

ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ



นายदनัย ทิพยกนก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

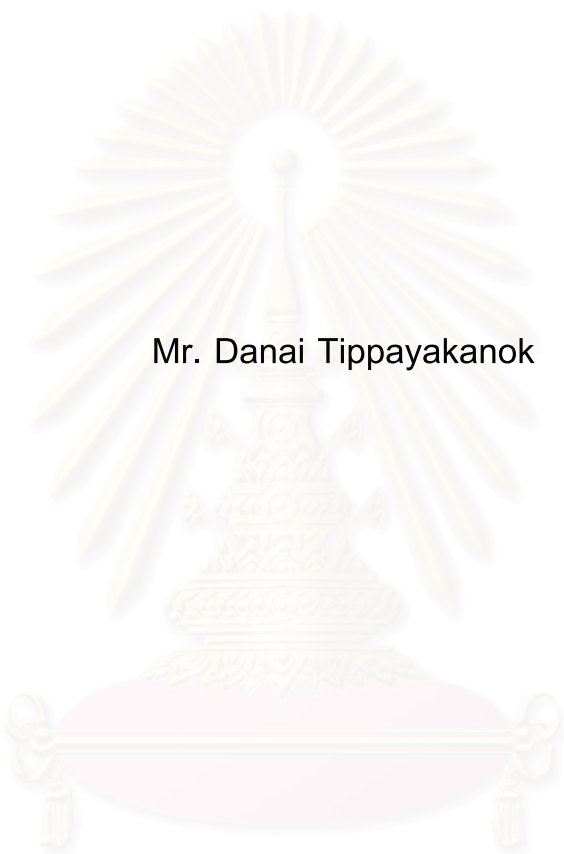
ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0745-2

ลิขสิทธิ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# MENTAL HEALTH STATUS OF THE ELDERLY

Mr. Danai Tippayakanok



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Arts in Demography

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-17-0745-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ  
โดย นายदनัย ทิพยกนก  
สาขาวิชา ประชากรศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร ชโยวรรณ

---

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับ  
นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... ผู้อำนวยการวิทยาลัย  
ประชากรศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ มាលินี วงษ์สิทธิ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยา  
นิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร ชโยวรรณ)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา เอ็นซ์)



##4187052251 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEY WORD : THAI ELDERLY / MENTAL HEALTH

DANAI TIPPAYAKANOK : MENTAL HEALTH STATUS OF THE ELDERLY

THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. NAPAPORN CHAYOVAN Ph.D. 109 pp. ISBN 974-17-0745-2

This study aims to create an indicator of mental health status of Thai elderly and to examine the associations between demographic, social, economic, environmental as well as other characteristics, and the mental health status of the elderly. The data used was drawn from the research project entitled " Family and the Elderly: The Implications of Asia's Population Future for the Family and the Elderly". The survey was conducted in 1997 by the College of Population Studies, Chulalongkorn University. The study sample consists of 328 elderly, defined as those who are 60 years old and over.

Two indicators of mental status were constructed: the unweighted and the weighted sum of scores of 13 variables measuring mental health condition of the respondents. These variables include (1) frequency of having no food appetite, (2) frequency of having sleepless episodes, (3) frequency of feeling burden to other, (4) frequency of worrying over own financial situation, (5) frequency of feeling sad, (6) frequency of feeling concerns about children's well-being, (7) frequency of feeling sad or lonely despite the help of family and friends, (8) level of financial pressure encountered, (9) level of having emotional stress, (10) level of problem on getting along with other family members, (11) level of satisfaction with the living condition, (12) level of satisfaction with financial situation, and (13) level of feeling happy. Both indicators were tested for their reliability and validity; both indicators are acceptable measures of mental health status.

The Multiple Classification Analysis, MCA, was employed to examine the impacts of the elderly's demographic, social and economic traits on their mental health status. Results of the multivariate analyses using the two indicators of mental health status as dependent variables are relatively similar. It was found that being in debt, physical health status, income level and sex were significantly associated with mental health status. Elderly with debt were in poorer mental health situation than those who were not in debt. Physical health status was positively related to mental health status. Elderly with higher income level had a higher average score of mental health indicator than those with lower income level. Male elderly display a higher average mental health score than female elderly. Factors related to mental health status in the expected direction, but not statistically significant were marital status, household headship, and type of living arrangement. However, age, work status, number of household members, frequency of contact with children, and type of residential area were found to have no impact on the mental health situation of the elderly. Economic factors had the highest explaining power of the variation in mental health status, i.e. about 15-17 percent of mental health variation were explained by economic factors. All independent factors considered could explain 27 percent of variation in the mental health status.

College of Population Studies

Field of Study Demography

Academic year 2001

Student's signature .....

Advisor's signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร ชัยวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ให้ความกรุณาช่วยเหลือ แนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งมาโดยตลอด กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ มลีนี วงษ์สิทธิ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์อัจฉรา เอ็นซ์ ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมไปถึงคณาจารย์ทุกท่าน ณ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย ตลอดจน เจ้าหน้าที่ทุกท่านของ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่าน จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอบคุณวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลโครงการวิจัยเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ : ประชากรเอเชียในอนาคต (The Implications of Asia's Population Future for the Family and the Elderly) ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สุดท้าย ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณ นางประกายแก้ว ทิพยกนก มารดาผู้ล่วงลับที่ทำให้กำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณบิดาและครอบครัวที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

दन्य तलपकनक

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฅ
บทที่	
1      บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
แนวคิดเชิงทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	3
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	21
สมมุติฐาน.....	23
นิยามศัพท์ .....	24
ข้อจำกัดของการวิจัย .....	25
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	25
2      ระเบียบวิธีวิจัย	
แหล่งข้อมูล.....	26
การเลือกตัวอย่างและระเบียบวิธีวิจัย.....	26
นิยามตัวแปร.....	27
ลักษณะทั่วไปของข้อมูล.....	29
3      ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ	
ตัวแปรที่ใช้สร้างดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ.....	37
การสร้างดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจ.....	50
4      ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ	
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์จำแนกพหุ.....	70

5	สรุปและข้อเสนอแนะ	
	ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ .....	87
	ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์จำแนกหมู่.....	88
	ข้อเสนอแนะทั่วไป.....	89
	ข้อเสนอในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	90
	รายการอ้างอิง.....	91
	ภาคผนวก.....	97
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	109



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

หน้า

## ตารางที่

1	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ.....	33
2	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามตัวแปรที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ.....	45
3	ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามองค์ประกอบที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจ.....	50
4	ค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) ของดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เมื่อทดลองตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร.....	52
5	สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ทดสอบเพื่อเป็นดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ.....	55
6	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามคะแนนที่ได้จากการวัดโดยใช้ดัชนีแบบไม่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ.....	58
7	ค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละข้อคำถาม เพื่อใช้ในการนับคะแนน ในการวัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ.....	59
8	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามคะแนนที่ได้จากการวัดโดยใช้ดัชนีแบบถ่วงน้ำหนัก (Mental 2) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ.....	61
9	คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ (จากดัชนีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) และแบบถ่วงน้ำหนัก (Mental 2)) จำแนกตาม ตัวแปรความบ่อยครั้งของความรูสึกมีความสุข และตัวแปรความบ่อยครั้งของความรูสึกเศร้า ด้วยวิธีวิเคราะห์การจำแนกหมู่ .....	64
10	สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ทดสอบเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ.....	69
11	ร้อยละของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ได้จากดัชนีวัดภาวะสุขภาพทางใจ (ไม่ถ่วงน้ำหนัก) จำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ด้วยวิธีวิเคราะห์การจำแนกหมู่.....	80
12	ร้อยละของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ได้จากดัชนีวัดภาวะสุขภาพทางใจ (ถ่วงน้ำหนัก) จำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ด้วยวิธีวิเคราะห์การจำแนกหมู่.....	83

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประมาณว่าประชากรโลกทุก 1 ใน 10 คนเป็นผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติได้พยากรณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 ประชากรโลกทุก 1 ใน 5 คนจะเป็นผู้สูงอายุ และในปี ค.ศ. 2150 ประชากรโลกทุก 1 ใน 3 คนจะเป็นผู้สูงอายุ (United Nations, 1999: 2) หากจะพิจารณาจากจำนวนและร้อยละของประชากรที่เป็นผู้สูงอายุไทยพบว่าเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2503 มีจำนวนทั้งสิ้น 1.2 ล้านคนหรือร้อยละ 4.6 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น 4.0 ล้านคนหรือร้อยละ 7.4 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2533 และได้เพิ่มเป็น 5.7 ล้านคน หรือร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2505: 9, 2537: 33, 2543: 16)

การคาดประมาณประชากรประเทศไทย โดยกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สรุปได้ว่า จำนวนและร้อยละของประชากรที่เป็นผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคตมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไป คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุจำนวน 10.8 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538: 17-18) ในขณะที่อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้น จากหลักฐานพบว่า พ.ศ. 2528-2529 ถึง พ.ศ. 2538-2539 อายุคาดหมายเฉลี่ยของเพศชายเพิ่มจาก 63.8 ปี เป็น 69.9 ปี ของเพศหญิงเพิ่มจาก 68.9 ปี เป็น 74.9 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541: 89) ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุข จึงทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายถึงการมีสุขภาพในวัยสูงอายุที่ดีขึ้นเสมอไป โดยทั่วไปผู้สูงอายุยังคงต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพตามวัยที่เพิ่มขึ้น ประเด็นสำคัญคือ ทำอย่างไรผู้สูงอายุจึงจะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) โดยมีสุขภาพที่ดีและแข็งแรง

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ตระหนักถึงความต้องการของผู้สูงอายุ และการให้บริการด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนการศึกษาในปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2525 คณะรัฐมนตรีได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น มีมติกำหนดให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยใช้ “ดอกคำตวน” เป็นสัญลักษณ์ และในปีเดียวกัน (พ.ศ. 2525) คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525-2545) ขึ้น เพื่อเป็นแผนแม่บทสำหรับใช้เป็นแนวทางในการทำแผนปฏิบัติการทั้งสิ้น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้ ด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการสังคม นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2525 คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ประกาศสนับสนุนให้โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ต่อมาองค์การสหประชาชาติ กำหนดให้ ปี ค.ศ. 1999 เป็นปีผู้สูงอายุสากล หรือ International Year of Older Persons (IYOP) หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐบาลและเอกชน ร่วมมือกันเพื่อที่จะยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิต

และความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

เมื่อวันที่ 7 เมษายน ค.ศ. 2001 ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้วันดังกล่าวเป็นวันสุขภาพโลก (World Health Day 2001) เพื่อเป็นการรณรงค์ให้ประชากรโลกมีภาวะสุขภาพที่ดี มีพละนามัยที่แข็งแรง โดยมุ่งเน้นความสำคัญของเรื่อง ภาวะสุขภาพทางใจ (mental health) เป็นหลัก หากจะพิจารณาถึงปัญหาเรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถพิจารณาได้กว้าง ๆ 2 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพทางกาย (physical health) และ ภาวะสุขภาพทางใจ (mental health) ซึ่งปัญหาทั้งสองนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมี ภาวะสุขภาพทางกายดี มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดี ในทางกลับกัน หากผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล มีความเครียดสูง อาจส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะของร่างกาย เกิดการเจ็บป่วย ตามมา (บรรลุ ศิริพานิช, 2541: 670) โดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี มักจะมีความพึงพอใจ ในชีวิต สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเอง มีความสุขอยู่ตลอดเวลา ตลอดจนมองว่า ตนเองยังมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่าง มีความสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 10) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางใจไม่ดีจะรู้สึกตรงกันข้าม (จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2538: 82) ปัญหาสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของ ความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การแยกย้ายของบุตรออกจากครัวเรือน การเสียชีวิตของ คู่สมรส ญาติ หรือเพื่อนสนิท การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสที่จะเผชิญกับความอ้างว้าง ความกังวล หรือความรู้สึกเครียด อันนำไปสู่ภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีใน วัยสูงอายุ (Carter, 1999: 669) โดยทั่วไปแล้ว ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางใจมักจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยและ เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา (Leary, 1995: 11) การศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ, มลีนี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532: 29) พบว่า ผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ใน 10 คน มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทางใจ โดยรู้สึกว่าเหงา ขาดเพื่อน และไม่เป็นที่ต้องการของใคร สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาด้านสุขภาพทางใจของ ผู้สูงอายุมีความสำคัญและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพทางเศรษฐกิจและ สังคม

แนวโน้มของการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยได้ทวีเพิ่มมากขึ้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) และฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) เป็นต้นมา ได้มีการกล่าวถึงผู้สูงอายุอยู่บ้าง ในแง่ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ส่วนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ได้เสนอแนวทางการพัฒนาศักยภาพของคนด้านจิตใจ สะท้อนว่า ภาวะสุขภาพทางใจเป็นเรื่องที่มีความสำคัญควรได้รับความสนใจมากขึ้น จากการศึกษาของ สุมาลัย โทมัส (2531: 20-48) ได้กล่าวสรุปเกี่ยวกับการศึกษาของผู้สูงอายุว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 – 2529 ได้เริ่มศึกษาด้านภาวะ สุขภาพทาง กายของผู้สูงอายุอย่างกว้างขวาง และตั้งแต่ พ.ศ. 2510-2529 ได้มีการศึกษาทางด้านสิ่งแวดล้อม ทางสังคม ด้าน เศรษฐกิจและด้านภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ และนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ประเด็นเรื่องความ ช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้านปัญหาและ ความต้องการของผู้สูง อายุ (วาทีณี บุญชะลิกษ์ และยุพิน วรศิริอมร, 2539: 65)

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุในต่างประเทศ ยังถือว่ามียุคก่อนข้างจำกัด ทั้ง ๆ ที่ความต้องการด้านการศึกษเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น (Aiken, 1994: 69) การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจช่วงแรก ๆ ในต่างประเทศ มักสนใจเพียงเฉพาะการศึกษาด้านระดับสติปัญญาและความสามารถในการรับรู้ของผู้สูงอายุเท่านั้น (Mari and Williams, 1986: 381) ต่อมาจึงได้ขยายประเด็นของการศึกษารอบคลุมด้านอารมณ์และความรู้สึกมากขึ้น ส่วนการศึกษาด้านภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยเท่าที่มีอยู่ในขณะนี้ ยังมีอยู่เป็นจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ เช่น ด้านการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ในสังคม ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านภาวะสุขภาพทางกาย ด้านปัญหาการอยู่อาศัยร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2542: 116) การศึกษาด้านภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ยังไม่ได้มีการศึกษาเผยแพร่ความรู้มากเท่าที่ควร สาเหตุที่งานศึกษาเกี่ยวกับด้านภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุมีจำนวนน้อยนั้น ส่วนหนึ่งอาจเพราะเรื่องภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุเป็นเรื่องนามธรรมและผันแปรตามเวลา (นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539: 150) ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว การเลือกเครื่องมือหรือดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจมักมีความลำบาก ในเรื่องของการยอมรับ เพราะได้รับอิทธิพลสูงจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ และแนวความคิดที่แตกต่างกันไปตามปัจเจกบุคคล ยกที่จะวัดออกมาได้เที่ยงตรงแม่นยำสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง แบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามต้นฉบับของต่างประเทศ (Otrakul et. al. 1997:2) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันได้มีการพยายามพัฒนาแบบสอบถามสำหรับประเมินภาวะสุขภาพทางใจสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542ก: 143) โดยในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาแบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ทั้งที่พัฒนามาจากแบบสอบถามจากต่างประเทศรวมไปถึงแบบสอบถามที่คิดค้นเอง เช่น Thai GHQ-60, Thai GHQ-30, Thai GHQ-28, Thai GHQ-12, TMHQ, Thai HADS เป็นต้น (รายละเอียดจะได้บรรยายในส่วนต่อไป) ดังนั้น การศึกษาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุในครั้งนี้น่าจะเกิดประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสามารถเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

## 2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 2.1 เพื่อสร้างตัวชี้วัด (indicators) ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุจากข้อคำถามต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุไทย

## 3. แนวคิดเชิงทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนแนวความคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ



ได้แบ่งการทบทวนออกเป็น 3 ส่วนคือ (1) ดัชนีที่ใช้วัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจ และ (3) งานวิจัยที่ศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยมีแนวคิดหรือทฤษฎีที่และงานวิจัยเกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

### 3.1 ดัชนีที่ใช้วัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ

การวิจัยศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจเชิงปริมาณในปัจจุบัน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังคงมีข้อจำกัดในด้านความน่าเชื่อถือ และความแม่นยำของเครื่องมือที่ใช้วัด เนื่องจากดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจแต่ละดัชนี มีความแตกต่างกัน ทั้งในตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา จำนวนข้อคำถามที่ใช้ในการวัดที่แตกต่างกันออกไป ตลอดจนความแตกต่างกันสูงทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ในแต่ละพื้นที่ ๆ ทำการศึกษา ซึ่งเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจว่า ดัชนีใดจะสามารถใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจได้แม่นยำและใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด จากเอกสารงานวิจัยที่ได้รับรวบรวม สามารถสรุปข้อคำถามต่าง ๆ ที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจได้ดังนี้

#### ก. General Health Questionnaire (GHQ)

แบบสอบถามสุขภาพโดยทั่วไป (GHQ) คิดค้นโดย Goldberg และ William (1988) (อ้างถึงใน ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539ก: 2) ได้ออกแบบสอบถามเพื่อคัดกรองผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ โดยผู้คิดค้นแบบสอบถามนี้เชื่อว่า ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุข และการมีปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ดังนั้น แบบสอบถามนี้ศึกษาครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) และความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป ฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ใช้ในการวัดทั้งสิ้น 60 ข้อ (GHQ-60) นอกจากนี้ยังมีฉบับย่อยอื่น ๆ ที่พัฒนามาจากแบบสอบถาม GHQ-60 คือ GHQ-30, GHQ-28, GHQ-20 และ GHQ-12 ซึ่งบรรจุข้อคำถาม 30 ข้อ, 28 ข้อ, 20 ข้อ, และ 12 ข้อ ตามลำดับ และเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าสามารถใช้ในการวัดภาวะสุขภาพทางใจสำหรับประชาชนทั่วไป แบบสอบถาม GHQ มีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา (ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539ก: 3) รวมถึงได้รับการแปลเป็นภาษาไทยเช่นกัน โดยใช้ชื่อว่า Thai GHQ-60, Thai GHQ-30, Thai GHQ-28 และ Thai GHQ-12 ซึ่งบรรจุข้อคำถาม 60 ข้อ, 30 ข้อ, 28 ข้อ และ 12 ข้อตามลำดับ (รายละเอียดของแต่ละข้อคำถามปรากฏในภาคผนวก ก.) แบบสอบถามวัดสุขภาพทั่วไปทั้ง GHQ และ Thai GHQ เป็นการประเมินตนเอง (self rating questionnaire) โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 4 ช่วงคือ “มากกว่าปกติ” “เหมือนปกติ” “ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ” และ “น้อยกว่าปกติ”

ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2539ก: 2) ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถาม GHQ โดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-60, Thai GHQ-30, Thai GHQ-28 และ Thai GHQ-12 ทำการทดสอบกับประชากรในเขต

หนองจอก กรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการด้านสาธารณสุขเคลื่อนที่ จำนวน 100 ราย พบว่าแบบสอบถาม Thai GHQ ทุกฉบับ มีความแม่นยำและเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยแบบสอบถาม Thai GHQ-30 สามารถวัดได้แม่นยำกว่าชุดอื่น ๆ และสามารถใช้ในการวัดภาวะสุขภาพทางใจของประชาชนโดยทั่วไปได้ ทั้งนี้เนื่องจากแบบสอบถาม Thai GHQ-30 มีจำนวนข้อคำถามที่ไม่มากนัก และมีความน่าเชื่อถือใกล้เคียงกับแบบสอบถาม Thai GHQ-60 ส่วน Thai GHQ-28 เหมาะกับการศึกษาเพื่อจำแนกรายละเอียดของปัญหาภาวะสุขภาพทางใจในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านความวิตกกังวล ด้านความเหงา เป็นต้น ในขณะที่ Thai GHQ-12 มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือต่ำกว่าแบบสอบถามทุกฉบับ ส่วนผลการศึกษาภาวะสุขภาพทางใจพบว่า ร้อยละ 32 เป็นผู้มีปัญหาสุขภาพทางใจ ได้แก่ ปัญหาด้านความวิตกกังวล อาการของโรคซึมเศร้า และปัญหาด้านการนอน

นอกจากนี้ ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2539ข: 191) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพทางใจของประชากรเดียวกันนี้ ศึกษาประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 826 ตัวอย่าง ใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-60 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ประชากรตัวอย่างร้อยละ 19.1 เป็นผู้มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจ โดยประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ประชากรสูงอายุ) มีแนวโน้มว่าเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพทางใจมากกว่าในทุกกลุ่มอายุ

#### ข. Mini-Mental State Examination, (MMSE)

แบบทดสอบนี้คิดค้นโดย Folstein และคณะ (1975) (อ้างถึงใน อภิญา กังสนารักษ์ และ นัยพินิจ คชภักดี, 2534ข: 90) เพื่อวัดภาวะสุขภาพทางใจ เกี่ยวกับการทำงานของสมองด้านการรับรู้ (cognitive) แต่ไม่รวมถึงทางด้านอารมณ์ โดยบรรจุข้อคำถามทั้งสิ้น 27 ข้อ (รายละเอียดแต่ละข้อคำถามปรากฏในภาคผนวก ก.) แบบทดสอบนี้เชื่อว่า ผู้ที่มีความจำดี มีสติสัมปชัญญะดี จะสามารถจดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีและมีแนวโน้มว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจดี แต่ข้อจำกัดของแบบทดสอบนี้คือ ผู้สูงอายุต้องมีความสามารถในการอ่านและเขียนได้ ข้อเสียของแบบทดสอบ MMSE คือ ไม่ได้ครอบคลุมการวัดในด้านอารมณ์ ความรู้สึกเครียด และความวิตกกังวล

อภิญา กังสนารักษ์ และพินิจ คชภักดี (2534ก: 92-105) ศึกษาประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวนตัวอย่าง 110 ราย ในกรุงเทพมหานคร พบว่าแบบทดสอบ MMSE มีความเที่ยงตรงสูง สามารถใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.5) มีภาวะสุขภาพทางใจดีและไม่พบอาการของโรคซึมเศร้าเลย ในขณะที่ผู้สูงอายุตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า พบร้อยละ 15.5

Sutthichai และ Chanthong (1997: 116-120) ศึกษาเกี่ยวกับแบบทดสอบ MMSE ว่ามีความเหมาะสมเพียงใดที่จะใช้สำหรับการคัดกรองว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพทางใจหรือไม่ โดยศึกษาจากประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวนตัวอย่าง 150 ราย พบว่าแบบทดสอบดังกล่าวไม่เหมาะสมที่จะใช้วัดกับผู้สูงอายุไทย เนื่องจากอุปสรรคด้านการอ่านและการเขียนของผู้สูงอายุ การที่ผลการศึกษาของอภิญาและสุทธิชัยมีความขัดแย้งกัน อาจเนื่องจาก ประชากรที่ศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ซึ่งไม่สามารถสะท้อนถึงภาวะสุขภาพทางใจของประชากรระดับประเทศได้ ซึ่งการทดสอบควรมีจำนวนตัวอย่างที่มากพอสมควรที่จะสามารถใช้ในการวัดและอ้างอิงได้

#### ค. Philadelphia Geriatric Morale (PGM) และ The Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D Scale)



PGM (Philadelphia Geriatric Morale) และ CES-D Scale (The Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale) ทั้งสองมาตรวัดไม่ปรากฏชื่อหน่วยงานและปีที่คิดค้น (อ้างอิงใน Center for Aging Studies Flinders University of South Australia, 1991: 65) และทั้งสองมาตรวัดได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาโครงการระบาดวิทยาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2537 ซึ่งแบบการประเมิน ออกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ PGM Scale จำนวน 17 ข้อ และ CES-D Scale จำนวน 17 ข้อ (รายละเอียดข้อคำถามปรากฏในภาคผนวก ก.) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การนอนไม่หลับ ความรู้สึกเครียดที่ผิดปกติ การสูญเสียความสนใจในสิ่งแวดล้อมต่างๆ อาการซึมเศร้า ความเหนื่อยง่าย อาการหลงลืม และความรู้สึกเหงา มาตรวัด PGM แบ่งคำตอบเป็น “เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วย” ในขณะที่ CES-D Scale แบ่งคำตอบเป็น 3 ช่วง คือ “แทบจะไม่เป็นเช่นนั้น” “เป็นบางครั้ง” และ “เป็นเกือบตลอดเวลา”

ธวัชชัย วรพงศธร, วรเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533: 25-45) ศึกษาประชากรกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 18-24 ปี) จำนวนตัวอย่าง 691 ราย และผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า 30 ราย โดยใช้ CES-D Scale ซึ่งได้ผ่านการทดสอบว่ามีความเที่ยงตรงสูง สามารถนำมาใช้วัดกับประชาชนโดยทั่วไปได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่ไม่มีอาการซึมเศร้ามียกระดับของภูมิภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อสังเกตคือ อาการซึมเศร้าเป็นทั้งตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาและเป็นตัวแปรตามซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพทางใจ

Center for Aging Studies Flinders University of South Austria (1991: 65-102) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุไทย โดยใช้มาตรวัดแบบ PGM และ CES-D ในการทดสอบ พบว่าผู้สูงอายุตัวอย่างมีภาวะสุขภาพทางใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีภาวะสุขภาพทางใจเป็นปฏิภาคกับอายุที่เพิ่มขึ้น

ง. แบบสอบถาม The Mental Health Inventory (MHI) ของ Veit และ Ware (1983) (อ้างอิงใน นุสรานามเดช, 2539: 24)

The Mental Health Inventory (MHI) มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 42 ข้อ แบ่งออกเป็นภาวะความสมบูรณ์ทางใจ 20 ข้อ และภาวะความตึงเครียดทางใจ 22 ข้อ (รายละเอียดข้อคำถามปรากฏในภาคผนวก ก.) แบบสอบถาม MHI นี้เป็นแบบให้ประเมินตนเอง (self rating questionnaire) แบ่งคำตอบเป็น 3 ช่วงคือ “บ่อยครั้งหรือตลอดเวลา” “บางครั้ง” และ “ไม่มีเลย”

นุสรานามเดช (2539: 75) ได้แนวคิดในการสร้างแบบสอบถาม The Mental Health Inventory (MHI) จาก Veit และ Ware เพื่อใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจผู้สูงอายุไทย โดยศึกษาประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวนตัวอย่าง 248 ราย โดยแบ่งประชากรศึกษาเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จำนวน 62 คน และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจจำนวน 186 คน จากการศึกษาพบว่า แบบสอบถาม MHI มีคุณสมบัติเหมาะสม สามารถใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ โดยคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มที่ได้จากการวัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จ. Hospital Anxiety and Depression Scale, (Thai HADS)

สเกล Thai HADS นี้คิดค้นโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539ค) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจ โดยพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า สเกลนี้ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม (รายละเอียดแต่ละข้อคำถาม ปรากฏในภาคผนวก ก.) สเกล Thai HADS เป็นแบบให้ผู้สูงอายุประเมินตนเอง แบ่งคำตอบเป็น 4 ช่วงให้เลือกคือ “ไม่เป็นเลย” “เป็นบางครั้ง” “ค่อนข้างบ่อย” และ “บ่อยมาก”

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539ค: 18-30) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลรามารบิตี จำนวนตัวอย่าง 60 ราย พบว่า สเกล Thai HADS สามารถใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจแก่ประชาชนโดยทั่วไปได้ โดยสามารถคัดกรองผู้ที่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจเกี่ยวกับอาการด้านความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวมีคำถามที่สั้น กระชับ และมีความแม่นยำเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

#### ฉ. ดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของ Edward และคณะ (1966) (อ้างถึงใน ธาราทิพย์ โลพานิช, 2541: 36)

ดัชนีของ Edward และคณะ(1966) เป็นดัชนีเพื่อประเมินภาวะสุขภาพทางใจแบบให้ประเมินตนเอง จำนวน 41 ข้อ (รายละเอียดแต่ละข้อคำถาม ปรากฏในภาคผนวก ก.) โดยแบ่งคำตอบเป็น 3 ระดับให้เลือกตอบคือ “เห็นด้วยมาก” “เห็นด้วยปานกลาง” และ “เห็นด้วยน้อย”

ธาราทิพย์ โลพานิช (2541) ได้แนวคิดในการสร้างดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจจาก Edward และคณะ (1966) ศึกษาประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวนตัวอย่าง 294 ราย ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ดัชนีดังกล่าวมีความเที่ยงตรงสูง สามารถใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพทางใจระดับดี สามารถจำแนกรายละเอียดของภาวะสุขภาพทางใจในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความสุข พบร้อยละ 98.6 รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต พบร้อยละ 96.9 ด้านการรับรู้ความจริง พบร้อยละ 76.2 ด้านการเผชิญปัญหาและแก้ไข้ปัญหา พบร้อยละ 61.6 ด้านสังคมและทักษะทางสังคม พบร้อยละ 59.9 ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต พบร้อยละ 52.0 และด้านการเติบโตพัฒนาการใช้ศักยภาพตนเอง พบร้อยละ 51.0

#### ช. The Thai Mental Health Questionnaire, (TMHQ)

แบบสอบถามนี้ได้นำมาพัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ (2542) ซึ่งได้แนวคิดในการสร้างแบบสอบถามจาก The Diagnostic Criteria from the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) (ไม่ปรากฏปี) (อ้างถึงใน สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ, 2542: 27-28) แบบสอบถามดังกล่าวได้ดัดแปลงจากสเกลชนิดต่างๆ เพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมินภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้นจาก 5 สเกล คือ (1) สเกลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจ (somatization scale) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากระบบต่างๆของร่างกายที่ทำงานไม่ปกติ

เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว ระบบหายใจขัดข้อง เป็นต้น (2) สเกลเกี่ยวกับความซึมเศร้า (depression scale) ได้แก่ อาการซึมเศร้า ที่เกิดจากความสนใจในสิ่งรอบข้างต่าง ๆ ลดลง การคิดว่าตนเองเป็นคนที่ไร้คุณค่า มองโลกในแง่ร้าย มีอาการเหงา จิตใจหดหู่ เป็นต้น (3) สเกลเกี่ยวกับความวิตกกังวล (anxiety scale) ได้แก่ ความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ความเครียด ความประหม่า (4) สเกลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บิดเบือน (psychotic scale) ได้แก่ การย่ำคิดย่ำทำ ความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย (5) สเกลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม (social function scale) ได้แก่ การติดต่อกับบุคคลภายนอก การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง การร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น แบบสอบถาม TMHQ มีข้อคำถามที่ใช้วัดทั้งสิ้น 70 ข้อ แบ่งเป็น somatization scale จำนวน 10 ข้อ depression scale จำนวน 20 ข้อ anxiety scale จำนวน 15 ข้อ psychotic scale จำนวน 10 ข้อ และ social function scale จำนวน 15 ข้อ (ดูรายละเอียดข้อคำถามแต่ละข้อใน ภาคผนวก ก.) แบบสอบถาม TMHQ เป็นแบบประเมินตนเอง แบ่งคำตอบให้เลือกตอบเป็น 5 ช่วงคือ “ไม่มี” “เล็กน้อย” “ปานกลาง” “ค่อนข้างมาก” และ “มาก”

สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ (2542: 22-39) ใช้แบบสอบถาม TMHQ ในการศึกษา ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 700 ตัวอย่าง แบ่งเป็น กลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจและผู้ที่มีปัญหา ภาวะสุขภาพทางใจ กลุ่มตัวอย่างละ 350 ราย พบว่า แบบสอบถาม TMHQ สามารถใช้จำแนกผู้ที่มีปัญหา ภาวะสุขภาพทางใจกับผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทางใจได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3.2 แนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีและแนวความคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ พบว่า การที่ภาวะสุขภาพทางใจของบุคคลจะเป็นเช่นไร มักขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่หลากหลาย ดังปรากฏใน ทฤษฎี และแนวคิดต่าง ๆ ต่อไปนี้

ก. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของ Havinghurst และ Albrecht (1953) (อ้างถึงใน บุษยมาส สินธุประมา. 2539: 23)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางกายและทางใจ หากรักษากิจกรรมต่าง ๆ ไว้ได้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีรูปแบบเฉพาะ ได้แก่ การทำงานอยู่ในปัจจุบันหรือมีกิจกรรมอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะ เกษียณอายุแล้วก็ตาม การทำกิจกรรมอื่นทดแทนจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ชีวิตของตนเองมีคุณค่า และเกิดความนับถือในตนเอง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดี

ข. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ของ Philip (1957) (อ้างถึงใน บุษยมาส สินธุประมา. 2539: 21)

ทฤษฎีนี้กล่าวถึง การปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต ที่ไม่เหมือนเดิม เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเคยปฏิบัติในวัยผู้ใหญ่มายอมรับ บทบาททางสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบของผู้สูงอายุ

Bose (1993: 13) ได้เสนอแนวคิดของการดำเนินบทบาทในวัยสูงอายุว่า ผู้สูงอายุควรทดแทน บทบาทที่หายไป ด้วยกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมอันใหม่ ตลอดจนปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมให้เหมาะสม

ก็จะสามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพทางใจที่ถดถอยลงได้

จากทฤษฎีบทบาท ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทสูงมาก่อน เช่น การเป็นหัวหน้าครัวเรือน การมีบทบาทสูงในเชิงเศรษฐกิจ เป็นผู้หารายได้หลัก การเปลี่ยนแปลงต่างๆของบทบาทเหล่านี้ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของค่อนข้างมาก (บรรลุ ศิริพานิช, 2541: 67-68) หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

ค. แนวคิดของ Edward, Wilfred, and Lloyd (1966) อ้างถึงใน ธาราทิพย์ โล่ห์พานิช, 2541: 27-29)

แนวคิดนี้กล่าวถึงภาวะสุขภาพทางใจว่า มีองค์ประกอบทั้งสิ้น 13 ประการดังนี้

1. ความต้องการ (needs) การได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกายและทางใจ จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ผู้ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองจะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี
2. จุดมุ่งหมายในชีวิต (goals) การที่บุคคลมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จะทำให้มีพฤติกรรมที่แน่นอน มั่นคง ไม่ปล่อยให้ชีวิตดำเนินอย่างไร้ประโยชน์ ไม่รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า ผู้ที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิตจะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี
3. ภาพพจน์ที่บุคคลมีต่อตนเอง (self image) ผู้ที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง จะไม่ดูถูกหรือรู้สึกเหยียดหยามตัวเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ผู้เข้าข่ายว่ามีภาพพจน์ที่ดีต่อตนเองจะมีแนวโน้มว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี
4. การเติบโต ด้านพัฒนาการ และการใช้ศักยภาพของตนเอง (growth, development and self actualization) การที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพทางใจอย่างไร ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากความเจริญเติบโตและพัฒนาการตั้งแต่วัยเยาว์ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดีมักเป็นผู้ที่มีอารมณ์ปกติ ไม่หงุดหงิดง่าย ต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้าง สามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นได้ดี และสามารถนำศักยภาพนี้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม
5. การผสมผสานบุคลิกภาพ (integration) บุคคลที่สามารถควบคุมและการตอบสนองความต้องการของตนเอง สามารถปรับตัวและแสดงออกได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมที่ไม่ขัดกับสังคมส่วนรวม บุคคลดังกล่าวมีแนวโน้มว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจดี
6. ความรักและเพศสัมพันธ์ (love and sex) ความรักทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้จักการให้อภัยซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ไม่เหงาหรือว่าเหว ผู้ที่มีความรักและมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมจึงมีแนวโน้มว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี
7. ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ผู้ที่มีความอิสระในด้านความคิด การตัดสินใจและมีค่านิยมเป็นของตนเอง บุคคลดังกล่าวมีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี
8. การอุทิศตนเพื่องาน (commitment to work) การอุทิศตนเพื่องานเป็นคุณลักษณะของผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี การทำงานจะทำให้ตนเองใช้ความสามารถและศักยภาพตนเองได้ดี เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม ไม่คิดฟุ้งซ่าน การทำงานยังทำให้บุคคลมีรายได้นำมาจุนเจือครอบครัว และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นต้น
9. การรับรู้ความจริง (perception of reality) การที่บุคคลมีทัศนคติของตนเองสอดคล้องกับ



คนส่วนใหญ่หรือสังคมส่วนรวม ไม่มีทัศนคติที่บิดเบือนจากความต้องการของสังคมส่วนรวม ทำให้บุคคลสามารถเข้ากับคนในสังคมได้ดี และเป็นที่ยอมรับในสังคม บุคคลดังกล่าวมีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี

10. ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) การที่บุคคลมีส่วนร่วมในสังคมหรือมีกิจกรรมทางสังคมกระทำอยู่เสมอ ทำให้มีเพื่อนในสังคม ไม่ทำให้บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว คนที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมดีมีแนวโน้มว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจดี

11. ประสบการณ์ทางอารมณ์ (emotional experience) การที่บุคคลสามารถควบคุมการแสดงออกทางด้านภาวะอารมณ์ของบุคคลได้เหมาะสม บุคคลดังกล่าวมีแนวโน้มว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจดี

12. การเผชิญปัญหาหรือการแก้ปัญหา (coping or adapting) การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน เมื่อมีปัญหาหรือมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดีจะสามารถเผชิญกับปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ จะไม่หนีปัญหาด้วยการใช้สิ่งดับทุกข์ในทางที่ผิด เช่น สิ่งเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น

13. ความสุข (happiness) ความสุขเป็นเกณฑ์สำคัญในการวัดภาวะสุขภาพทางใจ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี จะเป็นผู้ที่แสวงหาความสุขจากชีวิตตลอดเวลา

#### ง. แนวคิดของ Folstein และคณะ (1975: 192)

แนวคิดนี้เชื่อว่า การที่ภาวะสุขภาพทางใจของแต่ละบุคคลจะเป็นอย่างไร พิจารณาจากด้านการทำงานของสมองด้านจิตใต้สำนึก (cognitive) แต่ไม่รวมถึงทางด้านอารมณ์ แนวคิดนี้มีปัจจัยใช้พิจารณา 6 ประการ คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ (orientation for time and place) ด้านการบันทึกและความจำ (registration and memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (attention and calculation) การรำลึก (recall) และด้านการสร้างภาพจากการเลียนแบบ (visual construction) ส่วนในการวัด จะพิจารณาจากการรับรู้ของสมอง สถิติสัมพัทธ์ 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านเวลา (time orientation) และ การรับรู้ด้านสถานที่ (place orientation)

#### จ. แนวคิดของ Harris Charles (1987: 68)

แนวคิดของ Harris Charles เชื่อว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดี ประกอบด้วย

1. สถานภาพทางเศรษฐกิจ การเกษียณอายุการทำงานของผู้สูงอายุและการไม่มีงานทำ มักทำให้ผู้สูงอายุประสบกับปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงในบทบาท ส่วนรายได้ที่ลดลงมักทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้

2. การสูญเสียส่วนบุคคล กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุต้องสูญเสียคู่สมรส เพื่อนในวัยเดียวกัน ตลอดจนขาดการติดต่อกับบุตรที่อยู่ห่างไกล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาและว้าเหว่ (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2535: 25) ส่งผลต่ออารมณ์และภาวะสุขภาพทางใจที่เสื่อมถอยในวัยสูงอายุ

3. การเสื่อมถอยของสุขภาพทางกาย คือการที่ร่างกายไม่สมบูรณ์หรือเสื่อมตามวัยที่สูงขึ้น มีโอกาสสูงที่โรคภัยต่าง ๆ เบียดเบียน ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม จะก่อให้เกิดความเครียด อาจเกิดปัญหาสุขภาพทางใจไม่ตีตามมา (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2535: 25)

ฉ. แนวคิดของ Goldberg (1988) (อ้างถึงใน ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539: 2)

แนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะสุขภาพทางใจ สามารถพิจารณาได้จากปัญหา 2 ประการคือ

- (1) ไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุข อันเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกาย และ
- (2) มีปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ โดยครอบคลุมปัญหาต่างๆ คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) และความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) หรือไม่สามรถเข้ากับสังคมหรือคนส่วนใหญ่ในสังคมได้

#### ข. แนวคิดของ เกษม ตันติพลาชีวะ และกุลยา ตันติพลาชีวะ (2528: 78-82)

แนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ไม่ดี เกิดจากความเครียด โดยสาเหตุของความเครียดนั้น แบ่งได้ดังต่อไปนี้

1. ความเครียดทางร่างกาย (psychological stress) แบ่งตามปฏิกิริยาตอบสนอง 2 ชนิด คือ ความเครียดแบบเฉียบพลัน (emergency stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เนื่องจากเกิดการเจ็บป่วย กระทั่งหัน การเป็นโรคร้ายไข้เจ็บ อุบัติเหตุ และความเครียดต่อเนื่อง (continuing stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวนาน ทำให้เกิดความท้อถอยและปรับตัวไม่ได้

2. ความเครียดทางจิตใจ (psychological stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้น จากการที่ผู้สูงอายุตอบสนองกับสิ่งที่ตนเองไม่พึงปรารถนา เช่น ความสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันที่จะต้องยอมรับและปรับตัวให้ได้ สิ่งที่กระทบความรู้สึกที่ก่อให้เกิดความเครียดในวัยสูงอายุ ได้แก่

2.1 การเจ็บป่วยที่สร้างความสูญเสียหรือก่อให้เกิดปัญหาจนกระทั่งผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขปัญหาได้

2.2 การสูญเสียสมรรถภาพเนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนเดิม การสูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ทั้งด้านความเป็นอยู่และการเลี้ยงดูตนเอง การสูญเสียภาวะสุขภาพที่ดีเหมือนอดีตเนื่องจากการเสื่อมสภาพตามวัย และการสูญเสียบุคคลที่รักเช่น คู่สมรส บุตร ญาติและเพื่อน เป็นต้น

3. ความเครียดทางสังคม (social stress) ปฏิกิริยาของสังคมต่อผู้สูงอายุ จะมีอิทธิพลต่อสภาวะการปรับตัวของผู้สูงอายุ เช่น การให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้สูงอายุ อำนาจในการตัดสินใจให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว บทบาทเชิงเศรษฐกิจที่ลดลงของผู้สูงอายุ เป็นต้น

#### ณ. แนวคิดของวันดี โภคะกุลและคณะ (2539: 15)

แนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะสุขภาพทางใจของบุคคลโดยทั่วไป สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ (1) ความกังวลในทรัพย์สิน (2) ความวิตกกังวล (3) การย่ำคิดย่ำทำ (4) ความหงุดหงิดโกรธเคืองง่าย (5) ความรู้สึกเศร้าเสียใจ ร้องไห้บ่อยๆ (6) ความหวาดกลัว (7) ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (8) ความรู้สึกไม่ภูมิใจในตนเอง และ (9) ความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ เศร้าซึม และความรู้สึกน้อยใจ

#### ญ. แนวคิดของ บรรลุ ศิริพานิช (2541: 66-68)



แนวคิดนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพทางใจเป็นเช่นไร พิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. มีญาติสนิท มิตรสหายรักใคร่นับถือ
2. รู้จักปรับตนต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
3. รู้จักพึงพอใจกับสภาพแวดล้อม การเป็นอยู่ของตนเอง

#### ฎ. แนวคิดของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2542: 3)

แนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

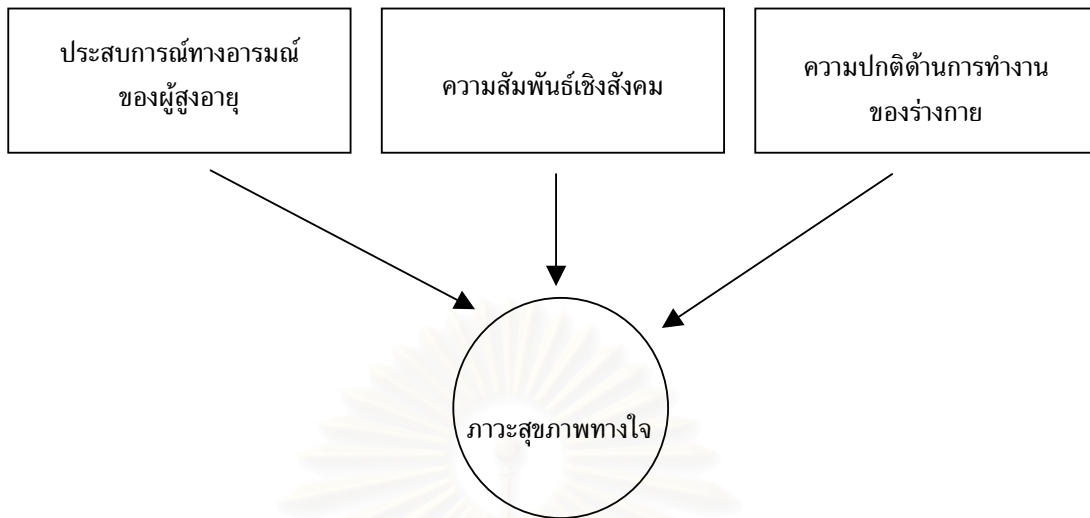
1. การเปลี่ยนแปลงทางกายในทางที่เสื่อมถอย ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคู่คนอื่นในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ โดยทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มักเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อันส่งผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้เกิดภาวะสุขภาพทางใจไม่ดีตามมา (บรรลุ ศิริพานิช, 2541: 20)
2. การเปลี่ยนแปลงทางใจ ผู้สูงอายุมักพบกับความสูญเสียจากบุคคลใกล้ชิดหรือการแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ต้องออกจากงานประจำ หรือกิจกรรมที่เคยทำมาตลอดทั้งชีวิต ทำให้ขาดรายได้ ขาดเพื่อน ขาดการติดต่อทางสังคม
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจ มักสูญเสียบทบาทผู้นำ สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมสูง จนกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงต้องประสบปัญหาเรื่องความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกถูกทอดทิ้งมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและปัญหาความยากจน (Afzal, 1995: 41)

#### จ. แนวคิดของ บัณฑอง สว่างโสภาคกุล (2542: 39)

แนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะสุขภาพทางใจสามารถพิจารณาได้จาก 3 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยทางสังคม การที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับลักษณะสังคมสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเข้ากับบุคคลอื่นได้ดีและเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว
2. ปัจจัยส่วนบุคคล พิจารณาจากทัศนคติต่อตนเองและสภาพแวดล้อม การมีความสุข ความพึงพอใจต่อสถานภาพของตนเอง ต่อสถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
3. ปัจจัยด้านการปรับตนเอง ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจ จะสามารถเอาชนะความกดดัน ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ดี และมีความสามารถทำให้ตนเองให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดอดในชีวิตได้ (self actualization)

จากทฤษฎีและแนวคิดทั้งหมดที่ได้รับรวบรวมมาข้างต้น อาจแบ่งองค์ประกอบที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจได้ 3 ด้าน ดังนี้



กรอบแนวคิดข้างต้นสะท้อนว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพทางใจเป็นเช่นไร พิจารณาจากองค์ประกอบที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพทางใจดังต่อไปนี้

#### ประสบการณ์ทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีความสุข มีความพึงพอใจต่อสถานภาพและความเป็นอยู่ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน และมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่า ชีวิตของตนยังมีประโยชน์ มีคุณค่าต่อคนรอบข้างและสังคมส่วนรวม ผู้สูงอายุอาจไม่รู้สึกเศร้า เหงาหงอย โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ดีตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน น่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจดี ประสบการณ์ทางอารมณ์ของผู้สูงอายุน่าจะสะท้อนภาวะสุขภาพทางใจได้ดี เนื่องจาก การที่ผู้สูงอายุได้พบเจอแต่เรื่องที่ดีหรือมีความสุขอยู่ตลอดเวลา มีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับสภาพทางอารมณ์ที่สะท้อนใจอยู่ตลอดเวลา อาจมีความรู้สึกกดดัน จนเกิดความเครียดและเกิดปัญหาสุขภาพทางใจตามมา

#### ความสัมพันธ์เชิงสังคม

การอยู่ร่วมกันในสังคม มักมีปัญหาในเรื่องการปรับตัว อาจเกิดความคิดขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน กับผู้สูงอายุ การเกิดปัญหาความขัดแย้งกันอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น จะสามารถเข้ากับบุคคลอื่นได้ดี จะรู้สึกอบอุ่นและมีความสุขตลอดเวลา อาจทำให้มีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีตามมา นอกจากนี้ในด้านสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุนั้น นอกจากจะสะท้อนถึงการมีโอกาสในการหารายได้เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานแล้ว ยังอาจสะท้อนถึง การมีกิจกรรมอยู่และการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่เหงา เพราะมีเพื่อนคอยปลอบใจในปัญหาต่างๆ อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ดีตามมา

#### ความปกติด้านการทำงานของร่างกาย

โดยส่วนใหญ่แล้วภาวะสุขภาพทางกายและภาวะสุขภาพทางใจ มักมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ผู้ที่ไม่มีปัญหาในเรื่องภาวะสุขภาพทางกาย จะสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆได้ตามต้องการ มีอิสระที่จะกระทำการสิ่งใดก็ได้ และมักมีความรู้สึกพึงพอใจในศักยภาพและความสามารถของตนเอง ไม่เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้คุณค่า ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านภาวะสุขภาพทางกาย เช่น การนอนไม่หลับ การปวดศีรษะอยู่ตลอดเวลา มักรู้สึกเครียดและมีความรู้สึกความกังวลอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้มีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

การศึกษาครั้งนี้ ได้จำลองเอากรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้ โดยได้บรรจุข้อคำถามต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของการวัดภาวะสุขภาพทางใจ ได้แก่ (1) ประสบการณ์ทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ (2) ความสัมพันธ์เชิงสังคม และ(3) ความปกติด้านการทำงานของร่างกาย (รายละเอียดของข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบจะกล่าวต่อไปในบทที่ 3)

### 3.3 งานวิจัยที่ศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

#### ก. ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ มักจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามพื้นฐานในตัวของผู้สูงอายุเอง ลักษณะทางประชากรเหล่านี้ ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

##### 1. เพศ

เพศ เป็นตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างระหว่างเพศ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องต่างๆ ซึ่งคาดว่าน่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุเพศชายมักได้เปรียบกว่าเพศหญิง ในด้านสุขภาพทั้งทางกายและใจ (ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 23-45) เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีความอ่อนแอทางร่างกายกว่า และเป็นผู้ที่มีภาวะต้องพึ่งพิงมากกว่าเพศชาย ตลอดจนการมีปัญหาเรื่องความรู้สึกโดดเดี่ยวมากกว่าเพศชาย (Cole and Diana, 1977: 584-594) นอกจากนี้ เพศหญิงมักได้รับผลกระทบจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจการเงินไม่เพียงพอ จึงตกอยู่ในภาวะยากจนมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (นภาพร ชโยวรรณ, 2542ก: 5) โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีสถานภาพสมรส หย่า หรือหม้าย ตลอดจนผู้สูงอายุเพศหญิงที่อยู่อาศัยเพียงลำพังผู้เดียว (Atchley, 1991: 363-364) จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมักมีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และขาดอำนาจทางสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Schaie and Willis, 1996: 498) เพศหญิงจึงมักตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงและภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ข้อเสียเปรียบของเพศหญิงดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุเพศหญิงที่ต้องเผชิญกับปัญหายุ่งยากมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2532: 29) ศึกษาโดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่า ความเหงา เป็นปัญหามากน้อยสำหรับตนเพียงใด พบว่า ผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ใน 10 คน มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ โดยผู้สูงอายุเพศหญิงประสบปัญหาความเหงามากกว่าเพศชายเล็กน้อย (เพศหญิงพบร้อยละ 19 ส่วนเพศชายพบ ร้อยละ 17) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ หาญผล (2535: 78) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรู้สึกเหงามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ต่อมาการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539: 150-151) ยังคง พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มมีความรู้สึกเหงามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

นุสรานามเดช (2539: 91) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีส่วนของผู้ที่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจสูงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (ร้อยละ 74.2 และ 25.8 ตามลำดับ) อุบล หมดธรรม (2540: 44) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงประสบปัญหาทางด้านภาวะสุขภาพทางใจมากกว่าเพศชาย เนื่องจาก เพศหญิงประสบปัญหาในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้มากกว่าเพศชาย คือ ความรู้สึกกลัวรายได้ไม่พอจ่าย คิดว่าตนเองเป็นภาระแก่ลูกหลาน ตลอดจน ความรู้สึกว่ามีชีวิตอยู่อย่างไม่มีความสุข ส่วนวันดี โภคะกุล และคณะ (2541: 75) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมี ปัญหาภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าเพศชาย ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ห่วงทรัพย์สิน วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ หงุดหงิด โกรธเคือง รู้สึกเสียใจและร้องไห้บ่อย ๆ หวาดกลัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่รู้สึกภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าเหว เหงา ซึมเศร้า และน้อยใจตลอดเวลา

การศึกษาของ Center for Aging Studies Flinders University of South Australia (1991: 30) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าเพศชาย ปัญหาที่พบมาก ได้แก่ การนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล การสูญเสียความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ มีอาการซึมเศร้า เหนื่อยล้าง่าย และมีอาการหลงลืมง่าย ธิตา มีศิริ (2540: 66) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรู้สึกเหงามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางใจมากกว่าเพศชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สะท้อนความแตกต่างกันระหว่างเพศคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมักเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบในเรื่องต่าง ๆ อันอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้น เพศ น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จึงได้ตั้งสมมุติฐานเพื่อการศึกษาว่า ผู้สูงอายุเพศชายน่าจะมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

## 2. อายุ

อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญทางประชากรศาสตร์ เนื่องจาก เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น มักจะพบกับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ตามมา ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจไม่ให้เกิดความเครียด อาจทำให้ผู้สูงอายุมี ภาวะสุขภาพทางใจที่ดีได้ (เกษม ตันติพลลาชีวะ และกุลยา ตันติพลลาชีวะ, 2528: 78)

นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530: 29) ศึกษาพบว่า ระดับของการมีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุนั้นจะเพิ่มตามอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การที่ผู้สูงอายุมีอายุที่เพิ่มขึ้นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การแยกย้ายออกจากครอบครัวของลูก ๆ ไปอยู่ที่อื่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทหัวหน้าครอบครัว การสูญเสียคู่สมรส ญาติหรือเพื่อน เป็นต้น (Desjarlais et al. 1995: 226) ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้

นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539: 150-151) พบว่า ความเหงาจะเพิ่มตามอายุ กล่าวคือ ความรู้สึกเหงาเพิ่มจากร้อยละ 10 ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี เป็นร้อยละ 14 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป

ส่วนอิงใจ จันทมูล (2539: 48) พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า จะมีแนวโน้มเกิดอาการโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า

นุสรานามเดช (2539: 91) พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า มีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่จุมพล สมประสงค์ (2540: 48) ศึกษาปัญหาภาวะสุขภาพทางใจของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมือง กาญจนบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ljungquist และ Sundstrom (1996: 90-101) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ชี้แนะว่า อายุ น่าจะมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จึงได้ตั้งสมมุติฐานเพื่อการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

### 3. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญ และคาดว่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีคู่สมรสที่ยังมีชีวิตและอาศัยอยู่ร่วมกันนั้น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนคู่คิดคอยรับฟังปัญหาและได้รับการให้คำปรึกษาในปัญหาเรื่องต่าง ๆ ช่วยลดความเครียดที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาต่าง ๆ ได้นอกจากนี้ คู่สมรสยังอาจช่วยเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิต เพราะมีคนคอยช่วยเหลือดูแล อาจส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางกายและทางใจของผู้สูงอายุด้วย

การศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญาพงษ์, สุรีย์ บุญญาพงษ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533: 69-82) เกี่ยวกับชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายจะมีความรู้สึกเหงา มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ตันศิริ และคณะ (2535: 36) กับสิริสุดา ชาวคำเขต (2541: 65) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ljungquist และ Sundstrom (1996: 90-101) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่สมรส จะมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ ได้แก่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่ และโสด

สุตาวลัย สายสีบ (2536: 73) พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรสมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (เช่น หย่า แยก หม้าย และโสด) เนื่องจาก การมีคู่สมรสอยู่ร่วมกันจะช่วยรับฟังและช่วยกันแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน อีกทั้งมีผลต่อการเกื้อหนุนทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ

ธิดา มีศิริ (2540: 71) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก จะมีสัดส่วนของความรู้สึกเหงา เหนงสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่มีอยู่ปัจจุบันสมรส

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า สถานภาพสมรส น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จึงได้ตั้งสมมุติฐานเพื่อการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่สมรสน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ

### ข. ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ



ลักษณะทางเศรษฐกิจ น่าจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะสุขภาพทางใจ กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุมีภาวะทางด้านเศรษฐกิจที่ดี น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ดีเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ลักษณะต่าง ๆ ทางด้านเศรษฐกิจ เช่น สถานภาพการทำงาน รายได้ ของผู้สูงอายุ น่าจะสะท้อนความมั่งคั่งของฐานะ ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำรายได้มาตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ได้ ในทางตรงข้าม การมีหนี้สิน ของผู้สูงอายุ อาจสะท้อนถึงภาระความรับผิดชอบและความกังวลใจต่อหนี้สิน อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด และกังวลใจ อาจนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพทางใจในที่สุด

### 1. สถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ ในที่นี้หมายถึง การทำงานอยู่ของผู้สูงอายุในรอบสัปดาห์ ก่อนการสำรวจ เป็นตัวแปรที่ชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการหารายได้ของผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมอยู่อย่าง ต่อเนื่อง มีโอกาสได้พบปะผู้คน ได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานหรือเกษียณอายุแล้วมักไม่มีงานทำ ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา กังวล ท้อแท้และรู้สึกว่า ตนเองไม่มีคุณค่า นอกจากนี้สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุยังชี้ให้เห็นถึง การลดภาระการพึ่งพิงต่อบุคคลอื่น กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุมีงานทำ ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้มีความสามารถจับจ่ายใช้สอย ซื้อสินค้าต่าง ๆ ได้ตามที่ ใจปรารถนา ตลอดจนมีแนวโน้มว่าจะสามารถดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจาก คนที่ทำงานอยู่มักมีรายได้สามารถนำเงินมาใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลหรือใช้ในการบำรุงร่างกาย โดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเนื่องจากการถูกเลิกจ้างงานหรือเพราะเกษียณอายุ มักได้รับผลกระทบทางใจ อย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน (Schaie, Warner, and Willis, 1996: 460) การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจ (powerlessness) (วัลย์พร นันทคุภวัฒน์, 2535: 25) ผู้สูงอายุอาจ รู้สึกขาดจุดมุ่งหมายในชีวิต จนอาจก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกเหงา โศกเศร้า และความรู้สึกกังวลตามมา (Carter, 1999: 669)

นุสราน นามเดช (2539: 91) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานในปัจจุบัน จะมีภาวะสุขภาพทางใจ ที่ ไม่ดี ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ปัจจุบันกำลังทำงานอยู่ (ร้อยละ 80.6 และร้อยละ 19.4 ตามลำดับ) ส่วน สรวุฒิ สังข์ศรี, พิมพาภรณ์ สังข์ศรี และสุวรรณี เรืองเดช (2540: 30) ศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ พบว่า การทำงานของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานในปัจจุบัน จะมีสัดส่วนของผู้ที่มีอารมณ์เศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีงานทำอยู่ในปัจจุบัน ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541: 102-103) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานในปัจจุบัน จะมี ปัญหาภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ยังคงรักษาสถานภาพการทำงานไว้ได้ในปัจจุบันหรือผู้ที่ยังคงมีกิจกรรม อื่น ๆ ทำอยู่อย่างต่อเนื่อง

การทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ชี้แนะได้ว่า สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จึงตั้งสมมุติฐานว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ในปัจจุบันน่าจะมีคะแนน ภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานอยู่ในปัจจุบัน

### 2. รายได้

โดยทั่วไป ผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาทางการเงิน คือมีรายได้เท่าเดิมหรือลดลงกว่าตอน สมัยหนุ่มสาว และมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นในด้านการดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาอาการเจ็บป่วย (Shaw, 1997: 48)



ปัจจุบันแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุ มักได้มาจากบุตรมากกว่าการทำงานของตนเอง (นภาพร ชโยวรรณ และ มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2530: 18) การที่ผู้สูงอายุมีรายได้มากน้อยต่างกัน อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่แตกต่างกัน เนื่องจาก ผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกกังวลในสถานะเศรษฐกิจการเงิน หากมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ รายได้ถือว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ได้ เช่น การเข้าถึงบริการ ทางสาธารณสุข การแสวงหาอาหาร สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดี ซึ่งน่าจะส่งผลต่อ ภาวะสุขภาพทางใจที่ดีตามมา

ธิดา มีศิริ (2540: 85) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มจะมีภาวะสุขภาพทางใจดี กว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kenny และ Kashy (1992: 112) พบว่า ระดับรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะ สุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ และมีคุณค่าในการดำเนินชีวิต ในขณะที่ เพลินพิศ ฐานิวัฒน์านนท์ (2542: 40) พบว่า ระดับรายได้ของผู้สูงอายุมีผลต่อความเครียดทางอารมณ์ โดยความเครียดทางอารมณ์ จะพบมากในผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า

จากเหตุผลสนับสนุนข้างต้นจึงคาดว่า รายได้ น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ทางใจของผู้สูงอายุ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีรายได้สูง น่าจะสามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของ ผู้สูงอายุได้ ในทางตรงข้าม หากผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำและไม่พอเพียงต่อรายจ่าย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล ความเครียด อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ไม่ดีตามมา จึงตั้งสมมุติฐานเพื่อการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า

### 3. หนี้สิน

หนี้สิน เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจอีกตัวหนึ่ง เพราะหมายถึงภาระความ รับผิดชอบและความกังวลใจของผู้สูงอายุที่มีต่อภาระหนี้สิน เกิดความรู้สึกไม่อิสระในการดำเนินชีวิต รายได้ที่ สามารถหามาได้ ต้องถูกนำไปแบ่งสรรปันส่วนเพื่อใช้ในการชำระหนี้ อาจส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการ ในด้านต่าง ๆ ได้น้อยลง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของ ผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพทางใจกับตัวแปรหนี้สิน มีจำนวนน้อย

Aiken (1994: 48) พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีภาระหนี้สินสูง เกิดจากภาวะเศรษฐกิจในครัวเรือนไม่ ดี มีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความทุกข์ อันเป็นสาเหตุของภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตาม มา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเศรษฐกิจดี มีรายได้ดี ไม่มีหนี้สิน จะทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความสุข ทำให้มีภาวะสุ ขภาพทางใจที่ดีตามมาเช่นกัน

ดังนั้น ตัวแปรหนี้สิน น่าจะมีผลในทางลบต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุ ที่ไม่มีหนี้สินน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีหนี้สิน

#### ค. ลักษณะทางด้านสังคม

การที่ผู้สูงอายุแต่ละคนมีลักษณะด้านต่าง ๆ ทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพการเป็นหัวหน้าครัวเรือน ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร เป็นต้น ความแตกต่างนี้อาจมีเกี่ยว ข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

#### 1. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ร่วมกับคนจำนวนมากในครัวเรือน มักก่อให้เกิดความสับสนวุ่นวาย ไม่มีความเป็นส่วนตัว ประกอบกับการที่ต้องปรับตัวเอง เพื่อให้สามารถเข้ากับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวให้ได้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาความเครียด รู้สึกกดดันหรือมีความกังวล อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดี

ธิตา มีศิริ (2540: 42) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเพียงคนเดียวหรือมีสมาชิกร่วมอาศัยในครัวเรือนจำนวนน้อย มีโอกาสเผชิญกับความวุ่นวาย มากกว่าการที่ผู้สูงอายุพักอาศัยกับสมาชิกหลายคน

Martin (1989: 88) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มีจำนวนมาก (5 คนขึ้นไป) มีผลต่อความเครียด ทำให้เกิดปัญหาความทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวสูงขึ้นและมีแนวโน้มทำให้ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายมากขึ้น

จากเหตุผลสนับสนุนข้างต้น จึงคาดว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก น่าจะมีโอกาสเผชิญกับปัญหาความเครียด ความกังวลสูง จึงได้ตั้งสมมุติฐานเพื่อการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวนน้อยกว่าน่าจะมีความเครียดทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า

## 2. การเป็นหัวหน้าครัวเรือน

การเป็นหัวหน้าครัวเรือน สะท้อนถึงบทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคล การที่ผู้สูงอายุสามารถรักษาสถานภาพหัวหน้าครัวเรือนไว้ได้ หมายถึง การมีอำนาจและการได้รับความนับถือจากสมาชิกในครัวเรือน น่าจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า มีประโยชน์อยู่ ส่วนการเป็นหัวหน้าครัวเรือนในการศึกษาคครั้งนี้ คือ ผู้ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนตามพฤตินัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพและบทบาทในครัวเรือนของผู้สูงอายุกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ปรากฏว่า มีจำนวนน้อย

พรพจน์ กิ่งแก้ว (2538: 48) ศึกษาองค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในครัวเรือนสูงโดยมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การเป็นหัวหน้าครัวเรือน น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ดี จึงตั้งสมมุติฐานว่า ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน น่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน

## 3. แบบของการอยู่อาศัย

การที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตร หรือคู่สมรส มีโอกาสที่จะได้รับการเกื้อกูลทางเศรษฐกิจหรือมีคนคอยดูแลเอาใจใส่โดยปริยาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ดี นอกจากนี้ การเสียชีวิตของคู่สมรส การที่บุตรย้ายออกจากครัวเรือนเพื่อไปทำงานหรือศึกษาต่อ ตลอดจน การแยกออกจากครัวเรือนเนื่องจากการสมรสหรือการสร้างครอบครัวใหม่ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ขาดที่ปรึกษา ขาดคนคอยดูแลเอาใจใส่ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา ส่วนผู้สูงอายุที่ปัจจุบันพักอาศัยกับบุตรหรือคู่สมรส อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยเพียงคนเดียว ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุได้พักอาศัยอยู่พร้อมหน้ากันทั้งครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย คู่สมรส และบุตร อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่น มีขวัญกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป การที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส การย้ายออกจากครัวเรือนของบุตรเพื่อไปเรียนหนังสือ ทำงาน หรือสร้างครอบครัวใหม่ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึก เศร้าโศก เสียใจ เหงาหงอย โดดเดี่ยวซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

อิงใจ จันทมูล (2539: 67) พบว่า การที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังโดยปราศจากคนคอยดูแล มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดี และเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธิดา มีศิริ (2540: 80) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว จะมีความรู้สึกเหงามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน

จากเหตุผลสนับสนุนข้างต้นคาดว่า แบบการอยู่อาศัยในครัวเรือน น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จึงตั้งสมมติฐานเพื่อการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น ๆ น่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติคนอื่น ๆ

#### 4. ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร

แม้ว่าการอาศัยอยู่กับบุตรอย่างน้อย 1 คน จะเป็นรูปแบบการอยู่อาศัยที่เด่นชัดที่สุดของผู้สูงอายุไทย (นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล และศิริวรรณ ศิริบุญ , 2535: 4) แต่ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้บุตรต้องย้ายออกจากครอบครัวเพื่อทำงานในเมือง เพื่อศึกษาต่อมากขึ้น รวมถึงการแยกย้ายออกจากครัวเรือนเพื่อตั้งครอบครัวใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ (Carter, 1999: 669) อย่างไรก็ดีตาม แม้วการย้ายออกไปจากครัวเรือน จะส่งผลกระทบต่อภาวะทางใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเหงา ความกังวล (อัมพร โอตระกูล, 2525: 164) แต่การติดต่อกลับมาของบุตรไม่ว่าจะเป็นทางจดหมาย โทรศัพท์ การมาเยี่ยมเยียนด้วยตนเอง เหล่านี้ น่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุในทางที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมปรากฏว่า ไม่พบว่ามีการศึกษาอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว อย่างไรก็ตาม คาดว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการติดต่อจากบุตรบ่อยครั้งกว่า น่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ดีกว่า จึงได้ตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรบ่อยครั้งมากกว่า น่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรบ่อยครั้งน้อยกว่า

#### ง. ลักษณะสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ

ลักษณะสิ่งแวดล้อมและลักษณะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ น่าจะมีผลต่อการปรับตนเอง การดำเนินชีวิตประจำวัน ความกดดันต่อสภาวะรอบข้าง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ที่นำมาทำการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย เขตที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

##### 1. เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากความแตกต่างทางลักษณะของความเป็นเมืองและชนบท โดยในเขตเมืองแม้จะมีสิ่งอำนวยความสะดวก แต่การดำเนินชีวิตมักเป็นไปอย่างเร่งรีบ สับสน วุ่นวาย ซึ่งอาจสร้างความกดดันให้กับผู้สูงอายุได้ ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มักไม่ต้องเผชิญกับความวุ่นวายจากปัญหาการจราจร ความสับสนวุ่นวายในการดำเนินชีวิตแบบเร่งรีบ ตลอดจนการมีเพื่อนบ้านคอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และมีความเป็นมิตรกันมากกว่าในเขตเมือง เป็นต้น

นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2532: 29) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าเขตชนบท ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญาบุหงศ์, สุรีย์ บุญญาบุหงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533: 69-82) ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่า

ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมือง เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีความพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ไม่ต้องรู้สึกวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

อัจฉรา นวจินตา และจี้จรัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2534: 435) ศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยวิธีวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis Technique) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมือง มีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท เนื่องจาก ผู้ที่อยู่เขตเมืองจะอยู่ใกล้แหล่งหรือสถานที่ต่าง ๆ ที่อำนวยความสะดวก มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจมากกว่า สาธารณูปโภคพร้อมเพียงกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด ได้พบถึงความแตกต่างภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ตามเขตที่อยู่อาศัย ดังนั้นจึงคาดว่า เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ น่าจะมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จึงได้ตั้งสมมุติฐานว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเขตชนบทน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเขตเมือง

## 2. ภาวะสุขภาพทางกาย

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพที่เสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น อันเป็นผลให้ความสามารถทางร่างกายลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และการเจ็บป่วยสูงขึ้น (Week, 1996: 389) ภาวะสุขภาพทางกายที่ไม่ดี อาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจน ก็มีผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและทางใจ (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2532: 2) โดยปัญหาสุขภาพทางกาย มักส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุอย่างมาก (Higuchi, 1996: 130) การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี มีโรคประจำตัว จะรู้สึกว่าตนเองทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคมได้น้อยลง มีความรู้สึกเกรงใจลูกหลานที่ต้องเลี้ยงดู เกิดความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา การมีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี อาจจำกัดการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางกายมักเป็นภาระของผู้อื่น และอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุตามมา

สรุทธิ สังข์ศรี, พิมพารณ์ สังข์ศรี และสุวรรณี เรืองเดช (2540: 22) พบว่า การมีโรคประจำตัวหรือมีอาการเจ็บป่วยทางกาย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีและมีสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญศรี นุเกตุ (2541: 53-54) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพทางใจดี เนื่องจาก การไม่มีโรคประจำตัวหรือการไม่มีปัญหาด้านภาวะสุขภาพทางกาย

อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล (2541: 9) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (indept interview) พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุตัวอย่าง มีโรคประจำตัวหลายโรค โรคเหล่านี้จัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถบั่นทอนภาวะสุขภาพทางกายและภาวะสุขภาพทางใจ อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ในขณะที่การศึกษาเชิงคุณภาพ ของเพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท (2542: 40) พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวล เมื่อภาวะสุขภาพทางกายไม่ดีหรือเสื่อมลง

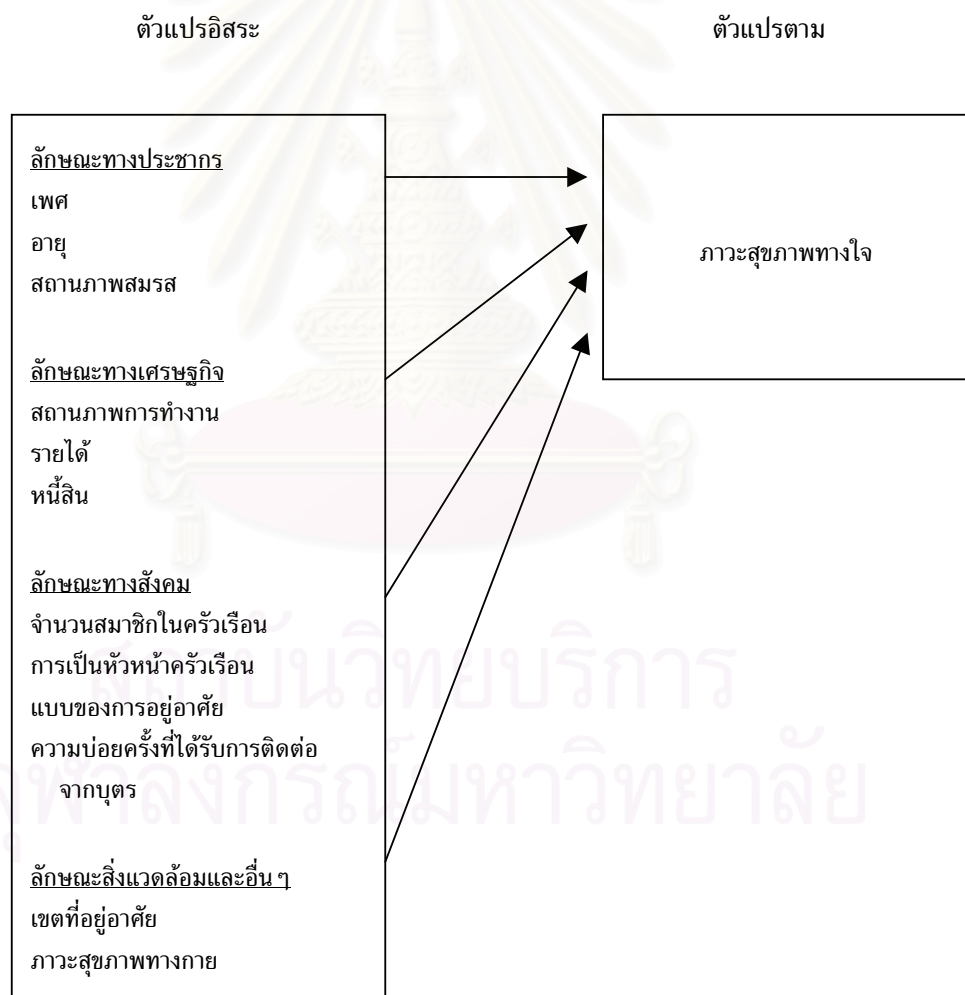
Darter, Beissner and Oggins (1999: 541) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 65 ถึง 95 ปี พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายที่ดี สมบูรณ์แข็งแรง จะมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีเช่นกัน



จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกายที่ไม่ดี มักมีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดี ดังนั้นจึงคาดว่า ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จึงได้ตั้งสมมุติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายดีน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี

#### 4. กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุนั้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งได้ปรับเอาจริงประกอบภาวะสุขภาพทางใจ (หน้า 12) มาใช้ในการสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ เพื่อใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มปัจจัยเป็น ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้



จากกรอบแนวคิดข้างต้น สะท้อนว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพทางใจอย่างไร ขึ้นอยู่กับลักษณะต่างๆ ที่สำคัญ คือ

### 1. ลักษณะทางประชากร

เพศที่แตกต่างกัน อาจถูกปฏิบัติไม่เท่าเทียมกัน โดยทั่วไปแล้ว เพศหญิงมีแนวโน้มเสียเปรียบกว่าเพศชายทั้งทางร่างกายและทางใจ เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอกว่า และได้รับโอกาสต่างๆทางสังคมน้อยกว่า เพศชาย เพศ จึงอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นมักจะพบกับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆตามมา ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม การปรับตัวให้เหมาะสมกับวัยเป็นเรื่องจำเป็น ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้นั้น มีโอกาสสูงที่จะมีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจตามมา

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน น่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่สมรสจะมีคู่คิด คู่ปรึกษา คอยให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งโอกาสที่จะเกิดความรู้สึกเหงา เศร้าใจ อาจมีน้อยกว่าคนที่ไม่ได้สมรส ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุที่สมรสมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หย่า หม้าย หรืออยู่คนเดียว เป็นต้น

### 2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ น่าจะสะท้อนถึงความสามารถของการหารายได้ของผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมอยู่อย่างต่อเนื่อง มีโอกาสได้พบปะผู้คน ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การที่ผู้สูงอายุมีงานทำ ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ สามารถจับจ่ายใช้สอย ซื้อสินค้าต่างๆได้ตามที่ใจปรารถนา ตลอดจนมีแนวโน้มว่าจะสามารถรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากคนที่ทำงานอยู่ก็มีรายได้ สามารถนำเงินมาใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล หรือใช้ในการบำรุงร่างกาย ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน หรือเมื่อปลดเกษียณแล้วก็มักจะไม่มีงานทำ ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา กังวล ท้อแท้ และมีความรู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า

รายได้ ถือว่าเป็นปัจจัยสนับสนุน ที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการต่างๆได้ เช่น โอกาสในการเข้าถึงและการใช้บริการทางสาธารณสุข การแสวงหาอาหาร สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดี ซึ่งน่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ดีตามมา การที่ผู้สูงอายุยังคงมีรายได้ที่สูงแม้ว่าจะมีอายุเพิ่มมากขึ้น น่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดี

หนี้สิน เป็นตัวแปรหนึ่งที่อาจบั่นทอนต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ให้เกิดความรู้สึกกังวลตลอดเวลาต่อภาระความรับผิดชอบต่อภาระหนี้สิน ทำให้มีความรู้สึกไม่อิสระในการดำเนินชีวิต รายได้ที่สามารถหามาได้ จะถูกนำไปแบ่งสรรปันส่วนเพื่อการชำระหนี้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆได้น้อยลง ดังนั้น หนี้สินจึงอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

### 3. ลักษณะทางสังคม

การอาศัยอยู่ร่วมกับคนจำนวนมากในครัวเรือน อาจก่อให้เกิดความสับสนวุ่นวาย ไม่มีความเป็นส่วนตัว ประกอบกับการที่ต้องปรับตัวเองเพื่อให้สามารถเข้ากับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวให้ได้ อาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียด รู้สึกกดดันหรือกังวลได้ อาจส่งผลให้มีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

การเป็นหัวหน้าครัวเรือน สะท้อนถึงบทบาทและสถานภาพของบุคคล ผู้สูงอายุที่ยังคงสถานภาพหัวหน้าครัวเรือน หมายถึง การมีอำนาจและการได้รับความนับถือจากสมาชิกในครัวเรือน น่าจะทำให้ผู้สูงอายุ



มีความรู้สึกภาคภูมิใจ ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า มีประโยชน์อยู่ ดังนั้นการเป็นหัวหน้าครัวเรือน อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากน้อยแตกต่างกัน อาจได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครัวเรือนต่างกันไป โดยทั่วไป บุตรมักเป็นแหล่งเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุทั้งทางเศรษฐกิจและทางใจของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยร่วมกับบุตรอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดี ไม่เหงา ว้าเหว่ ตลอดจนมีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ส่วนการอยู่กับคู่สมรสนั้น ผู้สูงอายุยังได้ประโยชน์ในเรื่องการมีคู่คิด คอยให้คำปรึกษา เป็นต้น ดังนั้น แบบของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ น่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นทางจดหมาย โทรศัพท์ การมาเยี่ยมเยียนด้วยตนเอง เหล่านี้น่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว เป็นต้น

#### 4. ลักษณะสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ

เขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน สะท้อนถึงสภาพแวดล้อมรอบข้างของผู้สูงอายุ ที่ต้องทนต่อความกดดันที่แตกต่างกัน เช่น ในเขตเมือง แม้จะมีสิ่งอำนวยความสะดวก แต่การดำเนินชีวิตมักเป็นไปอย่างเร่งรีบ สับสน วุ่นวาย ซึ่งอาจสร้างความกดดันให้กับผู้สูงอายุเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท โดยทั่วไป ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมักไม่ต้องมีความรู้สึกกดดันจากปัญหาการจราจร ความสับสนวุ่นวายในการดำเนินชีวิตแบบเร่งรีบ นอกจากนี้ยังมีเพื่อนบ้านคอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีความเป็นมิตรกันมากกว่า เป็นต้น ดังนั้น เขตที่อยู่อาศัย น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี มีโรคประจำตัว หรือมีโรคภัยไข้เจ็บรุมเร้า อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองทำประโยชน์ให้กับครอบครัวได้น้อยลง มีความรู้สึกเกรงใจลูกหลานที่ต้องเลี้ยงดู เกิดความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา การมีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี อาจจำกัดการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางกายมักเป็นภาระของผู้อื่น และอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุตามมา

#### 5. สมมุติฐาน

##### 5.1 สมมุติฐานหลัก

ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ แตกต่างกันน่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจที่แตกต่างกัน

##### 5.2 สมมุติฐานรอง

5.2.1 ผู้สูงอายุชายน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง

5.2.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

5.2.3 ผู้สูงอายุที่สมรสน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (ได้แก่ โสด หม้าย หย่า และ แยก)

- 5.2.4 ผู้สูงอายุที่ปัจจุบันทำงานอยู่น่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน
- 5.2.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า
- 5.2.6 ผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สินน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีหนี้สิน
- 5.2.7 ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่าน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า
- 5.2.8 ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น ๆ น่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติคนอื่น ๆ (นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น)
- 5.2.9 ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน
- 5.2.10 ผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรบ่อยครั้งกว่าน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรบ่อยครั้งน้อยกว่า
- 5.2.11 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง
- 5.2.12 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายแยกว่า

## 6. นิยามศัพท์

- 6.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรชาย หญิง ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า
- 6.2 ภาวะสุขภาพทางใจ หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ถูกถ่ายทอดออกมาตามสถานการณ์ต่างๆ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ประสบการณ์ทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์เชิงสังคม และความปกติด้านการทำงานของร่างกาย (การจำแนกระดับสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ดูรายละเอียดการจำแนกและวิธีวัดใน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ปραกฏในบทที่ 3)
- 6.3 อายุ หมายถึง อายุเต็มของผู้สูงอายุ ซึ่งคำนวณจากเดือนและปีเกิด
- 6.4 สถานภาพการทำงาน หมายถึง การทำงานอยู่หรือการไม่ได้ทำงานของผู้สูงอายุ ในรอบอาทิตย์ที่ผ่านมา (ก่อนการสำรวจ)
- 6.5 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินรวมที่ผู้สูงอายุได้รับจากทุกแหล่งรวมกัน เช่น การทำงาน บำนาญ คู่สมรส หรือรายได้จากกิจกรรมอื่น ในรอบปีที่ผ่านมา
- 6.6 หนี้สิน หมายถึง จำนวนเงินรวมที่ผู้สูงอายุเป็นหนี้ในปัจจุบัน จากทุกแหล่งรวมกัน
- 6.7 บุตร หมายถึง บุตรโดยกำเนิด หรือบุตรเลี้ยง หรือบุตรบุญธรรม
- 6.8 การติดต่อพบปะกับบุตร หมายถึง ความถี่ของบุตรคนใดก็ตามที่ไปมาหาสู่พบปะติดต่อกับผู้สูงอายุบ่อยที่สุด ในรอบปีที่ผ่านมา ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม เช่น การเยี่ยมเยียนพบปะด้วยตนเอง การเขียนจดหมาย การโทรศัพท์

- 6.9 เขตเมือง หมายถึง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 6.10 เขตชนบท หมายถึง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

## 7. ข้อจำกัดของการวิจัย

7.1 การศึกษาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุครั้งนี้ มีข้อจำกัดในเรื่องของตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กล่าวคือ ตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจงและมีขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนในระดับประเทศได้

7.2 ตัวแปรตามที่ศึกษาคือ คะแนนภาวะสุขภาพทางใจ ได้สร้างจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จึงไม่สามารถนำเอาตัวแปรอื่นที่น่าจะสะท้อนภาวะสุขภาพทางใจมาร่วมสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ เช่น พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่น ๆ พฤติกรรมทางเพศ การถูกทำร้ายทางร่างกายและจิตใจ ความตั้งใจฆ่าตัวตาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ได้พยายามนำเอาตัวแปรที่สะท้อนเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุต่อเรื่องต่าง ๆ และความปกติของภาวะทางร่างกาย ตลอดจนความสัมพันธ์เชิงสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถทำให้ทราบปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้

7.3 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นำมาจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จึงไม่สามารถนำเอาตัวแปรอิสระอื่นที่น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุเข้ามาใช้ในการศึกษา เช่น กิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรก การเข้ารับการรักษาหรือการขอรับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ ความพอเพียงจากการตอบสนองจากความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมการจับจ่ายใช้สอยสินค้าและบริการต่าง ๆ การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ได้พยายาม คัดเลือกตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุเข้าร่วมศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญไม่น้อยและอาจสะท้อนถึงที่มาของปัญหาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 เพื่อได้ดัชนีที่สามารถสะท้อนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ ตลอดจนทราบปัญหาของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ และแนวทางในการแก้ไขต่อไป

8.2 ผลการศึกษาจะทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

8.3 ผลของการศึกษาน่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรือฝ่ายบริการทางสังคมที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการเรื่องผู้สูงอายุ

8.4 นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ จะได้แนวทางในการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมงานด้านภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุต่อไป

## บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย

### 1. แหล่งข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลโครงการวิจัยเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ : ประชากรเอเชียในอนาคต (The Implications of Asia's Population Future for the Family and the Elderly) ดำเนินการสำรวจโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2540 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2540 โดยสัมภาษณ์ครัวเรือนและผู้สูงอายุตัวอย่าง ตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้แล้ว ซึ่งแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดของโครงการมี 3 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามชุดครัวเรือน เป็นการถามผู้ใหญ่คนไหนก็ได้ที่อยู่อาศัยประจำในครัวเรือนนั้น เพื่อสอบถามเกี่ยวกับโครงสร้างครัวเรือน และข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือนแต่ละคน
2. แบบสอบถามชุดผู้สูงอายุ ซึ่งถามผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีและมากกว่า ที่อาศัยอยู่ประจำในครัวเรือนนั้น ครัวเรือนละ 1 คน เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลังผู้ให้สัมภาษณ์, การแลกเปลี่ยนเกื้อหนุนกับบุตรและญาติอื่น ๆ, งานในบ้านและทัศนคติเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย, กิจกรรมเชิงเศรษฐกิจ, รายได้และทรัพย์สิน, สุขภาพและความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพ, คู่สมรส
3. แบบสอบถามชุดผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการถามผู้ดูแลผู้สูงอายุที่คอยช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

### 2. การเลือกตัวอย่างและระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ : ประชากรเอเชียในอนาคต (The Implications of Asia's Population Future for the Family and the Elderly) เป็นการศึกษาประชากรสูงอายุ ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ครัวเรือนละ 1 คน กรณีที่ในครัวเรือนไม่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากกว่า 1 คน จะสุ่มเลือกผู้สูงอายุขึ้นมา 1 คนเพื่อสัมภาษณ์

การเลือกตัวอย่าง เป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งให้จังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นตัวแทนเขตเมือง และจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นตัวแทนเขตชนบท

การเลือกพื้นที่ในเขตเมืองและเขตชนบท มีเป้าหมายที่จะสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพื้นที่ละประมาณ 200 ราย สำหรับในเขตเมืองนั้นคือ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในการเลือกชุมชนอาคารตัวอย่างมีทั้งหมด 8 ชุมชนอาคารตัวอย่าง พร้อมด้วยแผนที่ชุมชนอาคาร ส่วนในเขตชนบทเลือกจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายขึ้นมา 2 อำเภอ จากทั้งหมด 16 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางปะหัน และอำเภอบางบาล ในแต่ละอำเภอลือเลือกหมู่บ้าน 3 หมู่บ้าน มีหมู่บ้านตกเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 6 หมู่บ้าน รวมหน่วยตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบท 14 หน่วยตัวอย่าง ใน 14 หน่วยตัวอย่างนี้ได้เข้าเยี่ยมครัวเรือนทั้งหมด 980 ครัวเรือน โดยมีครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ 420 ครัวเรือน สัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้ 408 ราย เนื่องจาก ปฏิเสธ

2 ราย และไม่มีอยู่ 10 ราย ขั้นตอนการเลือกตัวอย่างและวิธีการเก็บข้อมูล ปรากฏในรายงานการวิจัยเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541: 8 -13)

การศึกษาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุในครั้งนี้ วัตถุประสงค์หนึ่งคือ การสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุจากข้อมูลที่มีอยู่ โดยเลือกผู้สูงอายุตัวอย่างที่มีข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ และได้ตัดตัวอย่างที่ไม่ทราบ ไม่ตอบ และสัมภาษณ์แทนออกไป 80 ตัวอย่าง ทำให้เหลือตัวอย่างทั้งสิ้น 328 ราย

### 3. นิยามตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดตัวแปรอิสระไว้ทั้งหมด 12 ตัว ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

#### ก. ลักษณะทางประชากร

1. เพศ ได้จากคำถามข้อ A2 “เพศของผู้ให้สัมภาษณ์” แบ่งเป็นกลุ่ม คือ เพศชาย เพศหญิง
2. อายุ ได้จากคำถามข้อ A4 เป็นอายุเต็มที่คำนวณจากเดือน ปีเกิด ในกรณีไม่ทราบเดือน ปีเกิด จะใช้อายุที่รายงานจากคำถามข้อ A3 แบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 5 กลุ่มคือ 60-64 ปี, 65-69 ปี, 70-74 ปี, 75-79 ปี และ 80 ปีหรือสูงกว่า แต่ในการศึกษาในบทที่ 4 จะแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 60-64 ปี, 65-69 ปี, 70-74 ปี และ 75 ปีหรือสูงกว่า
3. สถานภาพสมรส ได้จากคำถามข้อ A11 ถามว่า “ปัจจุบันท่านมีสถานภาพสมรสอะไร” แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ โสด สมรส หม้าย และหย่าหรือแยก แต่ในการศึกษาในบทที่ 4 จะแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ สมรส และอื่น ๆ (โสด หม้าย และหย่าหรือแยก)

#### ข. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

1. สถานภาพการทำงาน ได้จากคำถามข้อ E1 ถามว่า “ท่านมีสถานภาพการทำงานในปัจจุบันอย่างไร” แบ่งเป็น ผู้ที่ทำงานอยู่ในรอบอาทิตย์ก่อนการสำรวจ และผู้ที่ไม่ได้ทำงานในรอบอาทิตย์ก่อนการสำรวจ
  2. รายได้ ได้จากคำถามข้อ F8 a-d ถามว่า “ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านมีรายได้ทั้งปีประมาณเท่าไร” โดยรายได้ของผู้สูงอายุนั้น เป็นรายได้ในรอบปีที่ผ่านมา จากแหล่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ จากการทำงาน จากบำนาญ (F8a) จากคู่สมรส (F8b) จากกิจการอื่น (F8c) และจากแหล่งอื่น เช่น จากบุตร จากดอกเบี้ย เป็นต้น (F8d) แบ่งเป็น 7 กลุ่มคือ ไม่มีรายได้, 1 - 4,999 บาท, 5,000 - 9,999 บาท, 10,000 - 19,999 บาท, 20,000 - 29,999 บาท, 30,000 - 49,999 บาท และ 50,000 บาทหรือมากกว่า
- แต่การศึกษาในบทที่ 4 แบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ 0 - 4,999 บาท, 5,000 - 14,999 บาท, 15,000 - 29,999 บาท, 30,000 - 49,999 บาท และ 50,000 บาทหรือมากกว่า



3. หนี้สิน ได้จากคำถามข้อ F7 ถามเกี่ยวกับการะหนี้สินในปัจจุบันของผู้สูงอายุว่า “ปัจจุบันท่านมีหนี้สินหรือไม่” แบ่งคำตอบเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีหนี้สิน และมีหนี้สิน

#### ค. ลักษณะทางสังคม

1. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ได้จากคำถามข้อ SC2 จากแบบสอบถามชุดครัวเรือน ถามว่า “ในบ้าน(เลขที่)นี้มีคน(สมาชิก) อาศัยอยู่ประจำทั้งหมดกี่คน” แบ่งจำนวนสมาชิกในครัวเรือนออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1 คน, 2-3 คน, 4-5 คน, 6 คนหรือมากกว่า แต่ในบทที่ 4 จะแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1-2 คน, 3-4 คน, 5-6 คน และ 7 คนหรือมากกว่า

2. การเป็นหัวหน้าครัวเรือน ได้จากคำถามข้อ D1 ซึ่งถามว่า “ใครเป็นหัวหน้าครัวเรือนนี้” ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการเป็นหัวหน้าครัวเรือน 4 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุ, คู่สมรส, บุตร และบุคคลอื่น ๆ (นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น) แต่การศึกษาในบทที่ 4 จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ เป็นหัวหน้าครัวเรือน และไม่ได้เป็น หัวหน้าครัวเรือน

3. แบบของการอยู่อาศัย สร้างจากความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกแต่ละคนกับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 8 กลุ่ม คือ อยู่คนเดียว, อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น, อยู่กับบุตรเท่านั้น, อยู่กับญาติคนอื่น ๆ (นอกเหนือจากคู่สมรสและบุตร), อยู่กับคู่สมรสและบุตรเท่านั้น, อยู่กับคู่สมรสและญาติคนอื่นเท่านั้น, อยู่กับบุตรและญาติคนอื่นเท่านั้น, อยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น แต่การศึกษาในบทที่ 4 จะแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อยู่กับคู่สมรสและญาติคนอื่น, อยู่กับบุตรและญาติคนอื่น, อยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น, อยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติคนอื่น ๆ

4. ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร ได้จากคำถามข้อ B6j-k ซึ่งถามเกี่ยวกับ ความบ่อยครั้งของติดต่อจากบุตรคนที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งเลือกจากบุตรคนที่มาบ่อยที่สุด โดยไม่คำนึงว่าเป็นบุตรคนที่เท่าไร ความถี่ของการติดต่อพบปะกับบุตร แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ ติดต่อกทุกวัน, ทุกอาทิตย์, ทุกเดือน, ปีละครั้งหรือบางครั้งบางคราว และอื่น ๆ (ได้แก่ ไม่ได้รับการติดต่อจากบุตรเลย/ไม่มีบุตรอยู่ ที่อื่น/ไม่มีบุตร)

#### ง. ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ

สิ่งแวดล้อมกับมนุษย์มีความสัมพันธ์กัน มนุษย์มักได้รับผลกระทบในด้านต่างๆเมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป เขตที่อยู่อาศัย เป็นหนึ่งตัวแปรที่มีความสำคัญ เนื่องด้วยมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก สาธารณูปโภค การเข้าถึงงานบริการสาธารณสุข เป็นต้น ส่วนภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่คาดว่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย มีโรคร้ายไข้เจ็บรุมเร้าอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

1. เขตที่อยู่อาศัย เป็นที่อยู่อาศัยในปัจจุบันของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้แบ่งเขตที่อยู่อาศัยออกเป็น 2 เขต คือ กรุงเทพมหานคร (เขตเมือง) และพระนครศรีอยุธยา (เขตชนบท)

2. ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ได้จากคำถามข้อ G1 ซึ่งถามว่า “ท่านประเมินสุขภาพของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร” การศึกษาครั้งนี้ แบ่งภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุเป็น 6 กลุ่มคือ ยอดเยี่ยม ดีมาก ดีปานกลาง ค่อนข้างแย่ และ แย่ แต่การศึกษาในบทที่ 4 จะแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ดี ปานกลาง และไม่ดี

#### 4. ลักษณะทั่วไปของข้อมูล

การสำรวจโครงการวิจัยเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ : ประชากรเอเชียในอนาคต (The Implications of Asia's Population Future for the Family and the Elderly) สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) ได้ 408 ราย แต่การศึกษาครั้งนี้ได้ตัดตัวอย่างที่ไม่ทราบข้อมูลหรือไม่ตอบคำถามและผู้ที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 80 ตัวอย่าง ทำให้เหลือจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 328 ราย ดังปรากฏลักษณะทั่วไปของข้อมูล ซึ่งแสดงในตารางที่ 1 ต่อไปนี้

##### 4.1 ลักษณะทางประชากร

###### 4.1.1 เพศ

จากข้อมูลชุดที่ 1.1 ตารางที่ 1 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่าง มีสัดส่วนที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้งในเขตเมืองและชนบท (ในเขตเมือง เพศหญิงร้อยละ 62.5 เพศชายร้อยละ 37.7 ส่วนเขตชนบท เพศหญิงร้อยละ 61.9 เพศชายร้อยละ 38.5) เปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ จากการสำรวจสำมะโนและประชากร ปี พ.ศ. 2543 พบว่า สัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท (ในเขตเมือง เพศหญิงร้อยละ 69.7 เพศชายร้อยละ 30.3 ส่วนเขตชนบท เพศหญิงร้อยละ 71.1 เพศชายร้อยละ 28.9)

###### 4.1.2 อายุ

การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในตารางที่ 1 ข้อมูลชุดที่ 1.2 พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุตัวอย่างเท่ากับ 68.9 ปี ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุ มีอายุต่ำกว่า 70 ปี อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่าแตกต่างกันเล็กน้อย

ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบท มีอายุระหว่าง 60-64 ปี สัดส่วนดังกล่าว ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุในเขตชนบทที่มีอายุ 75-79 ปี สูงกว่าเขตเมือง ส่วนการกระจายตามอายุของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง พบว่า อายุเฉลี่ยของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปสูงกว่าผู้สูงอายุชาย แสดงว่าเพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย

###### 4.1.3 สถานภาพสมรส

จากข้อมูลชุดที่ 1.3 ตารางที่ 1 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ตัวอย่าง คือผู้ที่สมรสและผู้ที่เป็นหม้ายอย่างละเท่ากัน (ร้อยละ 43.9) ผู้สูงอายุในเขตชนบท มีสัดส่วนการเป็นหม้ายสูงกว่าเขตเมือง ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่หย่า, แยก สูงกว่าเขตชนบท ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่เป็น หม้าย, หย่า, แยก สูง

กว่าผู้สูงอายุชาย ส่วนผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนที่มีคู่สมรสสูงกว่าเพศหญิง เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเพศชายมี สัดส่วนการหย่าต่ำกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจากโอกาสที่เพศชายจะสมรสใหม่มีมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิง มีสัดส่วนที่เป็นหม้ายสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เนื่องจากเพศชายมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง หากเปรียบเทียบกับ ข้อมูลระดับประเทศ จากรายงานลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 พบว่า ร้อยละ 60.7 เป็นผู้ที่สมรส ร้อยละ 35.2 เป็นหม้าย ร้อยละ 0.7 มีสถานภาพหย่า และ ร้อยละ 1.9 เป็นโสด โดยเพศหญิงมี สัดส่วนผู้ที่เป็นโสดสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 76.1 และ ร้อยละ 23.9 ตามลำดับ)

## 4.2 ลักษณะทางเศรษฐกิจ

### 4.2.1 สถานภาพการทำงาน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.5) ไม่ได้ทำงานในรอบอาทิตย์ก่อนการสำรวจ (ข้อมูลชุดที่ 2.1 ตารางที่ 1) ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนการทำงานสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 31.1 กับร้อยละ 16.2) ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก งานในชนบทมักเป็นงานด้านเกษตรกรรม ไม่มีกำหนดที่แน่นอนของการเกษียณอายุการทำงาน ผู้สูงอายุจึงมักทำงานอยู่จนกว่าร่างกายจะไม่สามารถทำงานต่อไปได้ เปรียบเทียบผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง พบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนการทำงานต่ำกว่าเพศชาย ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีภาวะสุขภาพ ทางกายด้อยกว่าเพศชาย (ดูหัวข้อที่ 4.2) การทำงานจึงอาจกระทำได้ยากลำบากกว่า ประกอบกับเพศหญิงต้องดูแล ครอบครัวยังต้องทำงานบ้าน เป็นต้น หากเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ ในประเทศไทย พ.ศ. 2537 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 68.1) โดยเพศหญิงมีสัดส่วนผู้ที่ไม่ได้ทำงานอยู่ในปัจจุบันสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 76.2 กับร้อยละ 58.2)

### 4.2.2 รายได้

ร้อยละ 1.8 ของผู้สูงอายุตัวอย่างเป็นผู้ไม่มีรายได้ (ข้อมูลชุดที่ 2.2 ตารางที่ 1) ร้อยละ 17.4 ของผู้สูงอายุตัวอย่างเป็นผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท รายได้มีฐานของผู้สูงอายุตัวอย่างเท่ากับ 18,000 บาท ผู้ สูงอายุในเขตเมืองมีรายได้มีฐานสูงกว่าเขตชนบท ส่วนด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมี รายได้มีฐานสูงกว่าเพศหญิง เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุชายมีรายได้สูงกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสในการทำงานและหารายได้มากกว่า (ดูหัวข้อที่ 2.1)

### 4.2.3 หนี้สิน

ข้อมูลชุดที่ 2.3 ตารางที่ 1 แสดงว่าผู้สูงอายุประมาณ 8 ใน 10 เป็นผู้ไม่มีหนี้สิน สัดส่วน ของผู้ที่ไม่ใช่หนี้สินในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 86.2 กับร้อยละ 72.0) ส่วนความแตกต่างของหนี้สิน ระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนการมีหนี้สินมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 24.0 กับร้อยละ 18.7)

## 4.3 ลักษณะทางสังคม

### 4.3.1 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ข้อมูลชุดที่ 3.1 ตารางที่ 1 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่าง อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกเฉลี่ยประมาณ 4.6 คน (เปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ จากการสำรวจสำมะโนและประชากร ปี พ.ศ. 2543 พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยเท่ากับ 3.9 คน) ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวพบร้อยละ 6.1 สัดส่วนของการอยู่คนเดียวระหว่างเขตเมืองและชนบท เกือบไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนของการอยู่อาศัยในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก (6 คนขึ้นไป) สูงกว่าเขตเมือง เปรียบเทียบผู้สูงอายุเพศชายกับหญิงพบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนการอยู่คนเดียวสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า เพศหญิง

#### 4.3.2 การเป็นหัวหน้าครัวเรือน

มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 62.2) ของผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือน (ข้อมูลชุดที่ 3.2 ตารางที่ 1) รองลงมาคือ บุตรเป็นหัวหน้าครัวเรือน (ร้อยละ 17.4) คู่สมรสเป็นหัวหน้าครัวเรือน (ร้อยละ 10.7) และคนอื่น (ร้อยละ 9.8) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตชนบท มีสัดส่วนของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 70.2 กับร้อยละ 54.5) อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุในเขตชนบทมักมีบทบาทในเชิงเศรษฐกิจอยู่ และมักได้รับการยกย่องและความเคารพนับถือจากสมาชิกในครัวเรือน ในขณะที่ ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนของการที่บุตรเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าเขตชนบท ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนการเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 76.8 กับร้อยละ 53.2) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศชายมักได้รับการยกย่องในฐานะเป็นผู้นำมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงรายงานว่ามีบุตร หรือบุตรเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าเพศชาย

#### 4.3.3 แบบของการอยู่อาศัย

ข้อมูลชุดที่ 3.3 ตารางที่ 1 แสดงว่า ผู้สูงอายุตัวอย่าง อยู่อาศัยกับบุตรตามลำพังมากที่สุด (ร้อยละ 21.3) รองลงมาคือ อยู่กับบุตรและญาติคนอื่น (ร้อยละ 20.1) อยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 15.5) อยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น (ร้อยละ 14.0) อื่น ๆ (ร้อยละ 29.0) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท มีสัดส่วนของการอยู่กับบุตรตามลำพัง เกือบไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนการอยู่กับคู่สมรสตามลำพังสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 9.3 กับร้อยละ 6.0) ส่วนความแตกต่างเพศพบว่า มีความแตกต่างอย่างชัดเจนคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการอยู่กับบุตรตามลำพังสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 27.6 กับร้อยละ 11.2) ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชาย มีสัดส่วนการอยู่กับคู่สมรสและบุตรเท่านั้นสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 28.0 กับร้อยละ 7.9)

#### 4.3.4 ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร

ร้อยละ 8.8 ของผู้สูงอายุตัวอย่างไม่มีบุตร (ข้อมูลชุดที่ 3.4 ตารางที่ 1) ความบ่อยครั้งที่

ผู้สูงอายุตัวอย่างได้รับการติดต่อจากบุตรมากที่สุดคือ บางครั้งหรือปีละครั้ง (ร้อยละ 28.4) รองลงมาคือ ทุกเดือน (ร้อยละ 25.0) ทุกอาทิตย์ (ร้อยละ 19.2) ทุกวัน (ร้อยละ 13.1) ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุตัวอย่างร้อยละ 2.4 ไม่ได้รับการติดต่อจากบุตรเลย

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการติดต่อจากบุตรเลยทั้งในเขตเมืองและชนบทพบว่า เกือบไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนการได้รับการติดต่อจากบุตรทุกเดือนสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 29.8 กับร้อยละ 20.4) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่ไม่ได้รับการติดต่อจากบุตรสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 2.4 กับร้อยละ 0.8) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศหญิง มักมีบุตรคอยดูแลปรนนิบัติ ซึ่งพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ดูข้อมูลชุดที่ 3.3 ตารางที่ 1 ประกอบ) ดังนั้น ผู้สูงอายุเพศหญิง จึงมีสัดส่วนของบุตรที่ไม่ได้อยู่นอกครัวเรือนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 3.9 กับร้อยละ 1.6)

#### 4.4 ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ

##### 4.4.1 เขตที่อยู่อาศัย

ข้อมูลชุดที่ 4.1 ตารางที่ 1 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่าง ทั้งในเขตเมืองและชนบท มีสัดส่วนแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย คือ เขตเมืองร้อยละ 50.6 และเขตชนบท ร้อยละ 49.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง พบว่า มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย สัดส่วนดังกล่าวไม่อาจสะท้อนสัดส่วนผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทที่แท้จริง เนื่องจากการเลือกตัวอย่างของการศึกษาเป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยเขตชนบทของจังหวัดอุตรดิตถ์มีลักษณะของความเป็นเมืองมากกว่าเขตชนบททั่วไปของประเทศ

##### 4.4.2 ภาวะสุขภาพทางกาย

ผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่างประมาณ 5 ใน 10 คน เป็นผู้มีภาวะสุขภาพทางกายระดับปานกลาง รองลงมาคือ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี (ได้แก่ ระดับค่อนข้างแย่มาก และแย่มาก) ร้อยละ 24.4 และผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกายดี (ได้แก่ ระดับดี ดีมาก และยอดเยี่ยม) พบร้อยละ 21.0 (ข้อมูลชุดที่ 4.2 ตารางที่ 1)

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนของภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าเขตชนบท ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าเพศหญิง

#### สรุป

ผู้สูงอายุตัวอย่างมีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุตัวอย่างเท่ากับ 68.9 ปี ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่เป็นโสดและหม้ายสูงกว่าชาย ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนการหย่า แยก สูงกว่าผู้สูงอายุเขตชนบท



ด้านสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.5) ไม่ได้ทำงานในอาทิติย์ก่อนการสำรวจ โดยเพศหญิงที่ไม่ทำงานมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนผู้ที่ทำงานสูงกว่า เขตเมือง รายได้มีฐานของผู้สูงอายุเท่ากับ 18,000 บาทต่อปี ผู้สูงอายุเขตเมืองมีรายได้ดีกว่าเขตชนบท เพศชายมีรายได้ดีกว่าเพศหญิง ด้านการมีหนี้สิน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.3) ไม่มีหนี้สินในปัจจุบัน ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนการมีหนี้สินสูงกว่าเขตเมือง ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนการมีหนี้สินสูงกว่าเพศหญิง

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยปัจจุบันของผู้สูงอายุเท่ากับ 4.6 คน ผู้สูงอายุเขตเมืองและชนบทอยู่ในครัวเรือนขนาดเกือบไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการอยู่คนเดียวสูงกว่าเพศชาย ด้านสถานภาพในครัวเรือนพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62.2) รายงานว่าตนเองเป็นหัวหน้าครัวเรือน ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนการเป็นหัวหน้าครัวเรือนสูงกว่าเขตเมือง ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนการเป็นหัวหน้าครัวเรือนสูงกว่าเพศหญิง ส่วนแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุตัวอย่าง พบว่าผู้สูงอายุอยู่กับบุตรตามลำพังมากที่สุด (ร้อยละ 21.3) ส่วนด้านความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุได้รับการติดต่อจากบุตรมากที่สุด คือ ปีละครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง โดยผู้สูงอายุตัวอย่างประมาณ 2 ใน 10 คน ไม่ได้รับการติดต่อจากบุตรเลย ในขณะที่ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบทที่ไม่ได้รับการติดต่อจากบุตรเลย มีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.6) รายงานว่าตนเองมีภาวะสุขภาพทางกายระดับปานกลาง ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนของภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าเขตชนบท ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าเพศหญิง

ตารางที่ 1 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ  
จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
รวม	100 (328)	100 (161)	100 (167)	100 (125)	100 (203)
1. ลักษณะทางประชากร					
1.1 เพศ					
ชาย	38.1	38.5	37.7	-	-
หญิง	61.9	61.5	62.5	-	-
1.2 อายุ					
60 – 64 ปี	34.8	37.9	31.7	43.2	29.6
65 – 69 ปี	24.7	24.2	25.1	26.4	23.6
70 – 74 ปี	18.3	13.7	22.8	15.2	20.2
75 – 79 ปี	13.7	16.8	10.8	11.2	15.3
80 ปีหรือสูงกว่า	8.5	7.5	9.6	4.0	11.3
ค่าเฉลี่ย	68.9	68.7	69.1	67.3	69.9
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.3	7.7	7.5	6.6	7.6
1.3 สถานภาพสมรส					
โสด	5.2	5.0	5.4	1.6	7.4
สมรส	43.9	44.7	43.1	73.6	25.6
หย่า, แยก	7.0	2.5	11.4	3.2	9.4
หม้าย	43.9	47.8	40.1	21.6	57.6
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ					
2.1 สถานภาพการทำงาน					
ทำ	23.5	31.1	16.2	32.8	17.7
ไม่ได้ทำ	76.5	68.9	83.8	67.2	82.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรีอยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
2.2 รายได้					
ไม่มีรายได้	1.8	0.6	3.0	1.6	2.0
1 – 4,999 บาท	17.4	16.8	18.0	12.0	20.7
5,000 – 9,999 บาท	13.7	17.4	10.2	11.2	15.3
10,000 – 19,999 บาท	20.1	22.4	18.0	21.6	19.2
20,000 – 29,999 บาท	10.1	11.2	9.0	9.6	10.3
30,000 – 49,999 บาท	13.4	15.5	11.4	16.0	11.8
50,000 บาท หรือมากกว่า	23.5	16.1	30.5	28.0	20.7
ค่าเฉลี่ย	37,405.6	29,561.0	44,968.5	47,364.6	31,273.3
ค่ามัธยฐาน	18,000.0	15,000.0	21,000.0	24,000.0	14,000.0
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	56,054.7	44,231.7	64,704.4	65,220.6	48,745.8
2.3 หนี้สิน					
มีหนี้สิน	20.7	28.0	13.8	24.0	18.7
ไม่มีหนี้สิน	79.3	72.0	86.2	76.0	81.3
3. ลักษณะทางสังคม					
3.1 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน					
1 คน					
2 – 3 คน	6.1	6.2	6.0	4.8	6.9
4 – 5 คน	32.6	27.3	37.7	27.2	36.0
6 คน หรือ มากกว่า 6 คนขึ้นไป	31.4	33.5	29.3	35.2	29.1
ค่าเฉลี่ย	29.9	32.9	26.9	32.8	28.1
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.6	4.8	4.3	4.8	4.4
	2.7	2.8	2.5	2.7	2.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
3.2 การเป็นหัวหน้าครัวเรือน					
ผู้สูงอายุ	62.2	70.2	54.5	76.8	53.2
คู่สมรส	10.7	10.6	10.8	8.8	11.8
บุตร	17.4	10.6	24.0	12.0	20.7
อื่น ๆ	9.8	8.7	10.8	2.4	14.3
3.3 แบบของการอยู่อาศัย					
อยู่คนเดียว	6.1	6.2	6.0	4.8	6.9
อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	7.6	9.3	6.0	11.2	5.4
อยู่กับบุตรเท่านั้น	21.3	21.7	21.0	11.2	27.6
อยู่กับญาติคนอื่น ๆ (เช่น หลาน หรือ พี่น้อง เป็นต้น)	10.7	14.3	7.2	4.8	14.3
อยู่กับคู่สมรสและบุตรเท่านั้น	15.5	16.8	14.4	28.0	7.9
อยู่กับคู่สมรสและญาติคนอื่น เท่านั้น	4.6	5.0	4.2	5.6	3.9
อยู่กับบุตรและญาติคนอื่นเท่านั้น	20.1	16.1	24.0	8.0	27.6
อยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติ คนอื่นเท่านั้น	14.0	10.6	17.4	26.4	6.4
3.4 ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อ จากบุตร					
ไม่มีบุตร					
ไม่มีบุตรอยู่ที่อื่น					
ทุกวัน	8.8	10.6	7.2	2.4	12.8
ทุกอาทิตย์	3.0	2.5	3.6	1.6	3.9
ทุกเดือน	13.1	12.4	13.8	12.8	13.3
ปีละครั้ง / บางครั้งบางคราว	19.2	14.9	23.4	21.6	17.7
ไม่ได้รับการติดต่อ	25.0	29.8	20.4	25.6	24.6
	28.4	27.3	29.3	35.2	24.1
	2.4	2.5	2.4	0.8	2.4

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรีอยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
4. ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่นๆ					
4.1 เขตที่อยู่อาศัย					
พระนครศรีอยุธยา	49.1	-	-	49.6	48.8
กรุงเทพมหานคร	50.9	-	-	50.4	51.2
4.2 ภาวะสุขภาพทางกาย					
ยอดเยี่ยม	1.2	0.6	1.8	1.6	1.0
ดีมาก	6.7	5.6	7.8	8.8	5.4
ดี	13.1	9.3	16.8	10.4	14.8
ปานกลาง	54.6	56.5	52.7	62.4	49.8
ค่อนข้างแย่	22.0	23.6	20.4	16.0	25.6
แย่	2.4	4.3	0.6	0.8	3.4

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### บทที่ 3

## ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

ในบทนี้จะบรรยายลักษณะทั่วไปของตัวแปรแต่ละตัวที่สะท้อนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ และการสร้างดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

#### 1. ตัวแปรที่ใช้สร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

ตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ในการสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 20 ตัวแปร (จากตารางที่ 2) มีรายละเอียดภาวะสุขภาพทางใจแต่ละตัวดังนี้

##### 1.1 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่อยากกินอาหารหรือรู้สึกเบื่ออาหาร (สร้างจากคำถามข้อ G9a และ G10a)

เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.5) ของผู้สูงอายุ ไม่เคยรู้สึกเบื่ออาหาร (ข้อมูลชุดที่ 1 ตารางที่ 2) รองมาคือ รู้สึกเบื่ออาหารนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 37.5) และรู้สึกเบื่ออาหารตลอดเวลา (ร้อยละ 14.0) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนที่เบื่ออาหารตลอดเวลาสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 52.7 กับร้อยละ 44.1) ส่วนด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่เบื่ออาหารตลอดเวลาสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 15.8 กับร้อยละ 11.2) จากข้อมูลดังกล่าวอาจสะท้อนได้ว่า เพศชายมีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าเพศหญิง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรู้สึกเบื่ออาหารมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากเพศหญิงมีความไม่สบายใจหรือกังวลใจในเรื่องต่างๆ ที่กระทบกระเทือนใจมากกว่าเพศชาย จนเกิดความเครียด ซึ่งมีผลต่อการเบื่ออาหาร

##### 1.2 ความบ่อยครั้งของการนอนไม่หลับ (สร้างจากคำถามข้อ G9b และ G10b)

จากข้อมูลชุดที่ 2 ตารางที่ 2 แสดงว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นผู้ที่รู้สึกนอนไม่หลับตลอดเวลา ร้อยละ 36.3 ไม่เคยนอนไม่หลับ ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 37.5) นอนไม่หลับนาน ๆ ครั้ง

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนที่นอนไม่หลับตลอดเวลาสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 31.1 กับร้อยละ 21.6) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีเรื่องกังวลใจในเรื่องต่างๆ มากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง จนทำให้มีความรู้สึกนอนไม่หลับตลอดเวลา ด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่รู้สึกนอนไม่หลับตลอดเวลาสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 31.0 กับร้อยละ 18.4) ส่วนการทดสอบค่าไคสแควร์พบว่า เพศ มีผลต่อความบ่อยครั้งของการนอนไม่หลับ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เพศหญิงมักมีความเปราะบางต่อความรู้สึกเรื่องต่างๆ การมีปัญหาด้านต่างๆ ตลอดจนความกังวลใจในเรื่องต่างๆ อาจก่อให้เกิดความกดดันจนเกิดความเครียด ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างปกติ

1.3 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น (สร้างจากคำถามข้อ G9c และ G10c)

ผู้สูงอายุประมาณ 7 ใน 10 คน รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น (ข้อมูลชุดที่ 3 ตารางที่ 2) ร้อยละ 21.0 รู้สึกนาน ๆ ครั้งว่าตนเองเป็นภาระคนอื่น และร้อยละ 9.1 รู้สึกตลอดเวลาว่าตนเองเป็นภาระคนอื่น

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนที่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่นตลอดเวลาสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 10.8 กับร้อยละ 7.5) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก โดยทั่วไป ผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่มักเกษียณอายุ และไม่ได้ทำงานในปัจจุบัน ในขณะที่ผู้สูงอายุเขตชนบทยังคงรักษาสถานภาพการทำงานอยู่ เนื่องจากงานด้านเกษตรกรรม ไม่มีวันกำหนดเลิกแน่นอน ซึ่งมักทำต่อไปจนกว่าร่างกายไม่สามารถทำต่อไปได้ การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานต่อไป อาจมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น ผู้สูงอายุอาจไม่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา

ส่วนด้านความแตกต่างทางเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่นตลอดเวลาสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 10.8 กับร้อยละ 6.4) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก โดยทั่วไป ผู้สูงอายุเพศชายจะมีภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าเพศหญิง และโอกาสในด้านการทำงานของผู้สูงอายุเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย สาเหตุดังกล่าว อาจทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความจำเป็นต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น ทั้งทางเศรษฐกิจและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระคนอื่น และมีแนวโน้มว่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจไม่ตีตามมา

1.4 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน (สร้างจากคำถามข้อ G9d และ G10d)

ข้อมูลชุดที่ 4 ตารางที่ 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.0) ไม่เคยรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน ร้อยละ 15.5 รู้สึกกังวลตลอดเวลา ที่เหลือ (ร้อยละ 30.5) รู้สึกกังวลนาน ๆ ครั้ง ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนที่รู้สึกกังวลในสถานะทางการเงินตลอดเวลาสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 19.3 กับร้อยละ 12.0) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก โดยทั่วไป ผู้สูงอายุในเขตชนบทมักมีฐานะเศรษฐกิจทางการเงินด้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายซึ่งอาจทำให้ต้องก่อหนี้สิน ประกอบกับด้านความสามารถในการหารายได้ในวัยสูงอายุก็ไม่อาจเทียบได้กับตอนสมัยวัยทำงานหรือตอนหนุ่มสาว อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวลทางสถานะทางการเงินในที่สุด

ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่กังวลในสถานะทางการเงินตลอดเวลาสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 16.7 กับร้อยละ 13.6) เนื่องจาก ความสามารถและโอกาสในการแสวงหารายได้ของผู้สูงอายุเพศหญิงมีน้อยกว่าเพศชาย การที่รายได้ของเพศหญิงมีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่ความจำเป็นด้านค่าใช้จ่ายในวัยสูงอายุสูงขึ้น อาจทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน และมีแนวโน้มว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตีตามมา

1.5 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า (สร้างจากคำถามข้อ G9e และ G10e)

ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62.8) ไม่เคยรู้สึกเศร้าเลย (ข้อมูลชุดที่ 5 ตารางที่ 2) ร้อยละ 25.9

รู้สึกเศร้าฉ่ำ นาน ๆ ครั้ง ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 11.3) รู้สึกเศร้าตลอดเวลา

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนที่รู้สึกเศร้าตลอดเวลาสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 14.3 กับร้อยละ 8.4) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุในเขตชนบทมักได้รับแรงกดดันจากเรื่องต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจมาก จนกระทั่งไม่อาจคลายความเศร้าให้ลดลงไปได้ ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า มีความแตกต่างอย่างชัดเจน คือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่รู้สึกเศร้าตลอดเวลาสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 15.8 กับร้อยละ 4.0) จากการทดสอบค่าไคสแควร์พบว่า เพศ มีผลต่อความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ผู้สูงอายุเพศหญิงรู้สึกเศร้ามากกว่า อาจเนื่องจาก โดยธรรมชาติแล้ว เพศหญิงมักเป็นเพศที่มีความละเอียดอ่อนมากกว่าทั้งทางด้านอารมณ์และความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่สมหวัง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกเศร้ามากกว่า

#### 1.6 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลหรือเศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ดีขึ้น (สร้างจากคำถามข้อ G9f และ G10f)

จากข้อมูลที 6 ตารางที่ 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุประมาณ 4 ใน 10 คน ไม่รู้สึกกังวลเกี่ยวกับฐานะความเป็นอยู่ของบุตร ผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลตลอดเวลาพบร้อยละ 14.9 ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 33.5) เป็นผู้ที่รู้สึกกังวลนาน ๆ ครั้ง

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนที่รู้สึกกังวลเกี่ยวกับบุตรตลอดเวลาสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 16.8 กับร้อยละ 13.2) ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับบุตรตลอดเวลาสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 16.0 กับร้อยละ 14.3) สาเหตุที่ผู้สูงอายุเพศชายรู้สึกกังวลเกี่ยวกับฐานะความเป็นอยู่มากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศชายมักเห็นความสำคัญของการสร้างความมั่นคงในชีวิตด้วยการสร้างฐานะและความเป็นอยู่ที่ดีของบุตรมากกว่าเพศหญิง การที่บุตรไม่สามารถสร้างความมั่นคงในชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น อาจทำให้ผู้สูงอายุเพศชายเกิดความกังวลใจมากกว่าเพศหญิง

#### 1.7 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่หายเศร้าเหงาห้อยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย (สร้างจากคำถามข้อ G9g และ G10g)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.0) ไม่เคยรู้สึกเศร้าเหงาห้อย (ข้อมูลที 7 จากตารางที่ 2) ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเศร้าเหงาห้อยตลอดเวลาพบเพียงร้อยละ 4.9 ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 16.2) เป็นผู้ที่รู้สึกเศร้าเหงาห้อยนาน ๆ ครั้ง ผู้สูงอายุในเขตชนบท มีสัดส่วนที่รู้สึกเศร้าเหงาห้อยตลอดเวลาสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 6.2 กับร้อยละ 3.6) ด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่รู้สึกเศร้าเหงาห้อยตลอดเวลาสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 6.9 กับร้อยละ 1.6)

ความรู้สึกเศร้าเหงาห้อยตลอดเวลา อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจาก การที่ผู้สูงอายุมีความกังวลใจในเรื่องต่างๆ มากเกินไป ซึ่งการที่มีคนคอยช่วยเหลือแล้วไม่หายเศร้าเหงาห้อย ชี้แนะว่า ผู้สูงอายุต้องเจอกับเรื่องต่างๆ ที่รุนแรงจนไม่อาจทำได้ จึงสันนิษฐานว่า ผู้สูงอายุที่ผ่านประสบการณ์รุนแรงต่างๆ ทางด้านอารมณ์ เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส ความกดดัน เครียดในชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบัน เป็นต้น และแนวโน้มว่ามีปัญหาทางด้านภาวะสุขภาพทางใจ

### 1.8 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่มีเพื่อนสนิท (สร้างจากคำถามข้อ G9h และ G10h)

การมีเพื่อนสนิทจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองมีคนคอยช่วยเหลือ คอยปลอบใจ คลายความเหงา รวมถึงการมีกลุ่มทางสังคมที่จะสามารถแลกเปลี่ยนทัศนคติซึ่งกันและกัน โอกาสที่จะมีปัญหสุขภาพทางใจจึงเป็นไปได้ยาก จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 4 ใน 5 คน รู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนสนิท (ข้อมูลที่ 8 ตารางที่ 2) ผู้ที่รู้สึกนาน ๆ ครั้งว่าไม่มีเพื่อนสนิท พบร้อยละ 12.8 ส่วนผู้ที่รู้สึกตลอดเวลาว่าไม่มีเพื่อนสนิท พบเพียงร้อยละ 1.9 โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกตลอดเวลาว่าไม่มีเพื่อนสนิททั้งในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่ามีสัดส่วนเกือบไม่แตกต่างกัน ด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่รู้สึกว่ามีเพื่อนสนิทตลอดเวลาสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 3.0 กับ ร้อยละ 0.0) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก โดยทั่วไป เพศชายมักนิยมสังสรรค์สมาคมกับเพื่อนฝูงมากกว่าเพศหญิง จึงมีความรู้สึกผูกพันอันสนิทสนมระหว่างเพื่อนมากกว่าเพศหญิง

### 1.9 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุข (สร้างจากคำถามข้อ G9i และ G10i)

ข้อมูลที่ 9 ตารางที่ 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.6) มีความรู้สึกมีความสุขนาน ๆ ครั้ง รองมาคือ รู้สึกตลอดเวลา (ร้อยละ 26.8) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 22.6) ไม่รู้สึกว่ามีความสุข

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนที่รู้สึกมีความสุขตลอดเวลาสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 30.5 กับ ร้อยละ 23.0) ด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนที่รู้สึกมีความสุขตลอดเวลา สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 30.4 กับร้อยละ 24.6) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศชายมักไม่ค่อยมีปัญหาในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือมีปัญหาบ่อยๆ ตลอดจนมักไม่ค่อยมีเป็นปัญหาในเรื่องต่างๆ ที่กระทบกระเทือนต่อภาวะสุขภาพทางใจมากเท่ากับเพศหญิง

### 1.10 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของบุตร (สร้างจากคำถามข้อ G9j และ G10j)

ผู้สูงอายุประมาณ 3 ใน 10 คน ไม่รู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของบุตรเลย (ข้อมูลที่ 10 ตารางที่ 2) ร้อยละ 39.3 รู้สึกภูมิใจนาน ๆ ครั้ง และ ร้อยละ 28.0 รู้สึกภูมิใจตลอดเวลา

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนความรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของบุตรตลอดเวลาสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 32.3 กับร้อยละ 23.6) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุในเขตเมืองอาจรู้สึกสมหวังที่บุตรสามารถประสบความสำเร็จในชีวิตและไม่นำเรื่องเดือนร้อนมาให้ผู้สูงอายุกังวลใจ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป โดยทั่วไปแล้ว การที่บุตรประสบความสำเร็จในด้านต่างๆ มักมีผลสะท้อนกลับมายังผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ การที่สังคมไทยเน้นความกตัญญูกตเวที ตลอดจนการที่บุตรประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานหรือเรื่องใด ๆ มักส่งผลต่อการให้การเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุทั้งทางกายและทางใจของผู้สูงอายุ

ด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนที่รู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของบุตรตลอดเวลาสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 28.8 กับร้อยละ 27.6) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุเพศชาย มักไม่คาดหวัง ฟังฟังความช่วยเหลือจากบุตรหรือมีความคาดหวังต่อความสำเร็จของบุตรน้อย ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงคาดหวังที่จะเห็นความสำเร็จของบุตรมากกว่า เนื่องจากต้องการความมั่นคงในช่วงบั้นปลายชีวิต ความไม่สมหวังดังเจตนารมณ์หรือความตั้งใจที่วางไว้ อาจนำไปสู่ความเครียดได้ ทำให้มีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา



### 1.11 ความบ่อยครั้งของความรู้สึกสนุกที่จะทำอะไร ๆ (สร้างจากคำถามข้อ G9k และ G10k)

การที่ผู้สูงอายุรู้สึกสนุกที่จะทำอะไร ๆ อยู่ อาจสะท้อนได้ว่า ผู้สูงอายุมองชีวิตอย่างมีความหมายและมีคุณค่า และมีพลังที่จะดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้า จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.6) ไม่รู้สึกสนุกที่จะทำอะไร (ข้อมูลที่ 11 ตารางที่ 2) ร้อยละ 18.3 มีความรู้สึกสนุกตลอดเวลา ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 35.1) มีความรู้สึกสนุกเป็นบางครั้ง

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนของความรู้สึกสนุกที่จะทำอะไร ๆ ตลอดเวลาสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 21.6 กับร้อยละ 14.9) ความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนของความรู้สึกสนุกที่จะทำอะไรตลอดเวลาสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 21.6 กับร้อยละ 16.3) จากข้อมูลดังกล่าวอาจอนุมานได้ว่า ผู้สูงอายุเพศชายมองว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าเพศหญิง และมีแนวโน้มว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

### 1.12 ระดับของปัญหาด้านความกดดันทางการเงิน (สร้างจากคำถามข้อ F9a)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.4) ไม่มีปัญหาความกดดันทางการเงินหรือมีปัญหาเล็กน้อย (ข้อมูลที่ 12 ตารางที่ 2) รองมาคือ มีปัญหาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.6) และมีปัญหาความกดดันทางการเงินมาก (ร้อยละ 14.0) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาความกดดันทางการเงินสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 15.5 กับร้อยละ 12.6) การที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทรู้สึกกดดันทางการเงินมากกว่า อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุอาจรู้สึกคับข้องใจที่ยังคงต้องมีการะการทำงานอยู่แทนที่จะมีความเป็นอยู่ที่สบายในบั้นปลายชีวิต ประกอบกับด้านความสามารถในการหารายได้ลดลงกว่าสมัยตอนเป็นหนุ่มสาว ในขณะที่มีรายจ่ายเพื่อการรักษาสุขภาพสูงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกดดันและมีความกังวลในสถานะทางการเงิน อันก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาภาวะสุขภาพทางใจ

ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนของปัญหาความกดดันทางการเงินสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 14.8 กับร้อยละ 12.8) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เพศหญิงมีภาระหนี้สินมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงรู้สึกกดดันทางการเงินมากกว่าเพศชาย

### 1.13 ระดับของปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์หรือทางใจ (สร้างจากคำถามข้อ F9b)

ความเครียดทางอารมณ์หรือทางใจ นำสะท้อนถึงภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ดี เนื่องจาก การที่บุคคลจะเกิดความเครียดนั้น ต้องมาจากสภาพการบีบคั้นของปัญหาในระดับรุนแรงซึ่งไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ลดลงได้ จากข้อมูลที่ 13 ตารางที่ 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.1) ไม่มีปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์หรือมีปัญหาเล็กน้อย รองมาคือ มีปัญหาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.5) และมีปัญหามาก (ร้อยละ 13.4) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนผู้ที่มีปัญหาความเครียดทางอารมณ์สูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 15.5 กับร้อยละ 11.4) ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน คือเพศหญิงมีสัดส่วนของ



ปัญหาความเครียดทางอารมณ์สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 17.2 กับร้อยละ 7.2) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เพศหญิงเป็นเพศที่มีความเปราะบางด้านอารมณ์และความรู้สึก จึงมีโอกาสที่จะเครียดมากกว่าเพศชาย จากการทดสอบค่าไคสแควร์พบว่า เพศ มีผลต่อระดับของปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 1.14 ระดับของปัญหาด้านการเข้ากับสมาชิกในบ้าน (สร้างจากคำถามข้อ D11)

ปัญหาความขัดแย้งกันหรือการมีปัญหาด้านการเข้ากับสมาชิกในครัวเรือน สะท้อนให้เห็นถึงความบกพร่องในเชิงสังคมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารและแก้ไขปัญหากันได้ การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือนอยู่เสมอ มักจะมีวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไม่มีความสุข ขาดคนเหลียวแลและไม่ได้รับการเอาใจใส่ดังที่ควรจะเป็น จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.4) สามารถเข้ากับสมาชิกในบ้านได้ดี (ข้อมูลที่ 14 ตารางที่ 2) ร้อยละ 5.2 เข้ากับสมาชิกได้ดีบ้างไม่ดีบ้าง และร้อยละ 0.3 ที่ไม่สามารถเข้ากับสมาชิกในบ้านได้เลย ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนที่เข้ากับสมาชิกในบ้านดีกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 91.0 กับร้อยละ 85.7) ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนที่เข้ากับสมาชิกในบ้านได้ดีกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 92.8 กับร้อยละ 85.7)

#### 1.15 ระดับความรู้สึกพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย (สร้างจากคำถามข้อ D13)

ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย อาจสื่อให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับความดูแลเอาใจใส่ทางด้านความเป็นอยู่อย่างดี การที่ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดีและผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข และมีแนวโน้มว่า จะมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีตามมา จากข้อมูลที่ 15 ตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.2) รู้สึกพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยระดับปานกลาง รองมาคือมีความพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยระดับสูง (ร้อยละ 41.5) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 3.4) คือไม่เคยพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยเลย

ผู้สูงอายุเขตชนบทมีสัดส่วนที่พอใจในสภาพที่อยู่อาศัยสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 45.3 กับร้อยละ 37.7) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก สภาพที่อยู่อาศัยในเขตชนบทมักมีพื้นที่และมีอาณาบริเวณกว้างขวาง มีความสะดวกสบายมากกว่า จึงทำให้ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีความพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยมากกว่าเขตเมือง ด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนที่พอใจในสภาพที่อยู่อาศัยสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 43.2 กับร้อยละ 40.4)

#### 1.16 ระดับความรู้สึกพึงพอใจในสถานะทางการเงิน (สร้างจากคำถามข้อ D14)

ผู้สูงอายุประมาณ 3 ใน 5 มีความพอใจในสถานะทางการเงินระดับปานกลาง (ข้อมูลที่ 16 ตารางที่ 2) รองมาคือ ไม่เคยพอใจในสถานะทางการเงินเลย (ร้อยละ 24.4) และพอใจในสถานะทางการเงินระดับสูง (ร้อยละ 16.2) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนที่รู้สึกพอใจในสถานะทางการเงินสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 29.2 กับร้อยละ 19.8) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุในเขตเมืองมักมีสถานภาพทางการเงินที่ดีกว่าผู้สูงอายุเขตชนบท ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนที่พอใจในสถานะทางการเงินสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 19.4 กับร้อยละ 15.8) เนื่องจากเพศชายมีโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าเพศหญิง สามารถนำรายได้มาใช้จ่ายใช้สอย ตอบสนองความต้องการของตนเองได้มากกว่า จึงมีความพอใจในสถานะทางการเงินมากกว่าเพศหญิง

1.17 ระดับของปัญหาในสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้านความอึดทึก (สร้างจากคำถามข้อ D9)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.9) มีสภาพที่อยู่อาศัยของตนในปัจจุบันมีความเียบ (ข้อมูลที่ 17 ตารางที่ 2) รองมาคือ มีความอึดทึกและเียบผสมกัน (ร้อยละ 31.4) และมีที่อยู่อาศัยมีความอึดทึก (ร้อยละ 10.7) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนที่มีสภาพที่อยู่อาศัยมีความอึดทึกมากกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 11.4 กับร้อยละ 9.9) เนื่องจาก ความแออัดของสภาพที่อยู่อาศัยในเขตเมือง การอยู่ร่วมกันกับสมาชิกจำนวนมาก มักจะเกิดความอึดทึก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหงุดหงิดได้ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่มีสภาพที่อยู่อาศัยมีความอึดทึกมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 11.3 กับร้อยละ 9.6)

1.18 ระดับของปัญหาในสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้านความแออัด (สร้างจากคำถามข้อ D10)

ผู้สูงอายุประมาณ 9 ใน 10 คน ไม่มีสภาพที่อยู่อาศัยที่แออัด (ข้อมูลที่ 18 ตารางที่ 2) ในขณะที่ร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่มีสภาพที่อยู่อาศัยที่มีความแออัด

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนที่มีสภาพที่อยู่อาศัยที่มีความแออัด ไม่แตกต่างกับเขตชนบทมากนัก ในขณะที่ความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า มีความแตกต่างอย่างชัดเจนคือ ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนที่มีสภาพที่อยู่อาศัยที่มีความแออัดมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 5.6 กับร้อยละ 2.5)

1.19 ระดับปัญหาด้านความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือน (สร้างจากคำถามข้อ D12)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.2) ไม่มีปัญหาเรื่องความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือน (ข้อมูลที่ 19 ตารางที่ 2) ที่เหลือ (ร้อยละ 12.8) มีปัญหาขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือน

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนที่มีปัญหาความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือนสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 16.8 กับ 9.0) ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่มีปัญหาความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือนสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (ร้อยละ 16.3 กับร้อยละ 7.2) การทดสอบค่าไคสแควร์พบว่า เขตที่อยู่อาศัยและเพศ มีผลต่อปัญหาด้านความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.20 ระดับความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข (สร้างจากคำถามข้อ D15)

ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.8) ประเมินตนเองว่ามีความสุขพอสมควร (ข้อมูลที่ 20 ตารางที่ 2) รองมาคือ มีความสุขมาก (ร้อยละ 11.3) และไม่มีความสุข (ร้อยละ 7.9) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในเขตชนบทและเขตเมืองมีสัดส่วนของความรู้สึกมีความสุขไม่แตกต่างกันมากนัก (ประมาณร้อยละ 11) แต่ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนของความรู้สึกไม่มีความสุขสูงกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 10.6 กับร้อยละ 5.4) ด้านความแตกต่างระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนของความรู้สึกมีความสุขสูงกว่าเพศ

หญิง (ร้อยละ 12.0 กับร้อยละ 10.8) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก โดยรวมแล้วผู้สูงอายุเพศชาย มักได้รับผลกระทบต่อ เรื่องต่างๆที่สะท้อนต่อทางใจน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

## สรุป

ผู้สูงอายุในเขตเมือง มีแนวโน้มว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุเขตชนบท จากการรายงานความบ่อยครั้งของปัญหาภาวะสุขภาพทางใจแต่ละปัญหา พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง เช่น ไม่รู้สึกอยากกินอาหารหรือเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน รู้สึกเศร้า รู้สึกกังวลที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ไม่หายเศร้าเหงาหงอยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย ความกดดันทางการเงิน ความเครียดทางอารมณ์ทางใจ ความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนของผู้ที่รายงานว่า รู้สึกมีความสุข รู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของลูก รู้สึกสนุกที่จะทำอะไรๆ รู้สึกเข้ากับสมาชิกในครัวเรือนได้ดี รู้สึกพอใจในสถานะทางการเงิน สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท

ด้านความแตกต่างระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง จากการรายงานความบ่อยครั้งของปัญหาภาวะสุขภาพทางใจแต่ละปัญหา พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เช่น ไม่รู้สึกอยากกินอาหารหรือเบื่ออาหาร รู้สึกนอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระคนอื่น รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน รู้สึกเศร้า ไม่หายเศร้าเหงาหงอยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย รู้สึกว่าไม่มีเพื่อนสนิท รู้สึกกดดันกับสถานะทางการเงิน รู้สึกเครียดทางอารมณ์ทางใจ รู้สึกว่าที่อยู่อาศัยมีความอึดอัด และมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือน ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่รู้สึกมีความสุข รู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของบุตร รู้สึกสนุกที่จะทำอะไรๆ รู้สึกว่าเข้ากับสมาชิกในบ้าน รู้สึกพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย รู้สึกพอใจในสถานะทางการเงิน และรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความความสุข สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามตัวแปรที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรีอยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
รวม	100 (328)	100 (161)	100 (167)	100 (125)	100 (203)
1. ความบ่อยครั้งของความรู้สึก ไม่อยากกินอาหาร หรือรู้สึกเบื่ออาหาร					
ไม่เคย	48.5	44.1	52.7	56.8	43.3
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	37.5	38.5	36.5	32.0	40.9
ตลอดเวลา	14.0	17.4	10.8	11.2	15.8
$\chi^2$		3.891		5.665	
2. ความบ่อยครั้งของการนอนไม่หลับ					
ไม่เคย	36.3	32.3	40.1	47.2	29.6
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	37.5	36.6	38.3	34.4	39.4
ตลอดเวลา	26.2	31.1	21.6	18.4	31.0
$\chi^2$		4.265		11.865**	
3. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกว่า ตนเองเป็นภาระของคนอื่น					
ไม่เคย	69.8	70.2	69.5	77.6	65.0
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	21.0	22.4	19.8	16.0	24.1
ตลอดเวลา	9.1	7.5	10.8	6.4	10.8
$\chi^2$		1.260		5.853	
4. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวล กับสถานะทางการเงิน					
ไม่เคย	54.0	50.3	57.5	54.4	53.7
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	30.5	30.4	30.5	32.0	29.6
ตลอดเวลา	15.5	19.3	12.0	13.6	16.7
$\chi^2$		3.575		0.652	



## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
5. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า ไม่เคย	62.8	59.0	66.5	70.4	58.1
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	25.9	26.7	25.1	25.6	26.1
ตลอดเวลา	11.3	14.3	8.4	4.0	15.8
$\chi^2$		3.335		11.353**	
6. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวล เศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ดีขึ้น					
ไม่เคย	42.7	37.9	47.3	45.6	40.9
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	33.5	34.8	32.3	36.0	32.0
ตลอดเวลา	14.9	16.8	13.2	16.0	14.3
ไม่มีลูก	8.8	10.6	7.2	2.4	12.8
$\chi^2$		1.437		1.005	
7. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่ หายเศร้าเหงาหอยถึงแม้ครอบครัว และเพื่อนจะช่วย					
ไม่เคย	79.0	75.2	82.6	79.2	78.8
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	16.2	18.6	13.8	19.2	14.3
ตลอดเวลา	4.9	6.2	3.6	1.6	6.9
$\chi^2$		2.932		5.607	
8. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่มี เพื่อนสนิท					
ไม่เคย	85.4	85.1	85.6	88.0	83.7
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	12.8	13.0	12.6	12.0	13.3
ตลอดเวลา	1.8	1.9	1.8	-	3.0
$\chi^2$		0.019		3.961	



## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
9. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกมี ความสุข					
ไม่เคย	22.6	21.7	23.4	20.8	23.6
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	50.6	55.3	46.1	48.8	51.7
ตลอดเวลา	26.8	23.0	30.5	30.4	24.6
$\chi^2$		3.202		1.368	
10. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกภูมิใจ ในความสำเร็จของบุตร					
ไม่เคย	23.8	26.7	21.0	25.6	22.7
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	39.3	39.1	39.5	43.2	36.9
ตลอดเวลา	28.0	23.6	32.3	28.8	27.6
ไม่มีลูก	8.8	10.6	7.2	2.4	12.8
$\chi^2$		4.324		2.133	
11. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกสนุก ที่จะทำอะไร ๆ					
ไม่เคย	46.6	52.8	40.7	42.4	49.3
นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง	35.1	32.3	37.7	36.0	34.5
ตลอดเวลา	18.3	14.9	21.6	21.6	16.3
$\chi^2$		5.233		2.039	
12. ระดับของปัญหาด้านความกดดัน ทางการเงิน					
เป็นปัญหามาก	14.0	15.5	12.6	12.8	14.8
เป็นปัญหากลาง/บ้าง	32.6	28.6	36.5	30.4	34.0
เป็นปัญหาน้อย/ไม่มีปัญหา	53.4	55.9	50.9	56.8	51.2
$\chi^2$		2.485		0.971	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
13. ระดับของปัญหาด้านความเครียด ทางอารมณ์หรือทางใจ					
เป็นปัญหามาก	13.4	15.5	11.4	7.2	17.2
เป็นปัญหาปานกลาง/บ้าง	30.5	28.6	32.3	25.6	33.5
เป็นปัญหาน้อย/ไม่มีปัญหา	56.1	55.9	56.3	67.2	49.3
$\chi^2$		1.436		11.835**	
14. ระดับปัญหาด้านการเข้าถึง สมาชิกในบ้าน					
ดี	88.4	85.7	91.0	92.8	85.7
ดีบ้างไม่ดีบ้าง	5.2	7.5	3.0	2.4	6.9
ไม่ดี	0.3	0.6	-	-	0.5
อยู่คนเดียว	6.1	6.2	6.0	4.8	6.9
$\chi^2$		4.406		3.837	
15. ระดับความรู้สึกพึงพอใจในสภาพ ที่อยู่อาศัย					
พอใจมาก	41.5	45.3	37.7	43.2	40.4
ปานกลาง	55.2	52.8	57.5	52.0	57.1
ไม่พอใจ	3.4	1.9	4.8	4.8	2.5
$\chi^2$		3.568		1.778	
16. ระดับความรู้สึกพึงพอใจใน สถานะทางการเงิน					
พอใจมาก	16.2	15.5	16.8	19.4	15.8
ปานกลาง	59.5	55.3	63.5	58.4	60.1
ไม่พอใจ	24.4	29.2	19.8	24.8	24.1
$\chi^2$		3.993		0.103	

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
17. ระดับของปัญหาในสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้านความอึดทึก					
เจ็บบ	57.9	60.2	55.7	59.2	57.1
ผสมกัน	31.4	29.8	32.9	31.2	31.5
อึดทึก	10.7	9.9	11.4	9.6	11.3
$\chi^2$		0.708		0.276	
18. ระดับของปัญหาในสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้านความแออัด					
แออัด	3.7	3.7	3.6	5.6	2.5
ไม่แออัด	90.2	90.1	90.4	89.6	90.6
อยู่คนเดียว	6.1	6.2	6.0	4.8	6.9
$\chi^2$		0.004		2.160	
19. ระดับปัญหาด้านความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือน					
มี	12.8	16.8	9.0	7.2	16.3
ไม่มี	81.1	77.0	85.0	88.0	76.8
อยู่คนเดียว	6.1	6.2	6.0	4.8	6.9
$\chi^2$		4.453		5.683*	
20. ระดับความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข					
ไม่มี	7.9	10.6	5.4	4.8	9.9
พอสมควร	80.8	78.3	83.2	83.2	79.3
มาก	11.3	11.2	11.4	12.0	10.8
$\chi^2$		3.018		2.729	

หมายเหตุ : \*\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .01

\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05

## 2. การสร้างดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจ

ดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุในครั้งนี สร้างจากตัวแปรจำนวน 20 ตัวแปร จากข้อคำถาม 31 ข้อคำถาม แบ่งตามองค์ประกอบที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจจากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 1 รายละเอียดปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3. ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกตามองค์ประกอบที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจ

ประสบการณ์ทางอารมณ์ ของผู้สูงอายุ	ความสัมพันธ์เชิงสังคม	ความปกติด้านการทำงาน ของร่างกาย
G9c และ G10c	D11	G9a
G9d และ G10d	D12	G10a
G9e และ G10e		G9b
G9f และ G10f		G10b
G9g และ G10g		
G9h และ G10h		
G9i และ G10i		
G9j และ G10j		
G9k และ G10k		
F9a และ F9b		
D9 และ D10		
D13		
D14		
D15		

การสร้างดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ แบ่งเป็นขั้นตอนต่างๆ ได้ดังนี้

1. ทดสอบว่า ใน 20 ตัวแปร สามารถใช้ในการสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจได้หมดทุกตัวแปรหรือไม่ โดยการทดสอบด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)
2. นำตัวแปรทั้ง 20 ตัวแปรมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation matrix) เพื่อคัดเลือกว่าตัวแปรใดควรถูกนำมาใช้ในการสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ



3. ทดสอบเพื่อหาข้อสรุปว่า ระหว่างการดัชนีที่ยังไม่มีการให้คะแนนถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) กับดัชนีที่มีการให้คะแนนถ่วงน้ำหนัก (Mental 2) ดัชนีใดจะสามารถสะท้อนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ดีกว่ากัน สาเหตุที่ทดสอบโดยการถ่วงน้ำหนักคะแนนในแต่ละตัวแปร เนื่องจากในแต่ละตัวแปรอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจไม่เท่ากัน นอกจากนี้ยังทำการศึกษาความเที่ยงตรง (validity) ของโครงสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ เพื่อยืนยันว่าดัชนีที่ใช้มีมาตรฐานและมีความถูกต้องแม่นยำสูง สามารถทำนายภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้

#### 2.1 การทดสอบตัวแปรที่จะใช้สร้างเป็นดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช

ตัวแปรที่ได้กล่าวมาแล้ว จำนวน 20 ตัวแปร ได้นำมาทดสอบว่าจะสามารถใช้ในการสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจได้หมดทุกตัวแปรหรือไม่ โดยการทดสอบด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อทราบว่าดัชนีภาวะสุขภาพทางใจโดยรวมมีค่าความน่าเชื่อถือเท่าใด และตัวแปรใดที่หากตัดออกจะทำให้ดัชนีมีค่าความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น การทดสอบด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) คำนวณได้จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows วิธีการทดสอบนี้เหมาะกับการวัดเจตคติแบบอثنัย ที่ไม่ได้มีค่าเพียง 0 และ 1 โดยปกติแล้ว ค่าของอัลฟาจจะขึ้นอยู่กับค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับจำนวนตัวแปร กล่าวคือ เมื่อค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์สูงขึ้นและจำนวนตัวแปรมากขึ้น ค่าความน่าเชื่อถือจะมากขึ้นตามไปด้วย แต่บางกรณีการเพิ่มตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น จะทำให้ค่าความน่าเชื่อถือลดลงเช่นกัน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2534: 135-136) โดยทั่วไป ดัชนีที่ดีควรมีค่าความน่าเชื่อถือตั้งแต่ .5000 ขึ้นไป (Streiner and Norman, 1995: 144-150)

ข้อมูลในตารางที่ 4 แสดงว่า เมื่อทดสอบความน่าเชื่อถือของดัชนี รวมทั้ง 20 ตัวแปร มีค่าเท่ากับ .7973 ซึ่งเห็นว่า ดัชนีมีความน่าเชื่อถือค่อนข้างสูง ส่วนผลการทดสอบเมื่อทดลองตัดตัวแปรแต่ละตัวออก พบว่า ส่วนใหญ่แล้วการตัดตัวแปรใด ๆ ออกจะทำให้ค่าความน่าเชื่อถือลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความน่าเชื่อถือรวม พบว่า มีเพียงตัวแปรเดียว คือ ตัวแปรปัญหาด้านสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความแออัด (y18) หากตัดตัวแปรดังกล่าวออกจากดัชนีจะทำให้ค่าความน่าเชื่อถือสูงขึ้นเล็กน้อย โดยมีค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ .7978 ดังนั้น จึงไม่ได้ตัดตัวแปรดังกล่าวออกจากดัชนีแต่อย่างใด สรุปได้ว่า ตัวแปรทั้ง 20 ตัวแปร แต่ละตัวแปรมีความน่าเชื่อถือและสามารถใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจได้พอสมควร

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4 ค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) ของดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เมื่อทดลองตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร

ชื่อตัวแปร	ตัวแปร	ค่าความน่าเชื่อถือ (หากตัดตัวแปรออก)
y1	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่อยากกินอาหารหรือเบื่ออาหาร	.7936
y2	ความบ่อยครั้งของการนอนไม่หลับ	.7902
y3	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น	.7887
y4	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน	.7694
y5	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า	.7710
y6	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลหรือเศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น	.7813
y7	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่หายเศร้าเหงาหงอยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย	.7834
y8	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่มีเพื่อนสนิท	.7966
y9	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุข	.7862
y10	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของบุตร	.7910
y11	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกสนุกที่จะทำอะไร ๆ	.7647
y12	ระดับของปัญหาด้านความกดดันทางการเงิน	.7757
y13	ระดับของปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์หรือทางใจ	.7768
y14	ระดับของปัญหาด้านการเข้ากับสมาชิกในบ้าน	.7958
y15	ระดับความรู้สึกพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย	.7912
y16	ระดับความรู้สึกพึงพอใจในสถานะทางการเงิน	.7859
y17	ระดับของปัญหาด้านสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีความอึดทึ่ก	.7955
y18	ระดับของปัญหาด้านสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีความแออัด	.7978
y19	ระดับของปัญหาด้านความขัดแย้งกับสมาชิกในครัวเรือน	.7970
y20	ระดับความความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข	.7882
ค่าความน่าเชื่อถือโดยรวมของตัวแปรทุกตัวรวมกัน (หากไม่มีการตัดตัวแปรใด ๆ ออกทั้งสิ้น)		.7973

## 2.2 การคัดเลือกตัวแปรที่ใช้สร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

การคัดเลือกตัวแปรเพื่อนำไปสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุจะพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation Matrix) โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูงเท่านั้นจึงจะถูกเลือกนำไปสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ (ในที่นี้คือมีค่าความสัมพันธ์ตั้งแต่ .300 หรือสูงกว่าขึ้นไป) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์หรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่ำเกินไป (ค่าต่ำกว่า .300 ลงมา) จะถูกตัดออก ไม่นำมาใช้ในการสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจในครั้งนี้

จากการศึกษาเมตริกสหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ (ในตารางที่ 5) พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ดังนั้นจึงใช้เกณฑ์ค่าความสัมพันธ์ต่ำกว่า .300 ในการตัดตัวแปรออกจากการสร้างดัชนี จากค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ในตารางที่ 5 พบว่ามีตัวแปรที่ถูกตัดออกไปทั้งสิ้น 7 ตัวแปร คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่มีเพื่อนสนิท (y8) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุข (y9) ความบ่อยครั้งของความภูมิใจในความสำเร็จของลูก (y10) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกสนุกที่จะทำอะไร ๆ (y11) ปัญหาด้านสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความอึดทึก (y17) ปัญหาด้านสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความแออัด (y18) ปัญหาด้านความขัดแย้งกับสมาชิกในบ้าน (y19) ดังนั้น จึงเหลือตัวแปรที่ใช้สร้างดัชนี 13 ตัวแปร ได้แก่

- y1 คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่อยากกินอาหาร หรือรู้สึกเบื่ออาหาร
- y2 คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกนอนไม่หลับ
- y3 คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น
- y4 คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน
- y5 คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า
- y6 คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลหรือเศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น
- y7 คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่หายเศร้าเหงาหงอยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย
- y12 คือ ระดับของปัญหาด้านความกดดันทางการเงิน
- y13 คือ ระดับของปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์หรือทางใจ
- y14 คือ ระดับของปัญหาด้านการเข้ากับสมาชิกในบ้าน
- y15 คือ ระดับความรู้สึกพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย
- y16 คือ ระดับความรู้สึกพอใจในสถานะทางการเงิน
- y20 คือ ระดับความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่น่าสนใจและมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

ผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงินมากกว่า มีแนวโน้มจะมีความรู้สึกเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงินน้อยกว่า (ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร y4 กับตัวแปร y5 เท่ากับ .496)

ผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงินมากกว่า มีแนวโน้มที่จะรู้สึกกังวลในฐานะความเป็นอยู่ของบุตรมากกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงินน้อยกว่า (ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร y4กับ ตัวแปร y6 เท่ากับ .497)

ผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงินมากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกกดดันทางการเงินมากกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงินน้อยกว่า (ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร y4 กับ ตัวแปร y12 เท่ากับ .666)

ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้ามากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกกังวลที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มากกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่า (ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร y5 กับ ตัวแปร y6 เท่ากับ .481)

ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้ามากกว่าจะมีความรู้สึกเหงาหงอยมากกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่า (ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร y5 กับ ตัวแปร y7 เท่ากับ .524)

ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้ามากกว่า มีแนวโน้มจะมีความรู้สึกกดดันทางการเงินมากกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่า (ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร y5 กับ ตัวแปร y12 เท่ากับ .451)

ผู้สูงอายุที่รู้สึกกดดันทางการเงินมากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกเครียดทางอารมณ์มากกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกกดดันทางการเงินน้อยกว่า (ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร y12 กับ ตัวแปร y13 เท่ากับ .478)

ตารางที่ 5 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆที่ใช้ทดสอบเพื่อเป็นดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

	y1	y2	y3	y4	y5	y6	y7	y8	y9	y10	y11	y12	y13	y14	y15	y16	y17	y18	y19	y20	
y1																					
y2	.304**																				
y3	.155**	.227**																			
y4	.171**	.249**	.308**																		
y5	.266**	.276**	.364**	.496**																	
y6	.174**	.208**	.298**	.497**	.481**																
y7	.177**	.214**	.389**	.403**	.524**	.343**															
y8	.047	.069	.200**	.155**	.199**	.118	.217**														
y9	.172**	.175**	.110*	.268**	.282**	.178**	.110*	.076													
y10	.028	-.017	.013	.089	.146**	-.024	.059	.005	.261**												
y11	.102	.141*	-.053	.113*	.076	.106	.104	.036	.259**	.118*											
y12	.128*	.140*	.174**	.666**	.451**	.313**	.310**	.124*	.238**	.184**	.031										
y13	.198**	.266**	.177**	.375**	.419**	.279**	.263**	.174**	.225**	.232**	-.030	.478**									
y14	.009	.109	.163**	.122*	.122*	.067	.209*	.174**	.138*	.066	.043	.111*	.192**								
y15	.031	.102	.129*	.224**	.149**	.154**	.097	.034	.139*	.112*	-.078	.268**	.283**	.095							
y16	.090	.060	.114*	.368**	.308**	.198*	.099	.006	.256**	.216**	.053	.406**	.287**	.107	.318**						
y17	.142**	.197**	.138*	.160**	.105	.174**	.135*	.027	.105	.029	.041	.094	.181**	.127*	.276**	.126*					
y18	.163**	.025	.007	.101	.051	.076	.027	-.038	-.081	.051	.034	.084	.093	.020	.223**	.077	.112*				
y19	.044	.084	.119*	.150	.114*	.092	.121*	.024	.075	.036	.025	.057	.203**	.280**	.066	.022	.065	.071**			
y20	.061	.141*	.165**	.281**	.307**	.220*	.193**	.064	.244**	.166**	.047	.316**	.305**	.018	.264**	.341**	.080	.089	.050		

หมายเหตุ: \*\* หมายถึง ค่าความสัมพันธ์มีนัยสำคัญกว่าหรือเท่ากับ .01

\* หมายถึง ค่าความสัมพันธ์มีนัยสำคัญกว่าหรือเท่ากับ .05

## 2.3 การให้คะแนนดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

ในเบื้องต้นเป็นการให้คะแนนอย่างง่าย คือให้ทุกข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน แต่ละข้อคำถามจะมีหลักคิดคะแนนดังนี้

ข้อ G9/a-g และ G10/a-g ถูกนำมาสร้างเป็นตัวแปรขึ้นมาใหม่ รายละเอียดคำถามมีดังนี้ “ในระยะเวลาที่ผ่านมามีความรูสึกในเรื่องต่างๆต่อไปนี้หรือไม่”

ข้อคำถาม	คำถาม	ไม่เคย	นานๆครั้ง/ บางครั้ง	ตลอดเวลา
G9a และ G10a	ไม่รู้สึกอยากกินอาหาร เบื่ออาหาร (y1)	2	1	0
G9b และ G10b	นอนไม่หลับ (y2)	2	1	0
G9c และ G10c	รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น (y3)	2	1	0
G9d และ G10d	รู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน (y4)	2	1	0
G9e และ G10e	รู้สึกเศร้า (y5)	2	1	0
G9f และ G10f	รู้สึกกังวล/เศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น(y6)	2	1	0
G9g และ G10g	ไม่หายเศร้าเหงาหองยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อน จะช่วย (y7)	2	1	0

ข้อ F9a และ F9b ซึ่งข้อ F9a ถามว่า “ผู้สูงอายุบางคนประสบปัญหาความกดดันทางการเงินและหรือความเครียดทางอารมณ์ในการดำรงชีวิต ในกรณีของท่าน ท่านคิดว่าความกดดันทางการเงินเป็นปัญหากับท่านพอสมควร เป็นปัญหาปานกลาง เป็นปัญหาบ้าง เป็นปัญหาน้อย หรือไม่เป็นปัญหา” ส่วน F9b ถามว่า “แล้วความเครียดทางอารมณ์เป็นปัญหากับท่านมากน้อยแค่ไหน” การนับคะแนนจะพิจารณาถึงคำตอบในแต่ละ ข้อคำถาม ดังนี้

ข้อคำถาม	คำถาม	เป็นปัญหาพอสมควร	เป็นปัญหาปานกลาง/บ้าง	เป็นปัญหาน้อย/ไม่มีปัญหา
F9a	ความกดดันทางการเงิน (y12)	0	1	2
F9b	ความเครียดทางอารมณ์/ทางใจ (y13)	0	1	2

ข้อ D11 ถามว่า “ท่านเข้ากับสมาชิกคนอื่นในบ้านได้ดีหรือไม่”

ข้อคำถาม	คำถาม	ดี	ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง	ไม่ดี
D11	การเข้ากับสมาชิกในบ้าน (y14)	2	1	0



คำถามข้อ D13 และD14 โดยข้อ D13 ถามว่า “โดยรวมท่านพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของท่านเพียงใด” และข้อ D14 ถามว่า “ท่านพอใจกับสถานะทางการเงินของท่านเพียงใด”

ข้อคำถาม	คำถาม	พอใจมาก	ปานกลาง	ไม่พอใจ
D13	ความพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย (y15)	2	1	0
D14	ความพอใจในสถานะทางการเงิน (y16)	2	1	0

ข้อ D15 ถามว่า “ท่านคิดว่าท่านเป็นคนที่มีความสุขมาก มีความสุขพอสมควร ไม่ค่อยมีความสุข หรือไม่มีความสุขเลย”

ข้อคำถาม	คำถาม	ไม่มี	พอสมควร	มาก
D15	ความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข (y20)	0	1	2

### 2.3.1 ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจที่ใช้คะแนนรวมอย่างง่ายในการวัด (Mental 1)

ในเบื้องต้น เป็นการให้คะแนนอย่างง่ายในแต่ละข้อคำถาม (Mental 1) ดังสมการต่อไปนี้

$$\text{Mental 1} = y1 + y2 + y3 + y4 + y5 + y6 + y7 + y12 + y13 + y14 + y15 + y16 + y20$$

โดยกำหนดให้

Mental 1 คือ คะแนนของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ที่สร้างจากตัวแปร 13 ตัวแปร โดยให้คะแนนอย่างง่าย (ยังไม่ถ่วงน้ำหนัก)

พิสัยของคะแนนที่สามารถเกิดขึ้นได้จากดัชนีที่วัด (ก่อนถ่วงน้ำหนัก) คือตั้งแต่ 0-26 คะแนน

ส่วนผลรวมคะแนนค่าตัวแปร 13 ตัวแปร พบว่า พิสัยคะแนนภาวะสุขภาพทางใจที่วัดได้ อยู่ระหว่าง 3 – 26 คะแนน

โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพทางใจเท่ากับ 18.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.6 ค่าคะแนน

ที่มากกว่าแสดงว่า มีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุ

ที่อาศัยในเขตชนบท (คะแนนเฉลี่ยของเขตเมืองเท่ากับ 18.6 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของเขตชนบทเท่ากับ 17.7)

ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (คะแนนเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 19.0

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของเพศหญิงเท่ากับ 17.6) (ดูตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามคะแนนที่ได้จากการวัดโดยใช้ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ  
แบบยังไม่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ

คะแนนที่ได้จากการวัดโดยใช้ ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ แบบยังไม่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 1)	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
รวม	100 (238)	100 (161)	100 (167)	100 (125)	100 (203)
3	0.3	0.6	-	-	0.5
4	0.3	0.6	-	-	0.5
5	0.6	0.6	0.6	0.8	0.5
6	0.6	1.2	-	-	1.0
7	0.3	-	0.6	-	0.5
8	1.8	1.2	2.4	1.6	2.0
9	1.5	1.9	1.2	-	2.5
10	1.2	2.5	-	-	2.0
11	4.3	5.0	3.6	3.2	4.9
12	1.5	0.6	2.4	2.4	1.0
13	3.7	3.1	4.2	2.4	4.4
14	3.4	4.3	2.4	1.6	4.4
15	4.6	6.8	2.4	6.4	3.4
16	8.2	8.1	8.4	6.4	9.4
17	4.6	6.2	3.0	6.4	3.4
18	10.4	10.6	10.2	8.8	11.3
19	10.1	8.7	11.4	12.8	8.4
20	8.5	6.8	10.2	8.0	8.9
21	9.8	6.2	13.2	11.2	8.9
22	4.9	5.6	4.2	2.4	6.4
23	8.5	9.3	7.8	10.4	7.4
24	7.3	6.8	7.8	11.2	4.9
25	1.8	1.9	1.8	1.6	2.0
26	1.8	1.2	2.4	2.4	1.5

คะแนนเฉลี่ย	18.6	17.7	18.6	19.0	17.6
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.6	4.8	4.4	4.1	4.8

### 2.3.2 ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจที่ใช้คะแนนถ่วงน้ำหนักในการวัด (Mental 2)

ในการทดลองขั้นต่อมา เป็นการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามไม่เท่ากัน ตามวิจารณ์ญาณของผู้วิจัย เนื่องจาก ตัวแปรแต่ละตัวน่าจะสะท้อนภาวะสุขภาพทางใจได้แตกต่างกัน โดยเฉพาะตัวแปรที่เกี่ยวกับอารมณ์ น่าจะมีความสำคัญมากกว่าและถูกถ่วงน้ำหนักมากกว่า เนื่องจากคาดว่า ตัวแปรดังกล่าว จะสามารถสะท้อนถึงภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ดีกว่า ส่วนด้านการคำนวณ คะแนนที่ใช้ถ่วงน้ำหนักซึ่งมีคะแนนระหว่าง 1-3 คะแนน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 7) นำไปคูณกับคะแนนปกติที่ได้จากคะแนนปกติ ดังสมการต่อไปนี้

$$\text{Mental 2} = y1(1) + y2(1) + y3(2) + y4(2) + y5(3) + y6(3) + y7(3) + y12(3) + y13(3) + y14(2) + y15(1) + y16(3) + y20(3)$$

โดยกำหนดให้

Mental 2 คือ คะแนนของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ที่สร้างจากตัวแปร 13 ตัวแปร โดยให้คะแนนแบบถ่วงน้ำหนัก ตารางที่ 7 ค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละข้อคำถาม เพื่อใช้ในการนับคะแนน ในการวัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

ชื่อตัวแปร	ตัวแปร	ค่าถ่วงน้ำหนัก
y1	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่อยากกินอาหารหรือรู้สึกเบื่ออาหาร	1
y2	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกนอนไม่หลับ	1
y3	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น	2
y4	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน	3
y5	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า	3
y6	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลหรือเศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น	3
y7	ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่หายเศร้าเหงาหงอยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย	3
y12	ระดับของปัญหาด้านความกดดันทางการเงิน	3
y13	ระดับของปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์หรือทางใจ	3
y14	ระดับของปัญหาด้านการเข้ากับสมาชิกในบ้าน	2
y15	ระดับความพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย	1
y16	ระดับความพอใจในสถานะทางการเงิน	3
y20	ระดับความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข	3

ตารางที่ 8 แสดงว่า พิสัยของคะแนนที่จะสามารถเกิดขึ้นได้จากดัชนีที่ใช้วัด (เมื่อถ่วงน้ำหนักคะแนนแล้ว) คือตั้งแต่ 0-62 คะแนน ส่วนผลรวมคะแนนค่าตัวแปร 13 ตัวแปร พบว่า พิสัยคะแนนภาวะสุขภาพทางใจที่วัดได้ อยู่ระหว่าง 5 – 62 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพทางใจเท่ากับ 43.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.8 ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท (คะแนนเฉลี่ยของเขตเมืองเท่ากับ 44.4 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของเขตชนบทเท่ากับ 42.1) และผู้สูงอายุเพศชาย มีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (คะแนนเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 45.1 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของเพศหญิงเท่ากับ 42.1)

โดยสรุป ดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจที่ให้คะแนนแบบง่าย (ไม่ถ่วงน้ำหนัก) กับดัชนีที่สร้างโดยให้ค่าถ่วงน้ำหนักไม่เท่ากัน ทั้ง 2 ดัชนีให้ผลในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท และผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง แต่คะแนนที่ได้จากดัชนีที่สร้างโดยให้ค่าถ่วงน้ำหนักไม่เท่ากันนั้น ให้ผลรวมคะแนนสูงกว่าดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจที่ให้คะแนนแบบง่าย (ไม่ถ่วงน้ำหนัก) เนื่องจากตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ถูกถ่วงน้ำหนักมากกว่าปกติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามคะแนนที่ได้จากการวัดโดยใช้ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ  
แบบถ่วงน้ำหนัก (Mental 2) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ

คะแนนที่ได้จากการวัดโดยใช้ ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ แบบถ่วงน้ำหนัก (Mental 2)	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
รวม	100 (238)	100 (161)	100 (167)	100 (125)	100 (203)
5	0.6	1.2	-	-	1.0
11	0.6	0.6	0.6	0.8	0.5
12	0.3	0.6	-	-	0.5
14	0.3	0.6	-	-	0.5
15	0.3	-	0.6	-	0.5
16	0.3	-	0.6	0.8	-
17	0.6	0.6	0.6	-	1.0
18	0.6	0.6	0.6	-	1.0
19	1.8	2.5	1.2	1.6	2.0
20	0.9	1.2	0.6	-	1.5
21	0.3	0.6	-	-	0.5
22	1.5	1.9	1.2	0.8	2.0
23	0.6	0.6	0.6	-	1.0
24	0.6	0.6	0.6	1.6	-
25	0.9	1.2	0.6	0.8	1.0
27	1.5	1.9	1.2	-	2.5
28	0.3	-	0.6	0.8	-
29	1.2	0.6	1.8	1.6	1.0
30	0.3	-	0.6	-	0.5
31	1.5	1.2	1.8	0.8	2.0
32	0.9	0.6	1.2	0.8	1.0
33	1.2	1.9	0.6	0.8	1.5
34	3.0	3.1	3.0	3.2	3.0
35	1.2	1.2	1.2	0.8	1.5
36	2.7	2.5	3.0	2.4	3.0
37	3.0	3.1	3.0	3.2	3.0



ตารางที่ 8 (ต่อ)

คะแนนที่ได้จากการวัดโดยใช้ ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ แบบถ่วงน้ำหนัก (Mental 2)	รวม	เขตที่อยู่อาศัย		เพศ	
		พระนครศรี อยุธยา (ชนบท)	กรุงเทพฯ (เมือง)	ชาย	หญิง
รวม	100 (238)	100 (161)	100 (167)	100 (125)	100 (203)
38	3.7	5.6	1.8	3.2	3.9
39	2.1	3.1	1.2	3.2	1.5
40	1.2	1.2	1.2	1.6	1.0
41	3.0	3.1	3.0	4.0	2.5
42	3.7	5.0	2.4	3.2	3.9
43	3.0	2.5	3.6	5.6	1.5
44	2.1	1.2	3.0	0.8	3.0
45	5.5	5.0	6.0	6.4	4.9
46	4.9	5.0	4.8	4.8	4.9
47	2.4	2.5	2.4	1.6	3.0
48	3.4	2.5	4.2	2.4	3.9
49	3.0	2.5	3.6	4.8	2.0
50	1.8	1.9	1.8	2.4	1.5
51	3.4	1.2	5.4	3.2	3.4
52	2.7	1.9	3.6	3.2	2.5
53	4.3	5.0	3.6	4.0	4.4
54	3.4	4.3	2.4	0.8	4.9
55	5.5	5.0	6.0	6.4	4.9
56	5.2	5.6	4.8	8.0	3.4
57	1.2	1.2	1.2	0.8	1.5
58	2.1	1.2	3.0	2.4	2.0
59	1.8	1.9	1.8	2.4	1.5
60	0.9	1.2	0.6	1.6	0.5
61	0.3	-	0.6	-	0.5
62	1.8	1.2	2.4	2.4	1.5
คะแนนเฉลี่ย	43.3	42.1	44.4	45.1	42.1
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.8	12.4	11.1	10.5	12.4

## 2.4 การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจ

ก่อนนำดัชนีภาวะสุขภาพทางใจไปใช้ในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุในบทต่อไป ได้ทดสอบความเที่ยงตรงของดัชนี ซึ่งดัชนีที่ดีควรมีความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (construct validity) เพื่อยืนยันว่าดัชนีที่ใช้มีมาตรฐาน มีความถูกต้องแม่นยำสูง สามารถทำนายภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ดี (ธวัชชัย งามสันติวงศ์, 2543: 608) การทดสอบทำโดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างดัชนีที่สร้างขึ้นกับตัวแปรความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุข (G9i) และ ตัวแปรความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า (G9e) เนื่องจากผู้ที่มีความสุขมักสะท้อนว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางใจดี (อภิชัย มงคลและคณะ, 2544: 231) ในขณะที่ผู้ที่รู้สึกเศร้าจะสะท้อนว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านภาวะสุขภาพทางใจ

การทดสอบทำโดยการหาค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพทางใจที่วัดจากทั้ง 2 ดัชนี เปรียบเทียบกับความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุขและความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า ภายใต้สมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกมีความสุขมากกว่าน่าจะมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกมีความสุขน้อยกว่า (คะแนนมากกว่าสะท้อนการมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีกว่า) ส่วนตัวแปรความรู้สึกเศร้า เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกเศร้าที่แตกต่างกันกับดัชนีทั้ง 2 ภายใต้สมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่าน่าจะมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่า (คะแนนมากกว่าสะท้อนการมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีกว่า) การทดสอบนี้ทำโดยการประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis, MCA)

ตารางที่ 9 แสดงว่า คะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ได้จากทั้ง 2 ดัชนี สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุขและความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า ซึ่งอยู่ในทิศทางที่คาดหวัง กล่าวคือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุขมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุทั้งสองดัชนี คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกมีความสุขมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่รู้สึกมีความสุขน้อยกว่า ในขณะที่ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้านั้นมีความสัมพันธ์ปฏิภาคกับคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่า เมื่อพิจารณาค่า Eta ที่ได้จากทั้ง 2 ดัชนี พบว่าไม่มีความแตกต่างกันหรือแทบจะไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งแนะนำความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามทั้ง 2 ดัชนีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้ง 2 ดัชนีมีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างและเป็นไปตามทิศทางที่วางไว้ สามารถนำไปใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจได้ดีพอ ๆ กัน

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ (จากดัชนีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) และแบบถ่วงน้ำหนัก (Mental 2)) จำแนกตาม ตัวแปรความบ่อยครั้งของความรู้สึก มีความสุขและตัวแปรความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า ด้วยวิธีวิเคราะห์การจำแนกพหุ (MCA)

ตัวแปร	จำนวน	ดัชนีภาวะสุขภาพ ทางใจที่ไม่ถ่วง น้ำหนัก (Mental 1)	ดัชนีภาวะสุขภาพ ทางใจที่ถ่วง น้ำหนัก (Mental 2)
1. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุข			
รู้สึกตลอดเวลา	88	20.1	50.1
บางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง	166	17.6	41.7
ไม่เคยรู้สึก	74	16.4	38.6
Eta		0.37**	0.37**
2. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า			
รู้สึกตลอดเวลา	37	11.1	24.4
บางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง	85	15.3	35.8
ไม่เคยรู้สึก	206	20.6	49.7
Eta		0.74**	0.76**

หมายเหตุ : \*\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .01

\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05

## สรุป

ดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรทั้งสิ้น 13 ตัวแปร ได้แก่ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่อยากกินอาหารหรือเบื่ออาหาร (y1) ความบ่อยครั้งของการนอนไม่หลับ (y2) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น (y3) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน (y4) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า (y5) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลหรือเศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (y6) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่หายเศร้าเหงาหงอยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย (y7) ระดับของปัญหาด้านความกดดันทางการเงิน (y12) ระดับของปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์หรือทางใจ (y13) ระดับของปัญหาด้านการเข้ากับสมาชิกในบ้าน (y14) ระดับความพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย (y15) ระดับความพอใจในสถานะทางการเงิน (y16) และระดับความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข (y20)

ทั้ง 13 ตัวแปรถูกสร้างเป็นดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ 2 แบบคือ ดัชนีที่ให้คะแนนรวมแบบง่ายที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) กับดัชนีที่ให้คะแนนรวมแบบให้น้ำหนักในแต่ละตัวแปรไม่เท่ากัน (Mental 2) ซึ่งทั้ง 2 ดัชนีถูกทดสอบความเที่ยงตรงกับตัวแปรความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุขและตัวแปรความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกพหุ (Multiple Classification Analysis, MCA) พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ได้จากทั้ง 2 ดัชนี สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุขและความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า ซึ่งอยู่ในทิศทางที่คาดหวัง กล่าวคือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุขมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ทั้ง 2 ดัชนี คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกมีความสุขมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่รู้สึกมีความสุขน้อยกว่า ในขณะที่ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่รู้สึกเศร้ามักกว่า ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทั้ง 2 ดัชนีสามารถนำมาใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ดีพอ ๆ กัน

## บทที่ 4

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

ในบทนี้ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างจากดัชนีที่ใช้ตัวแปรทั้งสิ้นจำนวน 13 ตัวแปร ได้แก่ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่อยากกินอาหารหรือรู้สึกเบื่ออาหาร (y1) ความบ่อยครั้งของการนอนไม่หลับ (y2) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น (y3) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน (y4) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า (y5) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลหรือเศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (y6) ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่หายเศร้าทางหางอหยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย (y7) ระดับของปัญหาด้านความกดดันทางการเงิน (y12) ระดับของปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์หรือทางใจ (y13) ระดับของปัญหาด้านการเข้ากับสมาชิกในบ้าน (y14) ระดับความรู้สึกพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย (y15) ระดับความรู้สึกพึงพอใจในสถานะทางการเงิน (y16) และระดับความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข (y20) (รายละเอียดการสร้างดัชนีที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 3) โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่มีการถ่วงน้ำหนักคะแนน (Mental 1) กับดัชนีที่ให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละตัวแปรไม่เท่ากัน (Mental 2)

ในเบื้องต้น ก่อนศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการเลือกตัวแปรที่นำมาใช้ในการศึกษา ในการหาค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ตัวแปรที่ใช้ต้องไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป) เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น ตัวแปรที่ใช้ในการทำเมตริกสัมพันธ์ได้แก่

1. เพศ (x1) กำหนดให้

1 คือ เพศชาย

0 คือ เพศหญิง

2. อายุ (x2) กำหนดให้ ค่ามากกว่า หมายถึง การมีอายุมากกว่า

3. สถานภาพสมรส (x3) กำหนดให้

1 คือ สมรส

0 คือ อื่นๆ

4. สถานภาพการทำงาน (x4) กำหนดให้

1 คือ ทำงาน

0 คือ ไม่ได้ทำงาน

5. รายได้ต่อปี (x5) กำหนดให้ ค่ามากกว่า หมายถึง การมีรายได้มากกว่า



6. หนี้สินในปัจจุบัน (x6) กำหนดให้

1 คือ มีหนี้สิน 0 คือ ไม่มีหนี้สิน

7. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (x7) กำหนดให้ ค่ามากกว่า หมายถึง มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวนมากกว่า

8. หัวหน้าครัวเรือน (x9) กำหนดให้

1 คือ ผู้สูงอายุ 0 คือ คนอื่น ๆ

9. แบบของการอยู่อาศัย (x10) กำหนดให้

1 คือ อยู่กับคู่สมรส และญาติคนอื่น 0 คือ ญาติคนอื่น ๆ

10. ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร (x11) กำหนดให้

1 คือ ได้รับการติดต่อ (รวมไม่มีบุตรอยู่ทีอื่น) 0 คือ ไม่ได้รับการติดต่อ (รวมไม่มีบุตร)

11. เขตที่อยู่อาศัย (x12) กำหนดให้

1 คือ เขตเมือง 0 คือ เขตชนบท

12. ภาวะสุขภาพทางกาย (x13) กำหนดให้ ค่ามากกว่า หมายถึงการมีภาวะสุขภาพทางกายที่ดีกว่า (แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1 = แย่ 2 = ค่อนข้างแย่ 3 = ปานกลาง 4 = ดี 5 = ดีมาก 6 = ยอดเยี่ยม)

จากการศึกษาเมตริกสหสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ในตารางที่ 10) พบว่าตัวแปรอิสระส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ (ค่าระหว่าง 0 -0.450) และไม่พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป ดังนั้น จึงไม่มีตัวแปรใดถูกตัดออก ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์และมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่น่าสนใจได้แก่

ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มอายุน้อยกว่าเพศหญิง (ตัวแปร x1 กับตัวแปร x2)

ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มเป็นผู้ที่สมรสมากกว่าเพศหญิง (ตัวแปร x1 กับตัวแปร x3)

ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มเป็นผู้ที่ทำงานมากกว่าเพศหญิง (ตัวแปร x1 กับตัวแปร x4)

ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มมีรายได้มากกว่าเพศหญิง (ตัวแปร x1 กับตัวแปร x5)

ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าเพศหญิง (ตัวแปร x1 กับตัวแปร x8)

ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มอยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (ตัวแปร x1 กับตัวแปร x9)

ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มได้รับการติดต่อจากบุตรทุกอาทิตย์มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (ตัวแปร x1

กับตัวแปร x10)

ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่สมรสมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า (ตัวแปร x2

กับตัวแปร x3)

ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่ทำงานมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า (ตัวแปร x2

กับตัวแปร x4)

ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่าจะมีรายได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า (ตัวแปร x2 กับตัวแปร x5)

ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่ามีแนวโน้มมีหนี้สินน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า (ตัวแปร x2 กับตัวแปร x6)

ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่ามีแนวโน้มเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า (ตัวแปร x2

กับตัวแปร x8)

ผู้สูงอายุที่สมรสมีแนวโน้มที่จะทำงานในปัจจุบันมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (ตัวแปร x3

กับตัวแปร x4)

ผู้สูงอายุที่สมรสมีแนวโน้มที่จะอยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (ตัวแปร x9 กับตัวแปร x3)

ผู้สูงอายุที่สมรสมีแนวโน้มได้รับการติดต่อจากบุตรทุกอาทิตย์มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (ตัวแปร x3 กับตัวแปร x10)

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ มีแนวโน้มว่าจะมีภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าผู้สูงอายุที่สมรส (ตัวแปร x3 กับตัวแปร x12)

ผู้สูงอายุที่ทำงานในรอบสัปดาห์ก่อนการสำรวจมีแนวโน้มมีหนี้สินมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน (ตัวแปร x4 กับตัวแปร 6)

ผู้สูงอายุที่ทำงานในรอบสัปดาห์ก่อนการสำรวจมีแนวโน้มเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน (ตัวแปร x4 กับตัวแปร x8)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทมีแนวโน้มทำงานอยู่ในปัจจุบันมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง (ตัวแปร x11 กับตัวแปร x4)

ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า (ตัวแปร x5 กับตัวแปร x8)

ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มจะอยู่ในเขตเมืองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า (ตัวแปร x5 กับตัวแปร x11)

ผู้สูงอายุที่มีหนี้สินมีแนวโน้มเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สิน (ตัวแปร x6 กับตัวแปร x8)

ผู้สูงอายุที่มีหนี้สินมีแนวโน้มอยู่ในเขตชนบทมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สิน (ตัวแปร x6 กับตัวแปร x11)

ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีแนวโน้มอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง (ตัวแปร x8 กับตัวแปร x11)

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแนวโน้มมีภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าผู้สูงอายุเขตเมือง (ตัวแปร x11 กับตัวแปร x12)

ตารางที่ 10 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ทดสอบเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12
X1												
X2	-.176**											
X3	.470**	-.308**										
X4	.173**	-.189**	.119*									
X5	.140*	-.175**	.082	.054								
X6	.063	-.166**	.002	.267**	.003							
X7	.077	-.072	.064	.021	.064	-.041						
X8	.236**	-.209**	.082	.165**	.134*	.182**	-.043					
X9	.110*	-.098	.346**	.101	-.041	-.053	-.032	-.094				
X10	.200*	-.051	.238**	.016	.021	.016	.004	.020	.015			
X11	-.008	.028	-.016	-.176**	.138*	-.175**	-.086	-.162**	-.063	.055		
X12	-.102	.061	-.163**	-.019	-.136	.127*	-.052	-.036	-.058	-.013	-.144**	

หมายเหตุ : \*\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .01

\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05

1. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ กับ ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์จำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis, MCA)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis, MCA) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (independent variables) หลาย ๆ ตัว กับตัวแปรตาม (dependent variable) โดยข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร (Bivariate analysis) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม (ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ)
2. การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (Multivariate analysis) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ แต่ละตัว ได้แก่
  - 2.1 ตัวแปรอิสระในกลุ่มลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
  - 2.2 ตัวแปรอิสระในกลุ่มลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน
  - 2.3 ตัวแปรอิสระในกลุ่มลักษณะทางสังคม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้า ครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร
  - 2.4 ตัวแปรอิสระในกลุ่มลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพทางกาย

การวิเคราะห์หลายตัวแปรเป็นการนำเอาอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกัน (สมการปรับ 1-4) และตัวแปรอิสระอื่น ๆ ทุกตัว (สมการปรับ 5) มาพิจารณาประกอบ โดยสมการการปรับอิทธิพลของตัวแปร 5 สมการ มีดังนี้

สมการปรับ (1) แสดงอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวในกลุ่มลักษณะทางประชากร หลังจากปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกันแล้ว

สมการปรับ (2) แสดงอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวในกลุ่มลักษณะทางเศรษฐกิจ หลังจากปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกันแล้ว

สมการปรับ (3) แสดงอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวในกลุ่มลักษณะทางสังคม หลังจากปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกันแล้ว

สมการปรับ (4) แสดงอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวในกลุ่มลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ หลังจากปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกันแล้ว

สมการปรับ (5) แสดงอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวในกลุ่มลักษณะทางประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ หลังจากปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ในทุกกลุ่มลักษณะแล้ว

การพิจารณาตีความ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มของตัวแปรอิสระ เปรียบเทียบกันระหว่างก่อนและหลังปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ โดยค่า Eta เป็นค่าแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เมื่อไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ และใช้ค่า Beta ในการศึกษาถึงความสำคัญเชิงเปรียบเทียบ (relative important) ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว หลังจากที่มีการปรับอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ แล้ว ส่วนค่า  $R^2$  แสดงสัดส่วนของความแปรปรวนในตัวแปรตาม ที่อธิบายด้วยตัวแปรอิสระทั้งหมด

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตามที่ใช้ศึกษามี 2 ตัว คือ ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่วัดด้วยดัชนีที่ไม่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) และดัชนีที่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 2) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันมากนักในแง่ของทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตามทั้ง 2 ตัว ในที่นี้จึงได้สรุปและอ่านผลได้ในคราวเดียวกัน ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis, MCA) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.1 ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากรน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจาก ความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาจทำให้ผู้สูงอายุถูกปรณนินยัติ และได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจที่แตกต่างกัน ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

#### 2.1.1 เพศ

เพศ เป็นตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างระหว่างเพศ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ การศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร (ข้อมูลชุดที่ 1.1 ตารางที่ 11 และ 12) แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าเพศหญิง (คะแนนมากกว่าสะท้อนการมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีกว่า) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เพศหญิงมักเป็นเพศที่มีความอ่อนโยนมากกว่าเพศชาย ทั้งด้านความรู้สึกและภาวะทางอารมณ์ จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ จนเกิดความเครียด ความกดดัน เป็นปัญหาภาวะสุขภาพทางใจตามมา

ส่วนการศึกษาในระดับหลายตัวแปร โดยการเพิ่มปัจจัยทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส มาพิจารณาประกอบ (สมการปรับ 1) หรือการเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ ทุกตัว (สมการปรับที่ 5) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน



แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร เขตที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพทางกาย มาพิจารณาประกอบ ไม่ส่งผลให้ความแตกต่างของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจเปลี่ยนแปลงจากในระดับสองตัวแปร (ค่า Beta เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย) การที่ค่า Beta เพิ่มขึ้นหรือลดลงเพียงเล็กน้อย ชี้แนะว่า การปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระไม่ได้มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุแต่อย่างใด จึงอาจกล่าวได้ว่า มีความแตกต่างของภาวะสุขภาพทางใจระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง โดยเพศชายมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าเพศหญิง

### 2.1.2 อายุ

อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญทางประชากรศาสตร์ เนื่องจาก เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นมักจะพบกับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ตามมา ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจไม่ให้เกิดความเครียด ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้นได้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดี

เมื่อศึกษาตัวแปรอิสระ อายุ (จากข้อมูลชุดที่ 1.2 ตารางที่ 11 และ 12) พบว่า ในการศึกษา ระดับ 2 ตัวแปร คะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ไม่ค่อยแตกต่างกันตามอายุ สะท้อนว่า ไม่มีความแตกต่างด้านภาวะสุขภาพทางใจในผู้สูงอายุไม่ว่ากลุ่มอายุใดก็ตาม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุใดก็ตาม อาจได้รับการปรนนิบัติดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระทางประชากร คือ เพศ สถานภาพสมรส (สมการปรับที่ 1) ยังคงพบว่า คะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ไม่ค่อยแตกต่างกันตามอายุ (ค่า Beta เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย) แสดงว่า การปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระทางประชากรไม่ทำให้เกิดความแตกต่างของภาวะสุขภาพทางใจ เมื่อเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ (สมการปรับที่ 5) คือ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร เขตที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพทางกาย เข้ามาร่วมพิจารณาพบว่า คะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ไม่ค่อยแตกต่างกันตามอายุ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ ไม่ทำให้เกิดความแตกต่างของภาวะสุขภาพทางใจ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุไม่ใช่ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

### 2.1.3 สถานภาพสมรส

ตัวแปรสถานภาพสมรสน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่โสดอาจมีโอกาสเผชิญกับการตัดสินใจในปัญหาต่าง ๆ ตามลำพัง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่สมรสแล้วจะมีเพื่อนคู่คิดคอยรับฟังปัญหาและคอยปลอบใจ ช่วยลดโอกาสของการเกิดความเครียด นอกจากนี้ คู่สมรสยังอาจช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต เพราะมีคนคอยช่วยเหลือดูแล ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางกายและทางใจของผู้สูงอายุด้วย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ (สมมติไม่ปรับ จากข้อมูลชุดที่ 1.3 ตารางที่ 11 และ 12) พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรสมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (ได้แก่ หม้าย หย่า แยก และอยู่คนเดียว) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่อง

จาก ผู้สูงอายุที่สมรสอาจมีความรู้สึกที่ดีที่มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ทั้งทางกายและทางใจ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวเป็นไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ เข้าร่วมพิจารณา (สมการปรับที่ 1) พบว่า ความสัมพันธ์ยังคงใกล้เคียงกับการศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระบุว่า อิทธิพลของ ตัวแปรลักษณะทางประชากร ไม่มีผลต่อตัวแปรตามหรือคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เมื่อนำปัจจัยทาง ประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ทุกตัวร่วมพิจารณา (สมการปรับที่ 5) พบว่า ความแตกต่างของ คะแนนภาวะสุขภาพทางใจแทบไม่เปลี่ยนแปลงจากในระดับ 2 ตัวแปร และยังคงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่า Beta แทบจะไม่เปลี่ยนแปลงไปจากค่า Eta ในระดับ 2 ตัวแปร สะท้อนว่า การปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระ อื่น ๆ ทุกตัว ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าตัวแปรสถานภาพสมรสจะมีทิศทางความสัมพันธ์เดียวกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่สมรสมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส อื่น ๆ (ได้แก่ หม้าย หย่า แยก และอยู่คนเดียว) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยังไม่อาจสรุปได้ว่า สถานภาพสมรส มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจหรือไม่

## 2.2 ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ลักษณะทางเศรษฐกิจ น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก สถานภาพ การทำงานของผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากจะชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการหารายได้ของผู้สูงอายุแล้ว ยังแสดงถึงการมีกิจกรรมอยู่อย่างต่อเนื่อง มีโอกาสได้พบปะผู้คน ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน หรือเมื่อเกษียณแล้วมักจะไม่มีงานทำ อาจทำให้เกิดความรู้สึกเหงา กังวล ท้อแท้ และมีความรู้สึกว่าตนเองหมดคุณค่า อาจเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ตัวแปรอิสระทางเศรษฐกิจ ที่ศึกษา ได้แก่ สถานภาพการทำงาน รายได้ และหนี้สิน

### 2.2.1 สถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ น่าจะสะท้อนถึงความสามารถในการหารายได้ของผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมอยู่อย่างต่อเนื่อง มีโอกาสได้พบปะผู้คน ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น การที่ผู้สูงอายุมีงานทำ ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ สามารถใช้จ่ายใช้สอย ซื้อสินค้าต่าง ๆ ได้ตามที่ใจปรารถนา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน หรือเมื่อปลดเกษียณแล้วมักจะไม่มีงานทำ อาจทำให้เกิดความรู้สึกเหงา กังวล ท้อแท้ และมีความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ในระดับ 2 ตัวแปร (สมมติไม่ปรับ ตารางที่ 11 และ 12) พบว่า ผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ทำงานจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งตรงข้ามกับ สมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ปัจจุบันทำงานอยู่ น่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ ทำงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันอาจรู้สึกเครียดในงานที่ทำอยู่ ตลอดจนอาจรู้สึกน้อยใจใน โชคชะตาที่ตนเองยังคงต้องทำงานอยู่ในช่วงบั้นปลายชีวิต แทนที่บุตรหลานจะคอยหาเลี้ยงดู และสมควรได้รับความ ช่วยเหลือจากลูกหลานในด้านต่าง ๆ ซึ่งความเครียดและความกังวลใจต่าง ๆ จากการทำงานอาจมีอิทธิพลมากกว่าการ มีโอกาสได้พบปะผู้คนหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่า ผู้ที่ทำงานในปัจจุบัน

เมื่อนำลักษณะทางเศรษฐกิจ คือ รายได้ หนี้สิน (สมการปรับที่ 2) มาร่วมพิจารณาพบว่า

ความแตกต่างของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า Beta เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจตัวอื่นไม่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการทำงานกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

เมื่อนำตัวแปรอิสระอื่น ๆ ทุกตัวเข้ามาร่วมพิจารณา (สมการปรับที่ 5) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร เขตที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า ความแตกต่างของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจยังคงมีทิศทางเดิมและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ ทุกตัวรวมกันไม่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพทางใจและสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า สถานภาพการทำงานไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

### 2.2.2 รายได้

โดยทั่วไป ผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาทางด้านการเงิน นอกเหนือจากรายได้ที่เท่าเดิมหรือลดลงกว่าตอนสมัยหนุ่มสาว และมักมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เนื่องจาก มีค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาอาการเจ็บป่วย การที่ผู้สูงอายุมีรายได้ต่างกันย่อมแตกต่างกัน จึงน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกกังวลในสถานะเศรษฐกิจการเงิน หากมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ดังนั้น รายได้ของผู้สูงอายุอาจถือว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ได้ เช่น การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข การแสวงหาอาหาร สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดี ซึ่งน่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

การศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร (ข้อมูลชุดที่ 2.2 ตารางที่ 11 และ 12) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพทางใจ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อได้ทำการปรับอิทธิพลตัวแปรอื่นในกลุ่มลักษณะทางเศรษฐกิจ (สมการปรับที่ 2) หรือกลุ่มลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ (สมการปรับที่ 5) พบว่า ความสัมพันธ์ยังคงอยู่ในทิศทางเดิม แม้ว่าค่า Beta จะลดลง แต่ก็ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่า การที่ผู้สูงอายุมีรายได้มากกว่าน่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า ดังนั้น จึงสรุปว่า รายได้ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

### 2.2.3 หนี้สิน

หนี้สิน เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมากทางเศรษฐกิจอีกตัวหนึ่ง เพราะหมายถึงภาระรับผิดชอบและความกังวลใจของผู้สูงอายุที่มีต่อภาระหนี้สิน เกิดความรู้สึกไม่อิสระในการดำเนินชีวิต อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกกังวลหรือเครียด และมีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

จากตารางที่ 11 และ 12 ทั้งการศึกษาในระดับ 2 ตัวแปรและหลายตัวแปร ไม่ว่าจะปรับอิทธิพลของตัวแปรทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพการทำงาน รายได้ (สมการปรับที่ 2) หรือเมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ (สมการปรับที่ 5) ให้ผลสอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สินจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้ที่มีหนี้สิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สินน่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีหนี้สิน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้สูงอายุ

มีหนี้สินในปัจจุบัน อาจทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับสภาพความเป็นอยู่ การจับจ่ายใช้สอย และอาจรู้สึกวิตกกังวลใน ภาวะหนี้สินที่มีอยู่ จนเกิดความเครียด ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา นอกจากนี้ยังพบว่า ค่า Beta จะลดลงเมื่อมีการปรับอิทธิพลตัวแปรอิสระจำนวนมากขึ้น การที่ความสามารถในการอธิบายการแปรผันลดลง นี้แสดงว่า ตัวแปรอื่น ๆ มีอิทธิพลน้อยกว่าตัวแปรหนี้สินที่มีต่อคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ จึงสรุปได้ว่า หนี้สิน มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

### 2.3 ลักษณะทางสังคม

ลักษณะทางสังคมน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ดี อาจส่งผลต่อความกดดัน ภาวะความตึงเครียด ในขณะที่การที่ผู้สูงอายุมีลักษณะทางสังคมที่ดี อาจมีผลทำให้ ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจดี ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้า ครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย และความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

#### 2.3.1 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ร่วมกับคนจำนวนมากในครัวเรือน อาจก่อให้เกิดความสับสนวุ่นวาย ไม่มีความเป็นส่วนตัว ประกอบกับการที่ต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถเข้ากับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว อาจทำให้ผู้สูงอายุเผชิญกับ ความเครียด และรู้สึกกดดันหรือมีความกังวลใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

ข้อมูลชุดที่ 3.1 ตารางที่ 11 และ 12 แสดงว่า ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุไม่ค่อยแตกต่างกันตาม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ไม่ว่าจะก่อนหรือหลังปรับอิทธิพลตัวแปรใด ๆ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า หากพิจารณาด้านความผันแปรของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจ ของผู้สูงอายุเมื่อพิจารณาเฉพาะปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ ได้รับการติดต่อจากบุตร พบว่า ค่า Beta ในสมการปรับที่ 3 จะเท่ากับค่า Eta ในสมการที่ยังไม่ปรับอิทธิพลตัวแปร ใด ๆ โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ชี้แนะว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ และเมื่อทำการปรับอิทธิพลตัวแปรอิสระต่าง ๆ ในสมการปรับที่ 5 พบว่า ค่า Beta ลดลง ชี้แนะว่าตัวแปรอิสระอื่น ๆ มีความสำคัญน้อยกว่าตัวแปรอิสระจำนวนสมาชิกในครัวเรือน แต่ยังคงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่น่ามีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

#### 2.3.2 การเป็นหัวหน้าครัวเรือน

การเป็นหัวหน้าครัวเรือน สะท้อนถึงบทบาทและสถานภาพของบุคคล ผู้สูงอายุที่สามารถรักษา สถานภาพหัวหน้าครัวเรือนไว้ได้ หมายถึง การมีอำนาจและการได้รับความนับถือจากสมาชิกในครัวเรือน น่าจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า มีประโยชน์อยู่ อาจมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีได้ การศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร (ตารางที่ 11 และ 12) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนจะมีคะแนน ภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์นี้สอดคล้อง กับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เหตุผลสำคัญที่ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็น



หัวหน้าครัวเรือน อาจเนื่องจาก ผู้ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนอาจรู้สึกภาคภูมิใจในอำนาจที่มีอยู่และมียังคงมีผู้ที่ให้ความเคารพนับถือ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ในทางตรงข้าม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนอาจรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า และไม่มี ความภูมิใจในตนเอง อาจทำให้มีภาวะสุขภาพทางใจไม่ดีตามมา

เมื่อนำอิทธิพลของปัจจัยทางสังคม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความถี่ที่ได้รับจากการติดต่อจากบุตร (สมการปรับที่ 3) หรือเมื่อปรับปัจจัยอื่น ๆ ทุกตัว (สมการที่ 5) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร เขตที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพทางกาย เข้ามาร่วมพิจารณา พบว่า ความแตกต่างของภาวะสุขภาพทางใจตามสถานภาพการเป็นหัวหน้าครัวเรือน แม้ทิศทางจะเหมือนระดับ 2 ตัวแปร แต่ยังคงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Beta แทบจะไม่เปลี่ยนแปลงไปจากค่า Eta ในระดับ 2 ตัวแปร แสดงว่า การเป็นหัวหน้าครัวเรือนไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

### 2.3.3 แบบการอยู่อาศัย

การที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหรือคู่สมรส มีโอกาสที่จะได้รับการเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจ มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ดี นอกจากนี้ การเสียชีวิตของคู่สมรส การที่บุตรย้ายออกจากครัวเรือนเพื่อไปทำงานหรือศึกษาต่อ ตลอดจน การแยกออกจากครัวเรือน เนื่องจากการสมรสหรือการสร้างครอบครัวใหม่ อันเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ร่วมกันกับคู่สมรสและบุตร อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ขาดที่ปรึกษา ขาดคนคอยดูแลเอาใจใส่ และมีภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมาได้

จากข้อมูลชุดที่ 3.3 ตารางที่ 11 และ 12 แสดงว่า ในระดับ 2 ตัวแปร (สดมภ์ไม่ปรับ) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรและญาติคนอื่นจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติคนอื่น ๆ จะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจต่ำสุด ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยอยู่ กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น ๆ น่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติคนอื่น

เมื่อปรับอิทธิพลตัวแปรต่าง ๆ ในกลุ่มทางสังคม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน ความถี่ที่ได้รับจากการติดต่อจากบุตร (สมการปรับ 3) หรือการปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ (สมการปรับที่ 5) ให้ผลสอดคล้องกันว่า ความแตกต่างของภาวะสุขภาพทางใจตามแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ยังคงมีทิศทางเดียวกับในระดับ 2 ตัวแปร และยังคงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า แบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่ใช่ตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีทิศทางเดียวกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ก็ตาม

### 2.3.4 ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร

แม้ว่าสังคมไทยจะปลูกฝังวัฒนธรรมเรื่องความกตัญญูแก่ผู้อาวุโสกว่ามาแต่อดีต แต่ปัจจุบันสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุตรต้องเหินห่างจากผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากบุตรมักจะแยกครอบครัวออกจากครัวเรือนของบิดามารดา เพื่อสร้างครอบครัวใหม่หรือเพื่อหน้าที่การงาน อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นทางจดหมาย โทรศัพท์ การมาเยี่ยมเยียนด้วยตนเอง เหล่านี้น่าจะส่งผลกระทบในทางที่ดีต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุจะไม่มีความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว เป็นต้น โอกาสที่จะเกิดปัญหาภาวะสุขภาพทางใจอาจลดลงไป

ก่อนการปรับอิทธิพลปัจจัยทางสังคม (สดมภ์ไม่ปรับ ของข้อมูลชุดที่ 3.4 ตารางที่ 11 และ 12) พบว่า ความแตกต่างของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุตามความบ่อยครั้งของการติดต่อที่ได้รับจากบุตรนั้น



มีความแตกต่างกันเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ไม่ว่าความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุได้รับการติดต่อจาก บุตรมากน้อยเพียงใดก็อาจไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรบ่อยครั้งกว่าน่าจะมีความเครียดและภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อ จากบุตรบ่อยครั้งน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในสังคมไทยหน้าที่ของบุตรที่ดีคือ การเลี้ยงดูพ่อแม่ ให้ความเคารพ และแสดงความกตัญญูแก่ผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุถือว่า เป็นจารีตประเพณีที่ปลูกฝังกันมา นอกจากนี้ความบ่อยครั้งที่ได้รับการ ติดต่อจากบุตรอาจไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจเนื่องจาก โดยทั่วไปแล้วบุตรมักเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือทางด้าน เศรษฐกิจการเงินแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกายและทางใจได้

หลังจากนำปัจจัยทางสังคม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย (สมการปรับที่ 3) หรือการเพิ่มตัวแปรอิสระทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้า ครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพทางกาย (สมการปรับที่ 5) ยังคงพบว่าความแตกต่าง ของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจตามความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุได้รับการติดต่อจากบุตร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตรไม่ใช่ตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของ ผู้สูงอายุ

## 2.4 ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ

ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ในที่นี้ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพทางกาย น่าจะมีผลต่อภาวะ สุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีสภาวะแวดล้อมที่ดีอาจส่งผลต่อการปรับตัว อาจทำให้ การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างมีความสุข ไม่รู้สึกกดดันต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และอาจมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดี ตามมา

### 2.4.1 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากความแตกต่างทางลักษณะของความเป็นเมืองและชนบท กล่าวคือ สังคมชนบทมีการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย ไม่สับสนวุ่นวาย มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีเพื่อนบ้านที่เป็นมิตรมากกว่าเขตเมืองซึ่งมีสภาวะแวดล้อมตรงกันข้าม ความแตกต่างนี้อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้

จากข้อมูลชุดที่ 4.1 ตารางที่ 11 และ 12 ในการศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร พบว่า ผู้สูงอายุในเขต เมืองมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าเขตชนบท แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ทาง สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ (สมการปรับที่ 4) ได้แก่ ภาวะสุขภาพทางกาย เข้ามาร่วมพิจารณาพบว่า ความสัมพันธ์ ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุลดลงจากระดับ 2 ตัวแปรเพียงเล็กน้อย แต่ยังคงมี ความสัมพันธ์ในทิศทางเดิม แสดงว่า ตัวแปรอิสระต่าง ๆ ทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ แทบจะไม่ได้มีส่วนสนับสนุน ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ เมื่อนำเอาปัจจัยอื่น ๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ เข้ามารับอิทธิพล (สมการปรับที่ 5) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าในครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า ความสัมพันธ์นี้ยังคงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า Beta ลดลงอย่างมากทั้งจากในสมการไม่ปรับและสมการปรับที่ 4 และยังคงไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจน้อยกว่าการปรับตัวแปรอิสระทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่ใช่ตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุแม้ว่าจะมีทิศทางความสัมพันธ์สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ก็ตาม

#### 2.4.2 ภาวะสุขภาพทางกาย

การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี มีโรคประจำตัว หรือมีโรคภัยไข้เจ็บรุมเร้า อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองทำประโยชน์ให้กับครอบครัวได้น้อยลง มีความรู้สึกเกรงใจลูกหลานที่ต้องเลี้ยงดู เกิดความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา การมีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี อาจจำกัดการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางกายมักเป็นภาระของผู้อื่น และอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุตามมา

เมื่อศึกษาตัวแปรอิสระ ภาวะสุขภาพทางกาย (จากข้อมูลชุดที่ 4.2 ตารางที่ 11 และ 12)

พบว่า ในการศึกษาระดับ 2 ตัวแปรนั้น ภาวะสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพทางใจ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายที่ดีกว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกายแย่กว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาที่ได้ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจาก โดยทั่วไป ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพที่เสื่อมถอยลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น อันเป็นผลให้ความสามารถทางร่างกายลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ และการเจ็บป่วยสูงขึ้น การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางกาย ไม่ดีจึงอาจนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ตามมาอันส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางใจที่ไม่ดีตามมา

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ คือ เขตที่อยู่อาศัย (สมการปรับที่ 4) พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพทางใจแทบจะไม่แตกต่างกันไปในระดับ 2 ตัวแปร (ค่า Beta แทบจะไม่เปลี่ยนแปลงไปจากค่า Eta) แสดงว่า การปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ต่อมาเมื่อเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ (สมการปรับที่ 5) คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร เขตที่อยู่อาศัย เข้ามาร่วมพิจารณา พบว่า ความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า Beta ลดลงไปจากการศึกษา 2 ตัวแปรและสมการหลายตัวแปร (สมการปรับที่ 4) อย่างมาก ชี้แนะว่า การปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่างๆ ตัวไม่นำมาผลต่อภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุมากไปกว่าการไม่ปรับอิทธิพลตัวแปรใด ๆ และปรับอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระภาวะสุขภาพทางกาย สามารถสะท้อนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปพบว่า ปัจจัยประชากรทุกตัวรวมกัน ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส สามารถอธิบายความแปรผันของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้ระหว่าง ร้อยละ 2 – ร้อยละ 3

ปัจจัยทางเศรษฐกิจทุกตัวรวมกัน ได้แก่ สถานภาพการทำงาน รายได้ และหนี้สิน สามารถอธิบายความแปรผันของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้ระหว่าง ร้อยละ 15 – ร้อยละ 17

ปัจจัยทางสังคมทุกตัวรวมกัน ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย และความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้ระหว่าง ร้อยละ 5 – ร้อยละ 6

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ทุกตัวรวมกัน ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพทางกาย สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้ระหว่าง ร้อยละ 9 – ร้อยละ 11

ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความถี่ที่ได้รับจากการติดต่อจากบุตร เขตที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพทางกาย สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้เท่ากับร้อยละ 27

สรุปแล้วกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจคือ หนี้สิน และรายได้ มีความสามารถอธิบายความแตกต่างของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้มากที่สุด รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพทางกาย และเพศ ตามลำดับความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจในทิศทางเดียวกับที่ตั้งสมมุติฐานไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สินจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่มีหนี้สิน ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายแยกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่าจะมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า และผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นหัวหน้าในครัวเรือน และแบบของการอยู่อาศัย

ส่วนปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์ตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร และเขตที่อยู่อาศัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ร้อยละของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ได้จากดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ (ไม่ถ่วงน้ำหนัก) จำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ ด้วยวิธีวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (MCA)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ	จำนวน	ไม่ปรับ	สมการปรับ					
			1	2	3	4	5	
Grand Mean = 18.6								
จำนวนตัวอย่างรวม	328							
1. ลักษณะทางประชากร								
1.1 เพศ								
ชาย	125	19.0	18.9	-	-	-	19.0	
หญิง	203	17.6	17.7	-	-	-	17.6	
Eta/Beta		0.14**	0.13*				0.15*	
1.2 อายุ								
60 – 64 ปี	114	17.9	17.7	-	-	-	18.1	
65 – 69 ปี	81	18.4	18.4	-	-	-	18.2	
70 – 74 ปี	60	18.3	18.4	-	-	-	18.0	
75 หรือสูงกว่า	73	18.1	18.4	-	-	-	18.3	
Eta/Beta		0.04	0.08				0.02	
1.3 สถานภาพสมรส								
สมรส	144	18.7	18.5	-	-	-	18.7	
สถานภาพอื่นๆ	184	17.7	17.8	-	-	-	17.7	
Eta/Beta		0.10	0.07				0.11	
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ								
2.1 สถานภาพการทำงาน								
ทำ	77	17.1	-	17.8	-	-	17.5	
ไม่ได้ทำ	251	18.5	-	18.3	-	-	18.3	
Eta/Beta		0.12*		0.06			0.08	

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	จำนวน	ไม่ปรับ	สมการปรับ				
			1	2	3	4	5
2.2 รายได้							
0 – 4,999 บาท	63	17.5	-	17.3	-	-	17.5
5,000 – 14,999 บาท	84	17.3	-	17.3	-	-	17.3
15,000 – 29,999 บาท	60	18.2	-	18.2	-	-	18.2
30,000 – 49,999 บาท	44	18.1	-	18.4	-	-	18.5
50,000 บาท หรือมากกว่า	77	19.7	-	19.6	-	-	19.4
Eta/Beta		0.20*		0.20**			0.17*
2.3 หนี้สิน							
มีหนี้สิน	68	15.1	-	15.2	-	-	15.4
ไม่มีหนี้สิน	260	18.9	-	18.9	-	-	18.9
Eta/Beta		0.34**		0.33**			0.31**
3. ลักษณะทางสังคม							
3.1 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน							
1 – 2 คน							
3 – 4 คน	81	18.4	-	-	18.6	-	18.7
5 – 6 คน	103	17.3	-	-	17.3	-	17.6
7 คน หรือมากกว่า	88	18.2	-	-	18.1	-	18.0
Eta/Beta	56	19.3	-	-	19.2	-	18.7
		0.15			0.15		0.10
3.2 การเป็นหัวหน้าครัวเรือน							
เป็นหัวหน้าครัวเรือน							
ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน	204	18.3	-	-	18.4	-	18.4
Eta/Beta	124	17.8	-	-	17.8	-	17.8
		0.05			0.06		0.06



ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	จำนวน	ไม่ปรับ	สมการปรับ				
			1	2	3	4	5
3.3 แบบของการอยู่อาศัย							
อยู่กับคู่สมรสและญาติคนอื่น	40	17.4	-	-	17.6	-	16.6
อยู่กับบุตรและญาติคนอื่น	136	18.2	-	-	18.2	-	18.9
อยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น	97	19.0	-	-	19.1	-	18.0
อยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติอื่น ๆ	55	17.0	-	-	16.8	-	17.7
Eta/Beta		0.16*			0.17*		0.16
3.4 ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อ จากบุตร							
ทุกวัน							
ทุกอาทิตย์	43	17.5	-	-	17.5	-	17.3
ทุกเดือน	63	18.8	-	-	18.7	-	18.5
ปีละครั้ง / บางครั้งบางครั้ง	82	18.3	-	-	18.2	-	18.2
อื่น ๆ (เช่น ไม่มีบุตร / ไม่มีบุตรอยู่ ที่อื่น / ไม่ได้รับการติดต่อ)	93	17.7	-	-	17.8	-	17.7
Eta/Beta	47	18.6	-	-	18.8	-	19.2
		0.10			0.10		0.13
4. ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ							
4.1 เขตที่อยู่อาศัย							
กรุงเทพมหานคร							
พระนครศรีอยุธยา							
Eta/Beta	167	18.6	-	-	-	18.4	18.1
	161	17.7	-	-	-	17.9	18.2
4.2 ภาวะสุขภาพทางกาย							
ดี							
ปานกลาง							
ไม่ดี	69	20.4	-	-	-	20.3	20.0
Eta/Beta	179	18.3	-	-	-	18.3	18.2
	80	16.0	-	-	-	16.0	16.4
		0.33**				0.32**	0.26**
Multiple R Squared			0.03	0.15**	0.06*	0.11**	0.27**

หมายเหตุ : \*\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .01

\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05

ตารางที่ 12 ร้อยละของภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ได้จากดัชนีภาวะสุขภาพทางใจ (ถ่วงน้ำหนัก)  
จำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ด้วยวิธีวิเคราะห์  
การจำแนกพหุ (MCA)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	จำนวน	ไม่ปรับ	สมการปรับ					
			1	2	3	4	5	
Grand Mean = 43.3								
จำนวนตัวอย่างรวม	328							
1. ลักษณะทางประชากร								
1.1 เพศ								
ชาย	125	45.1	45.0	-	-	-	45.2	
หญิง	203	42.1	42.2	-	-	-	42.0	
Eta/Beta		0.12*	0.11				0.13*	
1.2 อายุ								
60 – 64 ปี	114	42.4	41.9	-	-	-	43.1	
65 – 69 ปี	81	43.9	43.8	-	-	-	43.3	
70 – 74 ปี	60	43.6	43.9	-	-	-	42.8	
75 หรือสูงกว่า	73	43.6	44.3	-	-	-	43.9	
Eta/Beta		0.05	0.09				0.03	
1.3 สถานภาพสมรส								
สมรส	144	44.3	44.0					
สถานภาพอื่น ๆ	184	42.4	42.7	-	-	-	44.4	
Eta/Beta		0.08	0.06				0.08	
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ								
2.1 สถานภาพการทำงาน								
ทำ	77	40.3	-					
ไม่ได้ทำ	251	44.2	-	42.0	-	-	41.5	
Eta/Beta		0.14		43.6			43.8	
				0.06			0.08	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	จำนวน	ไม่ปรับ	สมการปรับ					
			1	2	3	4	5	
2.2 รายได้								
0 – 4,999 บาท	63	41.1	-	40.5	-	-	41.0	
5,000 – 14,999 บาท	84	41.2	-	41.3	-	-	41.2	
15,000 – 29,999 บาท	60	43.8	-	43.8	-	-	44.0	
30,000 – 49,999 บาท	44	43.2	-	44.2	-	-	44.4	
50,000 บาท หรือมากกว่า	77	46.8	-	46.7	-	-	46.1	
Eta/Beta		0.19*		0.20**			0.18*	
2.3 หนี้สิน								
มีหนี้สิน	68	34.8	-	35.1	-	-	35.6	
ไม่มีหนี้สิน	260	45.5	-	45.4	-	-	45.3	
Eta/Beta		0.37**		0.36**			0.34**	
3. ลักษณะทางสังคม								
3.1 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน								
1 - 2 คน	81	43.8	-	-	44.3	-	44.6	
3 – 4 คน	103	41.1	-	-	41.1	-	41.8	
5 – 6 คน	88	43.7	-	-	43.6	-	43.3	
7 คน หรือมากกว่า	56	45.6	-	-	45.2	-	44.0	
Eta/Beta		0.13			0.13		0.09	
3.2 การเป็นหัวหน้าครัวเรือน								
เป็นหัวหน้าครัวเรือน	204	43.5	-	-	43.6	-	43.6	
ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน	124	42.9	-	-	42.8	-	42.7	
Eta/Beta		0.03			0.03		0.04	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ	จำนวน	ไม่ปรับ	สมการปรับ				
			1	2	3	4	5
3.3 แบบของการอยู่อาศัย							
อยู่กับคู่สมรสและญาติคนอื่น	40	41.6	-	-	41.8	-	39.8
อยู่กับบุตรและญาติคนอื่น	136	43.8	-	-	43.6	-	45.2
อยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติคนอื่น	97	45.0	-	-	45.2	-	42.8
อยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติอื่น ๆ	55	40.1	-	-	39.9	-	41.8
Eta/Beta		0.15			0.16		0.16
3.4 ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อ จากบุตร							
ทุกวัน							
ทุกอาทิตย์	43	42.1	-	-	42.2	-	41.5
ทุกเดือน	63	44.9	-	-	44.6	-	44.3
ปีละครั้ง / บางครั้งบางครั้ง	82	43.7	-	-	43.5	-	43.6
อื่น ๆ (เช่น ไม่มีบุตร / ไม่มีบุตรอยู่ ที่อื่น / ไม่ได้รับการติดต่อ)	93	41.8	-	-	42.0	-	41.9
Eta/Beta	47	44.3	-	-	44.5	-	45.6
		0.10			0.09		0.12
4. ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ							
4.1 เขตที่อยู่อาศัย							
กรุงเทพมหานคร พระนครศรีอยุธยา							
Eta/Beta	167	44.4	-	-	-	43.9	43.6
	161	42.1	-	-	-	42.6	42.9
		0.10				0.06	0.03
4.2 ภาวะสุขภาพทางกาย							
ดี							
ปานกลาง							
ไม่ดี	69	48.4	-	-	-	48.2	47.3
Eta/Beta	179	43.6	-	-	-	43.6	43.5
	80	38.0	-	-	-	38.1	39.3
		0.30**				0.29**	0.23**
Multiple R Squared			0.02	0.17**	0.05	0.09**	0.27**

หมายเหตุ : \*\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .01  
\* หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลโครงการวิจัยเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ : ประชากรเอเชียในอนาคต (The Implications of Asia's Population Future for the Family and the Elderly) ดำเนินการสำรวจโดย วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2540 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2540 การเลือกตัวอย่าง เป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งให้จังหวัดกรุงเทพมหานคร เป็นตัวแทนเขตเมือง และจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นตัวแทนเขตชนบท การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะ ประชากรสูงอายุ ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า จึงใช้เฉพาะข้อมูลในส่วนที่เป็นของประชากรอายุ 60 ปีหรือมากกว่า สัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้ 408 ราย และเนื่องจากในการตอบคำถามต่าง ๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับความรู้ สึกและความคิดเห็นด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุจำนวน 80 ราย ที่ไม่สามารถให้คำตอบ ได้ ซึ่งได้ถูกตัดออกจากการศึกษาในครั้งนี้ โดยรวมแล้วจำนวนตัวอย่างที่ถูกตัดออกจากการ ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 91 ตัวอย่าง จึงทำให้ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เหลือทั้งสิ้น 328 ราย

ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 12 ตัวแปร แบ่งตามลักษณะต่าง ๆ ดังนี้  
ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส  
ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน  
ลักษณะทางสังคม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย  
ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร  
ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพทางกาย  
ส่วนตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษาคือ คะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยค่าคะแนนมากกว่า สะท้อนการมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดีกว่า ซึ่งคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุนี้ คำนวณได้คะแนนของตัวแปร ต่าง ๆ ที่ใช้วัดสุขภาพทางใจ แบ่งการสร้างดัชนีออกเป็น 2 แบบคือ แบบที่ยังไม่ได้มีการถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) และ แบบที่ใช้คะแนนถ่วงน้ำหนัก (Mental 2) จำนวน 13 ตัวแปร จาก 20 ตัวแปรที่คาดว่าจะสะท้อนภาวะสุขภาพทางใจ ของผู้สูงอายุ ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการสร้างดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่อยากกินอาหารหรือเบื่ออาหาร
2. ความบ่อยครั้งของการนอนไม่หลับ
3. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น
4. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลกับสถานะทางการเงิน
5. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า
6. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกกังวลหรือเศร้าที่บุตรไม่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น
7. ความบ่อยครั้งของความรู้สึกไม่หายเศร้าเหงาหงอยถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย
8. ระดับของปัญหาด้านความกดดันทางการเงิน

9. ระดับของปัญหาด้านความเครียดทางอารมณ์หรือทางใจ

10. ระดับของปัญหาด้านการเข้ากับสมาชิกในบ้าน

11. ระดับความพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย

12. ระดับความพอใจในสถานะทางการเงิน

13. ระดับความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข

ทั้ง 2 ดัชนีได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือ (reliability) และความเที่ยงตรง (validity) ว่าสามารถใช้ในการวัดได้ดีพอ ๆ กัน

## 1. ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจ เมื่อประเมินด้วยดัชนีที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนัก (Mental 1) พบว่า พิสัยคะแนนภาวะสุขภาพทางใจที่วัดได้ อยู่ระหว่าง 3 – 26 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพทางใจเท่ากับ 18.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.6 ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมี ภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท (คะแนนเฉลี่ยของเขตเมืองเท่ากับ 18.6 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของเขตชนบทเท่ากับ 17.7) ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (คะแนนเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 19.0 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของเพศหญิงเท่ากับ 17.6)

พิสัยของคะแนนที่จะสามารถเกิดขึ้นได้จากดัชนีที่ใช้วัดเมื่อถ่วงน้ำหนักคะแนนแล้ว (Mental 2) อยู่ระหว่าง 5 – 62 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพทางใจเท่ากับ 43.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.8 ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท (คะแนนเฉลี่ยของเขตเมืองเท่ากับ 44.4 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของเขตชนบทเท่ากับ 42.1) ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (คะแนนเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 45.1 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของเพศหญิงเท่ากับ 42.1)

โดยสรุป ทั้ง 2 ดัชนีภาวะสุขภาพทางใจแสดงค่าภาวะสุขภาพทางใจในทิศทางเดียวกัน สะท้อนว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุเขตชนบท และผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าเพศหญิง ก่อนนำดัชนีภาวะสุขภาพทางใจทั้ง 2 แบบไปใช้ ได้ทดสอบความเที่ยงตรงของโครงสร้างของดัชนีภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุทั้ง 2 ดัชนี โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างดัชนีทั้ง 2 แบบกับตัวแปรความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุข (G9i) และตัวแปรความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้า (G9e) เพื่อยืนยันว่าดัชนีที่ใช้มีมาตรฐาน และมีความถูกต้องแม่นยำสูง สามารถทำนายภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้การทดสอบนี้ทำโดยการประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis, MCA) ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามทั้ง 2 ดัชนี

มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ทั้ง 2 ดัชนีมีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างและเป็นไปตามทิศทางที่วางไว้ คือ ความบ่อยครั้งของความรู้สึกมีความสุขสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุทั้ง 2 ดัชนี คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกมีความสุขมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่รู้สึกมีความสุขน้อยกว่า ในขณะที่ความบ่อยครั้งของความรู้สึกเศร้ามีความสัมพันธ์ปฏิภาคกับคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางใจสูงกว่าผู้ที่รู้สึกเศร้ามักกว่า

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพทางใจกับปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม

สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกพหุ (Multiple Classification Analysis, MCA)

ก่อนศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการเลือกตัวแปรที่นำมาใช้ในการศึกษา ในการหาค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ตัวแปรที่ใช้ต้องไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป) เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น จากการศึกษาเมตริกสหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ (ในตารางที่ 10) พบว่าตัวแปรอิสระส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ (ค่าระหว่าง 0-0.450) และไม่พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป ดังนั้น จึงไม่มีตัวแปรอิสระใดถูกตัดออก

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ กับภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ โดยการประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกพหุ (Multiple Classification Analysis, MCA) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (independent variables) หลาย ๆ ตัว กับตัวแปรตาม (dependent variable) ในที่นี้คือคะแนนภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ได้จากการประเมินทั้ง 2 ดัชนี โดยทั้ง 2 ดัชนีไม่มีความแตกต่างกันมากนักในแง่ของทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตามทั้ง 2 ตัว ในที่นี้จึงได้สรุปและอ่านผลได้ในคราวเดียวกัน

ปัจจัยประชากรทุกตัวรวมกัน ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส สามารถอธิบายความแปรผันของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้ระหว่าง ร้อยละ 2 – ร้อยละ 3

ปัจจัยทางเศรษฐกิจทุกตัวรวมกัน ได้แก่ สถานภาพการทำงาน รายได้ และหนี้สิน สามารถอธิบายความแปรผันของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้ระหว่าง ร้อยละ 15 – ร้อยละ 17

ปัจจัยทางสังคมทุกตัวรวมกัน ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย และความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้ระหว่าง ร้อยละ 5 – ร้อยละ 6

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ทุกตัวรวมกัน ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพทางกาย สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนภาวะสุขภาพทางใจได้ระหว่าง ร้อยละ 9 – ร้อยละ 11

ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ หนี้สิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นหัวหน้าครัวเรือน แบบการอยู่อาศัย ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร เขตที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพทางกาย สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนน

ภาวะสุขภาพทางใจได้เท่ากับร้อยละ 27

สรุปแล้วกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจคือ หนี้สิน และรายได้ มีความสามารถอธิบายความแตกต่างของ ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุได้มากที่สุด รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพทางกาย และเพศ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ สมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สินจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้ที่มีหนี้สิน ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกาย ดีกว่าจะมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายแยกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าจะมีภาวะ สุขภาพทางใจดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นหัวหน้าใน ครัวเรือน และแบบของการอยู่อาศัย ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้และไม่มีความสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความบ่อยครั้งที่ได้รับการติดต่อจากบุตร และเขตที่อยู่อาศัย

### 3. ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุครั้งนี้ ชี้แนะว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สินในปัจจุบันจะเป็นผู้ที่มี ภาวะสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีหนี้สินอยู่ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางใจที่ดี จึงควรเน้นในเรื่องการสร้างรายได้ ให้ผู้สูงอายุมีอาชีพ มีงานทำ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่มากขึ้น สามารถใช้จ่ายเงิน เพื่อตอบสนองกับความต้องการของตนเอง และนอกจากการสร้างงานจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้แล้ว ยังเป็นการช่วย ให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพิงจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตระหนัก ว่าตนเองยังเป็นผู้ที่มีคุณค่า ไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อลูกหลานหรือคนใกล้ชิด อันส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะ สุขภาพทางใจที่ดีได้

ด้านภาวะสุขภาพทางกายซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสุขภาพทางใจ ทางรัฐบาลหรือหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ควรณรงค์ด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ควรมีนโยบายช่วยส่งเสริมสวัสดิการในด้านการ รักษาพยาบาล และส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางกายที่ แข็งแรงและมีสุขภาพทางใจที่ดีได้

### 4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4.1 เพื่อให้การประเมินภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงควรได้รับความร่วมมือ จากนักจิตวิทยาและบุคลากรแพทย์ ในการวินิจฉัยเกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางใจและการใช้เครื่องมือทาง การแพทย์เข้าร่วมศึกษา โดยควรประเมินควบคู่กับการประเมินภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุด้วยตนเอง เพื่อจะได้ทราบถึงผลการศึกษาที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุที่มีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกับ ความเป็นจริงมากที่สุด

4.2 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาข้อมูลแบบระยะยาว (Longitudinal design) โดยเก็บข้อมูล และประวัติต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่อดีตเรื่อยมา การที่ควรศึกษาข้อมูลแบบระยะยาวมากกว่าศึกษาแบบ

ตัดขวาง (Cross-sectional design) เนื่องจาก ภาวะสุขภาพทางใจมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับด้านอารมณ์และความรู้สึกที่สะสมมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จึงควรนำเหตุการณ์หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่น่าสนใจเข้ามาศึกษาเพิ่มเติม เช่น การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บ การเกษียณอายุ และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือของมีนเมา ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. 2542. คู่มือการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์, สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ. 2533. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ตันติผลาชีวะ, กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528. การศึกษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: หจก.อรุณการพิมพ์
- จินตนา สมประเสริฐ. 2538. ผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- ตุลิต สุนทรานู และคณะ. 2539. โครงการระบาดวิทยาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2532. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปกิจ. 2539ก. “ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(มกราคม-มีนาคม 2539): 2-17
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปกิจ. 2539ข. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41 (มกราคม-มีนาคม 2539): 191-202
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2539ค. “การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(มกราคม-มีนาคม 2539): 18-30
- ธวัชชัย วงพวงศร, วงเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี. 2533. “คุณลักษณะความตรงของแบบสอบวัดความซึมเศร้า CES-D” วารสารจิตวิทยาคลินิก 21(มกราคม-มิถุนายน 2533): 25-45.
- ธราทิพย์ โล่พานิช. 2541. ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดา มีศิริ. 2540. การศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นพวรรณ หาญพล. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์สภาพในครอบครัว ประสพการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. 2530. ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้น เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530 วันที่ 26-27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบต่อ

- ทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารสถาบัน หมายเลข 165/32 กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล และศิริวรรณ ศิริบุญ. 2533. ประชากรผู้สูงอายุไทย ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ. เอกสารสถาบันหมายเลข 180/33 กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล. 2539. รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารสถาบัน หมายเลข 246/39 กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ. 2542ก. "ภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย : ความแตกต่างระหว่างเพศ". วารสารประชากรศาสตร์ 15 (มีนาคม 2542): 1-35
- นภาพร ชโยวรรณ. 2542ข. สถานภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ "ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ" โดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย วันที่ 22-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 ณ. โรงแรมปรีซ์พาเลซ .
- นุสราน นามเดช. 2539. การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2541. 20 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ . กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- บุญศรี นุกฤต. 2541. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุษยมาส ลินธุระมา. 2539. สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์สมพรการพิมพ์.
- บัวทอง สว่างไสวกุล. 2542. "สุขภาพทางจิตที่แข็งแรงมีลักษณะเป็นอย่างไร". วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 25 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2542): 39-49
- ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิภา ศิริสุข และมัลลิกา มัติโก. 2541. ไม้ใกล้ฝั่ง : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- พรพจน์ กิ่งแก้ว. 2538. องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือกอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพลินพิศ ฐานวัฒนานนท์. 2542. "การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและที่มีปัญหาสุขภาพ". วารสารสภาการพยาบาล 14(เมษายน-มิถุนายน 2542): 40
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. 2541. ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. เอกสารสถาบันหมายเลข 269/41 กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. 2535. "การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ". วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 4(1): 25-29.

วันดี โภคะกุล, นงนุช วิลาสินีวรรณ, อุบลพรรณ จุฑาสมิต, ศาคร สุวรรณ และประสิทธิ์ รวมพิมพ์. 2541.

การศึกษาคุณลักษณะผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 100 ปี พ.ศ. 2539. รายงานการวิจัย. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วาทินี บุญชะลิกษ์ และยุพิน วรสิริอมร. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพภาวะพึ่งพา และแนวนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ "ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ" โดยกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย วันที่ 22-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 ณ. โรงแรมปรีซ์พาลเลซ .

ศรีวรรณ ตันศิริ, จารุวรรณ เหมาะะธร, นิรัตน์ อิมามิ และถนอมวงศ์ กฤษณ์เพชร. 2535. "ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาระนครสวรรค์: จังหวัดพระนครศรีอยุธยา". วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 6(มกราคม-เมษายน 2535): 36

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2542. แบบทดสอบพฤติกรรมจิต-สังคมสำหรับผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ "ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ" โดยกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย วันที่ 22-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 ณ. โรงแรมปรีซ์พาลเลซ .

สรุณี สังข์ศรี, พิมพ์ภรณ์ สังข์ศรี และสุวรรณี เรืองเดช. 2540. "การศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา". วารสารสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย. 28 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2540)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2538. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533-2563. กรุงเทพมหานคร

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2505. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2503. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537ก. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537ข. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2533. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2541. สถานภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543. รายงานผลเบื้องต้น สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2543. กรุงเทพมหานคร.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2534. การสร้างมาตรวัดในการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เสียงเชียงใหม่.

สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ, เอื้อชัย งามทิพย์วัฒนา, กนกรัตน์ สุคะตุงคะ. 2542. "การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย" วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย . 44(มกราคม-มีนาคม 2542): 22-39

- สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ และ เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา. 2542. คุณลักษณะความเที่ยงและตรงของแบบสำรวจ HOS”  
วารสารจิตวิทยาคลินิก 26(กรกฎาคม-ธันวาคม 2538): 5-15.
- สุดาวลัย สายสืบ. 2536. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มี  
ปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542ก. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ  
“ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” โดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม  
สมาคมพดตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย วันที่ 22-24  
พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 ณ โรงแรมปรีณัฐพาเลซ .
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542ข. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย : สถานการณ์ในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร : โรง  
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมุลาญ โทมัส. 2531. การศึกษาเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาเอกสารสิ่งพิมพ์ทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย  
ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. 2541. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดุกสะโพก  
หัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี. 2534ก. “ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางสังคม-จิตวิทยากับแบบการ  
ตรวจสภาพจิตแบบย่อ MMSE” วารสารจิตวิทยาคลินิก 22(มกราคม-มิถุนายน 2533): 92-105.
- อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี. 2534ข. “แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (MMSE) และแบบประเมิน  
อาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย  
ไทย 36 (เมษายน-มิถุนายน 2534): 89-97.
- อิงใจ จันทมูล. 2539. ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล หมดธรรม. 2540. การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขต 10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อัจฉรา นวจินดา และชัจจ์สภิรมย์ ธรรมศิริ. 2534. ความพึงพอใจ : ตัวแปรแปรกลางการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2534 วันที่ 21-22 พฤศจิกายน  
พ.ศ. 2534.
- อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล. 2541. การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุไทย. เอกสารสถาบันหมายเลข 266/41 กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

#### ภาษาต่างประเทศ

- Atchley, Robert C. 1991. **Social Forces and Aging : An Introduction to Social Gerontology**. Belmont, CA: Wadsworth.
- Afzal, Mohammed. 1995. "Special Concerns of Population Aging". **Population Ageing and Development Asian Population Studies**. Series No. 140. United Nation, ESCAP. P.41-47.
- Aiken LR. 1994. **Psychological Testing and Assessment\_2nd ed**. Boston: Allyn and Bacon.
- Bose, A.B. 1993. "Roles of Local Level Elderlies in Respect of Their Families and Communities" in **Reproductive Ageing in Asia and the Pacific, Report and Selected Background Paper from the Expect Group Meeting on Local-level Policy Development for Dealing with the Consequences of Population Ageing**, 1-4 September, 1992. Pune, India. New York, United Nations, Asian Population Studies Series No, 129.
- Carter, Ann. 1999. "Health Changes with Aging" **Clinical References System**. July 1, 1999. Centre for Ageing Studies Flinders University of Australia. 1991. **Ageing in South East Asia**. Centre for Ageing Studies Flinders University of Australia.
- Charle, Harris S. 1987. "Fact Book on Aging, A Profile of America' s Older Population . **Fact Book on Aging** .Washington, D.C.: by The National Council on the Aging , Inc.
- Cole, William E., and Diana K. Harris. 1977. **The Elderly in America**. Boston: Allyn & Bacon.
- Darter B.; Beissner K.; and Oggins J. 1999. " Mind and Body Relationships with Functional Limitations And Disability in Older Adults" **Journal Physical Therapy**. May 1999.
- Desjarlais, Robert., Eisenberg, Leon., Good, Byron., and Kleinmon, jarthur. 1995 **World Mental Health : Problem And Priorities in Low-Income Countries**. Oxford University Press, inc.
- Edward, Johns B.; Wilfred, Sutton C.; Lloyd, Webster E. 1966. **Health for Effective Living**. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Folstein, Marshal F.; Folstein, Susan E.; and McHugh, Paul R. 1975. "Mine –Mental Health". A Practical Method for Grading to the Cognitive State of Patients for the Clinician. **Journal of Psychiatry Research**. Vol. 12: 189-250.
- Goldberg DP., and William P. 1988. **A User's Guide to the General Health Questionnaire**. Berkshire: NFER-NELSON Publishing.
- Havinghurst, Robert J., and Ruth Albrecht. 1953. **Old People**. New York: Longman Green.
- Higuchi, Keiko. 1996. "Women in An Ageing Society". **Added Years of Life in Asia Current Situation and Future Challenges**. Asian Population Studies Service No.141. United Nations.
- Kenny DA, and Kashy DA. 1992. Analysis of the Multitrait-Multimethod Matrix by Bonfirmatory Factor



- Analysis. **Psychol Bull.** 112: 165-172.
- Leary MR. 1995. **Introduction to Behavioural Research Methods.** 2nd ed. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Ljungquist B, and Sundstorm G. 1996. "Health and Social Networks as Predictors of Survival in Old Age".  
**Journal Scandina Journal of Social Medicine.** Vol.24 No. 2 Jun 1996.
- Martin, Linda,G. 1989. "The Graying of Japan" **Population Bulletin.** Vol. 44 . No.2 , July 1989.
- Mari JJ, and Williams P. 1986. **Misclassification by Psychiatric Screening Qquestionaries.** J. Chron Dis.  
Vol. 39: 371-378.
- Otrakul A, Tangsuwan J, and Porapakkarm Y. **The Development of Mental Health Indicator.** Faculty of  
Public Health. Mahidol University, Bangkok: Thailand, 1997:2.
- Philip, S. 1957. **A Guide to successful Aging.** Landcashire: The Parthenon Publishing Group Limited.
- Schaie, Warner K., and Willis L. Sherry. 1996. **Adult Development and Aging.** Harper Colling College  
Publishes.
- Shaw, Yi Hy L. 1997. "Which Elderly Women Become Poor After Widowhood.". 1997. **Presented at the  
Annual Meeting of the Population. Association of America.**Washington D.C.Vol 18 (6) 27-29  
March 1997.
- Streiner DL., and Norman GR. 1995. **Health Measurement Scales : a Practical Guide to their  
Development  
and Use.** 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press.
- Jitapunkul, Sutthichai, and Chanthong Lailert 1997. " Mini-Mental Status Examination". **Journal of the  
Medical Association of Thailand.** Vol. 82 NO. 2: 116-120.
- United Nations, 1999. **Population Aging 1999.** Geneva: UN Publications.
- Viet CT, and Ware JE. The Structure of Psychological Distress and Well-being in General Populations.  
**Journal of Consulting and Clinical Psychology.** 1983. 51(5): 730-742.
- Weeks, John R. 1996. Chapter 11 "Population Growth and Aging". **Population An introduction to  
Concepts and Issues Sixth Edition.**



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



มีความลำบากในระบบการย่อยอาหาร									√				
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

หมายเหตุ \* ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ภาคผนวก ก. (ต่อ)

คำถาม	MMSE	Thai GHQ -60	Thai GHQ -30	Thai GHQ -28	Thai GHQ -12	PGM	CES-D Scale	TMHQ	Thai HADS	MHI	Edwar d	FAM CARE*
รู้สึกมีอาการผิดปกติในกระเพาะอาหาร	√							√				
ฉันถูกรบกวนด้วยอาการคลื่นไส้อาเจียร								√				
ไม่สบายใจจนปั่นป่วนในท้อง									√			
ฉันรู้สึกเป็นปกติ								√				
ฉันคิดว่าฉันสงบทั้งภายในและนอกร่างกาย								√				
ฉันสามารถทำตัวตามสบายรู้สึกผ่อนคลาย									√			
รู้สึกกระปรี้กระเปร่าเต็มไปด้วยพลังกำลัง								√				
รู้สึกตื่นตัวและความคิดว่องไว		√										
ทำอะไรช้ากว่าปกติ		√						√	√			
รู้สึกมีกำลังวังชา		√										
ท่านรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงเกือบตลอดเวลา								√				
รู้สึกกระตือรือร้นในการกระทำสิ่งต่าง ๆ								√				
เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	√	√	√					√				







มีอาการกระสับกระส่าย หลับไม่สนิท		√	√				√		√			
มีอาการนอนผิดปกติ และรบกวนฉัน								√		√		
รู้สึกเพลียมาก		√										
รู้สึกเหนื่อยเกือบตลอดเวลา หาสเหตุไม่ได้								√		√		
ทำอะไรทำ ไม่ให้ตนเองมีเวลาว่างได้		√	√	√							√	
รู้สึกขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ		√						√		√		
รู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่เคยชอบ									√	√		
ใช้เวลาคุยเล่นกับคนอื่นมาก		√	√									
มีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน		√	√	√	√					√	√	
ยังอยากช่วยเหลือคนอื่นในสังคมที่ด้อยกว่า									√			

หมายเหตุ \* ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ภาคผนวก ก. (ต่อ)

คำถาม	MMSE	Thai GHQ -60	Thai GHQ -30	Thai GHQ -28	Thai GHQ -12	PGM	CES-D Scale	TMHQ	Thai HADS	MHI	Edwar d	FAM CARE*
ท่านมีงานอดิเรกทำให้เกิดความเพลิดเพลิน											√	
ท่านยังต้องการทำประโยชน์ให้แก่สังคม											√	
ท่านต้องการทำความดี ทำบุญ เกิดกุศลต่อไปภายภาคหน้า											√	
สนใจ ติดตามข่าวสารตามสื่อต่างๆ								√	√			



รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆ ได้ดี		√	√	√									
รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้		√	√	√	√								
ลึกลงใจ ตัดสินใจไม่ค่อยได้										√			
ไปทำงานหรือทำงานบ้านสาย		√											
คนในวัยขนาดท่าน สามารถแต่งงานได้อีก												√	
ท่านคิดว่าความรักเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตคนเรา												√	
รู้สึกว่าสามารถเข้ากับคนอื่นได้ง่าย		√	√									√	
รู้สึกคนรอบข้างจับตามองคุณอยู่		√											
คนในครอบครัว ยกย่องให้ความเคารพท่าน										√	√		
มีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว													√
มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ													
สมาชิกในครอบครัวปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับท่าน										√			
ท่านรักและผูกพันกับเพื่อนของท่าน										√			
คิดว่าอายุและวัยไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการมีคู่												√	
ฉันรู้สึกว่าฉันเบียดเบียนคนอื่น									√				
รู้สึกลำบากในการสนใจรับฟังคนอื่น									√				

หมายเหตุ \* ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ภาคผนวก ก. (ต่อ)

คำถาม	MMSE	Thai	Thai	Thai	Thai	PGM	CES-D	TMHQ	Thai	MHI	Edwar	FAM
-------	------	------	------	------	------	-----	-------	------	------	-----	-------	-----

		GHQ -60	GHQ -30	GHQ -28	GHQ -12		Scale		HADS		d	CARE*
สนใจคนอื่น ๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม						√						
มีความสุขกับการพูดและฟังคนอื่น								√				
สนิทสนมเป็นกันเองกับคนรุ่นเดียวกัน										√		
สนิทสนมเป็นกันเองกับลูกหลาน										√		
มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เป็นผู้ให้และผู้รับได้										√		
ท่านและเพื่อน ยกย่องให้เกียรติซึ่งกันและกัน										√		
ท่านและเพื่อน เห็นใจและเข้าใจกันดี										√		
รับฟังความทุกข์ของคนอื่นเมื่อมีคนระบาย											√	
เพื่อนมีความสำคัญต่อท่านมาก											√	
มีคนที่สามารถปรับทุกข์ได้เมื่อต้องการ										√	√	
ท่านดูแลตัวเองได้ดี แต่บางเรื่องเท่านั้นที่อาจขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด											√	
รู้สึกทำอะไรก็หวาดกลัวไปหมด		√				√	√	√		√		
รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุสมควร		√	√	√				√	√	√		
ฉันมักจะตื่นเต้นง่ายกับสิ่งต่าง ๆ								√				
ฉันมักมีอาการประหม่าง่าย								√				
รู้สึกเสียความมั่นใจในตนเอง		√	√		√							

หมายเหตุ \* ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก. (ต่อ)

คำถาม	MMSE	Thai GHQ -60	Thai GHQ -30	Thai GHQ -28	Thai GHQ -12	PGM	CES-D Scale	TMHQ	Thai HADS	MHI	Edward	FAM CARE*
คิดว่าคนอื่นพยายามจะทำร้าย โดยขาดเหตุผลอธิบาย								√				
ฉันรู้สึกผวา ตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน									√			
เชื่อมั่นในการตัดสินใจของตนเองว่าถูกต้อง											√	
ไม่ต้องรอความเห็นของคนในครอบครัวช่วยตัดสินใจ											√	
เมื่อต้องการสิ่งใดแล้ว มีคนทักท้วง ท่านไม่รับฟัง											√	
ภาคภูมิใจในความสามารถของตนว่า ไม่ด้อยกว่าใคร								√		√		
มีความสามารถที่จะทำกิจกรรมลุล่วงไปได้	√											
คิดว่าตนเองเป็นภาระคนอื่น												√
คิดว่ามีประโยชน์น้อยลงเมื่อแก่ขึ้น						√		√				
รู้สึกด้อยเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น								√				
รู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา		√	√	√	√				√	√		
มองอะไร เกร็งเครียดไปหมด		√	√									
ทำอะไรไม่ได้เพราะประสาทตึงเครียดมาก		√	√	√								
ท่านเครียด จริงจังกับชีวิตเกินไป						√						
กังวล กระวนกระวาย และเครียดตลอดเวลา		√	√	√				√	√			
กังวลเป็นอย่างมากกับอาการทางร่างกาย								√				



สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆได้		√	√		√								
รู้สึกว่เรื่องต่างๆที่บมจนรับไม่ไหว		√	√	√									
เห็นปัญหาเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์												√	
เมื่อมีปัญหาจะทบทวนและแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ												√	

หมายเหตุ \* ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ภาคผนวก ก. (ต่อ)

คำถาม	MMSE	Thai GHQ -60	Thai GHQ -30	Thai GHQ -28	Thai GHQ -12	PGM	CES-D Scale	TMHQ	Thai HADS	MHI	Edwar d	FAM CARE*
นึกถึงประโยชน์ส่วนรวมเมื่อมีปัญหา											√	
รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง		√	√		√			√				
รู้สึกมีความสุข		√	√		√		√					√
จิตใจท่านสงบและเป็นสุข										√		
พอใจในความสำเร็จของลูก											√	√
คิดว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง		√	√	√				√				
รู้สึกมีความหวังในอนาคตของตนเอง		√	√									
รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป		√	√	√								
ฉันรู้สึกหมดกำลังใจ								√		√		
มีกำลังใจ สามารถปรับปรุงตนเองในทางก้าวหน้า								√				



คิดว่าความคิดของคนในปัจจุบันต่างจากอดีตมาก												√	
คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่อยากจะทำชีวิตตนเอง		√		√				√					
รู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ		√		√									
มีความคิดอยากทำลายชีวิตตัวเองอยู่เสมอ ๆ		√		√									
ทำนพุดน้อยกว่าผิดปกติ							√						
รู้สึกเหงาและว่าเหว						√		√					
ไม่หายเศร้า เหงาหงอย ถึงแม้ครอบครัวและเพื่อนจะช่วย													√
พอใจกับการไปมาหาสู่ระหว่างครอบครัว						√							
เพื่อนบางคนมาเยี่ยมเยียนฉันเหมือนปกติ								√					
รู้สึกไม่มีเพื่อนสนิท													√

หมายเหตุ \* ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ภาคผนวก ก. (ต่อ)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก. (ต่อ)

คำถาม	MMSE	Thai GHQ -60	Thai GHQ -30	Thai GHQ -28	Thai GHQ -12	PGM	CES-D Scale	TMHQ	Thai HADS	MHI	Edward	FAM CARE *
หดหู่ ซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลา ร้องไห้บ่อย												
รู้สึกเศร้า												√
รู้สึกอยากร้องไห้										√		
เมื่อเสียใจจะร้องไห้ หรือบอกให้คนอื่นรู้											√	
ท่านโกรธมากกว่าที่เคยเป็น						√						
เมื่อท่านโกรธ ท่านจะบอกกล่าวให้คนอื่นรู้											√	
ท่านรู้สึกหัวเสีย ยุ่งยากหรือไม่						√						
ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่อยากกินอาหาร	√						√			√		√
มีความเป็นอยู่ดี อาหารเพียงพอ มีบ้านอยู่											√	
ท่านรู้สึกหดหู่							√					
ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา								√				
ฉันกำลังถูกลงโทษ จากการกระทำที่ไม่ดีของตนเอง								√				
รู้สึกน้อยใจ												
ความเครียดทางอารมณ์ ทางใจ							√					
สามารถเข้ากับสมาชิกในครอบครัวได้ดี											√	√
ที่อยู่อาศัยมีความอึดทึ่ก												√
ที่อยู่อาศัย มีสภาพความแออัด												√

หมายเหตุ \* ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายदनัย ทิพยกนก เกิดวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2517 ที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีบริหารธุรกิจบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปีการศึกษา 2539 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2541 ปัจจุบันเป็นพนักงานบริษัทเอกชน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย