน้าครัวเรือน
- บิดา/มารดาของหัวหน้าครัวเรือน
- ญาติ
- ผู้อาศัย

ข้อ 8. รูปแบบการอยู่อาศัย

สอบถามผู้สูงอายุอยู่บ้านกับใครบ้าง (ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในครัวเรือน จากปก

ข้อ 8. บันทึกจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 1 คน)

คำตอบ

- อยู่
- ไม่อยู่

ข้อ OP52 บุตรชายโสด

ข้อ OP53 บุตรหญิงโสด

ข้อ OP54 บุตรชายสมรส

ข้อ OP55 บุตรหญิงสมรส

**ตอนที่ 5** ภาวะสุขภาพและการดูแล

ข้อ OP87 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย

- ดีมาก
- ดี
- ปานกลาง
- ไม่ดี
- ไม่ดีมากๆ

ข้อ OP96 โรคเรื้อรัง/ประจำตัว (ตอบได้ไม่เกิน 5 โรค โดยเรียงลำดับตามอาการที่รุนแรงมากไปหาน้อย)

- ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง/คอเลสเตอรอลสูง
- เบาหวาน
- หัวใจ
- ไต ไตวายเรื้อรัง นิ่วในไต
- มะเร็ง
- ไทรอยด์ (คอพอก)
- วัณโรค

- เก้าอี้ ภูมาตอคยด์ ปวดเข่า/หลัง/คอ เรื้อรัง
- ตับแข็ง ไชมันแทรกในตับ นิ่วในถุงน้ำดี
- สมองเสื่อม ความจำเลอะเลือน ลมชัก ลมบ้าหมู
- ผิดปกติทางจิต ซึมเศร้า
- โรคพิษสุราเรื้อรัง ตติยา/สารเสพติด
- อัมพฤกษ์ อัมพาต
- โรคเลือด เช่น รัสนี้เมีย โลหิตจาง
- โรคติดเชื้ออื่นๆ (เอดส์ โปลิโอ เรื้อน)

#### ตอนที่ 6 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน

##### คำตอบ

- ทำเองไม่ได้เลย
- ทำได้บ้างโดยมีคณ/คูปกรณช่วย
- ทำได้ด้วยตนเอง

ท่านสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองหรือไม่

ข้อ OP104 กินอาหาร

ข้อ OP105 ใส่เสื้อผ้า

ข้อ OP106 อาบน้ำ

ข้อ OP107 ล้างหน้า แปรงฟัน

ข้อ OP108 การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม (รวมทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย)

#### ตอนที่ 7 ภาวะสุขภาพจิต (อาการหรือความรู้สึกด้านอารมณ์ ร่างกาย และความคิด) ของผู้สูงอายุ

##### คำตอบ

- ไม่เคย
- เป็นบางครั้ง
- เป็นประจำ

ในระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ท่านมีอาการหรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อ OP 118 ความอยากอาหารลดลง

ข้อ OP 119 คิดมาก/มีความวิตกกังวลใจ

ข้อ OP 120 รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ

ข้อ OP 121 รู้สึกหมดหวังในชีวิต

ข้อ OP 122 รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า

ข้อ OP 123 รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง

ข้อ OP 124 รู้สึกเหงา

**ตอนที่ 8** การเข้าร่วมกิจกรรมและการรับรู้ข่าวสาร

ข้อ OP172 การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน ในระหว่างเวลา 12 เดือนก่อนสัมภาษณ์ (เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ งานบุญฯลฯ)

คำตอบ

- ไม่เข้าร่วม

- เข้าร่วม

**ตารางที่ 8** การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1	1.000	0.476 **	0.409 **	0.300 **	0.262 **	0.304 **	0.363 **
2		1.000	0.692 **	0.520 **	0.445 **	0.521 **	0.475 **
3			1.000	0.522 **	0.454 **	0.519 **	0.458 **
4				1.000	0.776 **	0.680 **	0.483 **
5					1.000	0.682 **	0.487 **
6						1.000	0.599 **
7							1.000

หมายเหตุ \*\* ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

- |                      |                             |                    |                   |
|----------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|
| 1. ความอยากอาหารลดลง | 2. คิดมาก/วิตกกังวลใจ       | 3. หงุดหงิดรำคาญใจ | 4. หมดหวังในชีวิต |
| 5. ชีวิตไม่มีคุณค่า  | 6. ไม่มีความสุขและเศร้าหมอง | 7. เหนงา           |                   |

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ปัจจัย	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4.024	57.488	57.488	4.024	57.488	57.488
2	.982	14.031	71.520			
3	.613	8.755	80.275			
4	.556	7.938	88.212			
5	.308	4.393	92.606			
6	.301	4.298	96.904			
7	.217	3.096	100.000			

ภาคผนวก ค  
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)



ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ปัจจัย
	1
ความอยากอาหารลดลง	0.548
คิดมาก/วิตกกังวลใจ	0.778
หงุดหงิดรำคาญใจ	0.766
หมดหวังในชีวิต	0.827
ชีวิตไม่มีคุณค่า	0.793
ไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	0.830
เหงา	0.728

**ภาคผนวก ง**  
**ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis) ของตัวแปรตาม**

**ตารางที่ 10** ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Analysis) ของตัวแปรตามรายข้อและรวม

ตัวแปร	ค่าความน่าเชื่อถือ
ความอยากอาหารลดลง	0.458
คิดมาก/วิตกกังวลใจ	0.702
หงุดหงิดรำคาญใจ	0.679
หมดหวังในชีวิต	0.703
ชีวิตไม่มีคุณค่า	0.661
ไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	0.715
เหงา	0.619
<b>ค่าความน่าเชื่อถือรวม</b>	<b>0.864</b>

**ตารางที่ 11** การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1.000	.002	.003	.118**	.319**	-.025**	.336**	.159**	.000	.099**	.024**	.028**	.072**	.077**
2		1.000	-.079**	-.109**	-.197**	-.014*	.050**	-.344**	-.053**	-.198**	.006	-.053**	-.061**	-.174**
3			1.000	.005	.026**	-.017*	.018**	.066**	.096**	.039**	.021**	-.004	-.014*	.107**
4				1.000	.077**	.206**	.039**	-.083**	-.056**	.276**	.158**	-.050**	.004	.123**
5					1.000	-.042**	-.250**	.174**	.038**	.130**	.031**	.197**	.381**	.070**
6						1.000	.015*	-.059**	-.150**	.113**	.065**	-.044**	-.027**	.033**
7							1.000	.059**	.009	.045**	-.023**	-.203**	-.274**	.019**
8								1.000	.066**	.235**	.018**	-.017**	.047**	.160**
9									1.000	.003	-.010	.010	.006	.089**
10										1.000	.239**	.009	.058**	.177**
11											1.000	-.024**	-.004	.195**
12												1.000	.491**	-.001
13													1.000	.010
14														1.000

หมายเหตุ: \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- |                    |                          |  |                                    |                                 |
|--------------------|--------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------|
| 1. เพศ             | 2. อายุ                  | 3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน | 4. ระดับการศึกษา                   | 5. สถานภาพสมรส                  |
| 6. เขตที่อยู่อาศัย | 7. สถานภาพในครัวเรือน    | 8. สถานภาพการทำงาน                         | 9. การร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้าน/ชุมชน |                                 |
| 10. ระดับรายได้    | 11. ความเพียงพอของรายได้ | 12. จำนวนสมาชิกในครอบครัว                  | 13. รูปแบบการอยู่อาศัย             | 14. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกาย |

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายรักษพล สนิทยา เกิดที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2530 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ รัชดา ในปีการศึกษา พ.ศ. 2548 จากนั้นได้เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาและสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยสังคม จากมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ด้วยคะแนนเฉลี่ยสะสม 3.27 ในปีการศึกษา พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2553 ได้เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำเร็จการศึกษาดังกล่าวในปีการศึกษา พ.ศ. 2555