155.67
ท356ต
ค.3

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

รายงานการวิจัย

ของ

ทัศนีย์ ทองมาก

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการศึกษา
ตุลาคม 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณารายงานการวิจัยฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการศึกษาของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อารี พันธ์มณี)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อารี พันธ์มณี)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับรายงานการวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการศึกษาของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)
วันที่ 3 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จด้วยดีและรวดเร็วลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง ประธานกรรมการ และรองศาสตราจารย์ ดร.อารี พันธ์มณี กรรมการควบคุมรายงานวิจัยที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำตลอดจนช่วยชี้แนะข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำรายงานวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ได้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ในภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ที่อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถาม จี เอช คิว เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลประจำตึกอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง 1 อายุรกรรมหญิง 2 ผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยทั้ง 4 หอ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้า และเจ้าของเรื่อง บทความ งานวิจัย เอกสารและวารสารทุกเล่ม ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ จิตวิทยาการศึกษารุ่นที่ 2 (ภาคพิเศษ) ทุกคน และเพื่อน ๆ วชิรพยาบาลทุกคน ที่ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา และ พี่ ๆ น้อง ๆ ที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านมาโดยตลอด

ท้ายสุด ขอระลึกถึง พระคุณของบิดา มารดา ที่ได้เลี้ยงดู อบรมสั่งสอน สนับสนุนในทุกสิ่งที่ผู้วิจัยร้องขอ ทั้งด้านการเงิน และกำลังใจ ด้วยความรักและความห่วงใยเสมอมา

ทัศนีย์ ทองมาก

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	5
	ความสำคัญในการศึกษาค้นคว้า	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย	9
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต	10
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต	16
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	18
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	31
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	34
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	41
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	41
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	42
	วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล	44
	วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	44
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	48
	สัญญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	48
	ผลการศึกษาค้นคว้า	50
5	บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	66
	ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า	66
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	66
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	67
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	67
	การดำเนินการรวบรวมข้อมูล	68
	การวิเคราะห์ข้อมูล	68
	สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
	อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า	70
	ข้อเสนอแนะ	78
บรรณานุกรม		80
ภาคผนวก		92
	ภาคผนวก ก	92
	ภาคผนวก ข	95
ประวัติของผู้วิจัย		98

บัญชีตาราง

ตาราง หน้า

1 แสดงจำนวนร้อยละของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา..... 50

2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษากับสุขภาพจิต..... 53

3 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิต ระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง..... 54

4 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างช่วงอายุของผู้สูงอายุ..... 55

5 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุที่มีสภาพสมรสคู่ และสภาพสมรสไม่มีคู่..... 56

6 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย..... 57

7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน..... 58

8 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพออ่านออกเขียนได้ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษา..... 59

9 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามระดับการศึกษาพอ่านออกเขียนได้ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษาเป็นรายคู่..... 60

10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน..... 61

11 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตามรายได้..... 62

12 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามประเภทของการเข้ารับบริการรักษา..... 63

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง หน้า

13 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุประเภท ข ประเภท ค ประเภท ง..... 64

14 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างในแต่ละตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง..... 65

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

มนุษย์ที่เกิดมา ถ้าไม่เสียชีวิตก่อน เมื่อเยาว์วัยย่อมจะต้องผ่านอัฏสงสารแห่งชีวิต คือ การเกิด การแก่ การเจ็บ และความตายด้วยกันทุกคน แต่ละวัยของชีวิตต่างมีประสบการณ์ และความผันแปรที่แตกต่างกัน มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความสามารถ ความคิดต่างระดับต่างตัวบุคคล บ้างประสบความสำเร็จ บ้างทุกข์ยาก เจ็บป่วย บ้างทุพลภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเอกัตบุคคลเป็นสำคัญ จากสภาพทางด้านประชากรทั่วโลก ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตมีลักษณะที่เห็นได้ประการหนึ่งคือ อัตราการเพิ่มของประชากรทั่วโลก กำลังลดลง เนื่องจากรัฐบาลเกือบทุกประเทศประสบความสำเร็จในการลดอัตราการเพิ่มของประชากร จากการลดอัตราการเกิดของประชากรมีผลกระทบโดยตรงต่อโครงสร้างทางอายุของประชากร จากการศึกษาวิจัยของสหประชาชาติได้แสดงให้เห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงของประชากรโลก ในปี พ.ศ.2543 โลกจะมีประชากรสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ถึง 580 ล้านคน และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นประชากรแถบเอเชีย ประมาณ 280 ล้านคน ในขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรโลกเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 52 แต่อัตราการเพิ่มของประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 102 ซึ่งนับว่าเพิ่มขึ้นในอัตราเร็วมาก (จำเรียง ภูรมะสุวรรณ. 2533:5) สำหรับประเทศไทยจากการเปรียบเทียบผลการสำมะโนประชากรได้แสดงข้อมูลให้เห็นว่า ในปี พ.ศ.2513 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) จำนวน 1,696,000 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ.2523 เพิ่มขึ้นเป็น 2,515,000 คน หรือร้อยละ 7.1 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2533: 9-12) และคาดว่า ในปี 2543 จะมีประชากรสูงอายุ 4.8 ล้านคน หรือร้อยละ 7.6 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2558 จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า คือประมาณ 8 ล้านคน (กรมประชาสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม 2537)

สังคมไทย จัดอยู่ในสังคมที่กำลังมุ่งสู่การเป็นสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่ (New Industrialized Country หรือ NIC) ในช่วงระยะ 20 ปีนั้นสังคมไทยมีการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีการใช้เทคโนโลยี เครื่อง

ทุ่นแรงในการผลิต ทำให้ลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป โดยมองค่าผู้สูงอายุต่ำลง เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์จากผู้สูงอายุ เพราะตนเองสามารถเรียนรู้จนประกอบอาชีพได้เองโดยศึกษาจากแหล่งอื่น ไม่ใช่การถ่ายทอดของผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเครือญาติ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำร่วมกัน และเวลาที่มีให้ต่อผู้สูงอายุลดน้อยลงไป และเห็นคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุเพียงเป็นผู้เฝ้าบ้าน ความเคารพยกย่องให้เกียรติเริ่มลดลง ซึ่งถ้าคนในสังคมไทยมองผู้สูงอายุว่าเป็นผู้หมดความสามารถ ปฏิกิริยาตอบจากผู้สูงอายุคือ แยกตัวเอง เลิกเกี่ยวข้องกับสังคม แยกตัวจากการทำหน้าที่ให้แก่สังคม ไม่สนใจการมีส่วนร่วมพัฒนาสังคมและเป็นภาระของรัฐบาลต้องเลี้ยงดู

การพัฒนาความเป็นเมืองของสังคมไทย ก็เป็นสาเหตุทำให้คนหนุ่มสาวและผู้อยู่ในวัยแรงงานอ้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองหางานทำ บางคนถึงกับทำงานประกอบอาชีพในต่างประเทศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวแบบขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวแบบเดิมเปลี่ยนแปลงไป และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 5 ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525 จากแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 2524-2544:8) ต่อสู้ชีวิตด้วยตนเอง ซึ่งถ้าผู้สูงอายุไม่มีรายได้เก็บออมไว้บ้างก็จะเกิดความทุกข์มากยิ่งขึ้น เพราะจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ถึง 5 สังคมไทยยังไม่มีพระราชบัญญัติประกันสังคม เพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการและการเงินแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เคยรับราชการเท่านั้นจึงจะมีหลักประกันจากเงินบำนาญภายหลังเกษียณอายุราชการบ้าง ส่วนบริการและสวัสดิการสังคมที่รัฐบาลและเอกชนจัดให้ผู้สูงอายุที่มิได้รับราชการนั้น มีขอบเขตและรูปแบบจำกัดมาก ไม่อาจสนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุได้เพียงพอ และทั่วถึง ความสามารถในการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของรัฐบาลใน พ.ศ.2523 คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.13 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั่วประเทศเท่านั้น (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2528:59)

จากปัญหาต่าง ๆ ย่อมมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ฮอกและโฟลเนอร์ (Haug and Folner. 1986:331-345) กล่าวไว้ว่าบุคคลจะเกิดความพึงพอใจและมีความสุขได้ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการของตนโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ความต้องการของมนุษย์สามารถสรุปได้ 3 ด้าน หลัก คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งในวัยสูงอายุก็มีความต้องการเช่นเดียวกัน ความต้องการของผู้สูงอายุใน

ด้านร่างกาย ได้แก่ความต้องการด้านปัจจัยสี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค (ณัฐไชย ตันติสุข. 2524:3) และต้องการมีสุขภาพที่ดี (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2523:49-53) ความต้องการด้านจิตใจได้แก่ การต้องการความรัก ความมั่นคง ความปลอดภัย การได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของครอบครัวและของกลุ่ม (บุญยืน สุภาพ. 2526:35) ส่วนความต้องการด้านสังคมได้แก่ การเป็นประโยชน์ต่อสังคม การมีส่วนร่วมในชุมชนและการยอมรับนับถือ (ณัฐไชย ตันติสุข. 2524:3) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้นั้นจะต้องได้รับการตอบสนองความต้องการของตน แต่ถ้าหากไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ จะทำให้เกิดความเครียดเป็นทุกข์ การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญและน่าสนใจเพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อครอบครัวของสังคม เป็นผู้ถ่ายทอดขนบธรรมเนียมประเพณีตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นผู้มีพระคุณต่อบุตรหลานในฐานะดูแลบุตรหลานมาแต่เยาว์วัย สมควรที่บุตรหลานจะต้องสำนึกบุญคุณและให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี

เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งหนึ่งทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางเสื่อมสภาพ ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้เป็นไปในทางเสื่อมสภาพ ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยจึงจะทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดี เพราะการยอมรับตนเองมีความเข้าใจตนเองอย่างถูกต้องตามความเป็นจริงจะเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี แต่การไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม (สุกัญญา เจริญศิริ. 2535:48)

นอกจากการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีผลต่อจิตใจแล้ว ยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาเนื่องจากเพศมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (บังอรรัตน์ สุขตระกูล. 2532:77) และเพศที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อร่างกาย จิต สังคม ของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ในผู้สูงอายุหญิงจะมีความสามารถตามหน้าที่ร่างกายต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย มีความต้องการความช่วยเหลือมากกว่า (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2527: 66-67) การที่ผู้สูงอายุอยู่โดยลำพังหรืออยู่ร่วมกันกับครอบครัว ก็ส่งผลต่อสภาพจิตผู้สูงอายุเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดียว ต้องอยู่ตามลำพัง จะมองตนเองว่ามีประโยชน์

ต่อสังคมและบุตรหลานน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งมีบุคคลในครอบครัวมากกว่า (สุวรรณี พลับพลาทอง. 2522:145) ในผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันก็จะมีสภาพร่างกาย จิตสังคมแตกต่างเช่นเดียวกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) จะมีภาวะเสื่อมถอยชัดที่สุด (สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง 2536:18) ส่วนในเรื่องของรายได้ก็จะส่งผลต่อการขาดการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำไม่เพียงพอในการจัดทำปัจจัยที่สนองความต้องการพื้นฐานของตนโดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย.2539:101)

ในบางครั้งผู้สูงอายุเริ่มมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เขาก็จะเริ่มคิดว่าตนเองแก่แล้ว ซึ่งจะมีผลทำให้ความคิดและพฤติกรรมแสดงออกมาเป็นประชากรสูงอายุ มีการพัฒนารูปแบบบุคลิกภาพไปในทางที่สังคมคาดหวังไว้ว่า ผู้สูงอายุควรจะเป็นอย่างนั้น บางครั้งอ่อนไหวง่าย ใจน้อย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ไม่แน่นอน ช่างพูด ช่างบ่น โกรธง่าย มีพฤติกรรมถอยกลับ คิดถึงแต่ตนเอง วิตกกังวล ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากจนเกินเหตุและมีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง (Hurlock 1980:446) เมื่อประกอบกับมีปัญหาเกิดการเจ็บป่วย อาการต่าง ๆ เหล่านี้ จะปรากฏให้เห็นได้ชัดเจน ผู้วิจัยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมา 13 ปี และปฏิบัติงานผู้ตรวจการพยาบาล 5 ปี พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพไม่อยากปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ฝ่ายการพยาบาล. 2538:2) เนื่องจากเห็นว่าจะต้องปฏิบัติงานอยู่กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะป่วยเรื้อรัง และเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ซึ่งบางครั้งจะเรียกร้องความสนใจจนเกินเหตุ และในปี 2539 อัตราการโอนย้าย ลาออก ของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด ซึ่งมีถึง 24 คน ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าว จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร นอกจากมีปัญหาทางฝ่ายกายแล้ว อาจจะมีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการหาคำตอบว่า มีตัวแปรใดบ้างที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุในสภาพแวดล้อมที่อยู่โรงพยาบาล โดยเลือกศึกษาผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร และทั้งนี้น่าจะเป็นประโยชน์ที่จะได้เข้าใจว่านอกจากผู้ป่วยที่มีโรคฝ่ายกายแล้ว ยังจะทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างน้อยก็ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการแก้ปัญหา การรักษาพยาบาล การป้องกัน การส่งเสริม และ

การฟื้นฟู เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ออกไปอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

3. เพื่อศึกษาตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

6. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

9. ตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ความสำคัญในการศึกษาค้นคว้า

เพื่อเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล และดูแลผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60-79 ปี ซึ่งมารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 จะมีประชากรเฉลี่ยเดือนละ 122 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ เพศชาย 62 คน และเพศหญิง 60 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60-79 ปี ซึ่งมารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 จำนวน 100 คน จากผู้สูงอายุเพศชาย 50 คน และเพศหญิง 50 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling)

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

3.1.1 ด้านตัวเอง

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา

3.1.2 ด้านสิ่งแวดล้อม

- สถานภาพการสมรส
- ลักษณะของครอบครัว
- รายได้
- ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

3.2 ตัวแปรตาม คือ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรมด้วยความรู้สึกที่มีต่อตนเอง มีต่อผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดจน ความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถาม จี เอช คิว (G.H.Q. = General Health Questionnaire)

2. ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หมายถึง ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60-79 ปี ที่เข้ารับบริการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความจำสมบูรณ์ไม่เลอะเลือน หรือหลงลืมสามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง ซึ่งมี 4 หอผู้ป่วย คือ หออายุรกรรมชาย 1 หออายุรกรรมชาย 2 หออายุรกรรมหญิง 1 หออายุรกรรมหญิง 2

3. อายุ หมายถึง อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.1 อายุ 60-69 ปี

3.2 อายุ 70-79 ปี

4. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษา แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิตแห่งชาติ. 2537:179)

4.1 พออ่านออกเขียนได้

4.2 ระดับประถมศึกษา

4.3 ระดับมัธยมศึกษา

4.4 ระดับอุดมศึกษา

5. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

5.1 สมรส คู่ หมายถึงสถานภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับคู่สมรส

5.2 โสด หมายถึงสถานภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรส

5.3 ไม่มีคู่ หมายถึงสถานภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับคู่สมรส โดยอาจจะมีสถานภาพสมรส แยกกันอยู่ หย่าหรือหม้าย

6. ลักษณะครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสายโลหิตโดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ครอบครัวเดี่ยวกับครอบครัวขยาย ดังนี้

6.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับสามี/ภรรยา บุตร เท่านั้น

6.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับ สามี/ภรรยา บุตร แล้วยังมีผู้อื่นที่เป็นญาติอาศัยอยู่ด้วย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุงป้า น้า อา หลาน เป็นต้น

7. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับจากการประกอบอาชีพ จากญาติจากเงินบำนาญอื่น ๆ แบ่งได้ 4 ระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535:48)

7.1 ไม่มีรายได้

7.2 ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน

7.3 2,500-7,000 บาท/เดือน

7.4 ตั้งแต่ 7,000 บาท/เดือนขึ้นไป

8. ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา หมายถึง ประเภทของผู้สูงอายุ ซึ่งวชิรพยาบาลมีโครงการบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

8.1 ผู้สูงอายุประเภท "ก" หมายถึง ผู้สูงอายุที่ถือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา หรือบัตรสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลที่ออกให้โดยรัฐบาล

8.2 ผู้สูงอายุประเภท "ข" หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีญาติ ไม่มีรายได้ นักสังคมสงเคราะห์ตรวจสอบแล้ว ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ กรณีที่แพทย์สั่งให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีสิทธิจองห้องพิเศษ พยาบาลพิเศษ และอาหารพิเศษ

8.3 ผู้สูงอายุประเภท "ค" หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล จากต้นสังกัดได้

8.4 ผู้สูงอายุประเภท "ง" หมายถึง ผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ กรณีที่แพทย์สั่งให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล มีสิทธิอยู่ห้องพิเศษ พยาบาลพิเศษ และอาหารพิเศษได้

บทที่ 2
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
   - 1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
     - 1.1.1 ความหมายของสุขภาพจิต
     - 1.1.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี
   - 1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
     - 1.2.1 งานวิจัยต่างประเทศ
     - 1.2.2 งานวิจัยในประเทศ
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
   - 2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
     - 2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
     - 2.1.2 ทฤษฎีของความมีอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
     - 2.1.3 ปัญหาสุขภาพจิตของวัยสูงอายุ
   - 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
     - 2.2.1 งายวิจัยต่างประเทศ
     - 2.2.2 งานวิจัยในประเทศ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
   - 3.1 เพศ
   - 3.2 อายุ
   - 3.3 ระดับการศึกษา
   - 3.4 สถานภาพการสมรส
   - 3.5 ลักษณะของครอบครัว
   - 3.6 รายได้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

1.1.1 ความหมายของสุขภาพจิต มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้มากมาย ดังต่อไปนี้

จาโฮดา (Jahoda. 1970:28-35) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต หมายถึง การที่มีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละคนนั้น จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้ง 6 ประการ ได้เสนอไว้คือ เจตคติที่มีต่อตนเอง การสร้างความเจริญเติบโตและพัฒนาการให้บังเกิดขึ้นแก่ตนเอง การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง การมีอิสระภาพในการปกครองตนเอง การรับรู้ความเป็นจริงและความรอบรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว

มูลี่ (Mouley. 1965:165-167) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เพื่อการปรับตัว เพื่อสัมพันธภาพอันดีงามระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เช่น เทศ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสภาพสังคม

กรมการแพทย์ (2529:3) ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพของจิตใจ ของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายตามอัตภาพและปราศจากอาการโรคจิต โรคประสาท

บุญเหลือ เทพยสุวรรณ (2516:226) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะความมั่นคงของจิตใจ หรือสภาพความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ ในอันที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization:WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่นและดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสมดุลอย่างสุขสบาย สามารถสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2524:2) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่ปราศจากอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางจิต เช่น โรคจิต โรคประสาท ฯลฯ มีความมั่นคงทางจิตใจ สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ

บุหงา วชิระศักดิ์มงคล (2527:2) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึงภาวะของจิต ของแต่ละคน ซึ่งสามารถที่จะอยู่กับตัวเองได้อย่างเป็นสุข และอยู่กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี เป็นที่ยอมรับของสังคม หรือเป็นผู้ที่มีความสมดุลย์ระหว่างตนกับสังคม

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2518:4) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความต้องการของเราเองที่จะทำให้มีความสุข ความสงบทางจิตใจ มีความสนุกสนานร่าเริง ตลอดจนความพึงพอใจต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคมที่อาศัยอยู่

ฝน แสงสิงแก้ว (2521:57) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่าสุขภาพจิต หมายถึงสภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพและผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่สามารถปรับตนเองอยู่ได้ด้วยความสุข ในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้

สุรางค์ จันทน์เอม (2527:2) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึงสมรรถภาพในการปรับปรุงตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความคิดถูกต้องแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากความหมายที่ผู้รู้ได้อธิบายไว้แตกต่างกัน สามารถสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะของบุคคลด้วยความรู้สึกที่มีต่อตนเอง มีต่อผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้

1.1.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

กรมการแพทย์ได้เสนอแนวทางการพิจารณาลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี คือ (กรมการแพทย์. 2529:3)

1. ไม่มีโรคทางร่างกายและจิตใจ
2. มีความสามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. มีความสามารถที่จะปรับตัวในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

4. สามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนแวดล้อมได้ตามสถานภาพของตนเอง

5. สามารถปรับตัวปรับใจให้เกิดความพึงพอใจและมีความมั่นคงต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้น

วีระ ไชยศรีสุข (2533:16-17) ได้ให้ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี 20 ประการคือ

1. เป็นผู้มีความสามารถและมีความเต็มใจที่จะรับผิดชอบอย่างเหมาะสมกับอายุ

2. เป็นผู้มีความพอใจในความสำเร็จจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มโดยไม่คำนึงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นจะมีการถกเถียงกันมาก่อนหรือไม่ก็ตาม

3. เป็นผู้เต็มใจที่จะทำงานและรับผิดชอบอย่างเหมาะสมกับบทบาทหรือตำแหน่งในชีวิตของเขา แม้ว่าจะทำไปเพื่อตำแหน่งก็ตาม

4. เมื่อเผชิญกับปัญหาที่จะต้องแก้ไข เขาก็ไม่หาทางหลบหลีก

5. จะรู้สึกสนุกต่อการขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางต่อความสุขหรือพัฒนาการหลังจากเข้าค้นพบตนว่าอุปสรรคนั้นเป็นความจริงไม่ใช่อุปสรรคในจิตนาการ

6. เป็นผู้สามารถตัดสินใจด้วยความกังวลน้อยที่สุด มีความรู้สึกขัดแย้งในใจและหลบหลีกปัญหาน้อยที่สุด

7. เป็นผู้สามารถอดได้รอได้จนกว่าจะพบสิ่งใหม่หรือทางเลือกใหม่ที่มีความสำคัญหรือดีกว่า

8. เป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จด้วยความสามารถที่แท้จริงไม่ใช่ความสามารถในความคิดฝัน

9. เป็นผู้คิดก่อนที่จะทำหรือมีโครงการแน่นอนก่อนที่จะปฏิบัติ ไม่มีโครงการที่จะถ่วงหรือหลีกเลี่ยงการกระทำต่าง ๆ

10. เป็นผู้ที่เรียนรู้จากความล้มเหลวของตนเอง แทนที่จะหาข้อแก้ตัวด้วยการหาเหตุผลเข้าข้างตนเองหรือโยนความผิดให้ผู้อื่น

11. เมื่อประสบผลสำเร็จก็ไม่ชอบคุยโอ้อวดจนเกินความจริง

12. เป็นผู้ที่ปฏิบัติตนได้สมบทบาท รู้ว่าจะปฏิบัติอย่างไรเมื่อถึงเวลาทำงานหรือจะปฏิบัติอย่างไรเมื่อถึงเวลาเล่น

13. เป็นผู้ที่สามารถจะปฏิเสธต่อการเข้าร่วมกิจกรรมที่ใช้เวลามากเกินไปหรือกิจกรรมส่วนทางกับกิจกรรมที่เขาสนใจ แม้ว่ากิจกรรมนั่นจะทำให้เขาพอใจได้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งก็ตาม

14. เป็นผู้สามารถตอบรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับเขา แม้ว่ากิจกรรมนั้นจะไม่ทำให้เขาพึงพอใจก็ตาม

15. เป็นผู้ที่แสดงความโกรธออกมาโดยตรงเมื่อเขาได้รับความเสียหายหรือถูกรังแกและจะแสดงออกเพื่อป้องกันความถูกต้องของเขาด้วยเหตุผล การแสดงออกนี้จะมีความรุนแรงเหมาะสมกับปริมาณความเสียหายที่เขาได้รับ

16. เป็นผู้ที่สามารถแสดงความพอใจออกมาโดยตรงและจะแสดงออกอย่างเหมาะสมกับปริมาณและชนิดของสิ่งในที่ทำให้เกิดความพึงพอใจนั้น

17. เป็นผู้สามารถอดทนหรืออดกลั้นต่อความผิดหวังและภาวะคับข้องใจทางอารมณ์ได้ดี

18. เป็นผู้ที่มีลักษณะนิสัยและเจตคติที่ก่อให้ก่อรูปขึ้นอย่างเป็นระเบียบเมื่อเผชิญกับสิ่งยุ่งยากต่าง ๆ ก็สามารถจะประนีประนอมนิสัยและเจตคติเข้ากับสถานการณ์ที่ยุ่งยากต่าง ๆ ได้

19. เป็นผู้สามารถระดมพลังที่มีอยู่ในตัวเองออกมาใช้ได้อย่างทันทีและพร้อมเพรียงและสามารถรวมพลังนั้นสู่เป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อความสำเร็จของเขา

20. เป็นผู้ที่ไม่พยายามเปลี่ยนแปลงความจริง ซึ่งชีวิตของเขาจะต้องดิ้นรนต่อสู้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด แต่เขาจะยอมรับว่าบุคคลจะต้องต่อสู้กับตนเอง ฉะนั้นเขาจะต้องมีความเข้มแข็งให้มากที่สุดและใช้วิจารณญาณที่ดีที่สุดเพื่อผละจากคลื่นอุปสรรคภายนอก

จาโฮดา (Jahoda. 1958:22-24) ได้ให้เกณฑ์พิจารณาผู้มีสุขภาพจิตดีว่าจะต้องมีครบทั้ง 6 ประการดังนี้ คือ

1. เจตคติที่มีต่อตนเอง สามารถที่จะยอมรับตนเอง มีความภูมิใจในความสำคัญของตนเอง เคารพตนเอง ตลอดทั้งเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเอง

2. การเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคลเป็นไปอย่างไม่สมปรารถนาและสอดคล้องกับศักยภาพของตนเอง สามารถประสบความสำเร็จและความมุ่งหวังที่พึงประสงค์ ตลอดทั้งสามารถพัฒนาความสามารถของตนจนเต็มที่

3. ความประสมประสานขององค์ประกอบ บุคลิกภาพเป็นไปอย่างกลมกลืน ราบรื่น มีสติสัมปชัญญะ ไม่อยู่ใต้อิทธิพลของจิตไร้สำนึก มีความสามารถที่จะทนต่อความวิตกกังวล และความบีบคั้นภายใต้สภาวการณ์ใดสภาวการณ์หนึ่ง

4. ความเป็นตัวของตัวเอง และความเป็นอิสระในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีประสงค์ มีความเป็นอิสระจากอิทธิพลของสังคม ในการที่จะตัดสินใจ โดยยึดมาตรฐานที่เป็นหลักประจำใจของตน มากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับการบีบคั้นของอิทธิพลภายนอก

5. การยอมรับ และเผชิญต่อความเป็นจริง ไม่หลงงมงายในความเพ้อฝันหรือความปรารถนาของตนเอง ขณะเดียวกันมีความสนใจ เอาใจใส่ในสวัสดิภาพของบุคคลอื่น ๆ ด้วย

6. ความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคและสิ่งแวดล้อม โดยสามารถที่จะรักและให้ความรักแก่บุคคลอื่นได้ สามารถที่จะรับความรักจากบุคคลอื่น สามารถที่จะอุทิศเวลาให้แก่งาน ตลอดทั้งการเล่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีความพอใจในสภาพแวดล้อมของตนเอง เต็มใจที่จะหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาตลอดทั้งอุปสรรคที่จะต้องเผชิญในชีวิตของตน

ส่วน เอกเบิร์ด (Egbert. 1980:11)) ได้กล่าวไว้ว่า ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

1. รู้จักตนเอง สามารถพัฒนาผสมผสานบุคลิกภาพได้เหมาะสมกับความเป็นจริง

2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางที่เป็นจริงได้

3. เป็นผู้ที่เข้าใจชีวิต และจุดมุ่งหมายในชีวิต

4. เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต

5. มีความสามารถในการปรับความคิด พฤติกรรม ตามสถานการณ์ของชีวิตแต่ละช่วงได้

6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2526:6) กล่าวถึงลักษณะนิสัยของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้

1. มีเป้าหมายในชีวิต เป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้ตามความเป็นจริง และมีลักษณะสร้างสรรค์

2. มีนิสัยในการทำงานดี

3. มีนิสัยในการควบคุมอารมณ์ดีมีความอดทนต่อความไม่สมหวังสูง

4. มีนิสัยในการพักผ่อนหย่อนใจที่ไม่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเองและบุคคลอื่น

5. มีนิสัยทางการสังคมดี

สุภาพรรณ โคตรจรัส (2527:114-116) ได้กล่าวถึงผู้มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะดังนี้

1. ด้านปัญหาความคิด ความเข้าใจ เป็นผู้ที่มีการรับรู้ที่ตรงตามความเป็นจริงในสติปัญญาในการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุผล รับรู้และเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง เต็มใจที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยตรงในการเผชิญปัญหา

2. ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ สามารถเผชิญความตึงเครียดและความกดดันต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เมื่อเผชิญปัญหาจะไม่กระทบกระเทือนเกินกว่าเหตุ รักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอ แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเอาชนะความขัดแย้งในใจทั้งภายในและภายนอกได้

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว หรือแสวงหากิจกรรมทางสังคมมากจนเกินไป จนทำให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นเพียงผิวเผิน หรือพึ่งพิงผู้อื่นจนรู้สึกเป็นภาระ ไม่ได้คบผู้อื่นเพื่อหวังผลประโยชน์ส่วนตัว ยอมรับและเข้าใจในตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง มีความจริงใจ มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น

4. ด้านการงาน ทำงานได้เต็มความสามารถ เลือกอาชีพได้ตรงกับความสนใจและความสามารถของตน รับรู้ และรู้สึกว่าตนเป็นประโยชน์กับสังคม มีคุณค่า มีความกระตือรือร้นในชีวิตมีแรงบันดาลใจ มีพลังในการทำงาน

5. ด้านความรัก สามารถรักได้อย่างแท้จริง เป็นความรักในมนุษยชาติเป็นความรักที่ประกอบด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเชื่อถือ ไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความพึงพอใจเมื่อเห็นผู้ที่ตนรักมีความสุข รวมทั้งความรักทางเพศ

6. ด้านตน มีความเข้าใจในตนเอง รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง รู้ว่าตนคือใครต้องการอะไรในชีวิต ยอมรับข้อบกพร่อง และภาคภูมิใจในส่วนดีของตน สามารถเปิดเผยตัวจริงของตนเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สามารถพัฒนาตนได้อย่างดีที่สุดตามศักยภาพของตนเอง

7. ด้านการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพในการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อมใช้สติปัญญาในการเผชิญปัญหา มีอารมณ์มั่นคงสม่ำเสมอ แสดงออกอย่างเหมาะสม

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ ได้อ้างถึงคำกล่าวของโรเจอร์ว่า (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2530:66; อ้างอิงมาจาก Roger. n.d.) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี คือบุคคลที่

1. สามารถยอมรับตนเองตามสภาพความเป็นจริง

2. สามารถรับรู้ข้อมูลส่วนใหญ่หรือประสบการณ์ต่าง ๆ อย่างรู้ตัวไม่บิดเบือน

3. มีความเป็นตัวของตัวเอง โดยปราศจากความกลัว

4. สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยเปิดตนเองให้กับประสบการณ์ มีชีวิตหรือใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ทุกขณะ เชื่อในการตัดสินใจและการเลือกของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับความเห็นชอบหรือไม่เห็นชอบบุคคลอื่นน้อยมาก

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้นจะต้องมีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยต้องเข้าใจตนเอง มีความคาดหวัง และความคิดไปในทางที่จะเป็นจริงได้ มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมได้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ต่าง ๆ สามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้มีความกระตือรือร้นในชีวิต สามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างดี และสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

1.2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

เบสเนอร์ (Coleman and Hammen. 1974:308-309;citing Besner. 1967) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความยากไร้ทางเศรษฐกิจและแบบแผนของครอบครัว พบว่า ในครอบครัวฐานะต่ำ สามีและภรรยาจะห่างเหิน มีอารมณ์โดดเดี่ยว ระแวง สงสัยมีการทะเลาะเบาะแว้งและความขัดแย้งมากกว่าสามีและภรรยาที่อยู่ในครอบครัวฐานะปานกลางและฐานะสูง

โอนิล และ มาเรียลี (O'Neil and Maziali.1976:477) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยโตรอนโต พบว่า หญิงมีความซึมเศร้ามากกว่าชาย 2:1

โอมสตอร์ม และคนอื่น ๆ (Holmstrom and others. 1987:1-202) ได้ศึกษาการเจ็บป่วยทางจิตและสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยฟินแลนด์ เป็นเวลา 13 ปี

และได้รายงานในปี 1987 พบว่า ความเจ็บป่วยทางจิตมีมากขึ้นตามอายุ เพศชายต่างกับเพศหญิง

1.2.2 งานวิจัยในประเทศ

จันทนา สุวรรณอาสน์ (2532:79) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของครูโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูโรงเรียนประถมศึกษาชาย กับครูประถมศึกษาหญิงมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ครูโรงเรียนประถมศึกษาที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

สุธน คงคาชนะ (2537:67) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า รายได้ของครู-อาจารย์โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของครู-อาจารย์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุพร แสงเปา. (2534:77) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าภูมิลำเนาเดิมกับระดับสุขภาพจิตของนักศึกษามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชรี ศรีสังข์ (2535:108-110) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลชายกับบุคลากรทางการ-พยาบาลหญิงมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และบุคลากรทางการพยาบาลที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ไพบูลย์ อ่อนมั่ง (2533:94-99) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของครอบครัวทหารเรือในเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรปราการ พบว่า ครอบครัวทหารเรือเพศชายกับเพศหญิงมีสุขภาพจิตแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และครอบครัวทหารเรือที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2534:106-107) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม พบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิภาดา นิธิปรีชานนท์. (2535:152:156) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของครูประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า สุขภาพจิตของครูโรงเรียนประถมศึกษาเพศชายและเพศหญิงมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกันมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายดังต่อไปนี้

กรมประชาสงเคราะห์ (2526:11) ได้ให้ความหมาย คำว่าผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ

เบอร์เรน (Birren, in Hogstel 1981:68) ได้กล่าวว่า การกำหนดว่าใครเป็นผู้ชรานั้น ควรจะพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และสังคมสำหรับด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ทางด้านจิตนั้น จะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม การสอดคล้องในการรับรู้ การจดจำ การรับความรู้ใหม่ ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นในตน ส่วนด้านสังคมก็จะดูบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ

เมอร์รี่และเซนท์เนอร์ (Murray and Zentner. 1980:97) กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นสภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้นอยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2525:2) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คือใช้เวลาตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุ เพราะเป็นเกณฑ์ที่กำหนดได้โดยสะดวก

สุนีย์ ธีรดากร (2526:151-152) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง วัยที่ต่อเนื่องจากเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดจนกว่าจะตาย ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ต่าง ๆ ได้มีการเจริญเติบโตมาก่อนแล้วค่อยเสื่อมสลายลง ในส่วนที่ยังไม่เติบโตขึ้นและเสื่อมสลายลงไป

เธียรศรี วิวิธศิริ (2534:65) ได้ให้ความหมายไว้ว่าวัยสูงอายุเริ่มประมาณอายุ 60 ปี ขึ้นไป จนถึงสิ้นสุดชีวิตแต่จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล วัยนี้จะมีร่างกายและจิตใจ

เสื่อมอย่างรวดเร็ว

ประสพ รัตนากร (2522:1)ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทินซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

จากความหมายที่ผู้รู้ได้อธิบายไว้แตกต่างกันสามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ โดยถืออายุ 60 ปีขึ้นไป และการกำหนดเกณฑ์อายุนี้ก็จะถือเอาปลดเกษียณตัวเองออกจากการปฏิบัติงานตามที่กำหนดไว้

2.2.2 ทฤษฎีของความมีอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ทฤษฎีของความมีอายุ ความมีอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ โดยจะเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อไปจนสิ้นสุดอายุขัยของชีวิตนั้น ๆ เป็นวัยที่มีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่หมดหวังในชีวิตหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว อย่างไรก็ตามเป็นการยากที่จะบอกว่าผู้ใดคือผู้สูงอายุ ดังนั้นอาจพิจารณาความมีอายุได้ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528: 1-2)

1. การพิจาณาในแง่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงแรกสุดคือสายตาจะยาวขึ้น ผมหงอก หูตึง เป็นต้น อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงด้านนี้ยังไม่เป็นที่บ่งชี้ชัดเจน เพราะบางคนเปลี่ยนแปลงเร็วมาก ถ้าเรายึดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตัดสินความมีอายุก็น่าจะเรียกได้ว่าเป็นการเริ่มมีอายุ ก็น่าจะเรียกได้ว่าเป็นการเริ่มมีอายุ ยังไม่ใช่ผู้สูงอายุจริง ๆ

2. การพิจารณาความมีอายุในแง่สังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางสังคมกว้างขึ้น และมีความสำคัญในฐานะของผู้มีประสบการณ์ แต่ก็ขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของคน ๆ นั้นด้วย

3. การพิจารณาความมีอายุในแง่จิตใจผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นคนมีอายุจะมีลักษณะใจน้อย ยึดมั่นกับความคิดของตนเป็นหลัก ไม่ยอมรับผู้อื่น ไม่ค่อยยอมรับความรู้ใหม่ ๆ หรือเปลี่ยนแปลงใด ๆ อารมณ์ไม่มั่นคง จู้จี้ ขี้บ่น และถือตัว

4. การพิจารณาความมีอายุตามกฎหมาย ได้กำหนดความมีอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอน โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่างอายุ 55-65 ปี การกำหนดความมีอายุตามกฎหมายนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติกับการพิจารณาให้บำเหน็จบำนาญ สำหรับประเทศไทยกำหนดให้อายุ 60 ปี เป็นปีปลดเกษียณ

จากการที่มีผู้ให้ความสนใจ และอธิบายถึงความแตกต่างของความมีอายุ ทำให้เกิดทฤษฎีเกี่ยวกับความมีอายุขึ้นมากมาย นักทฤษฎีกล่าวถึงความมีอายุในแง่ต่าง ๆ กัน ทั้งในด้านชีวภาพและสังคม ในที่นี้เสนอทฤษฎีของความมีอายุ ซึ่ง (ฉวีวรรณ แก้วพรหม. 2530:26-28; อ้างอิงมาจาก (Ebersole and Hess. 1981:n.d.)

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) กล่าวว่า คนเป็นสิ่งมีชีวิตที่วิวัฒนาการอยู่เสมอ ๆ เป็นไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอด เมื่อมีอายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

2. ทฤษฎีชีววิทยา (Biologic Theory) กล่าวว่า คนเป็นสิ่งมีชีวิตที่วิวัฒนาการอยู่เสมอ ๆ เป็นไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอด เมื่อมีอายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรท และอื่น ๆ จะทำให้เกิดพวกเรดิคัลอิสระ (Free Radical)) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารที่ช่วยป้องกันเรดิคัลอิสระ (Free Radical) ได้แก่วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ นอกจากนั้นพวกวิตามินเอ วิตามินซี และโนอาซีนยังช่วยจับเรดิคัลอิสระอีกด้วย

2.2 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen cross-linkage theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีน (Fibrous protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใย (Collagen Fiber) หดสั้นเข้าในวัยชรา

2.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunologic Theory) กล่าวถึงขบวนการคุ้มกันโรคจะประกอบด้วย ขบวนการของบีเซลล์ (B-cell) กับทีเซลล์ (T-cell) ในร่างกาย

บีเซลล์จะช่วยป้องกันการติดเชื้อพวกแบคทีเรีย ไวรัส ปฏิกิริยานี้อยู่ที่พลาสมาเซลล์ ต่อมทอลซิล เยื่อบุลำไส้ และต่อมน้ำเหลือง ส่วนทีเซลล์เป็นพวกที่ทำให้เกิดการแพ้ช้า และต่อต้านเนื้อเยื่อแปลกปลอม อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดก้อนเนื้ออีกด้วย ปฏิกิริยานี้เป็นการทำงานของต่อมไทมัสและเซลล์ที่เกี่ยวข้อง

2.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลง และความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic mutation and error theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึงภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ ส่วนทฤษฎีความผิดพลาดเชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอ็นไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์มีผลต่อขบวนการเผาผลาญซึ่งอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากมีผลทำให้เสียชีวิต

2.5 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วคน เมื่ออายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้น แม้จะมีอายุเท่ากัน

2.6 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) เชื่อว่า ถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามีการใช้มากทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

2.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียด และการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

3. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญด้านจิตวิทยา กล่าวถึงความสำคัญของช่วงชีวิตในครึ่งหลังจะมีผลมาจากครึ่งแรกของชีวิต และพัฒนาการด้านจิตใจของมนุษย์ที่มีผลต่อมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง (Self concept) นอกจากนั้นค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตอีกด้วย

4. ทฤษฎีทางด้านสังคม (Sociologic Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์เหตุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น นอกจากนั้น ทฤษฎีนี้ยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและให้ความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ควรจะลดความรับผิดชอบและลดความห่วงใยลูกหลานบ้าง จงทำให้เป็นตัวของตัวเองและพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อจะได้ใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข

จากทฤษฎีของความมีอายุที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าทฤษฎีต่าง ๆ ได้อธิบายสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูงอายุ ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยจะเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยจะเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรม สมรรถภาพจิตใจ และสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528:5-19) สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้ 5 ด้านดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นความเจริญของด้านร่างกายก็จะลดลง การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีทุกระบบ (ฉวีวรรณ แก้วพรหม. 2530 : 28 ; อ้างอิงมาจาก Fred. 1979 : n.d.) ดังนี้

1.1 ผิวหนัง เมื่อมีอายุมากขึ้น ผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึง ไม่ยืดหยุ่น เหี่ยวย่น หรือผิวตกกระ

1.2 ตา เลนส์ตาจะเสื่อม มีผลต่อความสามารถในการปรับระยะภาพสายตายาวขึ้น

1.3 หู ความสามารถในการได้ยินน้อยลง

1.4 กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะถูกแทนที่ด้วยไขมัน เกิดความหย่อนยานและหยุ่น

1.5 กระดูก จะเปราะและหักง่าย ทำให้เกิดหลังโค้งงุ้ม

1.6 ฟัน จะเสื่อมสภาพ ต้องอาศัยฟันปลอม มีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร

1.7 การดูดซึมอาหาร กระเพาะอาหารจะหลั่งเอ็นไซม์ทริฟซินและเปปซินในปริมาณที่ลดลงกว่าร้อยละ 20 ทำให้การย่อยอาหารไม่สมบูรณ์และดูดซึมได้น้อย ความอยากอาหารน้อยลง

1.8 การเผาผลาญอาหาร อัตราการเผาผลาญอาหารลดต่ำลง

1.9 การไหลเวียนของโลหิตไม่ดี เนื่องจากหลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีอาการหน้ามืด เป็นลม

1.10 การขับถ่าย จะปัสสาวะบ่อย เพราะความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงร้อยละ 50 ของหนุ่มสาว บางรายอาจถ่ายปัสสาวะขัดโดยเฉพาะผู้ชายที่ต่อมลูกหมากโต และจะมีอาการท้องผูกจากระบบการย่อยอาหารไม่ปกติและมีกิจกรรมกรรมต่าง ๆ ของร่างกายลดลง

1.11 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการทำงานลดลง อาจเกิดจากภาวะเบาหวานหรือต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

1.12 ระบบประสาทส่วนกลาง จะเสื่อมลง อาจเกิดความสับสนหรืออาจนำไปสู่ภาวะโรคจิตในวัยสูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสัมพันธ์ทางสังคม โดยภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลงจากข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิดการกระทำและการสื่อสาร สมาชิกภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมากขึ้นตามลำดับ การยอมรับของสังคมต่อความมีอายุมักเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักประเมินความสามารถในแง่การปฏิบัติ ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ สามารถทำงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว

ถ้าพิจารณาว่าการปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้สูงอายุจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมในลักษณะที่ออกจากสังคม ซึ่งมี 2 กรณี คือ 1) เป็นข้อกำหนดของสังคมให้ต้องออกจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้วยการปลดเกษียณ 2) ออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย โดยการละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิก เป็นที่ปรึกษาของครอบครัว เป็นผู้อยู่อาศัย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวนี้เป็นความพอใจและยอมรับสภาพตามวัยของผู้สูงอายุ ระบบออกจากสังคมนี้ผู้สูงอายุจะสร้างสังคมใหม่ แต่เป็นสังคมย่อย ซึ่งไม่มีอิทธิพลกับสังคม

ใหญ่มากนัก

เมื่อพิจารณาถึงสังคมไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะในสังคมเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานครจะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนเกิดความขัดแย้งในความคิด ศีลธรรม จรรยาและคุณค่าต่าง ๆ ในสังคม แต่เดิมสังคมมีความสนใจยกย่องผู้สูงอายุ แต่จากความบีบคั้นทางสังคมที่ทุกคนต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งเกิดความว้าเหว่ และห่างเหินกับลูกหลาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในสังคมขนาดเล็กที่สุดน้อยลง ประกอบกับความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุค่อนข้างมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. ความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบ คือ

3.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก จึงมักขัดแย้งกับผู้อ่อนวัยกว่า

3.2 การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน อารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย

3.3 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อภาวะสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไป ตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน บางคนมุ่งสร้างความดี บางคนมุ่งความสงบในชีวิต เข้าวัดถือศีล บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

3.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมุ่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย

4. การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ในวัยสูงอายุจะมีการปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พฤติกรรมของผู้สูงอายุแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เช่น ผู้สูงอายุที่ปรับตัว

ได้ดี ก็จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่อย่างสงบมีกิจกรรมในสังคมพอประมาณ ผู้สูงอายุบางท่านอาจมีพฤติกรรมถดถอย สิ้นหวังท้อแท้ต่อชีวิต เรียกร้องความสนใจ ในบางรายอาจมีการเจ็บป่วยทางจิตใจและบางรายที่ท้อแท้มากอาจถึงทำอัตตวินิบาตกรรม

5. การเปลี่ยนแปลงทางสมรรถภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติงาน ความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพในผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความจำกัดทางร่างกาย ขาดสิ่งจูงใจ เป็นต้น สมรรถภาพของผู้สูงอายุมีดังนี้

5.1 สมรรถภาพทางร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมช้าลง เพราะทักษะทางกล้ามเนื้อและพลังงานลดลง การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อและประสาทขาดประสิทธิภาพ

5.2 สมรรถภาพในการเรียนรู้ ผู้สูงอายุยังคงสามารถเรียนรู้ได้แต่อัตราการเรียนรู้จะลดลง ซึ่งไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะขาดสมรรถภาพในการเรียนรู้ อีกประการที่เป็นปัญหาต่อการเรียนรู้ คือ ความจำเฉพาะหน้าลดลง ผู้สูงอายุจะลืมง่าย

5.3 ความสามารถทางเชาว์ปัญญา เชาว์ปัญญาเป็นความสามารถของบุคคลที่จะมีต่อสิ่งแวดล้อม การแสดงออกทางเชาว์ปัญญา จะสัมพันธ์กับการเรียนรู้ ความจำ การแก้ปัญหา เหตุผล การคิด ความสามารถในการใช้ภาษาและท่าทาง เมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถทางเชาว์ปัญญาจะลดลง เนื่องจากความเสื่อมของสังคม ความจำและสุขภาพ

5.4 สมรรถภาพทางเพศ จำแนกได้ 2 ประการ ประการแรกคือ ความสามารถในการสืบพันธุ์ ซึ่งผู้หญิงจะหมดไปเมื่อประจำเดือนหมด ส่วนผู้ชายมีความสามารถในการสืบพันธุ์ได้ตลอดอายุขัย ประการที่สอง สมรรถภาพทางเพศในแง่เพศสัมพันธ์ทั้งหญิงและชายจะจำกัดลง เนื่องจากความรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น กลัวทำให้ไม่มั่นใจและขาดความสุข วัฒนธรรมและค่านิยมที่ว่าผู้สูงอายุไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ความเสื่อมของสุขภาพ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าสมรรถภาพทางเพศของผู้สูงอายุลดลง

5.5 ความสามารถในการแก้ปัญหา ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิม แต่การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความรู้เก่าและความรู้ใหม่รวมทั้งประสบการณ์ประกอบกันจะเป็นการยากต่อผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงสภาพของสังคมไทยในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ค่านิยมของการอยู่ร่วมกันของบุคคลในครอบครัว ดังเช่น ในอดีตเปลี่ยนไป คนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันน้อย พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง ต่างห่างเหินกัน นับวันผู้สูงอายุจะได้รับการค้ำจุนทางจิตใจลดลงตามลำดับความเครียดดังกล่าวของสังคม มีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ถ้าหากว่าผู้สูงอายุคนใดไม่สามารถควบคุมการปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ได้ การเกิดปัญหาของสุขภาพจิตก็จะเป็นผลตามมา

2.1.3 ปัญหาสุขภาพจิตของวัยสูงอายุความมีอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาของกำเนิดชีวิต เมื่อเจริญเติบโตถึงที่สุดแล้วก็จะหยุด จากนั้นก็เริ่มเสื่อมถอยแล้วตายไป

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จะควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์ทางจิตใจตามอายุ กาลเวลา และประสบการณ์ทำให้คนรู้จักการปรับตัวที่จะคงความมีสุขภาพไว้ โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเครียดขึ้ง หมายถึงสาเหตุหรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ แล้วทำให้ร่างกายและจิตใจต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัว ถ้าหากการปรับตัวไม่สามารถรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ในขณะเกิดความเครียดไว้ได้ก็จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ปกติแล้ว คนเราจะใช้วิธีการปรับตัว เมื่อเกิดความเครียดทางจิตใจต่าง ๆ กันด้วยการ

1. รับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้องตามข้อเท็จจริงยอมรับความจริงแล้วปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อเห็นว่าไม่ขัดกับความรู้สึกของตนและสังคมส่วนใหญ่ก็ยอมรับ ซึ่งเป็นการลดความเครียดของจิตใจ การไม่ยอมรับจะสร้างความคับข้องใจ ทำให้เครียดมากขึ้น จนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต

2. ใช้กลไกการปรับตัวโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

3. หาที่พึ่งและความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ เช่น การระบายออกด้วยการพูดสนทนา หรือขอคำแนะนำปรึกษาแล้วแต่ว่าปัญหาความเครียดนั้น มีลักษณะเป็นอย่างไร

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุก็เหมือนกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับวัยอื่น ๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และผลของความเครียด สามารถก่อปัญหาทางจิตใจได้ทุกด้าน กล่าวคือ

1. ความเครียดทางร่างกาย (Physical stress) แบ่งตามปฏิกิริยาตอบสนองเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ความเครียดคุกคาม (Emergency stress)) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมักเนื่องจากความเจ็บป่วยกระทันหัน การเป็นโรคอุบัติเหตุ ซึ่งความเครียดทางร่างกายเหล่านี้ ผู้สูงอายุมีโอกาสประสบและเป็นปัญหาได้มากกว่าคนวัยอื่น ๆ

1.2 ความเครียดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวนาน ทำให้เกิดความท้อถอยและปรับตัวไม่ได้

2. ความเครียดทางจิตใจ (Phychological stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการที่คนต้องตอบสนองกับสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา เช่น การสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ที่จะต้องยอมรับและปรับตัวให้ได้ ความเครียดทางจิตใจนี้ต้องใช้กำลังใจอย่างมากในการปรับตัว สาเหตุของความเครียดอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากสภาวะในร่างกายและสิ่งแวดล้อมอย่างมากในการปรับตัว

2.1 ความเจ็บป่วยที่สร้างความสูญเสีย พิการ สิ้นเปลืองหรือปัญหา จนกระทั่งผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขปัญหาได้

2.2 การสูญเสีย วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับการสูญเสียมากและหลายด้านทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย สังคม และวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียแต่ละสิ่งแต่ละอย่างต่างสร้างความเสื่อมถอยทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นคงของจิตใจและรู้สึกว่าตนเองถอยค่าทางสังคมลง

การสูญเสียที่สามารถสร้างปัญหาทางจิตใจขึ้นมาได้นั้น มีหลายประการ

- การสูญเสียสมรรถภาพ เนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย การเสื่อมสภาพตามวัย การคิด การเรียนรู้ การทำความเข้าใจ และการตอบสนองช้าลงไปกว่าเดิม จำไม่ค่อยได้ ขาดความแคล่วคล่องว่องไว ทำให้ไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน

- การสูญเสียบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ที่ต้องใช้เวลาในการเตรียมและปรับตัว

- การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ความคิด การเลี้ยงดูตนเอง

- การสูญเสียบุคคลที่รัก เช่น คู่สมรส ญาติ และเพื่อนด้วยการตายจาก

- การสูญเสียสุขภาพ เนื่องจากเสื่อมสภาพตามวัย และสูญเสียความสวยงามหรือความสง่างามที่เคยมีมาก่อน

การสูญเสียดังกล่าว มีผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งต้องการการปรับตัวอย่างมาก ลักษณะการปรับตัวระยะแรกเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นจะมีอาการแสดงออกต่าง ๆ กัน เช่น ซึมเศร้า รู้สึกไม่สบาย ปวดเมื่อย กินข้าวไม่ลง หรือนอนไม่ค่อยหลับ ต่อเมื่อปรับตัวได้ จิตใจยอมรับอาการต่าง ๆ ก็จะค่อยทุเลาและหายในที่สุด การปรับตัวที่เนื่องจากความสูญเสียที่ทำได้ยากก็คือการปรับตัวในระยะที่มีการสูญเสียคู่สมรส

2.3 การตาย การมีอายุมากขึ้นเท่าไรก็นับว่าเดินใกล้ความตายไปมากเท่านั้น การตายจึงเป็นความเครียดชนิดหนึ่งของผู้สูงอายุ ซึ่งมีไม่น้อยที่เดียวที่กลัวความตาย ลักษณะการแสดงออกและความรุนแรงของการกลัวตายจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ การศึกษา วัฒนธรรม และบุคลิกของคน ๆ นั้น

3. ความเครียดทางสังคม (Social Stress) นอกจากความเสื่อมของร่างกายและความเครียดทางจิตใจ จะเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตแล้ว ความเครียดทางสังคมก็เป็นสาเหตุสำคัญยิ่งอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุเพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสตรงกับการครองชีวิตของคน ปฏิกิริยาของสังคมจะมีอิทธิพลต่อสภาวะการปรับตัวและปัญหาสุขภาพ ความเครียดของสังคมที่เกิดขึ้นต่อตัวบุคคล อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สภาพความเครียดทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่จะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญ 4 ประการคือ

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม เดิมครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานอยู่ในฐานะควรแก่การเคารพบูชา การยอมรับนับถือเมื่อรูปแบบของสังคมเปลี่ยนไป ในลักษณะของสังคมอุตสาหกรรมที่ต่างมองเห็นแต่ประโยชน์ตนเอง การแข่งขันมีมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกันลดลง ผู้สูงอายุไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรมการเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ ส่วนใหญ่

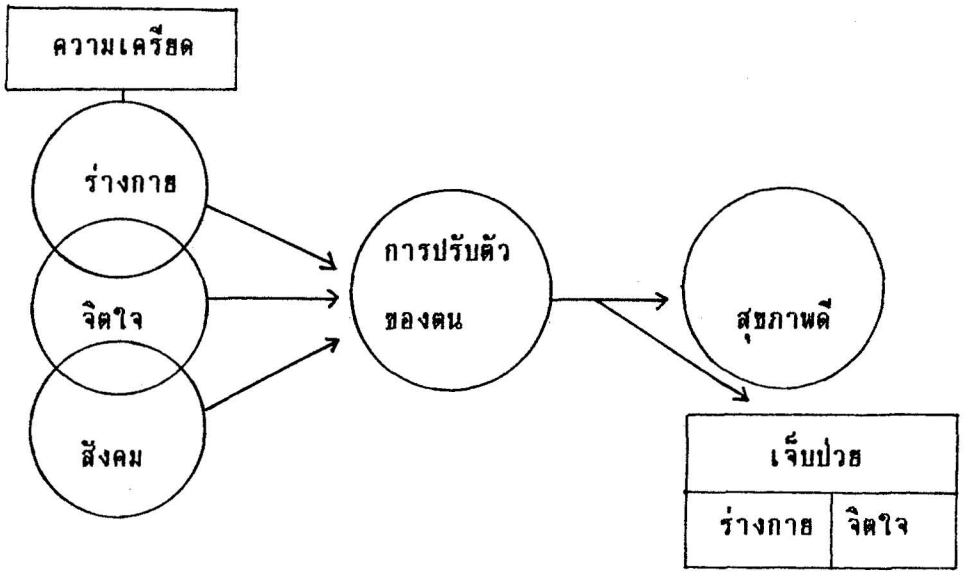
สามารถหามาได้จากสังคมภายนอก ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญไป การยอมรับการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ ก็ขาดจากความสนใจของลูกหลานไปด้วย ในที่สุดผู้สูงอายุเมื่อแก่ตัวลง ก็จะพบกับความโดดเดี่ยวขาดที่พึ่งทางจิตใจทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตจะต้องใช้การปรับตัวมากขึ้นกว่าสมัยแต่ก่อนมามากขึ้นตามลำดับ

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม การเป็นผู้สูงอายุ มิได้หมายความว่า จะเป็นผู้ขาดสมรรถภาพทั้งปวง หรือปลดระวางจากงานต่าง ๆ แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น ดังนั้นการปลดเกษียณ การที่ลูกหลายหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้หยุดรับผิดชอบในภารกิจต่าง ๆ ทางสังคมต่างเป็นผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ผู้สูงอายุจะรู้สึกน้อยใจและเสียใจ การพิจารณาประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุแล้วมอบหน้าที่หรือภารกิจให้ทำต่อเท่าที่ควรจะเป็นได้จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีแล้วผู้สูงอายุจะค่อย ๆ รับสภาพตนเองในที่สุด

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่ความรับผิดชอบ งานหลักที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวจะลดลงเปลี่ยนไปเป็นผู้คอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณามอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลงตามลำดับ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง ซึ่งสามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจได้

3.4 การยอมรับของครอบครัว ในสภาพสังคมใหม่และค่านิยมของคนรุ่นใหม่กับความกตัญญูที่พึงมีแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพ่อแม่ในปัจจุบันเริ่มเสื่อมลงบุตรหลายและคนในครอบครัวจะมองไม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุในแง่ปัจจุบันที่ให้ประโยชน์ลดลงกว่าในอดีต ไม่สามารถหาเงินมาจุนเจือครอบครัวได้มากอย่างแต่ก่อน ไม่สามารถทำงานได้คล่องตัวเหมือนเดิม ในบางครั้งยังมีอาการเจ็บป่วยขึ้นด้วย คนเริ่มเห็นว่าผู้สูงอายุกำลังเป็นภาระและความรับผิดชอบที่เกินของครอบครัวเกิดการเกี่ยงกันที่จะเลี้ยงดู อ้างแต่ภารกิจของตนเองเป็นหลักในที่สุดผู้สูงอายุก็ถูกผลักไสออกจากครอบครัว ต้องไปพึ่งสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ก็อาจทำให้มีปัญหาทางจิตใจเกิดขึ้น

ในขณะที่มีความเครียด ไม่ว่าจะสืบเนื่องจากร่างกาย จิตใจ หรือสังคมก็ตาม คนจะปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล เพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหาความเครียดได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงความมีสุขภาพดี แต่ถ้าการปรับตัวนั้นไม่สมดุล โอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังปรากฏตามตารางภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ความเครียดกับการปรับตัวของคน

ที่มา : เกษม ตันตะผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 83

จิตใจเป็นสิ่งที่ต้องการความเจริญเช่นเดียวกับร่างกาย การทำนุบำรุงจิตใจจึงควรทำคู่ไปกับการดูแลร่างกาย จิตใจ ที่ดีมักจะอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์วัยสูงอายุเป็นที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ความเครียดที่เกิดขึ้นมักจะเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ถ้าร่างกายและจิตใจเกิดการไม่ยอมรับ

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

ซัลเทอร์ และดอนเนลลี่ (Sutterey, and Donnelly. 1982:92) ได้ศึกษาการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งถือว่าเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต โดยเฉพาะการตายจากความเจ็บป่วยในช่วงสั้น จะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยว เดียวดาย จะทำให้จิตใจหดหู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูงประกอบกับวัยสูงอายุ เพื่อนฝูงหรือคนใกล้ชิดสนิทสนมที่อยู่ในวัยเดียวกัน จะมีการพรากหรือสิ้นชีวิตไปก่อนที่เหลือก็ขาดการไปมาหาสู่ ผู้ที่เป็นหม้าย จะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูงมาก

เฮิร์ท และเมทคาล์ฟ (Hirst and Metcalt. 1984:74) ได้ศึกษาปัญหาด้านสัมพันธภาพจากลูกหลานจะขาดการสัมผัสทำให้ผู้สูงอายุระหายสัมผัส (touch hungry) ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตจะขาดการสัมผัสอย่างมาก มีหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลไม่ได้ให้การสัมผัสต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกับที่ให้กับบุคคลอื่น ๆ การสัมผัสเป็นสิ่งที่ออกแทนคำว่า "ฉันเป็นห่วงเป็นใยคุณ" หากผู้สูงอายุไม่ได้รับสิ่งเหล่านี้ จะทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจได้

เมเยอร์ (Myers. 1992:n.d.) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาได้ศึกษาสภาพเศรษฐกิจ แรงสนับสนุนจากสังคม อายุขัยเฉลี่ย สภาพการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมการสูญเสียสถานภาพทางสังคม พบว่า ร้อยละ 22.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจและการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความเครียดและอัตราการตายสูง

2.2.2 การวิจัยในประเทศ ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ดังนี้

บุญยืน สุภาพ (2522) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความต้องการและโลกทัศน์ของคนชราในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน พบว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นสาเหตุใหญ่ ที่ทำให้คนชราต้องเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์และความต้องการของคนชราส่วนใหญ่เป็นความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยและการพักผ่อน

พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์และคนอื่น ๆ (2523) ได้ศึกษาความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีความสุขกับการที่ได้อยู่ภายใน

ครอบครัวที่แวดล้อมไปด้วยบุตรหลาน และเชื่อว่าตนเองเป็นคนที่มีประโยชน์กับครอบครัวและสังคม สำหรับปัญหาของคนชราที่พบ ได้แก่ ปัญหาในด้านการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งปัญหาในการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย นอกจากนี้ยังพบว่าคนชรามีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย) และปัญหาด้านสุขภาพอีกด้วย

นิศา ชูโต (2525) ได้ศึกษาคนชราไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยสุ่มตัวอย่างจากทั่วประเทศ จำนวน 1,000 คน พบว่าปัญหาสำคัญของเพื่อนรุ่นเดียวกันที่ยังคงทำงานอยู่ประมาณร้อยละ 40 มีคนชราเป็นส่วนน้อยที่เข้าร่วมกับกิจกรรมสังคม กิจกรรมที่เข้าร่วมเป็นกิจกรรมศาสนาและกิจกรรมสังคม กิจกรรมที่เข้าร่วมเป็นกิจกรรมศาสนาและกิจกรรมส่วนตัว เช่น ฟังวิทยุ เดินเล่น ทำสวนเสียเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมทางการเมืองมีบ้าง ได้แก่ กิจกรรมลูกเสือชาวบ้าน และกล่าวว่า การจัดหางาน ให้โอกาสและแรงจูงใจคนชราได้ทำงานตามอัตตภาพเป็นสิ่งสำคัญยิ่งและควรสนับสนุให้มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ในการทำงานช่วงหลังของชีวิตคือ หลังอายุ 40 ปี เพื่อประโยชน์ในอนาคต

สุรีย์ บุญญานุพงศ์ (2534) ได้ศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจสังคมต่ำต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิตทั้งในปัจจุบันและที่คาดว่าจะเป็นไปในอนาคตมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูง นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลต่อสภาวะการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสูงอีกด้วย

รำพรรณ ภัทรนิตย์ (2529) ได้ศึกษาผลของการใช้เวลาที่มีต่อสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการบำนาญเกษียณอายุในจังหวัดขอนแก่น และมีอายุระหว่าง 60-70 ปี เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ทำการศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2529 พบว่า การใช้เวลามีผลต่อสุขภาพจิตรองจากตัวแปร ความรู้สึกสูญเสีย การใช้เวลาในการทำกิจกรรมสภาวะร่างกายเปรียบเทียบก่อนและหลังการเกษียณอายุและความรู้สึกสูญเสีย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต ส่วนปัจจัยด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ เล่นกีฬา ออกกำลังกาย ซ่อมแซมบ้าน เครื่องมือเครื่องใช้ในบ้าน และอ่านหนังสือเพื่อส่งเสริมความรู้

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และคนอื่น ๆ (2533) ได้ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า โดยทั่วไปแล้วคนชราส่วนใหญ่ ทั้งในเขตเมืองและชนบทมีสภาพความเป็นอยู่ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตวิทยาที่ดีพอสมควรแต่ก็ยังมีคนชราอีกกลุ่มหนึ่งที่ยังประสบปัญหาทางด้าน

เศรษฐกิจอยู่บ้าง บุตรหลานหรือครอบครัวที่คนชราอาศัยอยู่ด้วย มีส่วนอย่างมากในการที่จะทำให้คนชรามีความสุขและมีความพอใจในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534) ได้ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่าการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิมและประเภทของการเข้ารับการสงเคราะห์ มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน

จารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูงมีกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และปัจจัยทางประชากรได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยและภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุรวมทั้งภาวะสุขภาพ กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประวันและลักษณะการอยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ถึงประมาณร้อยละ 61 อีกทั้งได้พบว่า ปัจจัยทางประชากรมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ยกเว้นเพศ

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) ได้ศึกษาข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย พบว่า คนหนุ่มสาวที่มีการศึกษาสูงมักจะพักอาศัยในเขตเมืองและไม่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมทั้งอาจจะเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงคนในครอบครัวด้วย ซึ่งในขณะเดียวกันตัวแปรเหล่านี้จะส่งผลกระทบที่ก่อให้เกิดการผันแปรในพฤติกรรมและทัศนคติของคนหนุ่มสาวที่มีต่อการให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุด้วย

สายยนต์ เจริญช่า (2535) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 67.4 การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความซึมเศร้าพบว่า อายุ อาชีพ รายได้ งานอดิเรก และสถานภาพของสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้านความสามารถในการทำนายความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 21 รองลงมาคือ

สถานภาพของสุขภาพกายร้อยละ 3 งานอดิเรกร้อยละ 2 และสัมพันธภาพในครอบครัวร้อยละ 1 ตามลำดับ โดยมีความสามารถในการทำนายการผันแปรของความซึมเศร้าร่วมกัน ได้ประมาณร้อยละ 30

ทิพาวรรณ ขาวสำอางค์ (2535) ได้ศึกษา แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ การศึกษา สภาพสมรส รายได้ ที่แตกต่างกัน จะมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน

สมจิตต์ โฉมวัฒนะชัย (2539:96) ได้ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์ในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีการขาดการตอบสนองความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า

3. <u>งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ</u>

3.1 เพศ เพศที่แตกต่างกันจะมีผลในด้านต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุหญิงมีอายุยืนมากกว่าผู้สูงอายุชาย การตายของผู้สูงอายุชายสูงกว่า ผู้สูงอายุหญิงผู้สูงอายุหญิงจึงตกอยู่ในภาวะหม้าย ขาดคู่คิด คู่ปรึกษา มีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว ซึมเศร้า และเกิดปัญหาทางจิตได้มากกว่า (นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ. 2533:4;กองวิชาการ กรมประชาสงเคราะห์. 2533:17; นิศา ชูโต. 2525:1-3)

ปราโมทย์ วังสะอาด (2530:39) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนมากมีสุขภาพจิตไม่ดี

บังอรรัตน์ ศุขตระกูล (2532:77) ศึกษาเกี่ยวกับสถานสุขภาพ ของผู้สูงอายุ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อสถานสุขภาพด้านจิตใจ โดยผู้สูงอายุเพศชายจะมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2527:77) ศึกษาเรื่องความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงจะมีความสามารถตามหน้าที่ร่างกายต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ในทางที่ต้องการความช่วยเหลือ

มากกว่า รวมทั้งรายงานว่าตนเองอยู่ในภาวะเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

สุทธิพันธ์ ฟักสุวรรณ (2537:70) ศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการปรับตัวต่างกัน ผู้สูงอายุเพศชายปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง

จากการวิจัยข้างต้นที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันเพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จะเห็นแนวโน้มว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะมีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน

3.2 อายุ ผู้สูงอายุในแต่ละช่วงจะมีสภาพร่างกายและจิตสังคมแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) มีสุขภาพและจิตสังคมค่อนข้างดี การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นค่อนข้างสูงผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) สิ่งที่ปรากฏชัดในวัยสูงอายุตอนต้นจะลดลง เกิดภาวะเสื่อมถอยและในผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ภาวะเสื่อมถอยปรากฏชัดขึ้น (สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536:18)

บุญธีน สุภาพ (2522:82) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการและโลกทัศน์ของคนชราในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) มีความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) และผู้สูงอายุมากจะมีความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมต่ำ

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2527:67-69) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ความสามารถทางหน้าที่ร่างกายของผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต (Edward and Klemmack. 1977:156)

สายยนต์ เจริญขำ (2535:6) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าโดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุน้อย

ไฉไล ไชยเสวี (2539:116) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-74 ปี

ปาลมอร์ และคนอื่น ๆ (Palmore and Others. 1984:116) ได้ศึกษาผู้เกษียณอายุ ได้แก่ สุขภาพ ทัศนคติและพความพึงพอใจ พบว่า ผู้สูงอายุช่วงอายุต้น ๆ ก่อน 64 ปี มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าช่วงอื่น ๆ

จากงานวิจัยข้างต้นที่ศึกษา ผู้สูงอายุที่ช่วงอายุแตกต่างกันเพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุใด จะมีปัญหามากกว่ากัน แต่จากการวิจัยที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าช่วงอายุที่แตกต่างกัน มีปัญหาและสุขภาพจิตแตกต่างกันผู้วิจัยจึงเชื่อว่า อายุ ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน จะมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

3.3 ระดับการศึกษา

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534:89) ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้และปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน ผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ชั้นประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้

เชอรี่ ทองเพ็ญ (2537:100) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลกการระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความผาสุกในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปานกลางและระดับต่ำ

สุทธิพันธ์ ฟักสุวรรณ (2537:70) ศึกษา การปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปรับตัวต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีการปรับตัวดีกว่า

ไฉไล ไชยเสวี (2539:117-118) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปานกลางและระดับการ

ศึกษาต่ำ

มาร์คิดส์ และมาติน (Markides and Martin. 1979:91-98) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีความสำเร็จในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

จากงานวิจัยข้างต้นที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับใดมีปัญหามากกว่ากัน แต่จากการวิจัยที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

3.4 สถานภาพการสมรส

อัมพา วรวัฒนชัย (2532:110) ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญ สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย มีการปรับตัวรวมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด

เยมิกา ยามะรัต (2527:117) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : การศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า สภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสภาพสมรสคู่จะมีความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพจิต ดีกว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย และหย่า

เบญจมา เลาหพูนรังสี (2534:10) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก

ปราโมทย์ วังสะอาด (2530:103) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานสมรสโสด หม้ายหย่า

เชอรี่ ทองเพ็ญ (2537:101) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลกการระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัย

ทางชีวสังคม กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพการสมรส มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความผาสุกในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ โสด หม้าย หย่า แยก

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536:169) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรับรู้กระบวนการสูงอายุต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคู่สมรสช่วยคิดและเป็นที่ปรึกษา

เรนฮาดท์ (Reinhardt. 1988:1410 B) ศึกษาการปรับตัวในผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่ 75 คน และที่มีสถานภาพสมรสหม้าย 76 คน พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย

จากงานวิจัยข้างต้นที่ศึกษา ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสใด มีปัญหามากกว่ากัน แต่จากการวิจัยที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

3.5 ลักษณะของครอบครัว

เพ็ญแข ประจนปัจจนึก (2533:38) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลาน ญาติ พี่น้องอยู่มาก มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่แบบครอบครัวเดี่ยว

บรรลุ ศิริพานิช (2529:26) พบว่า ผู้สูงอายุไทยยังพอใจที่จะอยู่กับบุตรหลานและมีความสุขที่เห็นความเจริญก้าวหน้าของลูกหลาน ฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีบุตรหลาน ญาติ พี่น้อง อยู่บ้างหรือไม่มีบุตรหลาน ญาติ พี่น้อง อยู่เลย

สุทธิพันธ์ ฟักสุวรรณ (2527:71) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลาน พี่น้องอยู่มาก มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่แบบครอบครัวเดี่ยว

สุวรรณี พลับพลาทอง (2522:145) ศึกษาความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวอยู่ตามลำพังจะมองภาพจน์เกี่ยวกับตนเองไปในทางที่มีประโยชน์ต่อสังคมและบุตรหลานน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532:80) ศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด และในชุมชนไม่แออัด พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวจะมีความรู้สึกเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย

จากงานวิจัยข้างต้นที่ศึกษา ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแบบใด มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากันแต่จากการวิจัยที่กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

3.6 รายได้

สมจิตต์ โฉมวัฒนะชัย (2539:101) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการขาดการตอบสนองความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์ในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าขาดการตอบสนองความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า

เชมิกา ยามะรัต (2527:118) ศึกษา ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า รายได้มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุได้โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า จะมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า

สุทธิพันธ์ ฟักสุวรรณ (2537:71) ศึกษา การปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า มีการปรับตัวดีกว่า ซึ่งมาจากผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดี มีเงินทองเพียงพอกับการใช้จ่ายและเพียงพอที่จะเข้าสังคมกับเพื่อนผู้ร่วมงานและบุคคลอื่น ๆ

ไฉไล ไชยเสวี (2539:116) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงและปานกลาง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเมือง (2536:167) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพ พบว่ารายได้สูงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้านเศรษฐกิจ โดยผ่านกระบวนการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรม

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534:91) ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527:60-65) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายรับและรายจ่ายสมดุลจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายรับและรายจ่ายไม่สมดุล

จากรายงานวิจัย ข้างต้นที่ศึกษา ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันเพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระดับใด มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากัน แต่จากการวิจัยที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชากรผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60-79 ปี ซึ่งมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 จะมีประชากรเฉลี่ยเดือนละ 122 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุเพศชาย 58 คน และเพศหญิง 64 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60-79 ปี ซึ่งมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 จำนวน 100 คน จากผู้สูงอายุเพศชาย 50 คน และเพศหญิง 50 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เลือกตามสภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีช่วงอายุ 60-79 ปี ซึ่งมารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นผู้รับรู้ สื่อความเข้าใจ ไม่เลอะเลือนหรือหลงลืม สามารถตอบคำถามได้ด้วยตัวเอง

2. แบ่งตามหอผู้ป่วยเลือกผู้ป่วยชาย 50 คน เลือกผู้ป่วยหญิง 50 คน ตามหอผู้ป่วย ดังนี้

   2.1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 25 คน

   2.2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 25 คน

   2.3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 25 คน

   2.4 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

ตอนที่ 2 เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต จี เอช คิว (G.H.Q.= General Health Questionnaire) ของ เดวิล โกลเบอร์ก และพอล วิลเลียมย์ (David Glodbery and Paul Williams 1988) แปลภาษาไทยโดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับประเทศไทย ได้มีการทดลองใช้ในปี พ.ศ.2538 ในประชาชนเขตหนองจอก 100 คน ที่มารับบริการของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของโรงพยาบาลรามาธิบดีได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 แบบทดสอบ จี เอช คิว (G.H.Q. = General Health Questionnaire) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้

ลักษณะของแบบสอบถาม

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไปของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง (แบบทดสอบมีทั้งทางบวกและทางลบ) ซึ่งในแบบทดสอบทั้ง 30 ข้อ จะแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน คือ

1. อาการทางกาย
2. อาการวิตกกังวล
3. ความบกพร่องทางสังคม
4. อาการซึมเศร้า

ตัวอย่าง

คำชี้แจง ให้ตอบคำถามโดยขีดเครื่องหมาย ถูก (✓) หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสุขภาพและความรู้สึกของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด

o สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้

( ) ดีกว่าปกติ

( ) เหมือนปกติ

( ) แย่กว่าปกติ

( ) แย่กว่าปกติมาก

เกณฑ์การให้คะแนน ชี่งข้อความเป็นทางบวก

ดีกว่าปกติ ให้ 4 คะแนน

เหมือนปกติ ให้ 3 คะแนน

แย่กว่าปกติ ให้ 2 คะแนน

แย่กว่าปกติมาก ให้ 1 คะแนน

o มีอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ

( ) ไม่เลย

( ) ไม่มากกว่าปกติ

( ) ค่อนข้างมากกว่าปกติ

( ) มากกว่าปกติมาก

เกณฑ์การให้คะแนน ชี่งข้อความเป็นทางลบ

ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

ไม่มากกว่าปกติ ให้ 2 คะแนน

ค่อนข้างมากกว่าปกติ ให้ 3 คะแนน

มากกว่าปกติมาก ให้ 4 คะแนน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถาม จี เอช คิว (G.H.Q. = General Health Ouestionnaire) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล ชี่งเคยเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม วชิรพยาบาล จำนวน 50 คน นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองแล้วมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัด (Cronbach) ได้ .87

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยังนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอนุญาตใช้แบบสอบถาม จี เอช คิว (G.H.Q.) ที่แปลเป็นภาษาไทย

2. ผู้วิจัยขอหนังสือ จากบัณฑิตวิทยาลัยไปยัง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุมัติศึกษาและเก็บข้อมูลที่วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2540

4. นำข้อมูลที่ได้แจกไป 100 ฉบับ ได้คืนมา 100 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 นำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ โดยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science Version)

2. หาสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach)

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของสุขภาพจิตด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของสุขภาพจิตด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา โดยใช้ t-test ในกรณีมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (F-test) เมื่อพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยใช้ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเป็นรายคู่โดยใช้วิธีทดสอบแบบนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls Method)

6. วิเคราะห์ตัวแปรด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$)

1.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ ใช้การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538:125-126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left[1-\frac{\Sigma S^2_i}{S^2_t}\right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถามที่ใช้วัด

ΣS^2_i แทน คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

S^2_t แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538:144-145)

$$r = \frac{N\Sigma XY - \Sigma X\Sigma Y}{\sqrt{[N\Sigma X^2-(\Sigma X^2)]\ [N\Sigma Y^2-(\Sigma Y^2)]}}$$

เมื่อ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

Σx แทน ผลรวมสูงสุดของ คะแนน X

Σy แทน ผลรวมสูงสุดของคะแนน Y

ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง

ΣY^2 แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

ΣXY แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y

N แทน จำนวนคนหรือสิ่งที่ศึกษา

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิตด้านเพศ ระดับอายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 2, 3, 5 และ 6 โดยใช้สูตร t-test (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538:164)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left[\frac{(n_1-1)\ S^2_1 + (n_2-1)S^2_2}{n_1+n_2-2}\right]\left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right]}}$$

$$df = n_1+n_2-2$$

เมื่อ $\bar{X}_1$ แทน คะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุชาย

$\bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุหญิง

S_1^2 แทน ความแปรปรวนของผู้สูงอายุชาย

S_2^2 แทน ความแปรปรวนของผู้สูงอายุหญิง

n_1 แทน จำนวนผู้สูงอายุชาย

n_2 แทน จำนวนผู้สูงอายุหญิง

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป เมื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4, 7 และ 8 โดยใช้การวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way Analysis of Variance) และทดสอบด้วยสูตร F-test (Lindquist. 1965:55-56)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณา ใน F-distribution

MSB แทน ค่าผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

MSW แทน ค่าผลบวกกำลังสอง ภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติให้ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้ Newman Keuls Method (Winer. 1971:218)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการค้นคว้า

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อจะให้ความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย และเพื่อสะดวกในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์ และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนผู้สูงอายุ
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน	อัตราส่วนวิกฤตที่ใช้ในการแจกแจงค่า F
t	แทน	อัตราส่วนที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงค่า t
df	แทน	Dedree of Freedom
SS	แทน	Sum of Square
M.S.	แทน	Mean Square
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
X_1	แทน	เพศ
X_2	แทน	อายุ
X_3	แทน	ระดับการศึกษา
X_4	แทน	สถานภาพสมรส
X_5	แทน	ลักษณะครอบครัว
X_6	แทน	รายได้
X_7	แทน	ประเภทของการเข้ารับการบริการรักษา
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

B แทน สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย ซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ

BE.B แทน ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนาย

Beta แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยของตัวทำนายในรูปของคะแนนมาตรฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น

ตอนที่ 1 ผลการศึกษา จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล โดยจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา กับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) ตามจุดมุ่งหมายข้อที่ 1

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว โดยใช้ t-test

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยจำแนกตามตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้และประเภทของการเข้ารับบริการรักษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way Analysis of Variance)) เมื่อพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีทดสอบแบบนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls Method)

ตอนที่ 5 ผลการศึกษาตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการศึกษา จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล โดยจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

ตาราง 1 แสดงจำแนกและร้อยละของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	50	50.0
	หญิง	50	50.0
	รวม	100	100.0
อายุ	60-69 ปี	54	54.0
	70-79 ปี	46	46.0
	รวม	100	100.0
ระดับการศึกษา	พออ่านออกเขียนได้	20	20.0
	ระดับประถมศึกษา	46	46.0
	ระดับมัธยมศึกษา	21	21.0
	ระดับอุดมศึกษา	13	13.0
	รวม	100	100.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส	คู่	45	45.0
	โสด	-	0.0
	ไม่มีคู่ (หม้าย, หย่า, แยก)	55	55.0
	รวม	100	100.0
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	54	54.0
	ครอบครัวขยาย	46	46.0
	รวม	100	100.0
รายได้	ไม่มีรายได้	24	24.0
	ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน	32	32.0
	2,500-7,000 บาท/เดือน	20	20.0
	ตั้งแต่ 7,000 บาท/เดือนขึ้นไป	24	24.0
	รวม	100	100.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของการ	ประเภท ก (ถือบัตรสวัสดิการ)	-	0.0
เข้ารับการรักษา	ประเภท ข (ไม่จ่ายเงิน)	32	32.0
	ประเภท ค (เบิกจากต้นสังกัด)	54	54.0
	ประเภท ง (จ่ายเงินเอง)	14	14.0
	รวม	100	100.0

จากตาราง 1 พบว่า เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรจัดประเภท 7 ตัวแปร ปรากฏผลดังนี้

เพศชาย 50 คน เพศหญิง 50 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 50.0

ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 54 คน อายุ 70-79 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 และ 46.0

ระดับการศึกษาพออ่านออกเขียนได้ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 46 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0

ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา 21 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0

ระดับการศึกษา อุดมศึกษา 13 คน คิดเป็นร้อยละ 13.0

สถานภาพการสมรส คู่ 45 คน ไม่มีคู่ (หม้าย, หย่า, แยก) 55 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 55.0

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเดี่ยว 54 คน ครอบครัวขยาย 46 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 และ 46.0

รายได้ ผู้สูงอายุไม่มีรายได้ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รายได้ 2,500-7,000 บาทต่อเดือน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ตั้งแต่ 7,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป 24 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

ประเภทของการเข้ารับการรักษา ประเภท ข 32 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 ประเภท ค 54 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 ประเภท ง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษากับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษากับสุขภาพจิต

ตัวแปร	r
เพศ	.03522**
อายุ	.0152
ระดับการศึกษา	-.3082**
สถานภาพการสมรส	.1168
ลักษณะครอบครัว	.1437
รายได้	-.0990
ประเภทของการเข้ารับการรักษา	.0471

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรเพศมากที่สุด และรองลงไปคือระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกันสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนช่วงอายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ประเภทของการเข้ารับการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนของสุขภาพจิตด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิต จำแนกตามตัวแปรเพศ ดังแสดงไว้ในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง

เพศ	N	สุขภาพจิต		t
		$\bar{X}$	S.D.	
ชาย	50	2.17	.14	-3.37**
หญิง	50	2.31	.18	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 ผู้สูงอายุที่มีเพศชายและหญิง มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สุขภาพจิตจำแนกตามตัวแปรอายุ ดังแสดงไว้ในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างช่วงอายุของผู้สูงอายุ

ช่วงอายุ	N	สุขภาพจิต		t
		$\bar{X}$	S.D.	
60-69 ปี	54	2.23	.17	-0.15
70-79 ปี	46	2.24	.16	

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

3.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต จำแนกตัวแปรสถานสภาพสมรส ดังแสดงไว้ในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุที่มีสภาพสมรสคู่ และสภาพสมรสไม่มีคู่ (หม้าย หย่า แยก)

สถานภาพสมรส	N	สุขภาพจิต		t
		$\bar{X}$	S.D.	
คู่	45	2.21	.16	-1.18
ไม่มีคู่	55	2.25	.18	

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อ 5 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

3.4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต จำแนกตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว ดังแสดงไว้ในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย

ลักษณะครอบครัว	N	สุขภาพจิต		t
		$\overline{X}$	S.D.	
ครอบครัวเดี่ยว	54	2.21	.16	-1.45
ครอบครัวขยาย	46	2.26	.18	

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ดังแสดงไว้ในตาราง 7-13

4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 7-9

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	สุขภาพจิต	
		$\overline{X}$	S.D.
พออ่านออกเขียนได้	20	2.31	.22
ระดับประถมศึกษา	46	2.25	.16
ระดับมัธยมศึกษา	21	2.18	.13
ระดับอุดมศึกษา	13	2.14	.16

จากตาราง 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาพออ่านออกเขียนได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยรองลงมา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับ 3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด

ตาราง 8 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พออ่านออก เขียนได้ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS .	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.30	.10	3.40*
ภายในกลุ่ม	96	2.83	.02	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 จึงนำผลวิเคราะห์ที่ได้ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันทั้ง 4 กลุ่ม มีคู่ใดบ้างที่มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยใช้วิธีทดสอบแบบนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls Method) ดังผลในตารางที่ 9

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามระดับการศึกษา พออ่านออก เขียนได้ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษา เป็นรายคู่

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ระดับอุดมศึกษา 2.14	ระดับมัธยมศึกษา 2.18	ระดับประถมศึกษา 2.25	อ่านออกเขียนได้ 2.31
ระดับอุดมศึกษา	2.14	-	.04	.11	.17*
ระดับมัธยมศึกษา	2.18		-	.07	.13*
ระดับประถมศึกษา	2.25			-	.06
อ่านออกเขียนได้	2.31				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาพออ่านออกเขียนได้มีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกับระดับอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับบ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาพออ่านออกเขียนได้มีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ ดังแสดงในตาราง 10-11

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน

รายได้	N	สุขภาพจิต	
		$\bar{X}$	S.D.
ไม่มีรายได้	24	2.22	.13
ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน	32	2.28	.17
2,500-7,000 บาท/เดือน	20	2.22	.21
7,000 บาทขึ้นไป	24	2.19	.18

จากตาราง 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีค่าเฉลี่ย ของสุขภาพจิตใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน มีค่าเฉลี่ยมากสุด ผู้สูงอายุไม่มีรายได้และมีรายได้ 2,500-7,000 บาท/เดือน มีค่าเฉลี่ยรองลงมา และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 7,000 บาทขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

ตาราง 11 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS .	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.12	.04	1.29
ภายในกลุ่ม	96	3.01	.03	

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

4.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ดังแสดงในตาราง 12-13

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตามประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

ประเภทของการเข้ารับบริการ	N	สุขภาพจิต	
		$\bar{X}$	S.D.
ประเภท ข (ไม่จ่ายเงิน)	32	2.22	.14
ประเภท ค (เบิกจากต้นสังกัด	54	2.23	.19
ประเภท ง (จ่ายเงินเอง)	14	2.25	.19

จากตาราง 12 พบว่าผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุประเภท ง (จ่ายเงินเอง) มีค่าเฉลี่ยมากสุด ผู้สูงอายุประเภท ค (เบิกจากต้นสังกัด) มีค่าเฉลี่ยรองลงมา และผู้สูงอายุประเภท ข (ไม่จ่ายเงิน) มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด

ตาราง 13 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประเภท ข (ไม่จ่ายเงิน) ประเภท ค (เบิกจากต้นสังกัด) ประเภท ง (จ่ายเงินเอง)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS .	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.01	.003	0.12
ภายในกลุ่ม	97	3.12	.3	

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกัน มีสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ตอนที่ 5 ผลการศึกษาตัวแปรด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต

5.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตัวแปร ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตัวแปร

ตัวแปร	B	BE.B	Beta	F
X_1	.0863	.0392	.2436	4.824*
X_2	-.0073	.0358	-.0202	.043
X_3	-.0535	.0238	-.2803	5.029*
X_4	-.0072	.0382	.0202	.036
X_5	.0593	.0348	.1672	2.907
X_6	.0151	.0197	.0942	.591
X_7	.0036	.0286	.0136	.017

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าตัวแปรด้านเพศ และระดับการศึกษาส่งผลต่อสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปร ระดับ อายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาไม่ส่งผลต่อสุขภาพจิต

บทที่ 5

บทย่อ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอ+ผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

3. เพื่อศึกษาตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

6. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

9. ตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้

ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60-79 ปี ซึ่งมารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 จะมีประชากรเฉลี่ยเดือนละ 122 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุเพศชาย 62 คน เพศหญิง 60 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60-79 ปี ซึ่งมารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 จำนวน 100 คน จากผู้สูงอายุเพศชาย 50 คน เพศหญิง 50 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา

ตอนที่ 2 เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต จี เอช คิว (G.H.Q.=General Health Questionnaire) ของ เดวิดโกลเบอร์ก และ พอล วิลเลียมส์ (David Goldberg and Paul Williams 1988 แปลภาษาไทยโดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับประเทศไทยได้มีการทดลองใช้ในปี 2538 ในประชาชนเขตหนองจอก 100 คน ที่มารับบริการของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของโรงพยาบาลรามาธิบดีได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 แบบสอบถาม จี เอช คิว (G.H.Q.=General Health Questionnaire) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยังนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตใช้แบบสอบถาม จี เอช คิว (G.H.Q.) ที่แปลเป็นภาษาไทย

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยัง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุมัติศึกษา และเก็บข้อมูลที่วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2540

4. นำข้อมูลที่ได้แจกไป 100 ฉบับ ได้คืนมา 100 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science Version)

2. หาสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปคิดเป็นร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha -Coefficient) ของครอนบัด (Cronbach)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของสุขภาพจิต ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา โดยใช้ t-test ในกรณีมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (F-test) เมื่อพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยใช้ทดสอบแบบนิวแมนคูลส์

(Newman Keuls Method)

6. วิเคราะห์ตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรด้านเพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนตัวแปรด้านอายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

3. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อมาทดสอบรายคู่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

6. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและลักษณะครอบครัวขยาย มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

9. ตัวแปรด้านเพศ และระดับการศึกษาส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนตัวแปร ระดับอายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ไม่ส่งผลต่อสุขภาพจิต

อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า

1. ตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.3522) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าเพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปราโมทย์ วังสะอาด (2530:39) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนมากมีสุขภาพจิตไม่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ไม่มีการทำกิจกรรม การพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของบังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532:77) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย จะมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอาจเนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิง มีอายุยืนกว่า ผู้สูงอายุเพศชาย การตายของผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิง ตกอยู่ในภาวะหม้าย ขาดคู่คิด คู่ปรึกษา มีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว ซึมเศร้า และเกิดปัญหาทางจิตมากกว่า (นภาพร ชโยวรรณและคนอื่น ๆ. 2533:4)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R=-.3082) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับมาร์คิดส์ และมาติน (1979:91-98) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีความสำเร็จในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534:89) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้ และปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน ผู้ที่มีการศึกษาชั้นอุดมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับชั้นมัธยมศึกษา ชั้นประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของไฉไล ไชยเสวี (2539:117-118) พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจที่มีระดับการศึกษาสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปานกลาง และระดับการศึกษาต่ำ อาจอธิบายได้ว่า การศึกษาเป็นหนทางนำไปสู่ความก้าวหน้า หรือความ

สำเร็จในหน้าที่การงาน สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านช่วงอายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับการรักษา กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งความสัมพันธ์ด้านตัวแปรช่วงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เชอรี่ ทองเพ็ญ (2537:98) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นอาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษา ถึงแม้จะมีช่วงอายุแตกต่างกัน แต่ทุกคนก็มาอยู่ในสภาพที่เหมือนกันได้รับการดูแลรักษาที่คล้ายคลึงกัน จึงไม่มีความแตกต่างกัน จึงส่งผลให้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจจิต ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของจันทิมา จารณศรี (2539:107) พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้างบางแค ลักษณะของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมจิตต์ โฉมวัฒนะชัย (2539:99) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการขาดการตอบสนองความต้องการไม่แตกต่างกัน ส่วนรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตนั้นสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทิมา จารณศรี (2539:109) พบว่า รายได้ฐานะทางเศรษฐกิจกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราบางแคไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนประเภทของการเข้ารับการรักษา ไม่มีงานวิจัยที่สนับสนุน

2. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีเพศต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ (2533:4) พบว่า เพศที่แตกต่างกันจะมีผลในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุแตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุหญิงมีอายุยืนกว่าผู้สูงอายุชาย การตายของผู้สูงอายุชายสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ทำให้ผู้สูงอายุหญิงตกอยู่ในภาวะหม้าย ขาดคู่คิด คู่ปรึกษา มีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจทำให้รู้สึกว่าตนไร้ค่า โดดเดี่ยว ซึมเศร้า และเกิดปัญหาทางจิตได้มากกว่า จากการศึกษาของปราโมทย์ วังสะอาด (2530:39) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนมากมีสุขภาพจิตไม่ดี ยังสอดคล้องกับการศึกษาของบังอรรัตน์ ศุขตระกูล (2532:77) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถานสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อสถานสุขภาพด้านจิตใจ

โดยผู้สูงอายุเพศชายจะมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพันธ์ ฟักสุวรรณ (2537:70) ศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีการปรับตัวต่างกัน ผู้สูงอายุเพศชายปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง จะเห็นว่าสุขภาพจิตของเพศหญิงและชายนั้นแตกต่างกัน อาจจะเนื่องมาจากสภาพการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในเพศหญิงนั้นจะมีความอ่อนไหวง่าย ใจน้อย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ช่างพูดช่างบ่น โกรธง่าย คิดถึงแต่ตนเอง วิตกกังวล ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากจนเกินเหตุ เมื่อมีอาการทางกายหรือโรคประจำตัวด้วย ทำให้อาการทางด้านจิตใจอาจมากขึ้นด้วย (Hurlock. 1980:446)

3. ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า "ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ดังนี้ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยชรา อายุอยู่ระหว่าง 60-79 ปี ซึ่งเป็นวัยพอประมาณกัน ดังนั้นจึงอาจมีความรู้สึกนึกคิด และความเห็นในเรื่องต่าง ๆ คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกัน ไม่แตกต่างกันจนเกินไปนัก จึงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536:18) พบว่าผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุจะมีสภาพร่างกายและจิตสังคมแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี มีสุขภาพและจิตสังคมค่อนข้างดี การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นค่อนข้างสูง ผู้สูงอายุตอนกลางอายุ 70-79 ปี สิ่งที่ปรากฏชัดในวัยสูงอายุตอนต้นจะลดลง เกิดภาวะเสื่อมถอย ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญยืน สุขภาพ (2522:82) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการและโลกทัศน์ของคนชรา ในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน พบว่าผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี มีความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสายยนต์ เจริญขำ (2535:6) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการชิมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความชิมเศร้าโดยที่ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความชิมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุน้อย และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของไฉไล ไชยเสวี (2539:116) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี และมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-74 ปี และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของมาลมอร์ และคนอื่น ๆ (1984:116) ได้

ศึกษาผู้เกษียณอายุช่วงต้น ๆ ก่อน 64 ปี มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าช่วงอื่น ๆ

4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบเป็นรายคู่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงในระดับอุดมศึกษาจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาพออ่านออกเขียนได้ และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษามี สุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาพออ่านออกเขียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผัฐกร อ่วมบำรุง (2534:89) ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่า ผู้สูงอายุได้มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน ผู้ที่มีระดับการศึกษา ชั้นอุดมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ชั้นประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของเชอรี่ ทองเพ็ญ (2537:100) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความผาสุกในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปานกลางและระดับต่ำ และจากการวิจัยของมาร์คิดและมาร์ติน (Markids and Martin. 1979:91-98) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสำเร็จในชีวิต และพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องงานวิจัยของสุทธิพันธ์ ฟักสุวรรณ (2537:70) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปรับตัวต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง มีการปรับตัวดีกว่า อาจอธิบายได้ว่าการศึกษาเป็นหนทางนำไปสู่ความก้าวหน้าหรือความสำเร็จในหน้าที่การงาน สามารถแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ

5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า "ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน" ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย (2539:99) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการขาดการตอบสนองความต้องการไม่แตกต่างกัน เพราะในภาวะสังคมปัจจุบันผู้สูงอายุอาจจัดเป็นกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เมื่อเกิดปัญหาหรือไม่สบายใจ ผู้สูงอายุ สามารถปรึกษาหารือกัน คอยช่วยเหลือปลอบโยนซึ่งกันและกัน หรือผู้สูงอายุอาจหาที่พึ่งทางใจได้โดยผู้สูงอายุ อาจเข้าวัดฟังธรรม ทำบุญ

ตักบาตร มีความเชื่อและความเลื่อมใสในศาสนา มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทิมา จารณศรี (2539:107) พบว่า สถานภาพการสมรสกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเชอรี่ ทองเพ็ญ (2537:101) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความผาสุกในชีวิตมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ หม้าย หย่า แยก อาจอธิบายว่าการที่ผู้สูงอายุมีคู่ชีวิตอยู่ด้วยกัน จะทำให้มีคนคอยปรึกษาหารือ เมื่อมีเรื่องทุกข์ร้อนหรือไม่สบายใจ ก็จะช่วยกันปลอบโยนซึ่งกันและกัน ให้ความช่วยเหลือกันได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุขาดคู่สมรส อันเนื่องมาจากการตายหรือการหย่าร้างหรือแยกกันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดคู่คิด หรือขาดผู้ใกล้ชิดที่รู้ใจเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นไม่รู้จะหันไปปรึกษาใคร ก็จะส่งผลให้ความสุข ความพึงพอใจ ในชีวิตต่ำลงได้ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเขมิกา ยามะรัต (2527:117) และปราโมทย์ วังสะอาด (2530:103) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความพึงพอใจในชีวิตและมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า และแยก

6. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและลักษณะครอบครัวขยายต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า "ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และลักษณะครอบครัวขยาย มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน" ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญแข ประจนปัจจนึก (2533:38) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลาน ญาติ พี่น้องอยู่มาก มีการปรับตัวดีกว่าผู้ที่อยู่แบบครอบครัวเดี่ยว อธิบายว่าครอบครัวมีทั้งที่เป็นครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย (Extened Family) จะเป็นครอบครัวขยายใหญ่ ซึ่งประกอบด้วยคนตั้งแต่สามรุ่น (Generation) ขึ้นไป ซึ่งได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา บุตร ครอบครัวขยาย ยังจัดได้ว่าเป็นชนิดของครอบครัวที่พบมากในสังคมต่าง ๆ มีความรัก ความอบอุ่น ญาติพี่น้องรักใคร่กันมาก และผู้อาวุโส หรือผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำหน้าที่ควบคุมดูแลทุกข์สุขของบุคคลในครอบครัว แต่หากผู้สูงอายุนั้น มีบุตรหลานที่มีหน้าที่การงานที่ดี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี บุตรหลานมักเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่และเลี้ยงดู ผู้สูงอายุซึ่งให้ทั้งความรักความอบอุ่น ความเคารพนับถือแก่ผู้สูงอายุ และขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ มีการร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งผลการวิจัยของ บรรลุ ศิริพานิช (2529:26) พบว่าผู้สูงอายุไทยยังพอใจที่จะอยู่กับบุตรหลานและมีความสุขที่เห็นความ

เจริญก้าวหน้าของลูกหลาน ยังไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวรรณี พลับพลาทอง (2522:145) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวอยู่ตามลำพัง จะมองภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองไปในทางที่มีประโยชน์ต่อสังคม และบุตรหลานน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายและยังไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของบังอรรัตน์ ศุขตระกูล (2532:80) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวจะมีความรู้สึกเครียดมากกว่าครอบครัวขยาย จากสภาพในสังคมปัจจุบัน ถึงแม้ผู้สูงอายุจะอยู่ในครอบครัวขยาย แต่ทุกคนในบ้านก็มีความจำเป็นที่จะต้องทำงานนอกบ้าน ลูกหลานก็ยังเรียนหนังสือ เพราะฉะนั้นจะทิ้งผู้สูงอายุไว้ให้อยู่บ้านตามลำพัง อาจกลายเป็นคนเฝ้าบ้าน ก็เหมือนกับอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน จึงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า "ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน" ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทิมา จารณศรี (2539:109) ที่ได้ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจกับสภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรรณภา ชีวรัฐพิพัฒน์ (2532:99) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในศูนย์วัณโรคเขต 12 จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีรายได้ต่างกันมีระดับภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของวิภาดา นิธิปรีชานนท์ (2535:158) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของครูประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ครูโรงเรียนประถมศึกษาที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุก ๆ ด้านไม่แตกต่างกัน ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของจินตนา ศรีหล้า (2537:80) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ของสมจินต์ โฉมวัฒนะชัย (2539:101) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการขาดการตอบสนองความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์ในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าขาดการตอบสนองความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า ซึ่งยังไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของไฉไล ไชยเสวี (2539:116) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพของการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และปานกลาง มีสุขภาพจิตดีกว่า

ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและยังไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเมือง (2536:167) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพ พบว่า รายได้สูงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้านเศรษฐกิจโดยผ่านกระบวนการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรม และยังไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527:60-65) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายรับและรายจ่ายสมดุล จะมีการปรับตัวดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายรับและรายจ่ายไม่สมดุล

จากการวิจัย ข้างต้น ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากว่าคนแต่ละคนมีพื้นฐานความเป็นอยู่แตกต่างกัน แต่มีปัจจัยหลักที่ต้องการเหมือนกัน คือ ปัจจัยสี่ ที่เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ปัจจัยสี่ของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันออกไปตามสภาพความเป็นอยู่หรือฐานะทางเศรษฐกิจ คนที่มีรายได้น้อยก็จะมีรายจ่ายน้อย คนที่มีรายได้มากก็จะมีรายจ่ายมากตามไป ซึ่งถ้าคนที่มีรายได้น้อยกลับมีรายจ่ายมากก็ต้องขวนขวายหารายได้เพิ่มขึ้น เพื่อรองรับกับรายได้ที่เพิ่มมากขึ้น คนที่มีรายได้มากก็ไม่มีอะไรมาวัดได้ว่าจะเป็นคนที่มีความสุขกว่าคนที่มีรายได้น้อย ความสุขหรือความพอดีอยู่ที่การรู้จักพอ ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน" จากการวิจัยพบว่า ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาซึ่งเป็นสวัสดิการที่กรุงเทพมหานครให้แก่ผู้สูงอายุนั้น ยังไม่ปรากฏงานวิจัยที่สนับสนุนหรือคัดค้านผลการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากไม่พบผู้ใดศึกษามาก่อน แต่อย่างไรก็ตามประเภทของการเข้ารับการรักษานี้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือประเภท ก. คือผู้ป่วยที่ถือบัตรสวัสดิการด้านการรักษา หรือบัตรสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลที่ออกให้โดยรัฐบาล ประเภท ข. คือผู้ป่วยที่ไม่มีเงินเสียค่ารักษาพยาบาล ไม่มีญาติหรือไม่มีรายได้ ประเภท ค. คือผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดได้ ประเภท ง. คือผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันของประเภทของการเข้ารับบริการรักษาแต่ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนก็ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยเท่าเทียมกัน และการรักษาพยาบาลนั้นก็ได้รับการรักษาตามโรคที่เป็น และมีระเบียบของการอยู่รวมกันที่เหมือนกัน การ

ที่คนจำนวนมากมาจากหลายที่ มาอยู่รวมกัน และสาเหตุของการเข้ารับบริการมีจุดประสงค์เดียวกัน คือต้องการให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

9. ผลการศึกษาตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรด้านเพศ และระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายผลการวิเคราะห์โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่ส่งผลมากไปหาน้อย ได้ดังต่อไปนี้

9.1 ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อาจจะเนื่องจากการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญในการที่ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในวัยสูงอายุและการศึกษาเป็นหนทางนำไปสู่ความก้าวหน้าหรือความสำเร็จในหน้าที่การงาน สามารถแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม บางครั้งในคนที่มีการศึกษาสูงหลังจากเกษียณอายุแล้ว ยังมีงานอดิเรกทำ บางครั้งมีความสนใจมากจนทำเป็นล่ำเป็นสัน จนกลายเป็นอาชีพหรืองานชิ้นใหม่ในบั้นปลายชีวิต และบางคนกลับชอบเข้าสังคม และทำตนให้เป็นคนสำคัญมากยิ่งขึ้นเช่น เป็นอาสาสมัคร ทำงานสังคมสงเคราะห์ และเข้าสมาคมต่าง ๆ เป็นต้น (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2533:34) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรินทร์ มีลาภล้น (2539: 86-87)ศึกษา ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเขตจังหวัดราชบุรี พบว่าด้านการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสเลือกทำงานที่ตนเองพอใจเหมาะสม กับความรู้ความสามารถของตน ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความเห็นคุณค่าในตนเองสูง กว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ

9.2 เพศของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รองลงมาอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุไม่เพียงแต่สภาพร่างกายเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงของต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ในเพศหญิงระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายลดลงอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีประจำเดือน อวัยวะต่าง ๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียหน้าที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ โดยจะมีอาการหงุดหงิดโกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า สำหรับเพศชาย การเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าเพศหญิง (จรัสวรรณ เทียนประภาส. 2533:80) และเมื่อผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุ ความเครียดทางอารมณ์จะมีมากขึ้นอีกระยะหนึ่ง ความตื่นเต้น ความวิตกกังวลประกอบกับความขัดแย้งต่อการ

ยอมรับ สภาพของความมีอายุมีการยอมรับและไม่ยอมรับไปพร้อม ๆ กันในระยะปรับตัว จึงทำให้เพศหญิงและเพศชาย มีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2533:38) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรินทร์ มีลาภล้น (2539:86) พบว่า กลุ่มของผู้สูงอายุมีความเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันได้ดังนี้ เพศชาย เป็นเพศที่ได้รับการยอมรับให้มีความสำคัญในด้านการเป็นผู้นำและในด้านการมีอำนาจในการปกครองควบคุมดูแลตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ ในการเป็นหัวหน้าครอบครัว และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้เข้ามาอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุชายยังได้รับการแต่งตั้งให้เป็นประธานหรือกรรมการในชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุหญิง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุชายเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองนี้จะส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีด้วย

9.3 ส่วนตัวแปร ระดับอายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา ไม่ส่งผลต่อสุขภาพจิต

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นบุตรหลานหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ รวมทั้งองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สภาผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมให้ความช่วยเหลือ หรือ ชี้แนะถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่เหมาะสมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สามารถอธิบายเหตุผลได้ สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ นอกจากนั้นแล้ว อาจแสดงให้ผู้สูงอายุได้ทราบว่ามีแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยการสร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ ตลอดจนให้ความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุได้และจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

1.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ จะได้มีโอกาสรับทราบความต้องการปัญหา และการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ให้การดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีระดับการ

ศึกษาต่างกัน การจะได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลานและบุคลากรในวงการแพทย์ที่แตกต่างกัน

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปให้ความรู้แก่แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ เพื่อจะได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

1.4 บุคคลที่อยู่ในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ควรได้มีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปวางแผนและเตรียมแผนการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสม เพื่อที่จะได้อยู่ในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข

2. ข้อแนะนำในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมาศึกษาเพิ่มเติม เช่น จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา อาชีพครั้งสุดท้าย, ภูมิลำเนาเดิม ลักษณะของโรคที่เป็น เขตที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2.2 การศึกษาครั้งนี้ ศึกษากับผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพเจ็บป่วย ที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คืออยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อได้ข้อสรุปแน่นอนมากขึ้น และสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแนวทางแก้ไขปัญหา และประกอบการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษา ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ว่ามีตัวแปรใดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ว่ามีตัวแปรใดที่เกี่ยวข้องบ้าง เพื่อจะได้นำมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.4 ควรมีการศึกษาถึงการปรับตัว หรือยอมรับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ในกรณีที่เป็นโรครักษาไม่หายขาดเพื่อเป็นการวางแผนระยะยาวในผู้ป่วยต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. สุขภาพจิตในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย, 2524.

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์, 2528.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.

กรมการแพทย์. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์กรการศาสนา, 2529.

กรมประชาสงเคราะห์. "ให้ความรักนิทักษ์อนามัยผู้สูงวัยอายุยืน", ครุปริทัศน์ฉบับพิเศษ. 11; มกราคม 2526.

กรมประชาสงเคราะห์. กองสวัสดิการสังคม. การสงเคราะห์คนชรา. (เอกสารโรเนียว) 2537.

เกริกศักดิ์ บุญญาพงศ์ และคณะ. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการศึกษาสถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533.

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์, 2527.

เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตร และสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสาตร์, 2527. อัดสำเนา.

จันทนา สุวรรณอาสน์. สุขภาพจิตของครูโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.

จันทิมา จารณศรี. สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.

จารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

จารุพร แสงเปา. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร : ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา

จารุวรรณ เทมะธร และพิมพ์นรรณ ศิลปสุวรรณ. "ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ" วารสารสุขศึกษา. 8:67-69; กรกฎาคม-กันยายน 2527.

จินตนา ศรีหล้า. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.

ไฉไล ไชยเสวี. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวการมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิตความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.

ชูศักดิ์ เวชแพทย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร:ศุภวนิชการพิมพ์, 2532.

เชอรี่ ทองเพ็ญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

เธียรศรี วิวิธสิริ. จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

ณัฐกร อ่อมบำรุง. การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

ณัฐไชย ตันติสุข. "การบริการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ" การบรรยายทางวิชาการพยาบาล เรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 1-2 มีนาคม 2524 ณ หอประชุมศาลาพำนัก โรงพยาบาล ประสาท พญาไท, 2524.

ดำรงชัย บัวล้อมใบ. การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของชายรักร่วมเพศกับชายปกติ ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมาหนคร : มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

ทิพวรรณ ชาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก. ปริญญานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

ธรรมเกียรติ์ กันอริ. "ปล่อยเสือจากถังเตรียมพลังก่อนเกษียณ", อาวุโส. 2:47-50; ธันวาคม 2537.

นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ ประชากรผู้สูงอายุไทย:ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ. กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

นิสา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร:สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

บังอรรัตน์ สุขตระกูล. การศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและในเขตชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคระมหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. ระบาดวิทยาของคนพิการ และผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2525. กรุงเทพมหานคระธนะการพิมพ์, 2526.

บรรลุ ศิริพานิช. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคระสำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2529.

บุญชุม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคระสุวีริยาสาส์น, 2535.

บุญยืน สุภาพ. การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาความต้องการและโลกทัศน์ของคนชราในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน. วิทยานิพนธ์ ป.ม. กรุงเทพมหานคระ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.

บุหงา วชิรศักดิ์มงคล. สุขภาพจิตในโรงเรียน. พิษณุโลกะแผนกเอกสารและการพิมพ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก, 2523.

บุญเหลือ เทพยสุวรรณ, ม.ล. "ชีวิตสมัยใหม่กับความคิดสมัยเก่า" สุขภาพจิต. 9: 226-239;2526.

เบญจมา เลาหพูนรังสี. ความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุราชการ กับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคระมหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ประพิศ จันทร์พฤกษา. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคระมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

ประมวญ ดิคินสัน. เตรียมใจสู่วัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคระสำนักพิมพ์ลูกรัก, 2533.

ประสพ รัตนากร. "วัยวัฒนา" วารสารสุขศึกษา. (27) 7:5-11; กรกฎาคม - กันยายน 2527.

ปราโมทย์ วังสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพมหานคระมหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.อัดสำเนา.

เปลื้อง บัวศรี. การเปรียบเทียบสุขภาพจิตและบรรยากาศท้องถิ่นตามการรับรู้ของครูในห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปริญญานิพนธ์. กศ.ม. กรุงเทพมหานคระมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร บัณฑิตการพิมพ์, 2530.

ฝ่ายการพยาบาล วชิรพยาบาล. สาเหตุการโอนย้าย ลาออกของพยาบาลวิชาชีพ. (เอกสารโรเนียว) 2538.

ฝน แสงสิงห์แก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคระโรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2521.

พยอม อิงคนุวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคระคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

พัชรี ศรีสังข์. สุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคระมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ. ความสัมพันธ์ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพมหานคระสำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.

พรหมธิดา แสนคำเครือ. สุขภาพจิตในโรงเรียน. พิษณุโลกะภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก, 2529.

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคระมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมและสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคระสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2538.

เพ็ญแข ประจนปัจจนึก. พื้นฐานทางสังคมและเศรษฐศาสตร์ของการศึกษา. กรุงเทพมาหนครระมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.

เพ็ญแข ประจนปัจจนึก. "การศึกษากลุ่มประชากรผู้สูงวัยไทย" ในประมวลบทความผลงานทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคระสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

พรรณภา ชีวรัฐพิทักษ์. สุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคระมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.

ไพบูลย์ อ่อนมั่ง สุขภาพจิตของครอบครัวทหารเรือในเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรปราการ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพมหานคร:หจก. โอเดียนสแควร์, 2534.

มารศรี นุชแสงพลี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาผู้สูงอายุชุมชนบ่อนไก่. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532. อัดสำเนา.

มาลี รัชตะนาวิน. ความต้องการในการรับบริการทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534 อัดสำเนา.

รำพรรณ ภัทรนิตย์. ผลของการใช้เวลาต่อสุขภาพจิตในข้าราชการบำนาญเกษียณอายุในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

ล้วน สายยศ และอังศนา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2536.

วิภาดา นิธิปรีชานนท์. สุขภาพจิตของครูประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดฉะเชิงเทรา. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

วิฑูร แสงสิงแก้ว. "แผนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ" วารสารสุขศึกษาพลศึกษาและสันทนาการ. 16(4):19-23; ตุลาคม-ธันวาคม 2533.

วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์แสงศิลป์การพิมพ์, 2533.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประกรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

ศรีวรรณา ตันศิริ. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล. 2535. อัดสำเนา

ศุภลักษณ์ เกื้อวรกุลชัย. สภาพจิตของครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล. 2525. อัดสำเนา.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. สำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ 2533. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2533.

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองแผนงานประชากรและกำลังคน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เอกสารประกอบการสัมมนา "ผู้สูงอายุในประเทศไทย", 2528.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

สายยนต์ เจริญข่า. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

สุกัญญา เจริญศิริ. "การปรับตัวของผู้สูงอายุ", วารสารสุขศึกษา. 15:58; เมษายน-มิถุนายน 2535.

สุจินต์ ปรีชามารถ. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.

สุทธิพันธ์ ฟักสุวรรณ. การปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

สุธน คงคาชนะ. สุขภาพจิตของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

สุนีย์ ธีรดากร. จิตวิทยาพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิง, 2526.

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. สุขภาพจิตศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:มิตรสยาม, 2527.

สุภาพรรณ โคตรจรัส. สุขภาพจิตในการดำรงชีวิต เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

สุรกุล เจนอบรม. วิทยากรผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

สุรางค์ จันทร์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ. ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ วิทยาลัยครูจันทร์เกษม กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต, 2526.

สุรางค์ จันทร์เอม. สุขวิทยาจิต. กรุงเทพมหานคร:ห้างหุ้นส่วนจำกัดอักษรบัณฑิต, 2527.

สุรินทร์ มีลาภล้น. ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตจังหวัดราชบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

สุรีย์ บุญญานุพงศ์. สภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง. เชียงใหม่:โครงการชราภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

สุวรรณี พลับพลาทอง. ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.

สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการตอบสนองความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์ ในผู้สูงอายุ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

สมหมาย จันณี. การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2538. อัดสำเนา.

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์และคณะ. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์พิฆเณศ, 2518.

อัมพา วรวัฒนชัย. การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญสังกัดกรุงเทพมหานครซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.

อัมพร ศิวิลัย. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

อุไรพร ปิ่นสุวรรณ์. การศึกษาสัมพันธ์ ระหว่างสภาพการปฏิบัติงานและสุขภาพจิตของครู-อาจารย์ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ สังกัดกองศึกษาพิเศษ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.

Chatfield, W.F. "Economic and Sociological factors influencing Life. Satisfaction of the aged," Journal of Gerontology. 32:593-599; March, 1977.

Coleman, Jane C. and Constance L. Hammen. "Economic Deprivation and Family Fattern," In Contemporary Psychology and Effective Behavior. Illinois: Scott Foreman, 1974.

Egbert, E. "Concep of Wellness," Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service. 18:9-12 September, 1980.

Haug, M.R. and S.J. Folner. "Longevity, Gender, and Life Quality" Journal of Health and Social Behavior. 27:331-345:December, 1986.

Hirst, S.P.; Metcalf, B.J. "Promoting Self-esteem". Journal of Gerontological Nursing. 10:72-77, 1984.

Hogstel, M.O. (ed.) Nursing Care of the Older Adult. John Wiley and Sons, New York, 1980.

Holmstrom R. Jussila L. and Vauhkunen K. "Assessment of Mental Health and Illness", Considered in the Light of a 1-3 year Longitudinal Study" (Mental Health of the Finnish Student, Follow up, Report III). Acta Psychiatry Scandia. (Suppl) 333:1-202;1987.

Hurlock, E.B. Development Psychology: A life-Span Approach. (5 th ed.) New Delhi : Mc Graw-Hill Co., 1980.

Jahada, Maric. "The Psychological Meaning of Various Criteria of Positive Mantal Health", Social Psychology and Mental Health. New York: Holt Rin chart and Winstan Inc., 1970.

Markides, K.S. and H.W. Martin. "A Causal model of Life Satisfaction among the elderly", Journal of Gerontology. 34:86-93;1979.

Mouley, G.J. Psychology for Effective Teaching. New York: Holt. Rinehart and Winstan Inc., 1965.

Murray, Rutt and Judith Zenter. "Assessment and Health Promotion for the Person in Lather Maturity", Nursing Assessment and Health Prometion Through the Life Span. New Jursey: Prentice Hall. 97; June, 1980.

Myers, John Earl. "Aging and Psychological distress:Assessing the importance of economic resources and social support". Case Western Reseve University, 1992.

O'Neil, M.K. and E. Maziali. "Depression in University Clin", Canadian Psychiatric Association Journal. 7:477-481;November,1976.

Palmore, E.B., G.G. Fillenbaum and L.K.George. "Consequences of Retirement", Journal of Gerontology. 39: 10-116; January, 1984.

Reinhardt, Joann P. "Kinskip versus friendship;Social Adaptation in Married and W:wed Elderly Woman, "Dissertation Abstracts International. 49:4:1410B ; 1988.

Spreitzer, Elmer and Eldon E. Synder. "Gorrelates of Life. Satisfaction Among the Aged", Journal of Gerontology. 29:454-458;April 1974.

Sutterley, D.C., and Donelly., C.F. Coping with Stress. London:Aspen Systems Corporation, 1982.

WHO Report of study Group and Young People snd "Health for all by the Year 2000", :Young People's Health: a challenge for Society, 1986.

ภาคผนวก ก.

ด่วนมาก

ที่ ทม 0806.05/สฐ1

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
270 พระรามที่ 6 ราชเทวี กทม 10400

16 กรกฎาคม 2540

เรื่อง อนุญาตให้ทำแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตไปใช้

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

อ้างถึงหนังสือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ ทม. 1007/2769 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2540

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่านางสาวทัศน์ย์ ทองมาก นิสิตระดับปริญญาโท ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีความประสงค์ขออนุญาตนำแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ) ฉบับภาษาไทยไปใช้ในการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร" ความละเอียดทราบแล้ว นั้น

ผม ยินดีอนุญาตให้นำแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ) ฉบับภาษาไทย ไปใช้ พร้อมนี้ได้แนบรายละเอียดเพิ่มเติมการใช้แบบคัดกรอง และโปรดแจ้งผลการใช้แบบคัดกรองด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์)

สำนักงานภาควิชาฯ
โทร.2011478
โทรสาร 2459647

สำนักการแพทย์ รับเลขที่ 4914 วันที่ - 9 ก.ค. 2540 เวลา กรุงเทพมหานคร

ที่ ทม 1007/ 1765

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ

8 กรกฎาคม 2540

- 9 ก.ค. 2540
กองวิชาการ สนพ.
รับที่ 2420
วันที่ 9 ก.ค. 2540
เวลา 11.20 น.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวทัศนีย์ ทองมาก เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาการศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.ดร.อารี พันธ์มณี ประธาน
รศ.กมลรัตน์ กรีทอง กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอบันทึกเทปวิดีโอ และขอให้ผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2540 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายชูศักดิ์ ชัมภลิขิต)
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 2584119

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ

คำชี้แจงในการตอบ

กรุณาขีดเครื่องหมาย (/) ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ( ) 60-69 ปี ( ) 70-79 ปี
3. ระดับการศึกษา ( ) พออ่านออกเขียนได้ ( ) ระดับประถมศึกษา
   ( ) ระดับมัธยมศึกษา ( ) ระดับอุดมศึกษา
4. สถานภาพการสมรส ( ) คู่ ( ) โสด
   ( ) ไม่มีคู่ (หม้าย, หย่า, แยก)
5. ลักษณะครอบครัว ( ) ครอบครัวเดี่ยว ( ) ครอบครัวขยาย
6. รายได้ ( ) ไม่มีรายได้ ( ) ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน
   ( ) 2,500-7,000 บาท/เดือน ( ) 7,000 บาท/เดือน ขึ้นไป
7. ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา
   ( ) ประเภท ก ( ) ประเภท ข
   ( ) ประเภท ค ( ) ประเภท ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยขีดเครื่องหมาย ( ) หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสุขภาพและความรู้สึกของท่านมากที่สุดในปัจจุบัน หรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาขีดเพียงช่องเดียวและตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะที่ผ่านมานี้ท่าน

1. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้

( ) ดีกว่าปกติ

( ) เหมือนปกติ

( ) แย่กว่าปกติ

( ) แย่กว่าปกติมาก

2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ

( ) ไม่เลย

( ) ไม่มากกว่าปกติ

( ) ค่อนข้างมากกว่าปกติ

( ) มากกว่าปกติมาก

3. รู้สึกว่าสามารถเข้ากับคนอื่นได้ง่าย

( ) ดีกว่าปกติ

( ) เท่ากับปกติ

( ) น้อยกว่าปกติ

( ) น้อยกว่าปกติมาก

4. รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทับถมจนรับไม่ไหว

( ) ไม่เลย

( ) ไม่มากกว่าปกติ

( ) ค่อนข้างมากกว่าปกติ

( ) มากกว่าปกติมาก

ในที่นี้ขอยกตัวอย่างเพียง 4 ข้อ จาก 30 ข้อ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามสุขภาพจิตมาตฐาน

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวทัศนีย์ ทองมาก

เกิดวันที่ 27 พฤษภาคม 2501

สถานที่เกิด จังหวัดพัทลุง

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6

สถานที่ทำงานปัจจุบัน ศิกอาธุรกรรมหญิง 2 วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร 10300

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2514 ประถมศึกษา ร.ร.ป่าพะยอม พัทลุง

พ.ศ.2519 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร.ร.สตรีพัทลุง พัทลุง

พ.ศ.2532 ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ กรุงเทพฯ

พ.ศ.2527 การศึกษาบัณฑิต (พยาบาลศึกษา) วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ สมทบมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พ.ศ.2533 สาธารณสุขบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ.2540 การศึกษามหาบัณฑิต เอกจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยสูงอายุ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

ทัศนีย์ ทองมาก

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการศึกษา

ตุลาคม 2540

ความมุ่งหมายของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ เป็นผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วชิรพยาบาล จำนวน 100 คน เป็นเพศชาย 50 คน และเพศหญิง 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น จี เอช คิว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Pearson Product-Moment Correlation, t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

1. ตัวแปรด้านเพศ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนตัวแปรด้านอายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะของครอบครัว รายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

6. ผู้สูงอายุที่มีครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุที่ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

9. ตัวแปรด้านเพศ และระดับการศึกษา ส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปร ระดับอายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวรายได้ ประเภทของการเข้ารับบริการรักษาไม่ส่งผลต่อสุขภาพจิต

VARIABLE RELATED TO MENTAL HEALTH OF ELDER PATIENTS OF MEDICINE DEPARTMEN OF VAJIRA HOSPITAL IN BANGKOK

AN ABSTRACT

BY

TUSSANEE THONGMAK

Presented in partial fulfillment of the requirements for the

Master of Education degree in Educational Psychology

at Srinakharinwirot University

October 1997

The purposes of this research were to study the relationship among the status of sex, age, educational level, marital status, family status, economic status and type of service of mental health of the elder patients of Medicine Department of Vajira Hospital in Bangkok in the year 1997. The sample were consisted of 100 elder patients; 50 male and female elder patients. The instruments was the general health questionnaire (G.H.Q.). The data were analysed by Pearson Product Moment Correlation, t-test and one way analysis of varience.

The results were as follows:

1. Sex, educational level related to mental health of elder patients at .01 level of significance, but age, marital status, family status, economic status and type of service were not found related to mental health of elder patients.

2. There was significantly difference of mental health between male and female elder patients at .01 level.

3. There were no significantly difference of mental health among the elder patients with different ages.

4. There were significantly difference of mental health among the elder patients with different educational levels at .01 level.

5. There were no significantly difference of mental health among the elder patients with different marital status.

6. There were no significantly difference of mental health between the elder patients with different family status:nuclear family and extended family.

7. There were no significantly difference of mental health among the elder patients with different economic status.

8. There were no significantly difference of mental health among the elder patients with different types of service.

9. Sex, educational level effected to mental health of elder patients at .05 level of significance, but age, marital status, family status, economic status and type of service were not found effect to mental health of elder patients.