

๔.๕.๖๕๖
๑๑๖๖
๖.๕

สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

จันทิมา จารณศรี

๑๗ ก.ย. ๒๕๔๐

๒ ๑๐๖๖

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

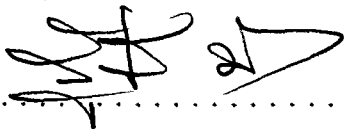
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ตุลาคม ๒๕๓๙

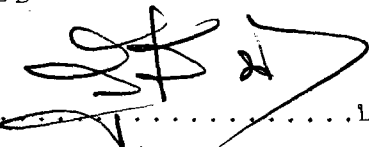
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและกรรมการสอบ ได้พิจารณาปริญญานิพนธ์
ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

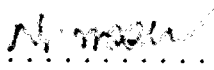
คณะกรรมการควบคุม


.....ประธาน
(รศ.สุจินต์ ปริษามารถ)
.....กรรมการ
(อ.พิมพ์ศรี โตอติเทพย์)

คณะกรรมการสอบ


.....ประธาน
(รศ.สุจินต์ ปริษามารถ)
.....กรรมการ
(อ.พิมพ์ศรี โตอติเทพย์)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อ.ร.ท.ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง ร.น.)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รศ.ดร.กำโชค เพื่อกสุวรรณ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 1๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2539

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ อาจารย์พิมพ์ศรี โตอดิเทพย์
ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการศึกษาค้นคว้าเป็นอย่างดี ผู้วิจัย
จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ อุเทน - คุณมาลัย จารณศรี
ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ธนา
นิลชัยโกวิทย์ ที่อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถาม จี เอช คิว เป็นเครื่องมือใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่กรมประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่สถาน-
สงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและบ้านบางละมุง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชราบ้านบางแคและบ้านบางละมุง ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้า
และเจ้าของเรื่อง บทความ งานวิจัย เอกสารและวารสารทุกเล่ม ที่ผู้วิจัย
ได้ศึกษาค้นคว้า คุณอรุณญา ไทยแท้ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำและช่วยเหลือมา
โดยตลอด ปริญญานิพนธ์ครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจาก
คุณสุนันท์ วงศ์ทองเหลือ คุณเกรกซ์ ใจหาญ คุณจุฑารัตน์ กัมพลานนท์ คุณ
นวลนภา จันทวงษ์ เรืออากาศตรีผจญ ชนะสมิตร เรืออากาศโทปราโมทย์
เคี่ยมมงคลกิจ คุณจันทร์จุฑา โพธิ์ทอง คุณวรารักษ์ เพชรบรม คุณสุณิสา
อิตตะภูมิ คุณจารุนันท์ แก้วทองนาค คุณอภิชัย กิตติกลยาวงศ์ คุณอุไรพร
จันทะอุ่มเม้า ว่าที่นาวาอากาศตรีหญิง บุษยา เวรุเมธา คุณกฤษณา ศรีเจริญ
คุณมนต์ชัย นววงศ์เสถียร และคุณสุพรรณ ว่องรักษ์สัตว์

ผู้วิจัยสำนึกในความกรุณาที่ได้รับจากทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้
ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมาในโอกาสนี้

จันทิมา จารณศรี

สารบัญ

บทที่

หน้า

1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	14
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	14
	ข้อตกลงเบื้องต้น	15
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	15
	นิยามศัพท์เฉพาะ	16
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	19
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	19
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	58
	การวิจัยในต่างประเทศ	58
	การวิจัยในประเทศ	61
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	68
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	69
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	69
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	69
	เกณฑ์การให้คะแนน	70
	การหาคุณภาพเครื่องมือ	70
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	71
	วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	71
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	72
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	74
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	74
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	74
	ผลการศึกษาค้นคว้า	75

5	บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	100
	บทย่อ	100
	ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	100
	วิธีดำเนินการวิจัย	100
	กลุ่มตัวอย่าง	100
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	100
	การวิเคราะห์ข้อมูล	101
	สรุปผลการค้นคว้า	101
	อภิปรายผล	103
	ข้อเสนอแนะ	113
	ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	114
		*
	บรรณานุกรม	116
	ภาคผนวก ก	127
	ภาคผนวก ข	130
	ประวัติย่อของผู้วิจัย	133

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	อายุขัยเฉลี่ยของประชากร จำแนกตามเพศ ทวีราชอาณาจักร และภาค พ.ศ. 2523-2543.....	2
2	ประมาณการประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ (1 ก.ค. July) ทวีราชอาณาจักร (Whole Kingdom).....	3
3	ประมาณการประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ (1 ก.ค. July) กรุงเทพมหานคร (BMA).....	5
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ.....	75
5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา....	76
6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพการสมรส.	77
7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการประกอบ อาชีพเดิม.....	78
8	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.	79
9	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภูมิลำเนาเดิม.....	80
10	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของการ เข้ารับบริการการสงเคราะห์.....	81
11	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระยะเวลาในการ เข้ารับบริการการสงเคราะห์.....	82
12	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสภาวะสุขภาพจิต...	83
13	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศกับสภาวะ สุขภาพจิต.....	84
14	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา กับสภาวะสุขภาพจิต.....	85
15	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพการสมรส กับสภาวะสุขภาพจิต.....	86
16	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการประกอบอาชีพเดิม กับสภาวะสุขภาพจิต.....	87

17	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ กับสภาวะสุขภาพจิต.....	88
18	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภูมิลำเนาเดิมกับ สภาวะสุขภาพจิต.....	89
19	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของการ เข้ารับบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิต.....	90
20	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระยะเวลาในการ เข้ารับบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิต.....	91
21	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ....	92
22	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับสภาวะสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ.....	93
23	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรสกับสภาวะสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ.....	94
24	ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพเดิมกับสภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ.....	95
25	ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับสภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ.....	96
26	ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิลำเนาเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ.....	97
27	ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการเข้ารับบริการ สงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	98
28	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	99

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพตามอายุ	28
2	ความเครียดกับการปรับตัวของคน	42
3	เปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคมของวัยรุ่นหนุ่มสาวกับวัยรุ่นสูงอายุ	53

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

จากการวางแผนครอบครัวที่ได้ผล โดยผลงานของทั้งภาครัฐบาลและเอกชนและความเจริญทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้อัตราการเกิดลดลง อัตราส่วนประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดต่ำ อัตราส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นขณะที่อัตราส่วนประชากรวัยทำงานค่อนข้างคงที่ ดังนั้นอัตราการเป็นภาระสำหรับประชากรสูงอายุจึงสูงขึ้นซึ่งจะเป็นปัญหาของสังคมของประเทศ เมื่อมองถึงจำนวนประชากรสูงอายุจากการศึกษาทางด้านประชากรศาสตร์ ประมาณว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า ทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงอายุถึง 200 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรโลกหรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรในทวีปเอเชียและแปซิฟิก (ประสพ รัตนกร .2524) แม้ว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยจากอดีตจนถึงปี 2522 มีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่มากนัก คือ อยู่ระหว่างร้อยละ 4.20 - 4.80 แต่เมื่อปี 2523 ประชากรสูงอายุได้เริ่มมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นกระจายอยู่ในส่วนภูมิภาคของประเทศไทยและถ้าประเทศไทยสามารถควบคุมอัตราการเกิดในระดับต่ำ ได้เป็นเวลานานอัตราประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นร้อยละ 7 และ ร้อยละ 7.80 ในปี 2543 และ ปี 2548 ตามลำดับ (คณะทำงานการคาดประมาณประชากรสำนักสถิติแห่งชาติ . 2524) จากการคาดประมาณโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล รายงานว่าเดือนกุมภาพันธ์ 2527 ประเทศไทยมีประชากร 50 ล้านคน เป็นชาย 25.10 ล้านคน หญิง 24.90 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2.70 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 54 ของประชากรไทยทั้งหมด คาดว่าอีกประมาณ 30 ปี นับจากปัจจุบันประชากรไทย 100 คนจะมีประชากรสูงอายุถึง 12 ล้านคน (บุญเลิศ เลี้ยงประไพ .2528)

จากการสำรวจทางสถิติพบว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุของไทยมีช่วงอายุยาวนานขึ้น คือ มีอายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี แต่ผู้ที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป กำลังมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ขณะนี้มีผู้สูงอายุในสังคมถึงประมาณ 4 ล้านคนเศษ ในขณะที่สาวชนไทยหรือผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีจำนวนประมาณ 7 ล้านคนเศษเท่านั้น (สัจจันต์ ปรีชา มารท. 2535 : 498) และจากการสำมะโนประชากรทั่วประเทศ ทุก 10 ปี ครั้งล่าสุดมีการสำมะโนประชากรในปี 2533 ได้มีการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยและในเขตกรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 2 และ 3 ตามลำดับ

ตาราง 1 อายุเฉลี่ยของประชากร จำแนกตามเพศ ที่วราธอาณัติกรและภาค

พ.ศ. 2523-2543

ภาค	2523-2528		2528-2533		2533-2538		2538-2543	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ที่วราธอาณัติกร	60.30	66.30	61.80	67.50	63.50	68.80	65.30	69.80
กรุงเทพมหานคร	67.40	73.40	69.10	74.80	71.10	76.20	73.00	77.30
ภาคมหานคร	65.80	71.80	67.50	73.20	69.40	74.50	71.30	75.60
ภาคกลางส่วนกลาง	65.70	71.70	67.40	73.10	69.30	74.40	71.20	75.50
ภาคกลางส่วนตะวันออก	63.20	69.20	64.80	70.50	66.60	71.80	68.40	72.80
ภาคกลางส่วนตะวันตก	63.10	69.10	64.70	70.40	66.50	71.70	68.30	72.70
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	57.20	63.00	58.60	64.20	60.30	65.40	62.00	66.30
ภาคเหนือ	57.60	63.60	59.10	64.80	60.70	66.00	62.40	67.00
ภาคใต้	58.90	64.90	60.40	66.20	62.10	67.40	63.80	68.40

ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2523-2558, คณะทำงานประมาณ

ประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร เมษายน 2529

ตาราง 2 ประมาณการประชากร จํานกตามกลุ่มอายุและเพศ (1 ก.ค. July) ทัวราชอาณาจักร (Whole Kingdom)

(พันคน in thousand)

กลุ่มอายุ	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543
Age Group	(1990)	(1991)	(1992)	(1993)	(1994)	(1995)	(1996)	(1997)	(1998)	(1999)	(2000)
0-4	2709	2709	2702	2692	2679	2664	2660	2643	2618	2588	2557
5-9	2809	2780	2756	2734	2711	2688	2670	2660	2654	2649	2640
10-14	2872	2866	2855	2841	2823	2802	2779	2753	2726	2701	2681
15-19	2828	2843	2854	2862	2865	2863	2858	2848	2834	2816	2795
20-24	2696	2723	2749	2774	2795	2813	2827	2838	2846	2850	2849
25-29	2512	2548	2581	2613	2643	2672	2695	2718	2740	2761	2778
30-34	2277	2324	2368	2410	2450	2487	2518	2547	2573	2599	2623
35-39	1972	2042	2102	2155	2205	2253	2297	2239	2377	2413	2446
40-44	1541	1611	1694	1783	1869	1946	2014	2073	2125	2172	2218
45-49	1320	1346	1375	1410	1456	1513	1582	1664	1751	1835	1910
50-54	1198	1218	1234	1248	1261	1285	1310	1339	1373	1418	1474
55-59	996	1036	1071	1102	1128	1150	1171	1187	1200	1216	1236
60-64	723	753	797	846	894	936	958	990	1026	1059	1083
65-69	531	542	554	574	607	653	686	721	758	799	848
70-74	391	406	419	429	438	447	454	466	486	515	553
75+	524	528	533	538	545	552	561	571	583	596	612
หญิง Female	27898	28275	28644	29011	29372	29726	30040	30357	30670	30987	31301

ตาราง 2 (ต่อ)

(พันคน in thousand)

กลุ่มอายุ Age Group	2533 (1990)	2534 (1991)	2535 (1992)	2536 (1993)	2537 (1994)	2538 (1995)	2539 (1996)	2540 (1997)	2541 (1998)	2542 (1999)	2543 (2000)
0-4	2788	2787	2778	2764	2749	2733	2730	2712	2687	2658	2628
5-9	2906	2872	2843	2816	2789	2762	2740	2727	2719	2713	2703
10-14	2978	2970	2957	2940	2919	2895	2868	2837	2805	2775	2751
15-19	2936	2950	2960	2966	2967	2963	2955	2943	2926	2906	2881
20-24	2793	2823	2851	2874	2895	2911	2928	2939	2945	2945	2941
25-29	2567	2605	2643	2683	2720	2753	2782	2809	2834	2857	2875
30-34	2311	2360	2402	2440	2477	2514	2545	2578	2613	2648	2680
35-39	1948	2023	2092	2155	2212	2264	2305	2339	2367	2395	2425
40-44	1507	1578	1658	1744	1828	1907	1978	2041	2098	2148	2193
45-49	1260	1288	1320	1360	1408	1466	1534	1611	1693	1773	1846
50-54	1138	1154	1166	1177	1191	1210	1237	1268	1305	1351	1406
55-59	944	977	1006	1031	1052	1070	1085	1097	1107	1120	1139
60-64	682	701	737	780	823	858	868	893	925	954	974
65-69	486	494	502	517	545	588	612	636	664	698	742
70-79	326	343	357	369	377	386	391	400	416	439	469
75+	371	374	378	383	389	396	405	415	427	439	452
ชาย Male	27941	28299	28650	28999	29341	29675	29963	30245	30531	30819	31105
รวม Total	55839	56574	57294	58010	58713	59401	60003	60602	61201	61806	62405

ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533-2563, กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีนาคม 2538

ตาราง 3 ประมาณการประชากร จำนวนตามกลุ่มอายุและเพศ (1 ก.ค. July) กรุงเทพมหานคร (BMA)

(พันคน in thousand)

กลุ่มอายุ Age Group	2533 (1990)	2534 (1991)	2535 (1992)	2536 (1993)	2537 (1994)	2538 (1995)	2539 (1996)	2540 (1997)	2541 (1998)	2542 (1999)	2543 (2000)
0-4	249	247	243	237	230	224	223	222	223	227	231
5-9	254	252	250	249	248	246	240	235	229	225	220
10-14	278	280	281	281	280	279	281	282	280	277	272
15-19	349	353	354	351	349	346	348	350	351	352	352
20-24	378	389	400	409	417	423	425	425	425	425	425
25-29	350	361	374	389	404	418	428	439	449	458	463
30-34	313	323	323	341	351	362	374	388	402	416	429
35-39	254	268	282	294	307	318	328	337	346	355	367
40-44	185	198	212	227	242	256	270	283	296	308	319
45-49	141	147	154	163	173	185	198	212	226	241	255
50-54	125	129	131	133	135	140	145	153	161	172	183
55-59	91	97	104	111	118	122	126	128	130	132	136
60-64	69	72	75	78	83	88	93	100	107	114	118
65-69	48	51	54	57	61	65	67	69	72	77	83
70-74	40	38	38	38	40	43	48	52	55	56	58
75+	50	52	54	56	58	60	60	62	64	66	67
หญิง Female	3174	3258	3338	3415	3496	3574	3654	3737	3817	3901	3980

ตาราง 3 (ต่อ)

(พันคน in thousand)

กลุ่มอายุ Age Group	2533 (1990)	2534 (1991)	2535 (1992)	2536 (1993)	2537 (1994)	2538 (1995)	2539 (1996)	2540 (1997)	2541 (1998)	2542 (1999)	2543 (2000)
0-4	258	256	252	245	238	232	230	230	231	235	240
5-9	265	262	258	256	255	252	245	239	233	229	224
10-14	278	280	281	280	279	277	278	276	273	270	265
15-19	313	317	319	322	323	323	327	328	328	326	325
20-24	353	358	361	364	366	368	371	374	377	380	382
25-29	340	348	357	368	377	384	389	393	395	398	402
30-34	308	318	326	333	340	348	356	365	375	384	391
35-39	240	254	269	283	296	308	317	323	330	336	344
40-44	178	189	201	213	225	239	252	266	279	290	300
45-49	131	137	145	154	164	175	186	197	209	221	234
50-54	117	120	121	122	123	127	133	140	149	159	169
55-59	83	89	95	102	107	111	114	115	116	118	121
60-64	59	61	64	68	73	77	81	87	94	100	104
65-69	40	42	44	46	49	53	54	56	59	63	69
70-79	30	29	29	30	31	33	37	39	42	43	44
75+	30	31	33	34	36	37	38	39	40	42	44
ชาย Male	3024	3091	3156	3220	3282	3345	3406	3467	3531	3595	3675
รวม Total	6198	6349	6495	6635	6778	6919	7061	7204	7348	7496	7637

ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533-2563, กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีนาคม 2538

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญ ในการที่จะพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า แต่การที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพนั้นมิใช่มุ่งแต่เฉพาะวัยเด็กและวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว หากละเลยวัยสูงอายุก็คงไม่ต่างไปจากการละเลยต่อทรัพยากรที่ทรงคุณค่า เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตมากมายและมีความรู้ความสามารถในด้านใดด้านหนึ่งเป็นอย่างดี จึงเป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขรอบคอบมองการณ์ไกล มีการคาดคะเนและมีการตัดสินใจที่ดี ผู้สูงอายุบางคนก็ยังแข็งแรงมีความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกายที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม จึงนับเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าไม่ควรที่จะละเลย

ประเทศไทย ถือว่าประชากรสูงอายุหมายถึง ประชากรของประเทศที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการเกษียณอายุราชการซึ่งแตกต่างจากการกำหนดของประเทศทางตะวันตกและประเทศสหรัฐอเมริกา คือ กำหนดไว้ว่าจะต้องมีอายุ 65 ปีขึ้นไป วัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์เป็นวัยที่เกษียณจากการทำงาน มีสภาวะการเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจซึ่งอาจมีความเจ็บป่วยร่วมด้วย

ความสำคัญของผู้สูงอายุได้ประจักษ์ชัดขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จากการให้ความสนใจ ตลอดจนการให้บริการผู้สูงอายุทั้งต่างประเทศและภายในประเทศ เช่น การให้บริการผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน ที่จะให้เงินบำนาญเมื่อเกษียณอายุ (65 ปี) ให้เพียงพอในการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีอาหารมีที่อยู่อาศัย สามารถเดินทางไปต่างประเทศเพื่อทัศนศึกษาได้ (บรรลุศิริพานิช, 2526 : 8) ในประเทศไทยก็ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ปี 2529 กล่าวถึงแผนงานในการพัฒนาคุณภาพของประชากรไว้ว่า

การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่ได้ดำเนินงานมาแล้วในงานสาธารณสุขมูลฐานยังไม่ได้เน้นถึงประชาชนอีกวัยหนึ่ง คือ "วัยสูงอายุ"

ฉะนั้นการที่จะให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพอนามัยทุกเพศทุกวัยไปพร้อมๆกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องจัดให้มีการส่งเสริมอนามัยของผู้สูงอายุให้มีบทบาทและคุณค่าของความรู้หรือประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้สะสมมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะความรู้ด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี คุณธรรม จริยธรรม หากได้มีการถ่ายทอดและรับไว้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุและเป็นการเพิ่มบทบาทผู้สูงอายุให้กับครอบครัวและสังคมอีกด้วยอีกประการหนึ่ง ต้องส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทร่วมมือในการพัฒนาและช่วยเหลือผู้สูงอายุในชนบทไทย ให้มีคุณค่า และสำคัญสำหรับลูกหลานต่อไป

ปัญหาที่รัฐบาลต้องเร่งดำเนินการวางแผนเพื่อการรองรับประชากรสูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตและเพื่อการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ที่จะตามมาภายหลัง เช่น การขาดแคลนแรงงาน ปัญหาช่องว่างระหว่างวัย การบริการที่จะให้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต เพราะว่าผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงของควมมีอายุซึ่งเป็นต้นเหตุของความเครียดอย่างหนึ่งในชีวิตของมนุษย์และจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุต้องต่อสู้กับความเสื่อมถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทั้งการงานและการเงินการสูญเสียผู้เป็นที่รักเพื่อนฝูง การที่ต้องปรับตัวเองให้เข้ากับสังคมใหม่ เป็นสิ่งที่จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตทั้งสิ้นและเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่เฉพาะจะเกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น แต่เกิดกับทุกประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะกลุ่มประเทศอาเซียน

นายแพทย์อาคม สรรสุชาติ ขณะปฏิบัติงานเป็นจิตแพทย์ด้านจิตเวช โรงพยาบาลตำรวจ ได้รายงานเมื่อ พ.ศ. 2520 ว่ามีคนไทยป่วยเป็นโรคทางสุขภาพจิตถึง 11 ล้านคน ซึ่งในขณะนั้น ประชากรทั้งประเทศมีจำนวน 45 ล้านคน แสดงว่ามีคนประมาณหนึ่งในของประชากรทั้งประเทศป่วยทางใจ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วย "โรคจิต" ถึง 430,000 คน (ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ และสุจินต์ ปริษามารถ, 2526 : 40) นอกจากนี้นายแพทย์สุจิต สวรรณชีพ

หัวหน้าฝ่ายวิชาการ กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานไว้ในปี พ.ศ.2520 เช่นเดียวกันว่า คนไทยเป็น "โรคประสาท" ถึงร้อยละ 12 ของประชากรทั้งประเทศ และคนเหล่านี้มีสมรรถภาพในการทำงานได้เพียงร้อยละ 50-70 ของความสามารถปกติเท่านั้น อันจะมีผลเสียตามมาหลายประการ เช่น เสียค่ารักษาพยาบาลปีละมากกว่า 100 ล้านบาท เป็นภาระเลี้ยงดูของครอบครัว ผู้อยู่ใกล้ชิด และคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว ก็พลอยมีอาการของโรค และเพิ่มความเสียหายมากยิ่งขึ้นอีกด้วย (บัญญัติ สมบูรณ์ศิลป์ และสุจินต์ ปรีชามารถ. 2526 : 40) จากรายงานโรคจิตและภาวะความแปรปรวนทางจิต ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมผลการปฏิบัติงาน ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขกลาง ฝ่ายประมวลและจัดสรรข้อมูล กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2522-2525 พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตและภาวะแปรปรวนทางจิตทั่วประเทศ จำนวน 166,215 คน 363,394 คน 531,567 คน และ 647,556 คน ตามลำดับ (กองสุขภาพจิต. 2527:12) และนายแพทย์อุดม ลักษณะวิจารณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ได้รายงานเมื่อ พ.ศ.2532 ว่า คนไทยป่วยเป็นโรคประสาทที่เข้ามารับการรักษาตามโรงพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวง และสังกัดกรมการแพทย์ ประมาณ 1,781,775 ราย ในจำนวนนี้มีอาการป่วยด้วยโรคจิตขนาดหนัก หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า "เป็นบ้า" ต้องรับเป็นผู้ป่วยในประมาณ 76,957 ราย ที่เหลือเป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการที่ยังไม่รุนแรง และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคประสาท และพบว่าแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคประสาทเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปีละประมาณร้อยละ 5-10 ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ.2534 จะมีผู้ป่วยมากขึ้นไม่ต่ำกว่า 2 ล้านคน และนายแพทย์อุดม ลักษณะวิจารณ์ ยังกล่าวถึงสถิติขององค์การอนามัยโลกว่า ทุกประเทศจะมีประชากรที่ป่วยเป็นโรคจิตหรือบ้าอยู่ร้อยละ 1 ซึ่งก็เท่ากับว่าเวลานี้ ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตหรือบ้า ประมาณ 550,000 คน และเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐด้วยแล้วน้อยมาก ดังนั้นในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (2535 - 2539) รัฐบาลจึงได้กำหนดแผนการขยายงานรักษาผู้ป่วยโรคนี้ไปสู่ประชาชนทั่วประเทศ โดยใช้โรงพยาบาลทุกจังหวัดและ

สาธารณสุขที่มีอยู่ทั่วประเทศ ให้มีบริการทางด้านจิตเวชด้วย คนที่ป่วยแล้วไม่มารักษาเพราะพอทนได้ จะได้มีโอกาสเข้ารับการรักษามากขึ้น และจากการสำรวจครั้งล่าสุดพบว่า คนในกรุงเทพฯ เป็นโรคประสาทประมาณร้อยละ 12 ซึ่งก็เท่ากับ 960,000 คน ส่วนในต่างจังหวัดจะลดน้อยลงไปมาก เพราะความแออัดของคนที่ย้ายมาอยู่ ชีวิตที่ต้องแข่งขัน ปัญหาที่อยู่อาศัย ตลอดจนปัญหาการจราจร เหล่านี้ย่อมสร้างความเครียดให้เกิดขึ้นกับชาวกรุงเทพฯ อย่างมาก และนับวันจะมากขึ้นทุกที (สุจินต์ ปริษามารถ. 2535 : 3) เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2538 นพ.ชูติย์ บานปรีชา อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผยถึงสาเหตุที่ทำให้คนไทยมีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางด้านจิตใจกันมากในรอบปี 2538 มี 3 ประการ คือ

1. การใช้ชีวิตเริ่มมีอุปสรรคเพิ่มมากขึ้น มีปัญหาที่แก้ไม่ตก เช่น ด้านเศรษฐกิจต้องแข่งขันกันตลอดเวลา ทำให้คนเห็นแก่ตัวกว่าสมัยก่อน
2. ปัญหาครอบครัวเพราะพ่อแม่ไม่ค่อยมีเวลาให้ลูกทำให้เด็กรู้สึกว่าได้ไม่ได้รับความช่วยเหลือ สภาพจิตใจเริ่มบอบบางกว่าสมัยก่อน
3. สิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความปลอดภัยในชีวิต รวมไปถึงเหตุการณ์จากสังคมมาเข้าตัว เช่น น้ำท่วม หุ่นตก สูญเสียคนรัก สูญเสียชื่อเสียง ซึ่งอาจทำให้เครียดกว่าปรกติได้ จากการไปเยี่ยมหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตประมาณร้อยละ 50 มีผู้ไปขอบริการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากจะเทียบกับอัตราการเพิ่มของประชากรมีแค่ร้อยละ 1.30 ขณะที่อัตราการไปใช้บริการจิตแพทย์มีสูงถึงร้อยละ 3 หากจะตีค่าเป็นตัวเลขเกือบ 300,000 รายเลยทีเดียวในปี 2539 คงจะเพิ่มมากขึ้น นพ.ชูติย์ได้เสนอแนะว่า หากมีความรู้สึกไม่สบายใจผู้ป่วยควรจะไปพบจิตแพทย์ เพราะไม่ใช่เรื่องน่าอาย คนที่ไปหาจิตแพทย์ไม่ใช่ผู้ที่ เป็นโรคจิตเสมอไป การได้พูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญจะเป็นการดีเสียด้วยซ้ำที่จะทำให้จิตใจของคนเราปลอดโปร่งสบายใจ (หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. 1 มกราคม 2539. : 23)

จากข้อความข้างต้นจะเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพของประชาชนจะต้องครอบคลุมทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุจะเป็นการส่งเสริมคุณค่า

และให้ความสำคัญในบทบาทต่างๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคคลในช่วงวัย
สุดท้ายเป็นประชากรที่มีคุณภาพ ซึ่งหมายความว่าต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้ง
ด้านร่างกายและจิตใจ จากผลการวิจัยเรื่องความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับ
ตนเองของคนชรา (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ สีนี กมลวาทีน และประสิทธิ์
รักไทยดี. 2523 : 263) พบว่าปัญหาเด่นของคนชราไทยคือ ปัญหาทางด้าน
จิตใจและการปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว
ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนว
คิดปัจจุบันในวงการสุขภาพที่ว่า สุขภาพกายที่ดีย่อมมาจากสุขภาพจิตที่ดี
ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีย่อมมีชีวิตในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข
ดังคำขวัญที่ว่า "สุขภาพจิตดี ชีวิตยืนยาว" (กรมการแพทย์. 2529 : 2) ใน
บั้นปลายของชีวิตมนุษย์ ควรจะได้รับความสุขตามวัย ความปรารถนาในความ
สุขของผู้สูงอายุ คือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ และการมีสุขภาพจิตที่เป็นปกติ
เวลาของการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ จะมีความสัมพันธ์กันโดยตรงกับความเจริญ
และความเสื่อมถอยของเซลล์ในร่างกาย ในวัยสูงอายุสภาพร่างกายจะมี
ความเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าความเจริญ ทำให้เกิดพยาธิสภาพ
ในอวัยวะต่างๆ ได้ ซึ่งโดยทั่วไป มีความไวต่อการเป็นโรคเกิดโรค
ได้ง่ายกว่า และรักษาโรคได้ยากกว่าคนในวัยอื่น ผู้สูงอายุไม่สามารถจะ
หลีกเลี่ยงธรรมชาติการเสื่อมของระบบและอวัยวะของร่างกายได้ (เสาวณีย์.
2524) กล่าวได้ว่า ความต้องการที่สำคัญ และจำเป็นมากอย่างหนึ่งของ
ผู้สูงอายุ คือ ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัย ด้วยผู้สูงอายุประสบกับ
ความเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน เช่น ความเปลี่ยนแปลง
ทางร่างกายทางด้านจิตใจและอารมณ์ ตลอดจนความเปลี่ยนแปลงทางด้าน
เศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียรายได้ หน้าที่การงาน และอำนาจ
ซึ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมาก

กล่าวได้ว่าสิ่งสำคัญที่สุดในการจะดำรงชีวิตต่อไปของผู้สูงอายุ คือ
การมีสุขภาพที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต หลายประเทศพยายามทำการ
รณรงค์และหาทางช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้มีการกินคืออยู่ดีในบั้นปลายชีวิต มี

การสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุรวมทั้งการจัดให้มีการบริการ การวางแผน การจัดองค์การ การจัดระบบการเงินการงานแก่ผู้สูงอายุ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีลดภาระสังคมและภาระของประเทศ แต่ในประเทศไทย ปัญหาผู้สูงอายุขณะนี้ยังไม่ใช่ว่าปัญหาสำคัญ ในอดีตของผู้สูงอายุจะถูกมองข้ามมาโดยตลอด แต่ในอนาคตปัญหาของผู้สูงอายุควรจะถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณา โดยเฉพาะในด้านของปัจจัยสี่ (กรมาศ วุฒิสุข.2533 : 1-3) ปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ด้อยการศึกษา ทำให้ขาดข้อมูลและความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้นของตนเอง มาตั้งแต่วัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และเข้าสู่วัยชรา ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลต่อเนื่องกันตลอดช่วงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าที่ควร และจากการที่ถูกมองข้ามความสำคัญของปัญหา ประกอบกับความจำกัดของทรัพยากรทำให้การบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุยังดำเนินการอยู่ในวงแคบ และไม่เพียงพอกับสภาพปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุบางคนไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง บางรายมีปัญหาสุขภาพอนามัยและขาดผู้ดูแลจึงทำให้การดำเนินชีวิตไม่ราบรื่น อันเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุแยกตัวอยู่ตามลำพัง บางรายต้องพึ่งสถานสงเคราะห์คนชรา (นันทนีย์ ไชยสุต . 2525 : 25) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่ปรารถนาการได้มีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข เป็นสิ่งที่เขาต้องการ (จงเจิน บุญวัง . 2525 : 3) ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยเหลือให้บุคคลเหล่านี้ ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีอันเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตในบั้นปลายตามที่คุณสูงอายุและมนุษย์ทุกคนต้องการ (เขาวลัทธิ มหาสิทธิวัฒน์ . 2529 : 3) จากการศึกษากองอดราพร บุณนาค พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้นบางแคว คือ รู้สึกว่าตนเองอยู่กับครอบครัวไม่มีความสุขร้อยละ 21.33 ปกติผู้สูงอายุย่อมมีความต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และยกย่องนับถือจากครอบครัว แต่เมื่อผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับครอบครัวไม่ได้ (อดราพร บุณนาค .2518 : 100) พิรสิทธิ์ คำนวนเฉลิม สินี กมลนาวัน และประเสริฐ

รักไทยดี พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการเข้ารับการสงเคราะห์คือ ไม่มีใครเลี้ยงดู และลูกหลายไม่เอาใจใส่ร้อยละ 25 ไม่มีทรัพย์สินที่อยู่อาศัยร้อยละ 17 และไม่ยากเป็นภาระแก่ครอบครัวร้อยละ 10 (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ สินี กมลนาวันและประเสริฐ รักไทยดี .2523 : 42) และการศึกษาของบุญยืน สุภาพ พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราคือปัญหาเศรษฐกิจและการดำรงชีวิต (บุญยืน สุภาพ.2522 : 93-95) และผลการศึกษาของกมลลา แสงสีทอง สอดคล้องกับรายงานการประเมินผลโครงการผู้สูงอายุของกองวิชาการ กรมประชาสงเคราะห์ในปี 2525 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่เข้ารับการสงเคราะห์คือ ไม่มีญาติพี่น้องอุปการะ เข้ากับญาติไม่ได้ อยู่บ้านไม่มีความสุข และต้องการมาอยู่เนื่องจากสุขภาพไม่ดี ทำงานไม่ไหว ไม่อยากกรบวณญาติ (กมลลา แสงสีทอง . 2526 : 19) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ลูกหลายไม่ต้องการเลี้ยงดูผลักไสให้ไปอยู่กับคนอื่นที่ไม่คุ้นเคย ทำให้คุณค่าของตนเองลดลง และมีผลทำให้เกิดความซึมเศร้าตามมา มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรควิตกกังวลและโรคประสาทซึมเศร้า เปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยกับครอบครัวในชุมชนและผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราพบว่า อุบัติการณ์ของโรควิตกกังวล และโรคประสาทซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวมีเพียงร้อยละ 15 และอุบัติการณ์ของโรคนี้มีในประชากรทั่วไปเพียงร้อยละ 3.20 ในเพศชายร้อยละ 8.4-14.80 ในเพศหญิง และในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีถึงร้อยละ 20-25 (วรัญญู ตันชัยสวัสดิ์และบุญนำ วงศ์เชาวน์วัฒน์.2528 : 170-171)

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ในด้านต่าง ๆ เช่น เคยทำงานมีรายได้เลี้ยงชีพตนเอง เมื่อไม่ได้ทำก็ต้องพึ่งบุตรหลาน ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยมีความเชื่อว่าระดับความแตกต่างกันทางเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ การสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กับตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า -

1. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการปรับปรุงและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค
2. เพื่อให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโอกาสต่อไป
4. เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามตัวแปรต่าง ๆ ในโอกาสต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาจะต้อง เป็นบุคคลที่มีความจำสมบูรณ์ ไม่เลอะเลือนหรือหลงลืม

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

เป็นผู้สูงอายุซึ่งมาใช้บริการและพักในสถานสงเคราะห์คนชรา - บ้านบางแค ซึ่งตั้งอยู่เลขที่ 81 ถนนเพชรเกษม แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 338 คน เป็นชาย 51 คน และเป็นหญิง 287 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุซึ่งมาใช้บริการและพักอยู่ที่สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีจำนวน 338 คน เป็นชาย 51 คน และเป็นหญิง 287 คน

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ สภาพของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการของสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค จำแนกตามลักษณะดังนี้

3.1.1 เพศ

3.1.2 ระดับการศึกษา

3.1.3 สถานภาพการสมรส

3.1.4 อาชีพเดิม

3.1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ

3.1.6 ภูมิลำเนาเดิม

3.1.7 ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

3.1.8 ระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

3.2 ตัวแปรตาม คือ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะของบุคคลด้วยความรู้สึกที่มีต่อตนเองมีต่อผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดจน ความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถาม จี เอชคิว (G.H.Q. = General Health Questionnaire)

2. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค หมายถึง ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 3 ประเภท ได้แก่

2.1 ประเภทสามัญ ทางสถานสงเคราะห์คนชรา จะให้การอุปการะด้วยปัจจัยสี่โดยผู้เข้ารับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

2.2 ประเภทเสียค่าบริการ ห้องเดี่ยวเดือนละ 550 บาท (ต่อ 1 คน) และห้องคู่เสียค่าบริการเดือนละ 1,060 บาท (ต่อ 2 คน) โดยสถานสงเคราะห์คนชราจัดเครื่องใช้ที่จำเป็นพร้อมทั้งอาหาร 3 มื้อ และการทำความสะอาดประจำวันให้

2.3 ประเภทบังกาโล ซึ่งสถานสงเคราะห์คนชราอนุญาตให้คนชราปลูกบ้านพักตามแบบที่กำหนดบริเวณสถานสงเคราะห์ได้

3. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาสามารถแบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 179)

3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

3.2 ระดับประถมศึกษา

3.3 ระดับมัธยมศึกษา

3.4 ระดับอุดมศึกษา

4. สถานภาพสมรส หมายถึง สภาพสมรสเดิมของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ก่อนที่จะมาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค แบ่งได้ ดังนี้

4.1 โสด

4.2 คู่

4.3 หย่าร้าง

4.4 คู่สมรสเสียชีวิต

5. อาชีพเดิม หมายถึง งานหลักที่เคยทำอยู่เดิมของผู้สูงอายุ
แบ่งได้ ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2532 : 2)

5.1 รับราชการ หมายถึง ผู้ทำงานในหน่วยงานราชการหรือ
รัฐวิสาหกิจ รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศโดยได้รับค่าจ้าง

5.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่ทำงานโดยได้รับค่าจ้างจากนายจ้าง
ซึ่งไม่ใช่หน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจหรือองค์การระหว่างประเทศ

5.3 ค้าขาย หมายถึง ผู้ประกอบการค้าทุกชนิด รวมทั้งหาบเร่
และแผงลอย

5.4 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ซึ่งทำงานเกษตรในไร่นา ทำสวน
หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย

5.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เช่น พ่อบ้าน แม่บ้าน

6. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ
ผู้สูงอายุที่ได้รับจากบุตรหลานหรือผู้อุปการะ ขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา
บ้านบางแค แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 45)

6.1 รายได้น้อยกว่า 750 บาทต่อเดือน

6.2 รายได้ 750 - 1,500 บาทต่อเดือน

6.3 รายได้ 1,501 - 2,000 บาทต่อเดือน

6.4 รายได้ 2,001 - 2,500 บาทต่อเดือน

6.5 รายได้ 2,501 - 3,000 บาทต่อเดือน

6.6 รายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

7. ภูมิสำเนาเดิม หมายถึง ถิ่นที่อยู่เดิมของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้
(สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2533 : 10)

7.1 ภาคเหนือ

7.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

7.3 ภาคกลาง

7.4 ภาคใต้

7.5 กรุงเทพมหานคร

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากความมีอายุ ทฤษฎีของความมีอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิตของวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การดำรงรักษาสุขภาพจิต การพัฒนาตนเองทางร่างกายและจิตใจ การวางแผนชีวิต การคำนวณของครอบครัว สัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดในบทนี้

ความหมายของสุขภาพจิต

มีผู้ให้ความหมายและกล่าวถึง ลักษณะและความหมายของสุขภาพจิตไว้มากมาย ซึ่งขึ้นกับแนวคิดและทฤษฎี ดังต่อไปนี้

มูลี (Mouly. 1965 : 165-167) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เพื่อการปรับตัว เพื่อสัมพันธ์ทางอันดีงามระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เช่น เพศ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสภาพสังคม

จาโฮดา (Jahoda. 1970 : 28-35) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การที่มีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละคนนั้น จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 6 ประการ ตามเกณฑ์

ที่ จาโฮตา ได้เสนอไว้คือ เจตคติที่มีต่อตนเอง การสร้างความเจริญเติบโต และพัฒนาการให้บังเกิดขึ้นแก่ตนเอง การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง การมีอิสระภาพในการปกครองตนเอง การรับรู้ความเป็นจริงและความรอบรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว

ศาสตราจารย์นายแพทย์พน แสงสิงแก้ว (2510 : 256) ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิต ไว้ว่า เป็นภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพและผู้ที่มีความสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่สามารถปรับตัวตนเองอยู่ได้ด้วยความสุขในโลก ซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้ หรือสุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมากๆ ได้มีประสิทธิภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคนอื่น ๆ (2518 : 4) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ความต้องการของเราเองที่จะทำให้มีความสุข ความสงบทางจิตใจ มีความสนุกสนาน ร่าเริง ตลอดจนความพึงพอใจต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคมที่อาศัยอยู่

นายแพทย์สมพงษ์ รังสีพรหมณกุล (2525 : 1) กล่าวว่า ผู้มีสุขภาพจิตดีนั้น ต้องเป็นผู้มองโลกในแง่ดี พึ่งตนเองได้ พึ่งผู้อื่นได้บ้าง และให้ผู้อื่นพึ่งได้บ้าง สามารถทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น สามารถปรับตัวให้เข้ากับปัญหาอุปสรรคของชีวิตได้โดยไม่เสียดุลยภาพ เป็นผู้สำรวจตนเอง มองตนเองอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง รู้สึกในคุณค่าและขอบเขตของตนเอง มีความพอใจในสถานภาพของตนและรู้สึกมีความมั่นคงในชีวิต พอใจในบทบาท และหน้าที่แห่งตนเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต แล้วปรับปรุงแก้ไขตัวเองเสมอ มีความอยากรู้อยากเห็นหรือใฝ่รู้ใฝ่เรียน มีความพอใจจะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มองผู้อื่นในแง่ดีเคารพให้ความสนใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้ใกล้ชิดมีความพร้อมที่จะร่วมมือประนีประนอมกับผู้อื่น มีการแสดงออกและควบคุมอารมณ์ของตนดี มีบุคลิกภาพเหมาะสมกับเพศ วัยและบทบาทของตน

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 78) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะที่คนเราสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตของตน คนที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทั้งในแง่ข้อเท็จจริงและอารมณ์ โดยการตอบสนองนั้นจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ ซึ่งมีได้หมายถึง เฉพาะการทนต่อเหตุการณ์ได้ในวันหนึ่งๆ เท่านั้น แต่ต้องสามารถส่งผลในทางเจริญงอกงามด้วย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง "ความสามารถของบุคคลที่ปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสัมพันธ์อันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ได้ , โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจเกิดขึ้น ทั้งนี้ คำว่า สุขภาพจิต มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะของบุคคลด้วยความรู้สึกที่มีต่อตนเองมีต่อผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน สามารถจำแนกคนในแง่สุขภาพจิตออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ผู้ที่ปรับตัวได้ดี หรือผู้ที่มีสุขภาพจิตดี (well adjusted person) และผู้ที่ปรับตัวได้ไม่ดี หรือผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี (Mal adjusted person) ส่วนพวกที่ปรับตัวได้ไม่ดี สามารถจำแนกออกได้เป็นสองระดับคือ ผู้ที่มีอาการโรคจิตหรือบ้า (Psychotic person) และผู้ที่มีอาการโรคประสาท (Neurotic person)

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต การที่จะมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ได้หรือไม่นั้น อาจเกิดจากตัวเอง เช่น กลไกต่างๆทางร่างกายและจิตใจปกติหรือสอดคล้องกัน และสิ่งแวดล้อมต่างๆที่อยู่รอบๆตัวบุคคลนั้น สนับสนุนให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไปอย่างสมบูรณ์ ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากกลไกต่างๆทางร่างกายและจิตใจผิดปกติ หรือไม่สอดคล้องกัน และสิ่งแวดล้อมต่างๆที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคลนั้นไม่สนับสนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกัน การเจริญเติบโตและการพัฒนาการด้านต่างๆ ก็จะทำให้เกิดปัญหาที่จะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดปัญหาที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต หรือสาเหตุที่ทำให้สุขภาพเสื่อม หรือผิดปกติมีอยู่หลายประการ ดังนี้ สุจินต์ ปริษามารถ (2535 : 16-39)

1. ความบกพร่องทางร่างกาย ความบกพร่องต่างๆของร่างกายย่อมจะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้นั้นด้วย เช่น หลังโกง ไหล่ห่อ ขาเบ้ ตาบอด หูหนวก นิ้วด้วน นิ้วเกิน ฯลฯ ความบกพร่องและผิดปกติเหล่านี้ ทำให้เกิดบดขยี้มีความละเอียดเกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ ทำให้เกิดภาวะความคับข้องใจ หรือเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจขึ้นได้ ถ้าหากแก้ไขภาวะดังกล่าวไม่ได้ ก็อาจทำให้สุขภาพจิตเสื่อมได้ ทั้งนี้ ความบกพร่องทางด้านร่างกายอาจจะเนื่องมาจากผลทางพันธุกรรม การทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติไป ตลอดจนลักษณะ อ้วน ผอม สูง เตี้ย ที่ผิดปกติเกินไปด้วย

2. ความสามารถทางสติปัญญาสูงหรือต่ำเกินไป คนที่มีสติปัญญาสูงเกินไปหรือฉลาดเกินไป มักจะคิดหรือทำอะไรรวดเร็วเกินไป จนคนอื่นตามไม่ทัน ทำให้ปรับตัวเข้ากับเพื่อนไม่ได้หรือบางครั้ง ใช้สื่อความหมายกับคนอื่นไม่รู้เรื่องกันก็มี คนที่มีสติปัญญาสูงมากบางคนเป็นคนผิดปกติไปก็มี ส่วนคนที่มีสติปัญญาต่ำ จะคิด จะทำ หรือพูดอะไรก็ไม่ค่อยจะทันเพื่อน ทำให้เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจในตัวเอง เช่น เรียนช้า คนที่ผิดหวังในด้านสติปัญญาของตนเอง

ทำให้เก็บตัวหรือแยกตัวเองออกจากเพื่อนฝูง หรืออาจแสดงพฤติกรรมในทาง
ไม่พึงปรารถนาออกมาทดแทน เช่น หนีโรงเรียน ก่ออาชญากรรม ตั้งช่องโง่
หรือถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย เช่น ถูกล่อลวงไปประกอบอาชีพโสเภณี
หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติด เป็นต้น จนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้เขา
ไม่สามารถปรับตัวเองเข้ากับสังคมนั้นได้

3. ความบกพร่องทางด้านครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันแรกและ
เป็นสถาบันที่สำคัญที่จะสร้างความมั่นคง ปลอดภัย ความรัก สุขนิสัย ความ
รู้สึกรับผิดชอบ ความมีระเบียบวินัยและความอบอุ่นของสมาชิกในครอบครัว
ถ้าหากครอบครัวใดมีความบกพร่องเกิดขึ้น จะเป็นหนทางนำไปสู่ความผิดปกติ
ทางสุขภาพจิตได้ ผลการศึกษาของ โบว์ลบี (Bowlby) จากเรื่อง
"Maternal Care and Mental Health" ได้ข้อสรุปไว้ว่า เด็กที่ขาด
ความรักตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่ง 5 ขวบนั้น เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตมาก
หรืออาจจะกล่าวได้ว่า สาเหตุความบกพร่องทางด้านครอบครัวจะมีผลทำให้
เกิดความบกพร่องทางสุขภาพจิตได้ ดังต่อไปนี้

3.1 พ่อแม่แยกกัน

3.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและเด็ก

3.3 การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง

3.3.1 การอบรมเลี้ยงดูแบบรักลูกมากเกินไปหรือปกป้อง
ลูกมากเกินไป (Overprotection)

3.3.2 การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยไม่เอาใจใส่
หรือเอาใจมากเกินไป (Overindulgent)

3.3.4 การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมลูกมากเกินไป
(Domination) หรือการอบรมเลี้ยงดูแบบอัตตาธิปไตย (Authoritarian)

3.4 ความแตกต่างของระดับทางสังคม และ เศรษฐกิจของแต่ละ
ครอบครัว

3.5 ความแตกต่างของระดับทางสังคมและเศรษฐกิจและการ
อบรมเลี้ยงดู

3.6 สภาพต่างๆของครอบครัวที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก

3.7 สภาพแวดล้อมทางบ้าน

4. สภาพต่างๆของชุมชนที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก สภาพ
ต่างๆของชุมชนที่แวดล้อมแล้ว แต่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กสภาพ
ต่างๆของชุมชน ได้แก่ ความยากจน ความอดอยาก ความวุ่นวายความไม่
เป็นระเบียบของสังคม ระดับค่าครองชีพที่ต่ำ การขาดโอกาสทางการศึกษา
การขาดแหล่งที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนคำจูน อุตกภัย ตลอดทั้งภัย
สงคราม ฯลฯ สภาพต่างๆเหล่านี้ มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลง การปรับตัว
และพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งของเด็ก แต่ความรุนแรงของสภาพการณ์ต่างๆ
ที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาหรือไม่นั้น อาจจะผ่อนคลายลงหากได้รับการเอาใจใส่
ดูแลและให้ความรัก ตลอดทั้งความเอื้ออาทรจากบิดามารดา

5. ความบกพร่องในด้านเศรษฐกิจของบุคคล โดยทั่วไปแล้วสภาพ
หรือฐานะเศรษฐกิจของส่วนบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งต่อการดำรงชีวิต
ของมนุษย์ฉะนั้น คนที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือยากจน ย่อมจะมีปัญหาทาง
สุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีฐานะทางการเงินดีกว่า ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจาก
ความยากจน อัดคัดขัดสน ทำให้เกิดความท้อแท้ใจหรือหมดอาลัยในชีวิต
ทำให้ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล และยังไม่สามารถ
แก้ปัญหาการครองชีพได้ ก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตเสื่อมโทรมลงไปอีก ดังนั้นปัญหา
ทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล จึงมีส่วนที่ช่วยทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ
จิตได้ทางหนึ่ง

6. ความบกพร่องทางด้านโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา ถ้าหาก
บุคคลกำลังอยู่ในวัยเรียนหรือวัยศึกษาอยู่ โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา

ก็มีส่วนทำให้มีผลกระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตของเด็ก หรือนักศึกษาได้ เช่นเดียวกัน เช่น

6.1 โรงเรียนสถาบันการศึกษามีระเบียบกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับต่างๆ เข้มงวดเกินไป

6.2 ครูอาจารย์ไม่เข้าใจเด็กและไม่สามารถ หรือนำหลักจิตวิทยามาประยุกต์ใช้กับการสอนหรือการปกครอง

6.3 โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา ไม่มีส่วนในการส่งเสริมให้เด็ก นิสิต นักศึกษา มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และขาดการเปิดโอกาสให้นักเรียน นิสิต นักศึกษาได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การกีฬา กิจกรรมนันทนาการ การพักผ่อนหย่อนใจ

6.4 โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

7. ความบกพร่องทางด้านสถานที่ทำงาน คนที่ทำงานย่อมจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในเวลากลางวัน ซึ่งเป็นเวลาสำคัญอยู่ ณ ที่ทำงาน ฉะนั้นสถานที่ทำงาน จึงมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของคนเรามากพอสมควร หากสถานที่ทำงานใดไม่เป็นไปตามที่เราต้องการและเราไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้นได้ก็ หมายถึง สุขภาพจิตเสื่อม มีลักษณะดังต่อไปนี้

7.1 สถานที่ทำงานมีข้อบังคับ ระเบียบขมขื่นมากเกินไป หรือ เข้มงวดกดขี่จนแบบกระดูกตัวไม่ได้

7.2 ผู้ร่วมงานขาดความเป็นกันเอง

7.3 จำใจต้องทำงานในอาชีพหรือสถานที่ที่ตนไม่ชอบ

7.4 สถานที่ทำงานผิดสุขลักษณะ

8. ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตของคนในเมืองใหญ่ๆ ที่มีคนอยู่กันอย่างหนาแน่นแออัดขัดแย้งจนเกินไป สภาพภาพของคนแตกต่างกันหลายระดับ ต้องแก่งแย่งและแข่งขันกันทำมาหากินเพื่อเลี้ยงชีพหรือต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของชีวิต ไม่สามารถแบ่งเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจหรือนันทนาการ ในอันที่จะผ่อนคลายความตึง

เครียดทางสมองของตน จากการทำงานตลอดเวลาชีวิตที่ขาดดุลยภาพไป เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด ความตึงเครียดทางอารมณ์และจิตใจขึ้นได้ง่าย และไม่มีโอกาสได้ผ่อนคลายความตึงเครียด อาจทำให้บุคลิกภาพเสื่อมสลาย และเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ง่าย

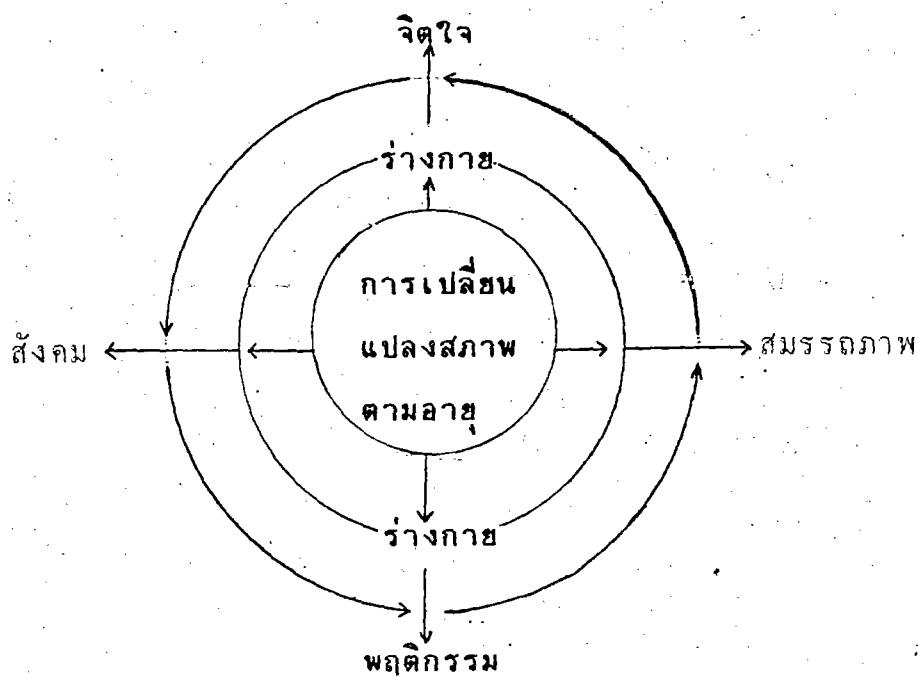
9. ความเจ็บป่วย คนที่เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายนาน ๆ ก็ ย่อมทำให้สภาพของจิตใจเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยประเภท เรื้อรังที่หายยาก หากประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีหรือยากจนด้วยแล้ว จิตใจทนต่อสภาวะเช่นนี้ไม่ได้ ก็อาจทำให้สุขภาพจิตเสื่อม และอาจนำไปสู่การ เป็นโรคจิตได้ง่าย

10. ความผิดหวังในชีวิต คนบางคนตั้งความหวังในชีวิตไว้สูงเกินไป เมื่อไม่สามารถทำได้ตามที่ตนคาดหวังก็ทำให้เกิดความผิดหวัง หากหาทางออกไม่ถูกไม่ เหมาะสม ก็อาจจะทำให้เกิดอารมณ์เครียด ท้อถอย หหมดหวัง และสิ้นหวัง ครุ่นคิดอยู่แต่ในสิ่งนั้น พังตัว อยู่ในความผิดหวัง จิตใจก็จะเปลี่ยนแปลงไป ในที่สุด สุขภาพจิตจะเสื่อมหรือเป็นโรคจิตได้

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นสาเหตุแห่งความบกพร่องทาง จิตนั้น เนื่องมาจากความบกพร่องหรือผิดปกติในสภาพทางชีววิทยา สภาพทาง จิตวิทยาและสภาพทางสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่ทำให้บุคคล ไม่สามารถปรับปรุงตัวเองเพื่อให้เข้ากับบุคคลอื่นและสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมได้ จึงมีผลทำให้สุขภาพจิตของบุคคลเสื่อมหรืออาจทำให้ เกิดเป็นโรคประสาทและโรคจิตขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากความมีอายุ

ความมีอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตซึ่งมีอัตราของการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันทั้ง โดยตัวบุคคล และระบบสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ ตลอดชีวิตของคน จะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอยู่ 2 ระยะ ระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงระยะนี้มีลักษณะไปในทางเจริญงอกงามและสร้างเสริม แต่การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 ที่เกิดขึ้นหลังอายุ 40 ปีไปแล้ว จะเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับระยะแรก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงจะเป็นการลดอัตราความเจริญงอกงามไปสู่ความเสื่อมซึ่งทำให้ 1) มีผลกระทบอย่างมากทั้งตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม 2) มีความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ 3) ความเสื่อมที่เกิดขึ้นจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ และ 4) การเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะบังเกิดขึ้นจากภายในเฉพาะตัวบุคคลเท่านั้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 นี้มีผลกระทบต่อตัวบุคคลมากทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม สมรรถภาพ จิตใจ และสังคม ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพตามอายุ

ที่มา : เกษม ตันติพลาชิวะ และ กุลยา ตันติพลาชิวะ . 2528 : 5

ทฤษฎีของควมมีอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ทฤษฎีของควมมีอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ โดยจะเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อไปจนสิ้นสุดอายุขัย

ของชีวิตนั้นๆ เป็นวัยที่มีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ แต่ไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่หมดหวังในชีวิตหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว อย่างไรก็ตาม เป็นการยากที่จะบอกว่าผู้ใด คือ ผู้สูงอายุ ดังนั้นอาจพิจารณาความมีอายุได้ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะและกุลยา ตันติผลาชีวะ . 2528 : 1-2)

1. การพิจารณาในแง่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงแรกสุด คือ สายตาจะยาวขึ้น ผมหงอก หูตึง เป็นต้น อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงด้านนี้ยังไม่เป็นที่บ่งชี้ชัดเจน เพราะบางคนเปลี่ยนแปลงเร็วมาก ถ้าเรายึดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตัดสินความมีอายุ ก็น่าจะเรียกได้ว่าเป็นการเริ่มมีอายุ ยังไม่ใช่ผู้สูงอายุจริงๆ

2. การพิจารณาความมีอายุในแง่สังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางสังคมกว้างขึ้น และมีความสำคัญในฐานะของผู้มีประสบการณ์ แต่ก็ขึ้นอยู่กับกรณีมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของคนๆ นั้นด้วย

3. การพิจารณาความมีอายุในแง่จิตใจผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นคนมีอายุจะมีลักษณะใจน้อย ยึดมั่นกับความคิดของตนเป็นหลัก ไม่ยอมรับผู้อื่น ไม่ค่อยยอมรับความรู้ใหม่ๆ หรือเปลี่ยนแปลงใดๆ อารมณ์ไม่มั่นคง จู้จี้ ขี้บ่น และถือตัว

4. การพิจารณาความมีอายุตามกฎหมาย ได้กำหนดความมีอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอน โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่างอายุ 55-65 ปี การกำหนดความมีอายุตามกฎหมายนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติกับการพิจารณาให้บำนาญบำนาญ สำหรับประเทศไทยกำหนดให้อายุ 60 ปี เป็นปีปลดเกษียณ

จากการที่มีผู้ให้ความสนใจ และอธิบายถึงความแตกต่างของความมีอายุ ทำให้เกิดทฤษฎีเกี่ยวกับความมีอายุขึ้นมากมาย นักทฤษฎีกล่าวถึงความมีอายุในแง่ต่างๆ กัน ทั้งในด้านชีวภาพและสังคม ในที่นี้เสนอทฤษฎีของความ

มีอายุ ชั่ง (จวีวรรณ แก้วพรหม. 2530: 26-28 ; อ้างอิงมาจาก (Ebersole and Hess. 1981:n.d.)

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) กล่าวว่า คนเป็นสิ่งมีชีวิตที่วิวัฒนาการอยู่เสมอๆ เป็นไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอด เมื่อมีอายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biologic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 อย่างคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเอง และองค์ประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ทฤษฎีนี้แบ่งเป็นทฤษฎีย่อย ได้แก่

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีนคาร์โบไฮเดรต และอื่นๆ จะทำให้เกิดพวกเรดิคัลอิสระ (Free Radical) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารที่ช่วยป้องกันเรดิคัลอิสระ (Free Radical) ได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ นอกจากนั้นพวกวิตามินเอ วิตามินซี และโนอาซีนยังช่วยจับเรดิคัลอิสระอีกด้วย

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

2.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunologic Theory) กล่าวถึง ขบวนการคุ้มกันโรคจะประกอบด้วย ขบวนการของบีเซลล์ (B-cell) กับทีเซลล์ (T-cell) ในร่างกาย บีเซลล์จะช่วยป้องกันการติดเชื้อพวก แบคทีเรีย ไวรัส ปฏิกริยานี้อยู่ที่พลาสมาเซลล์ ต่อมทอลซิล เยื่อลำไส้ และต่อมน้ำเหลือง ส่วนทีเซลล์เป็นพวกที่ทำให้เกิดการแพ้ซ้ำ และต่อต้านเนื้อเยื่อแปลกปลอม อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดก้อนเนื้ออีกด้วย ปฏิกริยานี้เป็นการทำงานของต่อมไทมัส และเซลล์ที่เกี่ยวข้อง

2.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลง และความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic mutation and error theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ ส่วนทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอ็นไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์มีผลต่อขบวนการเผาผลาญซึ่งอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากมีผลทำให้เสียชีวิต

2.5 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนในร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วคน เมื่ออายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศรีษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้น แม้จะมีอายุเท่ากัน

2.6 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) เชื่อว่า ถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามีการใช้มากทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

2.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียด และการปรับตัว (Stress-Adaptation Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

3. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญด้านจิตวิทยา กล่าวถึงความสำคัญของช่วงชีวิตในครั้งหลังจะมีผลมาจากครั้งแรกของชีวิต และพัฒนาการด้านจิตใจของมนุษย์ที่มีผลต่อมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง (Self concept) นอกจากนั้น ค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตอีกด้วย

4. ทฤษฎีทางด้านสังคม (Sociologic Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์เหตุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป

รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น นอกจากนั้น ทฤษฎีนี้ยังได้นำมาให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและให้ความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ควรจะลดความรับผิดชอบและลดความห่วงใยลูกหลานบ้าง จึงทำให้เป็นตัวของตัวเอง และพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อจะได้ใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข

จากทฤษฎีของควมมีอายุที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าทฤษฎีต่างๆ ได้อธิบายสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูงอายุ ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยจะเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรม สมรรถภาพจิตใจ และสังคม (เกษม ตันติพลลาชีวะ และกุลยา ตันติพลลาชีวะ 2528 : 5-19) สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ 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 หรือผิวดกกระ

1.2 ตา เลนส์ตาจะเสื่อม มีผลต่อความสามารถในการปรับระยะภาพสายตาวาวขึ้น

1.3 หู ความสามารถในการได้ยินน้อยลง

1.4 กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะถูกแทนที่ด้วยไขมัน เกิดความหย่อนยานและหย่น

1.5 กระดูก จะเปราะและหักง่าย ทำให้เกิดหลังโค้งงุ้ม

1.6 พัน จะเสื่อมสภาพ ต้องอาศัยพันปลอม มีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร

1.7 การดูดซึมอาหาร กระเพาะอาหารจะหลั่งเอ็นไซม์ทริพซิน และเปปซินในปริมาณที่ลดลงกว่าร้อยละ 20 ทำให้การย่อยอาหารไม่สมบูรณ์ และดูดซึมได้น้อย ความอยากอาหารน้อยลง

1.8 การเผาผลาญอาหาร อัตราการเผาผลาญอาหารลดลง

1.9 การไหลเวียนของโลหิตไม่ดี เนื่องจากหลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีอาการหน้ามืด เป็นลม

1.10 การขับถ่าย จะปัสสาวะบ่อย เพราะความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงร้อยละ 50 ของหนุ่มสาว บางรายอาจถ่ายปัสสาวะขัด โดยเฉพาะผู้ชายที่ต่อมลูกหมากโต และจะมีอาการท้องผูกจากระบบการย่อยอาหารไม่ปกติและมีกิจกรรมต่างๆ ของร่างกายลดลง

1.11 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการทำงานลดลง อาจเกิดจากภาวะเบาหวานหรือต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

1.12 ระบบประสาทส่วนกลาง จะเสื่อมลง อาจเกิดความสับสน หรืออาจนำไปสู่ภาวะโรคจิตในวัยสูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสัมพันธ์ทางสังคม โดยภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลงจากข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิดการกระทำ และการสื่อสาร สมรรถภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมากขึ้นตามลำดับ การยอมรับของสังคมต่อความมีอายุมักเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักประเมินความสามารถในแง่การปฏิบัติ ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่า ความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ สามารถทำงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว

ถ้าพิจารณาว่าการปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้สูงอายุจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมในลักษณะที่ออกจากสังคม ซึ่งมี 2 กรณี คือ 1) เป็นข้อกำหนดของสังคมให้ต้องออกจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้วยการปลดเกษียณ 2) ออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย โดยการละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิก เป็นที่ปรึกษาของครอบครัว เป็นผู้อยู่อาศัย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวนี้ เป็นความพอใจและยอมรับสภาพตามวัยของผู้สูงอายุ ระบบออกจากสังคมนี้ผู้สูงอายุจะสร้างสังคมใหม่ แต่เป็นสังคมย่อย ซึ่งไม่มีอิทธิพลกับสังคมใหญ่มากนัก

เมื่อพิจารณาถึงสังคมไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะในสังคมเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานครจะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนเกิดความขัดแย้งในความคิด คีลธรรมจรรยาและคุณค่าต่างๆ ในสังคม แต่เดิมสังคมมีความสนใจยกย่องผู้สูงอายุ แต่จากความบีบคั้นทางสังคมที่ทุกคนจะต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งเกิดความรู้สึกว่าเหงา และห่างเหินกับลูกหลาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในสังคมขนาดเล็กที่สุดลดน้อยลง ประกอบกับความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุค่อนข้างมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. ความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบ คือ

3.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก จึงมักขัดแย้งกับผู้อื่นน้อยกว่า

3.2 การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน อารมณ์ไม่มั่นคงการกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย

3.3 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อภาวะสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไป ตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน บางคนมุ่งสร้างชีวิตที่ดี บางคนมุ่งความสงบในชีวิต เข้าวัดถือศีลบางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

3.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมั่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย

4. การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ในวัยสูงอายุจะมีการปรับตัวให้เข้ากับ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พฤติกรรมของผู้สูงอายุแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เช่น ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ดี ก็จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่อย่างสงบมีกิจกรรมในสังคมพอสมควร ผู้สูงอายุบางท่านอาจมีพฤติกรรมถดถอย สิ้นหวัง ท้อแท้ต่อชีวิต เรียกร้องความสนใจ ในบางรายอาจมีการเจ็บป่วยทางจิตใจ และบางรายที่ท้อแท้มากอาจถึงทำอัตวินิบาตกรรม

5. การเปลี่ยนแปลงทางสมรรถภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติงาน ความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพในผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความจำกัดทางร่างกาย ขาดสิ่งจูงใจ เป็นต้น สมรรถภาพของผู้สูงอายุดังนี้

5.1 สมรรถภาพทางร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมช้าลง เพราะทักษะทางกล้ามเนื้อและพลังงานลดลง การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อและประสาทขาดประสิทธิภาพ

5.2 สมรรถภาพในการเรียนรู้ ผู้สูงอายุยังคงสามารถเรียนรู้ได้ แต่อัตราการเรียนรู้จะลดลง ซึ่งไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะขาดสมรรถภาพ

ในการเรียนรู้ อีกประการที่เป็นปัญหาต่อการเรียนรู้ คือ ความจำเฉพาะหน้า ลดลง ผู้สูงอายุจะลืมง่าย

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

5.4 สมรรถภาพทางเพศ จำแนกได้ 2 ประการ ประการแรก คือ ความสามารถในการสืบพันธุ์ ซึ่งผู้หญิงจะหมดไปเมื่อประจำเดือนหมด ส่วนผู้ชายมีความสามารถในการสืบพันธุ์ได้ตลอดอายุขัย ประการที่สอง สมรรถภาพทางเพศในแง่เพศสัมพันธ์ทั้งหญิงและชายจะจำกัดลง เนื่องจากความรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น กลัวทำให้ไม่มั่นใจและขาดความสุข วัฒนธรรมและค่านิยมที่ว่าผู้สูงอายุไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์ความเสื่อมของสุขภาพ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า สมรรถภาพทางเพศของผู้สูงอายุลดลง

5.5 ความสามารถในการแก้ปัญหา ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิม แต่การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความรู้เก่าและความรู้ใหม่รวมทั้งประสบการณ์ประกอบกันจะเป็นการยากต่อผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงสภาพของสังคมไทยในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ค่านิยมของการอยู่ร่วมกันของบุคคลในครอบครัว ดังเช่น ในอดีตเปลี่ยนไป คนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันน้อย พ่อ แม่ ญาติ พี่น้องต่างห่างเหินกัน นับวันผู้สูงอายุจะได้รับการคำนึงทางจิตใจลดลงตามลำดับความเครียดดังกล่าวของสังคม มีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ถ้าหากว่าผู้สูงอายุคนใดไม่สามารถควบคุมการปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ได้ การเกิดปัญหาของสุขภาพจิตก็จะเป็นผลตามมา

ปัญหาสุขภาพจิตของวัยสูงอายุ

ความมีอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาของกำเนิดชีวิต เมื่อเจริญเติบโตถึงที่สุดแล้วก็จะหยุด จากนั้นก็เริ่มเสื่อมถอยแล้วตายไป

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จะควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์ทางจิตใจตามอายุ กาลเวลา และประสบการณ์ทำให้คนรู้จักการปรับตัวที่จะคงความมีสุขภาพไว้ โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเครียดซึ่ง หมายถึงสาเหตุหรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ แล้วทำให้ร่างกายและจิตใจต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัว ถ้าหากการปรับตัวไม่สามารถรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ในขณะที่เกิดความเครียดไว้ได้ก็จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น

ปกติแล้ว คนเราจะใช้วิธีการปรับตัว เมื่อเกิดความเครียดทางจิตใจต่างๆกันด้วยการ

1. รับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ยอมรับความจริงแล้วปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้นๆ เมื่อเห็นว่าไม่ขัดกับความรู้สึกของตนและสังคมส่วนใหญ่ก็ยอมรับ ซึ่งเป็นการลดความเครียดของจิตใจ การไม่ยอมรับจะสร้างความคับข้องใจ ทำให้เครียดมากขึ้น จนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต

2. ใช้กลไกการปรับตัวโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

3. หาที่พึ่งและความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ เช่น การระบายออกด้วยการพูดสนทนา หรือขอคำแนะนำปรึกษาแล้วแต่ว่าปัญหาความเครียดนั้น มีลักษณะเป็นอย่างไร

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุก็เหมือนกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับวัยอื่นๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และผลของความเครียด สามารถก่อปัญหาทางจิตใจได้ทุกด้าน กล่าวคือ

1. ความเครียดทางร่างกาย (Physical stress) แบ่งตามปฏิกิริยาตอบสนองเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ความเครียดฉุกเฉิน (Emergency stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มักเนื่องจากความเจ็บป่วยกระทันหัน การเป็นโรคอุบัติเหตุ ซึ่งความเครียดทางร่างกายเหล่านี้ ผู้สูงอายุมักมีโอกาสประสบและเป็นปัญหาได้มากกว่าคนวัยอื่นๆ

1.2 ความเครียดต่อเนื่อง (Continuing stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวนาน ทำให้เกิดความท้อถอยและปรับตัวไม่ได้

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

2.1 ความเจ็บป่วยที่สร้างความสูญเสีย พิกการ สิ้นเปลืองหรือปัญหา จนกระทั่งผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขปัญหาได้

2.2 การสูญเสีย วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสพกับการสูญเสียมากและหลายด้านทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย สังคมและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียแต่ละสิ่งแต่ละอย่างต่างสร้างความเสื่อมถอยทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นคงของจิตใจและรู้สึกว่าตนเองถอยค้ำทางสังคมลง

การสูญเสียที่สามารถสร้างปัญหาทางจิตใจขึ้นมาได้นั้น มีหลาย
ประการ

- การสูญเสียสมรรถภาพเนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย
การเสื่อมสภาพตามวัย การคิด การเรียนรู้ การทำความเข้าใจ และการ
ตอบสนองช้าลง ไปกว่าเดิม จำไม่ค่อยได้ ขาดความแคล่วคล่องว่องไว ทำให้
ไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน
- การสูญเสียบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การขาดจาก
ตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ที่ต้อง
ใช้เวลาในการเตรียมและปรับตัว
- การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ทั้งทาง
ด้านความเป็นอยู่ ความคิด การเลี้ยงดูตนเอง
- การสูญเสียบุคคลที่รัก เช่น คู่สมรส ญาติและเพื่อนด้วย
การตายจาก
- การสูญเสียสุขภาพ เนื่องจากเสื่อมสภาพตามวัย และ
สูญเสียความสวยงามหรือความสง่างามที่เคยมีมาก่อน

การสูญเสียดังกล่าว มีผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งต้อง
การการปรับตัวอย่างมาก ลักษณะการปรับตัวระยะแรกเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น
จะมีอาการแสดงออกต่าง ๆ กัน เช่น ซึมเศร้า รู้สึกไม่สบาย บวดยิ่ง กินข้าว
ไม่ลง หรือนอนไม่ค่อยหลับ ต่อเมื่อปรับตัวได้ จิตใจยอมรับอาการต่าง ๆ ก็จะ
ค่อยทุเลาและหายในที่สุด การปรับตัวที่เนื่องจากความสูญเสียที่ทำให้ยากก็คือ
การปรับตัวในระยะที่มีการสูญเสียคู่สมรส

2.3 การตาย การมีอายุมากขึ้นเท่าไรก็นับว่าเดินใกล้ความตาย
ไปมากเท่านั้น การตายจึงเป็นความเครียดชนิดหนึ่งของผู้สูงอายุ ซึ่งมีไม่น้อย
ที่เดียวที่กลัวความตาย ลักษณะการแสดงออกและความรุนแรงของการกลัวตาย
จะขึ้นอยู่กับความเชื่อ การศึกษา วัฒนธรรม และบุคลิกของคนๆ นั้น

3. ความเครียดทางสังคม (Social Stress) นอกจากความเสื่อมของร่างกาย และความเครียดทางจิตใจ จะเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตแล้ว ความเครียดทางสังคมก็เป็นสาเหตุสำคัญยิ่งอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์โดยตรงกับการครองชีวิตของคน พฤติกรรมของสังคมจะมีอิทธิพลต่อสภาวะการปรับตัวและปัญหาสุขภาพ ความเครียดของสังคมที่เกิดขึ้นต่อตัวบุคคล อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สภาพความเครียดทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่จะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญ มี 4 ประการ คือ

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม เดิมครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานอยู่ในฐานะควรแก่การเคารพบูชา การยอมรับนับถือ เมื่อรูปแบบของสังคมเปลี่ยนไป ในลักษณะของสังคมอุตสาหกรรมที่ต่างมองเห็นแต่ประโยชน์ตนเอง การแข่งขันมีมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกันลดลง ผู้สูงอายุไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรมการเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ ส่วนใหญ่สามารถหามาได้จากสังคมภายนอก ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญไป การยอมรับให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ ก็ขาดจากความสนใจของลูกหลานไปด้วย ในที่สุดผู้สูงอายุเมื่อแก่ตัวลง ก็จะพบกับความโดดเดี่ยวขาดที่พึ่งทางจิตใจทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตจะต้องใช้การปรับตัวมากขึ้นกว่าสมัยแต่ก่อนมามากขึ้นตามลำดับ

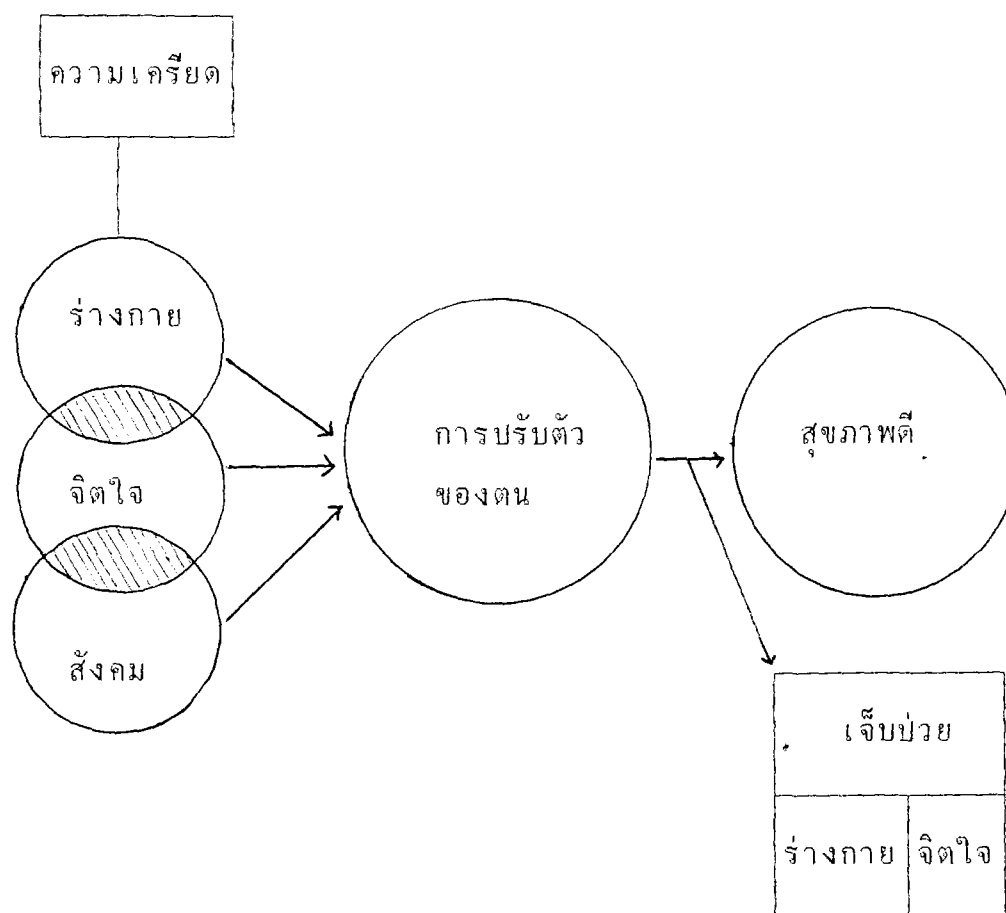
3.2 ความคับข้องใจทางสังคม การเป็นผู้สูงอายุ มิได้หมายความว่า จะเป็นผู้ขาดสมรรถภาพทั้งปวง หรือปลดระวางจากงานต่างๆ แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น ดังนั้นการปลดเกษียณ การที่ลูกหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้หยุดรับผิดชอบในภาระกิจต่างๆ ทางสังคมต่างเป็นผลกระทบต่องานจิตของผู้สูงอายุมาก ผู้สูงอายุจะรู้สึกน้อยใจและเสียใจการพิจารณาประสิทธิภาพและความสามารถในการ

ทำงานของผู้สูงอายุ แล้วมอบหน้าที่หรือภาระกิจให้ทำต่อเท่าที่ควรจะเป็นได้ จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีแล้วผู้สูงอายุจะค่อยๆ รับผิดชอบต่อตนเองในที่สุด

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่ความรับผิดชอบ งานหลักที่ต้องใช้ความคิดความนับใจจะลดลงเปลี่ยนไปเป็นผู้คอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลงตามลำดับ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออกสมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อน เกิดความเครียดสูง ซึ่งสามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจได้

3.4 การยอมรับของครอบครัว ในสภาพสังคมใหม่และค่านิยมของคนรุ่นใหม่กับความกตัญญูที่พึงมีแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพ่อแม่ในปัจจุบันเริ่มเสื่อมลงบุตรหลานและคนในครอบครัว จะมองไม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุในแง่ปัจจุบันที่ให้ประโยชน์ลดลงกว่าในอดีต ไม่สามารถหาเงินมาจุนเจือครอบครัวได้มากอย่างแต่ก่อน ไม่สามารถทำงานได้คล่องตัวเหมือนเดิม ในบางครั้งยังมีอาการเจ็บป่วยขึ้นด้วย คนเริ่มเห็นว่าผู้สูงอายุกำลังเป็นภาระและความรับผิดชอบที่เกินของครอบครัวเกิดการเกี่ยงกันที่จะเลี้ยงดู อ้างแต่ภาระกิจของตนเองเป็นหลักในที่สุดผู้สูงอายุก็ถูกผลักไสออกจากครอบครัว ต้องไปพึ่งสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ก็อาจทำให้มีปัญหาทางจิตใจเกิดขึ้น

ในขณะที่มีความเครียด ไม่ว่าจะสืบเนื่องมาจากร่างกาย จิตใจหรือสังคมก็ตาม คนจะปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล เพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหาความเครียดได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงความมีสุขภาพดี แต่ถ้าการปรับตัวนั้นไม่สมดุล โอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังปรากฏตามตารางภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ความเครียดกับการปรับตัวของคน

ที่มา : เกษม ตันตะพลาชีวะ และ กุลยา ตันติพลาชีวะ . 2528 : 83

จิตใจเป็นสิ่งที่ต้องการความเจริญเช่นเดียวกับร่างกาย การทำนุบำรุงจิตใจจึงควรทำคู่ไปกับการดูแลร่างกาย จิตใจ ที่ดีมักจะอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์วัยสูงอายุเป็นวัยที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ความเครียดที่เกิดขึ้นมักจะเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ถ้าร่างกายและจิตใจเกิดการไม่ยอมรับขึ้นมา

~ความผิดปกติทางจิตใจในวัยสูงอายุ เป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้ไม่น้อยโดยเกิดจากสาเหตุต่างๆกัน สามารถแบ่งตามสาเหตุได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากสมอง เสื่อมกับกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์สืบเนื่องมาจากความเครียดของชีวิต ที่ทำให้เกิดมีความผันแปรทางจิตใจและอารมณ์ประการหนึ่ง อาการแสดงออกของแต่ละกลุ่มอาการจะแตกต่างกันไป

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตเป็นเรื่องของวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ประจำวันโดยมองในด้านความรู้สึกนึกคิดทั้งต่อตนเองและต่อคนอื่นๆในสังคม ความสามารถในการเผชิญกับชีวิตและความสัมพันธ์กับสังคมได้อย่างราบรื่น จึงได้มีผู้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ดังต่อไปนี้

(สุจินต์ ปรีชามารเถ . 2535 : 39; อ้างอิงมาจาก Egbert.1980 : n.d.) กล่าวว่า ผู้มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

1. รู้จักตัวเอง สามารถพัฒนาบุคลิกภาพผสมผสานกันได้อย่างเหมาะสมกับความเป็นจริง
2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางที่เป็นจริงได้
3. เป็นผู้ที่เข้าใจชีวิตและจุดมุ่งหมายในชีวิต
4. เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิต และสามารถก่อให้เกิดความหวังของชีวิต
5. มีความสามารถในการปรับความคิด พฤติกรรมตามประสบการณ์ของชีวิตแต่ละช่วงได้
6. สามารถเปิดเผยตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร (2531 : 6) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี หมายถึง ผู้ที่มีความเจริญเติบโตทางจิตเป็นปกติ มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์ สามารถแก้ไขจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอได้ สามารถควบคุมอารมณ์ได้มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส ประกอบกิจกรรมต่างๆด้วยความพึงพอใจและลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้มีจิตใจเจริญเติบโตและพัฒนาการได้สูงสุด
2. มีความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี
3. มีความกระตือรือร้น ไม่เหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจหรือหมดหวังในชีวิต
4. มีความรู้สึกและมองโลกในแง่ดีเสมอ
5. ไม่มีอารมณ์เครียดจนเกินไปและมีอารมณ์ขันบ้างตามสมควร
6. มีความตั้งใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆประจำวันทั้งในบ้านในโรงเรียนและในชุมชน
7. รู้จักตนเองและเข้าใจบุคคลอื่นได้ดี
8. มีความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีเหตุผล
9. สามารถแสดงออกอย่างเหมาะสม เมื่อประสบความล้มเหลว

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตตามทัศนะต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า

ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีหรือปรับตัวได้ดี (well-adjusted person) คือ เป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดีและสามารถเผชิญกับปัญหาและความจริงแห่งชีวิตได้ดี

ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีหรือปรับตัวได้ไม่ดี (mal-adjusted person) นั้น จะเป็นบุคคลที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับผู้ที่ปรับตัวได้ดี (well-adjusted person) นั่นเอง คือ ไม่รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดี ไม่รู้จักและเข้าใจผู้อื่น ตลอดจนไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและความจริงแห่งชีวิตได้ ทำให้ไม่สามารถจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

จากความหมายและลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่า การประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลจะต้องประเมินโดยทางอ้อม เช่น ประเมินจากการปรับตัว ความรู้สึกต่อตนเอง หรือการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นต้น แล้วอธิบายภาวะสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ด้วยการแปรผลสิ่งที่ประเมินได้

การดำรงรักษาสุขภาพจิต

คนเราสามารถป้องกันตัวเองจากความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ยกเว้นจากกรรมพันธุ์และความเสื่อมของสมองที่ป้องกันได้ยาก การศึกษาธรรมชาติของชีวิตการยอมรับความจริง การเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตอย่างเข้าใจแล้วนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดของการทะนุบำรุงจิตใจและสร้างสุขภาพจิตที่ดี

การรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นงานที่ต้องอาศัยตนเองเป็นหลัก สิ่งแวดล้อมจะเป็นปัจจัยส่งเสริมเป็นการกันไว้ดีกว่าแก้ การแก้เมื่อเกิดปัญหาแล้วมิใช่วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพจิต สุขภาพจิตก็เหมือนสุขภาพกาย ต้องการการบำรุงรักษาและส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนถึงตายการพัฒนาตนเองทางร่างกายและจิตใจ การวางแผนชีวิต และการก้าวจากกรอบคร่ำจะ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ

การพัฒนาตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจ

การบำรุงรักษาและการเพิ่มศักยภาพในการดำรงชีวิต การรอดตายไปวันหนึ่งๆ เป็นการสูญเสียอย่างมหันต์ทั้งต่อตนเองและสังคม เมื่อได้เกิดมา

จนถึงเป็นผู้สูงอายุ ก็ควรเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าไม่เป็นภาระทั้งต่อตนเองและสังคมการพัฒนาตนเองเป็นการสร้างเสริมความมีสุขภาพกายและจิตที่ดี มีวิธีการที่ไม่ยาก ถ้าหากว่าเรารู้วิธีการกินเป็น อยู่เป็นและสังคมเป็น การพัฒนาตนเองจะต้องทำไปพร้อมกันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

1. การพัฒนาด้านร่างกาย หมายถึง การดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพกายที่ดี ให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอที่จะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงไม่เป็นโรค

2. การพัฒนาด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ต่อประสบการณ์ของสังคม การมองปัญหาและปรากฏการณ์ต่างๆ อย่างเข้าใจและยอมรับว่า วิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นต่างเป็นปรากฏการณ์ปกติของชีวิตมนุษย์ทุกคน ยิ่งอายุยืนยาวเท่าใดชีวิตก็ต้องผ่านเหตุการณ์และกระบวนการต่างๆ ของชีวิตมากขึ้นเท่านั้น นับเป็นการสะสมความเครียดให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล แต่คนก็จะมองหาวิธีการแก้ความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ กัน เพื่อปรับตัวให้ได้เพราะความเครียดเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่สบายใจและทอดยอดต่อชีวิต ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการยอมรับเป็นวิธีหนึ่งของการพัฒนาจิตใจในขั้นต้น ผู้สูงอายุจะทำได้ดีกว่าวัยอื่นเพราะมีประสบการณ์มากกว่าทำให้

2.1 เข้าใจและยอมรับความจริงของมนุษย์ว่าการสูญเสียและการพลัดพรากเป็นกระบวนการต่อเนื่องกันของชีวิต การเปลี่ยนแปลงของสังขารเป็นธรรมชาติของร่างกาย การเกิดและการตายเป็นสิ่งที่คู่กัน ทุกชีวิตที่เกิดมาต้องรู้จักกับสิ่งเหล่านี้ต้องยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล มีเป้าหมายของชีวิตที่สามารถไปถึงได้โดยไม่เครียด มุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละวันลดความคับข้องใจของตนเองด้วยการยอมรับความจริง การกระทำดังกล่าวนี้เป็นสิ่งไม่ยากสำหรับผู้สูงอายุ เพราะความรู้สึกลึกซึ้งและการพัฒนาสิ่งดีงามจะสร้างสมขึ้นมาตามวัย ทำให้มีเหตุผลมากขึ้น เข้าใจเหตุการณ์ง่ายขึ้นและมีสติยังคิดกว่าเดิม

2.2 ยอมรับปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง คนที่เป็นสมาชิกของสังคมก็เปลี่ยนไปด้วย การยอมรับการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและชีวิต ไม่ใช่ชีวิตขัดกับความจริง ซึ่งทำให้คับข้องใจและไม่สบายใจมากขึ้น สิ่งที่สูงอายุต้องเรียนรู้และปรับให้เข้าใจได้แก่

2.2.1 ความเข้าใจบุตรหลาน เมื่อชีวิตผ่านไปความรู้สึกของวัยผู้ใหญ่จะแตกต่างจากเด็กมาก การมองโลกของผู้ใหญ่จะมองไปในแง่คุณธรรมความดีงาม ความถูกต้อง ซึ่งมักจะไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กตามวัย ปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ใหญ่กับเด็กจึงเกิดขึ้นได้เสมอ การเข้าใจเด็ก จากการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาของผู้ใหญ่ร่วมกับความรู้ทางจิตวิทยาพัฒนาการของเด็กจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของเด็กได้ถูกต้อง การปรับตัว เข้าหากันความขัดแย้งระหว่างกันก็ลดน้อยไปชีวิตการอยู่ร่วมกันก็เป็นไปอย่างมีความสุข

2.2.2 ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะหมุนเวียนไปตามยุคสมัย การเปลี่ยนแปลงของสังคมจะพัฒนาขึ้นไปเรื่อยๆ จากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม จากความสุขของการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวใหญ่ กลายเป็นความห่างเหินในลักษณะครอบครัวเล็ก ความห่างเหินระหว่างหมู่ญาติมีมากขึ้น มีการเลียนแบบสังคมตะวันตกอย่างไม่เข้าใจ ซึ่งแท้จริงแล้วมิใช่แต่ก็ได้ถูกนำมาใช้ในสังคมไทยอย่างไม่เหมาะสม ในเหตุการณ์เช่นนี้ ผู้สูงอายุนอกจากยอมรับแล้วยังต้องปรับตัวให้เข้ากับข้อเท็จจริงด้วย เพื่อความสบายใจ

2.2.3 การแก้ปัญหาและยอมรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตว่าต้องมีวันเวลาที่ต้องสิ้นสุด ต้องมีการตาย มีการจาก มีการแยกเป็นของธรรมดา เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ก็ต้องอาศัยให้เข้าใจ

การวางแผนชีวิต

การเปลี่ยนแปลงของชีวิตกับการปรับตัวให้คงอยู่ในสังคมของคนมีอยู่
4 ระยะ ตามอายุคือ

- | | |
|------------------|--|
| อายุ 1-15 ปี | มีการเปลี่ยนแปลงการเจริญของร่างกายและจิตใจ เรียนรู้สังคมและสิ่งแวดล้อม |
| อายุ 16-30 ปี | มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตอนเริ่มต้นของช่วงอายุทางเพศ การปรับตัวให้เข้ากับสถานภาพของตนเองและสังคมเป็นครั้งแรกในบทบาทความเป็นผู้ใหญ่ |
| อายุ 31-59 ปี | มีความรับผิดชอบต่อการทำงาน อนาคตของตนเองและครอบครัว สร้างความมั่นคงทางสถานภาพของตนเองในสังคม |
| อายุ 60 ปีขึ้นไป | มีความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ มีการปรับตัวใหม่อีกครั้งให้เข้ากับสถานภาพของตนเองและสังคมใหม่ซึ่งเป็นสังคมชีวิตบั้นปลาย |

การวางแผนชีวิตในวัยสูงอายุเป็นการวางแผนที่ต้องใช้เวลา บางคนอาจเตรียมแผนชีวิตของตนเองมาตั้งแต่วัยหนุ่มสาวว่า เมื่อแก่แล้วตนเองจะทำอะไร อยู่กับใคร การกำหนดแผนที่แน่นอน จะทำให้การใช้ชีวิตในบั้นปลายไม่เป็นปัญหาและไม่กระทบกระเทือนผู้อื่น งานที่ควรกำหนดแผนไว้ใส่ใจและจัดเตรียมให้พร้อม คือ

1. การเงิน ภาวะเศรษฐกิจยังมีความจำเป็น สำหรับวัยสูงอายุแม้ภาระกิจรับผิดชอบครอบครัวจะลดลงแล้วก็ตาม แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายเงินเพื่อการดำรงชีวิตและดูแลสุขภาพตนเอง การหวังคอยความช่วยเหลือดูแลจากบุตรหลานนั้นเป็นความคาดหวังที่ไม่แน่นอน ทางที่ดีที่สุดคือการเตรียม

เพื่อช่วยตนเองจะเป็นทางออกที่ดีทั้งสำหรับตนเองและครอบครัว

1.1 รายได้ ผู้สูงอายุมีรายได้มาจากทางใดทางหนึ่งหรือหลายทางจากรายได้ต่อไปนี้

(1) รายได้จากบำนาญ

(2) รายได้จากทรัพย์สินส่วนตัวซึ่งเป็นมรดก ดอกเบี้ย

จากธนาคาร ส่วนแบ่งจากหุ้นส่วนกิจการหรืออื่นๆ

(3) รายได้ จากการหาเลี้ยงชีพของตัวเองได้ในวัยสูงอายุ

รายได้ดังกล่าวมักจะมีจำนวนน้อยลง การใช้จ่าย จึงจำกัด แต่การมีรายได้หรือมีเงินเป็นของตนเองดีกว่าไม่มีเลย เพราะเป็นการทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ

1.2 การประเมินรายจ่าย การกำหนดการรายจ่ายต้องกำหนดเป็นแผนระยะยาวและมีเงินทุนที่สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจของบ้านเมือง ต้องรักษาภาวะสมดุลของรายรับและรายจ่ายให้ได้ ด้วยการอาศัยหลักของทฤษฎีผู้บริโภค 3 ประการ คือ

- รายรับที่แท้จริงเท่าไร
- ชนิดของสินค้าหรือบริการแต่ละชนิดต้องจ่ายเท่าไร
- สภาพเศรษฐกิจปัจจุบันเป็นอย่างไร แนวโน้มจะเป็น

อย่างไร เมื่อพิจารณาพร้อมกับกำลังเงินที่เป็นรายได้ประจำของตน

จากหลักการดังกล่าว จะนำมาประมวลในการวางแผนประเมินรายจ่าย 4 หมวด ที่สำคัญคือ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องใช้สอยจำเป็นและสุขภาพ

- 1) ประมวลการจำนวนเงินที่จะต้องใช้ในแต่ละหมวด
- 2) ประมวลการจำนวนเงิน สำหรับทดแทนในหมวดที่ขาด
- 3) ประมวลการจำนวนเงินที่อาจใช้เหลื่อมกันระหว่างหมวดได้ เช่น อาหารกับหมวดใช้สอย กำหนดอย่างชัดเจน
- 4) ประมวลการจำนวนเงินสำรอง สำหรับเป็นเงินทุน และใช้

ยามฉุกเฉินหรือเมื่อมีปัญหาทางเศรษฐกิจ

2. ที่อยู่อาศัย ปัญหานี้จะพบมากในผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางจนถึงระดับต่ำ เพราะมักจะไม่มีที่อยู่อาศัยต้องไปพึ่งลูกหลาน ซึ่งก็มักจะเกี่ยงกันที่จะเลี้ยงดูพ่อแม่ อีกอย่างหนึ่งผู้สูงอายุจะมีนิสัยที่ชอบเอาตัวเองเป็นแกนของเหตุผล ชี้นำ จู้จี้และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งสร้างความรำคาญใจให้กับบุตรหลาน มีผู้สูงอายุไม่น้อยทีเดียวที่ถูกญาติส่งไปสถานสงเคราะห์คนชรา เพราะไม่ต้องการเลี้ยงดู การวางแผนที่อยู่อาศัยจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความพร้อมและความมั่นคงในชีวิตตอนปลาย ที่อยู่ควรพิจารณาใน 2 ลักษณะ คือ

1) *สถานที่* ต้องกำหนดในแผนว่าจะอยู่ที่ไหน กับใครและผู้อยู่อาศัยยอมรับหรือไม่อย่างน้อยถ้าจะอยู่คนเดียวควรเลือกสถานที่ที่เหมาะสมและง่ายต่อการติดต่อกับญาติสนิท มิตรสหายได้สะดวก เพื่อเรียกพบได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือแต่ถ้าอยู่กับบุตรหลาน ต้องมั่นใจว่าจะไม่เป็นการรบกวนและบุตรหลานยอมรับสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ครอบครัวใหม่ แต่ถ้าเป็นที่อื่น เช่น การไปอยู่วัด สถานสงเคราะห์คนชรา หรือบ้านเช่าจะต้องพิจารณาถึงรายจ่าย ความสะดวก และความพึงพอใจของตนเป็นหลัก

2) *สภาพที่อยู่* หมายถึง ลักษณะบ้าน การจัดและสิ่งแวดล้อม บ้านของผู้สูงอายุจะต้องมีลักษณะเฉพาะเหมาะกับสภาพ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุ

- พื้นบ้าน ไม่ควรขัดเงาให้ลื่นมากเกินไป เพราะจะทำให้พลัดหกล้มได้ง่าย

- เครื่องเฟอร์นิเจอร์ ควรมีความมั่นคง ให้ความปลอดภัย

- แสงสว่าง ผู้สูงอายุต้องการแสงสว่างถึง 1 เท้าครึ่งของคนอายุ 20 ปี การมองเห็นที่มีแสงสว่างน้อยจะทำให้ตาเมื่อยล้าการปรับสายตาในที่มืดทำได้ยาก ในบ้านควรมีโคมไฟที่ให้แสงสว่างมากพอสำหรับผู้สูงอายุ

- ห้องน้ำ โดยเฉพาะโถส้วมควรเป็นโถนั่งจะเหมาะกว่าแบบนั่งยองๆ เพราะเมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะพบกับปัญหาข้อเข่ามากทำให้ลุกนั่งลำบาก ไม่สะดวกสบายในการขับถ่ายอีกประการหนึ่งควรมีราวยึดเกาะในห้องน้ำเพื่อการพยุงตัวและความมั่นคง ซึ่งเป็นการลดอุบัติเหตุด้วย

3. งานอดิเรกและการพักผ่อนหย่อนใจ การมีงานอดิเรกทำเป็น การส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง ผู้สูงอายุมักจะมีเวลาว่างมากขึ้นประกอบกับ สังคมแคบลง ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกว่างมากในแต่ละวัน แม้ว่าจะใช้เวลาทำ กิจกรรมประจำวันหยิบโน่น จิบนี้ นอนบ้าง อ่านหนังสือบ้าง หลับบ้าง เวลา ก็ยังเหลือทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในตนเอง ไม่มีความสุข การหางานทำไม่ ยอมว่างและยัง เป็นงานที่เป็นประโยชน์ด้วยแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุคลายความ กังวลและมีความสุขมากขึ้นชีวิตก็มีความหมาย

4. การเตรียมรับสภาพปลดเกษียณ การปลดเกษียณเป็นปัญหาของ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการ หรือเป็นลูกจ้างประจำ ซึ่งกำหนดอายุการปลด เกษียณ แตกต่างกันจาก 55-60 ปีรายรับจากการปลดเกษียณก็แตกต่างกันด้วย ผู้สูงอายุจึงควรให้ความสนใจต่อการเตรียมรับสภาพการปลดเกษียณ เพื่อการ อยู่อย่างมีความสุข ความไม่พร้อมทำให้เกิดความคับข้องใจเศร้าสูญเสีย เป้า หมายของชีวิต มีความทรุดโทรมของจิตใจการไม่ยอมรับความจริง อาจ ทำให้บางคนปรากฏอาการทางอารมณ์และจิตใจได้ ปัญหาความไม่พร้อมมัก เกิดจากผู้นั้นรู้สึกว่า อายุ 60 ปีก็ยังแข็งแรง และสามารถทำงานได้ ดังนั้น การปลดเกษียณจึงออกไม่ยุติธรรมต่อตัวเขาที่ยังคงมีความสามารถเช่นบุคคลอื่น

อย่างไรก็ดีเมื่อทุกอย่างมีกำหนดเวลาและเป็นกฎ งานที่ผู้สูงอายุ ต้องทำ คือ การเตรียมกายและใจ ในด้านต่าง ๆ ให้พร้อมคือ

- 1) ฐานะการเงินที่จะใช้ได้อย่างพอเหมาะในตอนมีอายุ
- 2) การรักษาสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกาย การกินอยู่ และการ ตรวจสุขภาพตา หู ฟัน และร่างกาย
- 3) การรักษาสุขภาพจิต การฝึกจิตใจ (mental exercise) การมีเพื่อน มีกำลังใจและการยอมรับความจริง
- 4) สภาพทางสังคม การปรับตัวเข้ากับครอบครัว การใช้ชีวิตกับ เพื่อนญาติสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

5) นันทนาการ เลือกดูตามความสนใจ เช่น การอ่านหนังสือ ชมภาพยนตร์ ท่องเที่ยว ทำการฝีมือ ทำงานอดิเรก ทำสวน หรือทำอาชีพพิเศษ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจเป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลและสนับสนุนทางด้านต่าง ๆ จากครอบครัว เช่น ด้านอารมณ์ ด้านเศรษฐกิจและนอกจากนั้นยังมีความต้องการความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และต้องการการติดต่อกับญาติพี่น้อง ลูกหลานด้วย

โดยปกติผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มักจะอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีลูกๆ หลานๆ หรือญาติพี่น้อง คนในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้การอยู่ร่วมกันนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้คำปรึกษาและการช่วยดูแลลูกหลาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลานก็จะมีอย่างอบอุ่นและถ้าลูกหลานแสดงความเอาใจใส่ดูแล เป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจและให้กำลังใจได้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและลูกหลานก็จะมีความหมายมหาศาล

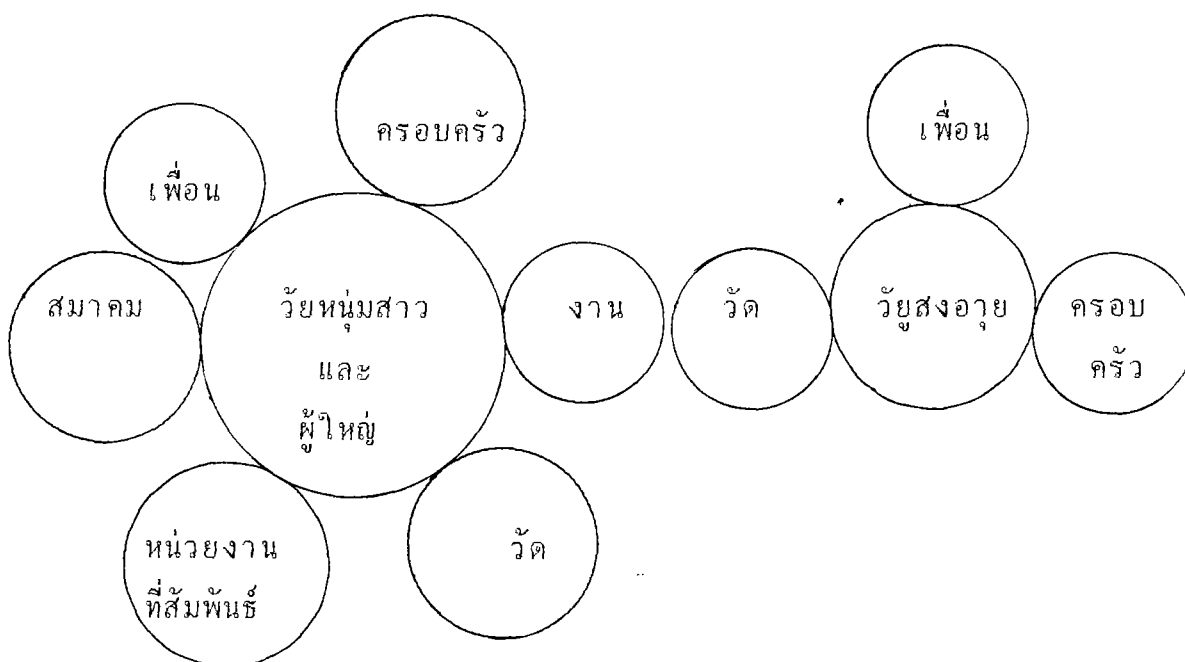
ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ จึงเห็นได้ว่าครอบครัวมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตต่อผู้สูงอายุมาก จะเห็นได้จากลักษณะความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

ความต้องการขั้นมูลฐานของผู้สูงอายุ คือ

1. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ
2. ความต้องการในเรื่องที่อยู่อาศัย
3. ความต้องการในด้านอนามัย
4. ความต้องการทางด้านการงาน
5. ความต้องการความรัก ความเคารพ ความอบอุ่น ความเอาใจใส่

การคำนวณของครอบครัว

สังคมของผู้สูงอายุจะลดแคบลงตามลำดับ และแยกตัวจากสังคมมากขึ้น ซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย และการลดบทบาททางสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ .2528 : 97; อ้างอิงมาจาก Hogstel. 1981: n.d.) ได้เขียนเปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ กับวัยหนุ่มสาว และผู้ใหญ่ว่า สังคมผู้สูงอายุจะลดแคบลงเหลือเพียง ครอบครัว เพื่อน และวัดเท่านั้น ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคมของวัยหนุ่มสาวกับวัยสูงอายุ

ที่มา : เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ . 2528 : 97

ครอบครัว เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมหลักของผู้สูงอายุมากกว่าเพื่อน ที่นับวันจะจากไป สัมพันธ์ทางสังคมลดลงตามลำดับอายุ ผู้สูงอายุจะสัมผัส สังคมน้อยลง ปัญหาที่พบก็คือข้อขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จาก

- 1) ความคับข้องใจของบทบาทของกันและกันระหว่างผู้สูงอายุที่ยังไม่ทิ้งบทบาท ความเป็นพ่อแม่กับลูก แต่ลูกกลับมีบทบาทเป็นพ่อแม่ที่เป็นผู้ใหญ่เต็มตัว ทำให้ ลูกรู้สึกไม่โตและจิตใจที่ไม่มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองในบางกรณี ผู้สูงอายุก็นั่งใจที่ลูกไม่เชื่อฟัง
- 2) เกิดจากสภาพการเปลี่ยนแปลงความเป็น อยู่ครอบครัวที่ต้องหันมาสนใจดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้มีข้อจำกัดทางร่างกายมากหรือเจ็บป่วย ญาติมักจะเกี่ยงกันไม่ยอม รับเลี้ยงดู ต่างอ้างเหตุผลของตนเองเป็นหลักเข้าทำนองลูกหลายคนเลี้ยง พ่อแม่คนเดียวไม่ได้
- 3) ลักษณะของความมีอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมองแต่ด้าน ของตนเอง และยึดตนเองเป็นหลัก หงุดหงิดง่าย จู้จี้ ทำให้คนในครอบครัว เบื่อหน่าย และ
- 4) การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นอย่างผิวเผิน ต่างมองแต่ประโยชน์ของกัน และกัน มีการแข่งขันมากขึ้น การใช้ชีวิตครอบครัวไม่ผูกพันเหมือนแต่ก่อนการ ลดภาระของครอบครัวดูเหมือนเป็นหน้าที่ ผู้สูงอายุไม่มีความสำคัญอีกต่อไป จากสาเหตุดังกล่าวนี้ทำให้เกิดปัญหาความเครียดทางจิตใจของผู้สูงอายุมาก ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ

1. เกิดข้อขัดแย้งในครอบครัว ความสัมพันธ์ไม่ดีขาดการยอมรับ ผู้สูงอายุก็นั่งใจ
2. เกิดช่องว่างระหว่างบุคคลในครอบครัว ในแง่ความคิดบทบาท การแสดงออกและอายุ
3. ผู้สูงอายุรู้สึกมีปมด้อย น้อยเนื้อต่ำใจ และมีสภาพของจิตใจ เสื่อมถอย

การเข้ากันไม่ได้ของครอบครัว เป็นสัญญาณอันตรายของปัญหาผู้สูงวัย ประเทศไทยยังได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่ผู้สูงอายุ ได้รับการยอมรับจากครอบครัว มากที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง แต่การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในอนาคต

กำลังส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้สูงอายุเป็นลำดับ การยอมรับและให้กำลังใจ เป็นการสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความพร้อมและภูมิใจในตนเองเป็นวิธีการ ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี การสนับสนุนของครอบครัวที่ควรกระทำคือ

1. การดูแลเรื่องการเงิน การกินอยู่หลับนอน เสื้อผ้า และที่พักอาศัยตามความต้องการจำเป็น ทั้งเรื่องด่วนและต่อเนื่อง

2. ให้การคำจูงทางจิตใจ ให้ความสนใจ เห็นใจ การสนทนาใช้คำพูดสั้น ๆ เข้าใจง่าย ไม่รีบร้อน และคอยให้กำลังใจ

2.1 ยอมรับสภาพความมีอายุ ให้ความสนใจ เห็นใจ การสนทนาใช้คำพูดสั้น ๆ เข้าใจง่าย ไม่รีบร้อน และคอยให้กำลังใจ

2.2 ให้เกียรติ ผู้สูงอายุเปรียบเสมือนบุชณียบุคคลของครอบครัว ที่จะต้องให้เกียรติให้ความเคารพนับถือ เพราะอย่างน้อยท่านก็ให้หลายสิ่งหลายอย่างแก่คนชั้นลูกหลานมาพอสมควร การให้เกียรติจะต้องใช้วาจาที่ไพเราะมารยาทที่ดีไม่เร่งเร้าและให้ความนับถือไปพร้อม ๆ กัน การกระทำก็ควรเป็นไปอย่างเสมอต้นเสมอปลาย เพื่อสร้างความมั่นใจและความภูมิใจในตัวผู้สูงอายุ

2.3 การดูแลเอาใจใส่ และดูแลทุกข์สุขเป็นความรับผิดชอบของบุตร การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเอง มีกิจกรรมอิสระ และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งพึงปฏิบัติยิ่งกว่าการประคบประหงมผู้สูงอายุเหมือนเด็ก จนกลายเป็นคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฉะนั้นถ้าต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง ซึ่งนอกจากผู้สูงอายุจะสุขภาพดีแล้วยังภูมิใจในตัวเองว่าสามารถอยู่อย่างอิสระด้วย

3. ให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หรือพิการทั้งจะเป็นชั่วคราวหรือต่อเนื่อง ไม่ทอดทิ้งให้เป็นภาระของบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัว หรือทิ้งให้เป็นภาระของโรงพยาบาล

การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละสังคมในด้านร่างกายของผู้สูงอายุมักจะเสื่อมโทรมลง การทำงานไม่เต็มที่กำลังด้านทานต่าง ๆ ลดลง จิตใจอ่อนเพลีย สนใจสุขภาพของตนเองน้อยลง นอกจากนี้

ผู้สูงอายุอาจจะเกิดความหวั่นวิตกในสภาพร่างกายของตนเองทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เพราะมักไปคิดแต่เรื่องต้องออกจากงานมาอยู่บ้านเฉย ๆ จิตใจจึงเกิดอาการหมกมุ่น อารมณ์จึงแปรปรวนไป และเกิดความไม่สบายใจขึ้นมาแทน ฉะนั้นเพื่อเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุข ลูกหลานก็ควรให้ความเคารพ ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ และเวลาท่านเจ็บป่วยก็ควรรักษาและไต่ถามเพื่อให้ท่านเห็นว่าเรายังกังวลใจและห่วงใยท่านอยู่ ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีความหวังอันสูงสุด คือ อยากให้ลูกหลานได้ดี และจะรู้สึกน้อยอกน้อยใจถ้าลูกหลานหรือใคร ๆ ไม่ให้ความเคารพ เพราะผู้สูงอายุมักจะคิดว่าอย่างน้อยท่านก็มีประสบการณ์มามากตลอดจนความคิดก็สุขุมและเยือกเย็นกว่าหนุ่มสาว ฉะนั้นการให้ความสำคัญแก่ท่านบ้าง จึงเป็นการให้กำลังใจทำให้ท่านมีความสุขใจในการมีชีวิตรอยู่ต่อไป

สังคมกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

แม้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุดูเหมือนจะเคร่งเครียดและซับซ้อน แต่ก็ไม่น่าเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ถ้าหากมีเข้าใจในปัญหาเหล่านั้นเป็นอย่างดี สิ่งที่สังคมจะสามารถมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุ มีหลายประการกล่าวคือ

1. เราไม่สามารถหยุดยั้งการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ แต่เราสามารถรักษาวัฒนธรรมและค่านิยมที่ดีงามของชาติได้นั้นคือกตัญญู ความรัก และการดูแลที่พึงมีต่อ พ่อแม่ และผู้ใหญ่นั่นเป็นที่ดีที่สุดและสำคัญที่สุดของบุตรคือการดูแลรักษาผู้เป็นบิดามารดา
2. ไม่จำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุให้เหมือนกับเป็นเด็กเล็ก ๆ เพราะแท้จริงแล้วผู้สูงอายุต้องการดูแลตัวเองและกลัวการพึ่งพาผู้อื่นควรจะพิจารณาให้ความช่วยเหลือดูแล ที่ส่งเสริมการช่วยเหลือตัวเอง และความเป็นอิสระให้มากที่สุดด้วยการให้ความเคารพ ความสะดวกสบายเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจก็เป็นการเพียงพอซึ่งตรงกับความต้องการแท้จริงของผู้มีอายุ

3. ผู้สูงอายุควรจะได้รับการกระตุ้นให้เข้ากิจกรรมทางสังคมบ้าง เพื่อเป็นการสร้างเสริมความรู้สึกระงับกระเฉง ตัวอย่างเช่น การเป็นอาสาสมัครการสอน การไปวัด การร่วมกิจกรรมดนตรี หรือนันทนาการต่าง ๆ เป็นต้น

4. งานอดิเรกเป็นสิ่งที่มีความหมายยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีเวลาว่างมากขึ้น ผู้สูงอายุควรจะได้ใช้เวลาว่างในการทำงานที่เป็นประโยชน์ เช่น การเขียนหนังสือ การทำสวน การเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

5. รัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรจะได้มีการจัดบริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เช่น บ้านพักคนชรา คลินิกผู้สูงอายุ สถานพักฟื้นคนชราบริการโภชนาการผู้สูงอายุ เป็นต้น

6. บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพร่างกาย ซึ่งเป็นความสุขของชีวิต

7. ส่งเสริมและสนับสนุนการเตรียมแผนสำหรับชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว และการเงิน

8. ส่งเสริมและพัฒนาความมีสุขภาพจิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมิใช่เป็นบุคคลที่ไร้ค่า แต่เป็นบุคคลที่สำคัญกว่าเอกสารและตำราใด ๆ เพราะผู้สูงอายุเป็นแหล่งวิทยาการบุคคลที่สามารถให้การศึกษา แก่คนรุ่นหลังทั้งด้านชีวิตประวัติศาสตร์และความรู้ที่ฟัง เรียนจากเขา เหล่านั้นการสร้างชีวิตที่ดีเท่ากับเป็นการสร้างทรัพยากรของประเทศ ที่ให้คุณค่าอย่างหาที่เปรียบมิได้

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในต่างประเทศไว้ดังนี้

จำพรรณ ภัทรนิตย์. 2529: 15 อ้างอิงจาก มาร์แชล (Marshall 1975) ศึกษาความสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 62 ถึง 89 ปี ในผู้หญิงจำนวน 60 คน ใช้วิธีศึกษาระยะยาวต่อเนื่องใน

ช่วงเวลา 4 ปี พบว่า ถ้าใช้เวลาไปกับกิจกรรมมากจะมีความสุขมาก ความสุขในช่วงอายุนี้นี้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมสังคม ซึ่งได้แก่ การดูโทรทัศน์ทุกวัน ฟังวิทยุทุกวัน อ่านหนังสือทุกวัน ไปเยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงญาติและเพื่อนบ้าน การมีโทรศัพท์ถึงทุกวัน การบริหารทางศาสนา Voluntary Association Attendance และ Voluntary Association Membership และพบว่าอายุต่างกันทำให้กิจกรรมแตกต่างกันไปด้วย

เบลซเซอร์ ทู (Blazer II.1982 : 69) ได้ศึกษาสาเหตุที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียการรับรู้ การได้ยินและการมองเห็นซึ่งมีความสำคัญในการสื่อความหมายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การลดลงของการมองเห็นและการได้ยิน อาจทำให้ผู้สูงอายุตีความหมายของสิ่งแวดล้อมผิดไปรู้สึกเสมือถูกทอดทิ้งจากวงสนทนา สร้างความคับข้องใจ อึดอัดใจและอาจเกิดอาการหวาดระแวงขึ้นได้ ผลการศึกษาเกี่ยวกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นสาเหตุของความซึมเศร้าด้วย

ซัทเทอร์เลย์และดอนเนลลี่ (Sutterley and Donnelly. 1982 : 92) ได้ศึกษาการสูญเสียคู่สมรสซึ่งถือเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต โดยเฉพาะการตายจากความเจ็บป่วยในช่วงสั้น จะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยวเดียวดายจะทำให้จิตใจหดหู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูง ประกอบกับวัยสูงอายุ เพื่อนฝูงหรือคนใกล้ชิดสนิทสนมที่อยู่ในวันเดียวกันจะมีการพราดหรือสิ้นชีวิตไปก่อน ที่เหลือก็ขาดการไปมาหาสู่ผู้ที่เป็นหมายจะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูงมาก

โวเกิล (Vogel.1982 : 213-216) และ ครอสและคนอื่น ๆ (Farkas. 1981 : 363-368; citing Krause and others. 1981 : n,d.) ได้ศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คือความวิตกกังวล ความเจ็บเหงาและความซึมเศร้า ซึ่งทำให้ปัญหาทางกายตามมา เช่นเดียว

กับปัญหาทางด้านจิต สังคมอื่น ๆ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ด้วยกันเพื่อนวัยเดียวกัน มักถึงแก่กรรมแล้วเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจึงต้องหาเพื่อนใหม่ แต่การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ ไม่ใช่เรื่องที่ทำกันได้ง่าย ๆ เพราะผู้สูงอายุมักไม่ค่อยมีโอกาสดูออกไปติดต่อกับสังคมภายนอก ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการเพื่อนในสถานสงเคราะห์ด้วยกัน หากมีปัญหาในการคบเพื่อนจึงก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ และส่งเสริมให้เกิดความซึมเศร้าได้

จำพรรณ ภทรนิตย์ อ้างอิงมาจาก วินด์เลย์ และคนอื่นๆ (Windley and others. 1982: n.d.) ทำการศึกษารูปแบบเส้นทางความสัมพันธ์ของภาวะแวดล้อมทางนิเวศน์วิทยาต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตฟเมืองเล็ก ๆ รัฐแคนซัส สหรัฐอเมริกา จำนวน 989 คน ตัวแปรตามคือสุขภาพจิต กิจกรรมความพลอดภัย การสมาคมกับเพื่อนและการสมาคมกับญาติ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และอิทธิพลทางจิตสังคม ซึ่งได้แก่ ลักษณะความเป็นอยู่ ความบีบรัดของสังคม ความพึงพอใจในชุมชนที่อยู่ ความเกี่ยวข้องกับชุมชน และการแยกตัวเอง ผลของการวิเคราะห์ได้ว่าตัวแปรที่มีผลต่อสุขภาพจิตได้แก่ ความบีบรัดของสังคมอายุ ลักษณะความเป็นอยู่ ความเกี่ยวข้องกับชุมชน และความพึงพอใจในชุมชน อธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 17 และพบว่าการศึกษาและอายุ มีผลทางตรงต่อการแยกตัวของผู้สูงอายุสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5 ส่วนลักษณะความเป็นอยู่การแยกตัวเองและการเกี่ยวข้องกับชุมชนมีผลโดยตรงกับความพึงพอใจในชุมชนและอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 28

เฮิร์ท และ เมทคาล์ฟ (Hirst and Metcalf. 1984 : 74) ได้ศึกษาปัญหาด้านสัมพันธภาพผู้สูงอายุที่ได้รับสัมพันธภาพจากลูกหลานน้อย จะขาดการสัมผัสทำให้ผู้สูงอายุกระหายสัมผัส (touch hungry) ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตจะขาดการสัมผัสอย่างมาก มีหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลไม่ได้ให้การสัมผัสต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกับที่ให้กับบุคคลอื่น ๆ การสัมผัสเป็นสิ่งที่แสดง

ออกแทนคำว่า "ฉันเป็นห่วงเป็นใยคุณ" หากผู้สูงอายุไม่ได้รับสิ่งเหล่านี้ จะทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจได้ และปัญหาด้านอาณาเขตส่วนตัว (territory) อาณาเขตส่วนตัวคือ อาณาเขตที่ผู้นั้นมีสิทธิครอบครองเป็นของตนเองสามารถ ตกแต่งได้ตามใจชอบส่วนที่ว่างส่วนบุคคล (Personal space) คือบริเวณ รอบ ๆ ตัวเราที่เคลื่อนที่ติดตามตัวเราไปทุกหนทุกแห่ง และมีขนาด เปลี่ยนแปลงได้ แล้ว แต่ความจำเป็นและอารมณ์ของเรา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีความภาคภูมิใจในระดับต่ำจะต้องการอาณาเขตส่วนตัวมากขึ้น และมัก ต้องการที่ว่างส่วนบุคคลมากขึ้น เมื่อมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มักมีปัญหาถูกรุกล้ำที่ว่างส่วนบุคคลจากเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ โดยการป้อนอาหาร อาบน้ำ หรือแต่งตัวให้ ส่วนอาจารย์และบัสสาวะนอกจากนี้ยังสูญเสียการ ปกครองตนเอง ทำให้ขาดอำนาจและแรงจูงใจไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและแยก ตัวเองมีปัญหาทางด้านจิตใจตามมา

เมเยอร์ (Myers.1992:n.d.) ได้ศึกษาซึ่งการศึกษานี้ออกแบบ เพื่อตอบคำถามวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของคนสูงอายุ สภาพเศรษฐกิจแรง สนับสนุนจากสังคมอายุขัยเฉลี่ย สภาพการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมการสูญเสียสถานภาพทางสังคม ข้อมูลได้จากผู้สูงอายุในเมือง Cleveland, Ohio โดยสำนักงานสถิติของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ในปี 1975 คน และจากการสัมภาษณ์ตามรายละเอียดด้านบน ในปี 1984 ใช้กลุ่ม ตัวอย่าง 1,834 คน จากการสุ่มตัวอย่าง มีตัวแทนร้อยละ 65 และมากกว่า ประชากรของเมือง Cleveland ในปี 1975 เริ่มศึกษาแหล่งบริการผู้สูง อายุของอเมริกา (OARS) ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยที่มหาวิทยาลัย Duke ในปี 1970 กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุในเมือง Cleveland มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ มีการระบาดของความเครียดและมีความสัมพันธ์ กับประชากรเกือบ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.50 มีความสัมพันธ์ กับสภาพเศรษฐกิจและการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความเครียดและอัตราการตายสูงระหว่างปี 1975 และ 1984 มีเพียงร้อยละ 4.50 ของผู้ที่มีชีวิตอยู่ในการขาดปัจจัยทั้งสองอย่าง การ

สำรวจในปี 1984 มีแรงสนับสนุนจากสังคมมากเพื่อชดเชยกับสภาพเศรษฐกิจที่เสื่อมลงแต่ในทางตรงข้ามรูปแบบที่ปรากฏกลับไม่เป็นจริง การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญบางอย่างถูกค้นพบระหว่างปี 1975 และ 1984 ไม่เพียงประเมินสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุว่าไม่เสื่อมลง แต่ยังเป็นการสังเกตแรงสนับสนุนทางสังคมและสภาพเศรษฐกิจในเวลาเดียวกัน และเพศมีผลในการคาดคะเนการอายุขัย ความมั่นคงของสุขภาพจิตและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงได้ มีข้อโต้เถียงถึงความล่าช้าระหว่างการสังเกตและการคาดคะเนโดยธรรมชาติของตัวชี้วัดว่าเป็นการขัดขวางข้อสรุปขั้นสุดท้าย

การวิจัยในประเทศ ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ดังนี้

บุญยืน สุภาพ (2522) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความต้องการ และโลกทัศน์ของคนชราในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจเป็นสาเหตุใหญ่ ที่ทำให้คนชราต้องเข้าไปอยู่ในสถาน-สงเคราะห์ และความต้องการของคนชราส่วนใหญ่เป็นความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยและการพักผ่อน

สุวรรณี พลัฒาทอง (2522) ได้ศึกษาเรื่องความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร พบว่า คนชรามองว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่าต่อครอบครัว

ไพรัช คำนวณศิลป์และคนอื่นๆ (2523) ได้ศึกษาความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีความสุขกับการที่ได้อยู่ภายในครอบครัวที่แวดล้อมไปด้วยบุตรหลาน และเชื่อว่าตนเองเป็นคนที่มียศกับครอบครัวและสังคม สำหรับปัญหาของคนชราที่พบ ได้แก่ ปัญหาในด้านการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทาง

สังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งปัญหาในการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย นอกจากนี้ยังพบว่า คนชรามีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย) และปัญหาด้านสุขภาพอีกด้วย

นิสา ชูโต (2525) ได้ศึกษาคนชราไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยสุ่มตัวอย่างจากทั่วประเทศ จำนวน 1,000 คน พบว่าปัญหาสำคัญของคนชรา คือ ปัญหาเศรษฐกิจ สุขภาพทรุดโทรม รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะขาดเพื่อนรุ่นเดียวกันที่ยังคงทำงานอยู่มีประมาณร้อยละ 40 มีคนชราเป็นส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมกับกิจกรรมสังคม กิจกรรมที่เข้าร่วมเป็นกิจกรรมศาสนาและกิจกรรมส่วนตัว เช่น ฟังวิทยุ เดินเล่น ทำสวนเสียเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมทางการเมืองมีบ้าง ได้แก่ กิจกรรมลูกเสือชาวบ้าน และกล่าวว่า การจัดหางาน ให้โอกาสและแรงจูงใจคนชราได้ทำงานตามอัธยาศัย เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และควรสนับสนุนให้มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ในการทำงานช่วงหลังของชีวิต คือ หลังอายุ 40 ปี เพื่อประโยชน์ในอนาคต

✍ ราพรรณ ภทรนิตย์ (2529) ได้ศึกษาผลของการใช้เวลาที่มีต่อสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการบำนาญเกษียณอายุในจังหวัดขอนแก่น และมีอายุระหว่าง 60-70 ปี เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ทำการศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2529 พบว่า การใช้เวลามีผลต่อสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการบำนาญเกษียณอายุ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตสูง รองจาก ตัวแปร ความรู้สึกสูญเสีย การใช้เวลาในการทำกิจกรรมสภาวะร่างกายเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการเกษียณอายุและความรู้สึกสูญเสีย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต ส่วนปัจจัยด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ เล่นกีฬาออกกำลังกาย ช่อมแซมบ้าน เครื่องมือเครื่องใช้ในบ้าน และอ่านหนังสือเพื่อส่งเสริมความรู้

เพชร สุนทรโทก (2530) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยตามการรับรู้ของเยาวชนและผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

พบว่า ผู้สูงอายุมองว่าตนเองมีบทบาทใน 2 ทาง คือ บทบาทการเป็นผู้ควบคุมดูแลครอบครัว ช่วยอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานและมีบทบาทต่อชุมชนในแง่ของการส่งเสริมและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ แก่คนในชุมชน

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ได้ศึกษาโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม กับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า

1. ลักษณะของโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมี 5 ประการ คือ (1) สมาชิกของกลุ่มมีขนาดประมาณ 3 คน (2) สมาชิกโดยส่วนใหญ่คือกลุ่มญาติ (3) ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันโดยเฉลี่ย 33 ปี (4) ความถี่ในการติดต่อกันโดยเฉลี่ย 60 ครั้งต่อเดือน (5) วิธีการที่ใช้ในการติดต่อกันมากที่สุด คือ การพบปะพูดคุย

2. การสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

3. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี

4. โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมโดยรวม ชนิดของความสัมพันธ์ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกัน และวิธีการที่ใช้ในการติดต่อกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านขนาดของกลุ่มสังคม และความถี่ในการติดต่อกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม และกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

5. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน คือ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การตอบสนองความต้องการด้านการได้รับการยอมรับการยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่าการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสารการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของแรงงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

อัมพร ศิวาลัย (2532) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบางแค พบว่า เมื่อมีการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยนำผู้สูงอายุที่เลือกจากการทำสังคมมิติมารับการฝึกอบรมแล้ว ไปให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการปรับตัว แก่ผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้ามลดลง มีความพึงพอใจต่อการบริการของสถานสงเคราะห์มากขึ้น และมีปัญหาทางสุขภาพลดลงได้

วิรัชสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงดี (2533) ได้ศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาแม้จะส่งผลประโยชน์บางประการแก่ผู้สูงอายุ แต่ก็ยังเป็นประโยชน์ทางอ้อม และผู้สูงอายุมองว่าในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมส่งผลในทางลบหลายประการ ต่อวิถีการดำเนินชีวิตของตน ทั้งรัฐบาลและเอกชนก็ไม่ได้มีโครงการพัฒนาชนบทที่เสริมสร้างชนบทและสถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมและช่วยเหลือด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุโดยตรงเลย

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และคนอื่นๆ (2533) ได้ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า โดยทั่วไปแล้วคนชรารุ่นใหญ่ ทั้งในเขตเมืองและชนบทมีสภาพความเป็นอยู่ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตวิทยาที่ดีพอสมควร แต่ก็ยังมีคนชราอีกกลุ่มหนึ่งที่ยังประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจอยู่บ้าง บุตรหลานหรือครอบครัวที่คนชราอาศัยอยู่ด้วย มีส่วนอย่างมากในการที่จะทำให้คนชรามีความสุขและมีความพอใจในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

สุรีย์ บุญญานุพงศ์ (2534) ได้ศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองในเขตจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะ เศรษฐกิจสังคมต่ำต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิตทั้งในปัจจุบัน และที่คาดว่าจะ เป็นไปในอนาคตมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูง นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลต่อสถานะการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสูงอีกด้วย

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

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

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) ได้ศึกษาข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย พบว่า คนหนุ่มสาวที่มีการศึกษาสูงมักจะพักอาศัยในเขตเมืองและไม่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมทั้งอาจจะเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงคนในครอบครัวด้วย ซึ่งในขณะเดียวกันตัวแปรเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดการผันแปรในพฤติกรรมและทัศนคติของคนหนุ่มสาวที่มีต่อการให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุด้วย

ศิริวรรณ ดันศิริ (2535) ได้ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา วาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุลงได้ ดังนั้นสถานสงเคราะห์คนชราจึงควรนำ

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ไปใช้ในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และควรมีการทดลองนำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ไปใช้กับผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและหมู่บ้านต่อไป เพื่อศึกษาว่ากิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์มีความเหมาะสมเพียงใดกับผู้สูงอายุที่อยู่นอกสถานสงเคราะห์คนชรา

สายยนต์ เจริญข้า (2535) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความสุขของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 67.4 การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความซึมเศร้าพบว่า อายุ อาชีพ รายได้ งานอดิเรก และสถานภาพของสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้านความสามารถในการทำนายความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปร รายได้ มีความสามารถในการทำนายความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 21 รองลงมาคือสถานภาพของสุขภาพกายร้อยละ 3 งานอดิเรกร้อยละ 2 และสัมพันธภาพในครอบครัวร้อยละ 1 ตามลำดับ โดยมีความสามารถในการทำนายการผันแปรของความซึมเศร้าร่วมกัน ได้ประมาณร้อยละ 30

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และระยะเวลาในการศึกษา สามารถ

ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ซึ่งตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 57.05

๙. สุพัตนา คำสอน (2535) ได้ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย การปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ และการปรับตัวทั้งสองด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังมีค่าเฉลี่ยของคะแนนตามเกณฑ์การปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และการปรับตัวทั้งสองด้าน สูงกว่า

๑๐. จันทิมา เย็นสุขใจ (2537) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่ออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อม และความเครียดลดน้อยลง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษา และอายุมีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อม ส่วนเพศนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อม แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กับผู้สูงอายุโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดลดลงและอาการสมองเสื่อมดีขึ้น ดังนั้นโปรแกรมสุขศึกษานี้ควรได้รับการพิจารณานำไปใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์แห่งอื่น หรือในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของประเทศไทย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

- ①- สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับเพศ
- ②- สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา
3. สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานะภาพการสมรส
- ④- สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพเดิม
5. สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ
6. สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาเดิม
7. สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับประเภทการเข้ารับ
บริการการสงเคราะห์
8. สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้า
รับบริการการสงเคราะห์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการและพักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 338 คน เป็นชาย 51 คน และเป็นหญิง 287 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ และพักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 338 คน เป็นชาย 51 คน และเป็นหญิง 287 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่จะศึกษา

ตอนที่ 2 เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต จี เอช คิว (G.H.Q. = General Health Questionnaire) ของ David Goldberg and Paul Williams 1988 แปลเป็นภาษาไทย โดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับในประเทศไทย ได้มีการทดลองใช้ในปี พ.ศ. 2538 ในประชาชนเขตหนองจอก 100 คน ที่มารับบริการของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

ของโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 แบบสอบถาม
จี เอช คิว (G.H.Q.= General Health Questionnaire) ประกอบด้วย
ด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ไม่สามารถ
วินิจฉัยโรคได้

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนใช้คะแนน 0 - 1 - 2 - 3 ตามวิธีการของลิเคอร์ท
(Likert) ซึ่งคะแนนจะออกมาเป็น 0 - 0 - 1 - 1 คือ

ตอบ 2 ข้อแรกได้คะแนน 0 คะแนน

ตอบ 2 ข้อหลังได้คะแนน 1 คะแนน

จัดแบ่งระดับสุขภาพจิตตามคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 - 3 มีสุขภาพจิตดี

คะแนน 4 - 30 มีปัญหาทางสุขภาพจิต

การหาคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถาม จี เอช คิว (G.H.Q.=
General Health Questionnaire) ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับ
บริการในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง ชลบุรี จำนวน 50 คน
นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองแล้วมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Alfa-Coefficient ของครอนบัค (Cronbach) ได้
ค่าความเชื่อมั่น 0.92

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยัง นายแพทย์ ธนา นิลชัย-โกวิทย์และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตใช้แบบสอบถาม จี เอช คิว (G.H.Q.) ที่แปลเป็นภาษาไทย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ไปยังอธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ เพื่อขออนุมัติการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ปกครอง สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2539 - 31 พฤษภาคม 2539
4. คัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ได้จำนวน 215 ชุด คิดเป็นร้อยละ 63.61 จึงนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการจัดกระทำข้อมูล เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปตามลำดับ

วิธีจัดกระทำกับข้อมูล

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้
เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2) แบบการทดสอบข้อมูลมี 2 มิติ (The χ^2 Two Variable Case) เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน

ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด, 2535 : 101)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ
f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด.

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

ใช้การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Alfa-Coefficient ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538 : 125-126)

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

เมื่อ แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถามที่ใช้วัด
 S^2_i แทน คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
 S^2_p แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน

ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์

(χ^2) แบบการทดสอบข้อมูลมี 2 มิติ (The χ^2 Two - Variable Case)

เพื่อทดสอบสมมุติฐานที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 โดยใช้สูตร (ชูศรี
วงศ์รัตนนา, 2530 : 221)

$$\chi^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$df = (R - 1) (C - 1)$$

เมื่อ χ^2 แทน ค่าไคสแควร์
 O แทน ค่าความถี่ที่ได้จากการสังเกต
 E แทน ค่าความถี่ที่คาดหวังไว้หรือความถี่ที่ได้มา
 ตามทฤษฎี
 df แทน ชั้นแห่งความอิสระ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายต่อไปนี้

χ^2	แทน	ค่าไคสแควร์
df	แทน	จำนวนค่าชั้นความเป็นอิสระ (degree of freedom)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิถิ่นอาศัยเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ และเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถาม แบบคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น จี เอช คิว (G.H.Q. = General Health Questionnaire) และทดสอบสมมติฐาน

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นค่าร้อยละและเสนอเป็นตาราง

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามตัวแปรที่ศึกษา โดยแจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ เสนอเป็นตาราง

2.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุตามตัวแปรที่ศึกษา เพื่อทดสอบสมมุติฐานที่ 1 ถึง 8

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร
เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ
ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ และระยะในการ
เข้ารับบริการการสงเคราะห์ ดังปรากฏตามตาราง 4-11

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	28	13.00
หญิง	187	87.00
รวม	215	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ
87 ชายคิดเป็นร้อยละ 13

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	123	57.20
ระดับประถมศึกษา	49	22.80
ระดับมัธยมศึกษา	37	17.02
ระดับอุดมศึกษา	6	2.08
รวม	215	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.20 รองลงมาคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.80 มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.20 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.80

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพการสมรส

สถานภาพการสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	61	28.40
คู่	17	7.90
หย่าร้าง	33	15.30
คู่สมรสเสียชีวิต	104	48.40
รวม	215	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.40 รองลงมาคือ สถานภาพการสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 28.40 สถานภาพการสมรสหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 15.30 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือสถานภาพการสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 7.90

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการประกอบอาชีพเดิม

อาชีพเดิม	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ	29	13.50
รับจ้าง	62	28.80
ค้าขาย	61	28.40
เกษตรกรรม	35	16.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28	13.00
รวม	215	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเดิมรับจ้าง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.80 รองลงมาคือ อาชีพเดิมค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 28.40 อาชีพเดิมเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 16.30 อาชีพเดิมรับราชการคิดเป็นร้อยละ 13.50 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้น้อยกว่า 750 บาทต่อเดือน	153	71.20
รายได้ 750-1,500 บาทต่อเดือน	35	16.30
รายได้ 1,501-2,000 บาทต่อเดือน	1	0.50
รายได้ 2,001-2,500 บาทต่อเดือน	2	0.90
รายได้ 2,501-3,000 บาทต่อเดือน	7	3.30
รายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	17	7.90
รวม	215	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่า 750 บาทต่อเดือนมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.20 รองลงมาคือรายได้ 750-1,500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 16.30 รายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 7.90 รายได้ 2,501-3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 3.30 รายได้ 2,001-2,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.90 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ รายได้ 1,501-2,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 0.50

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภูมิลำเนาเดิม

ภูมิลำเนาเดิม	จำนวน	ร้อยละ
ภาคเหนือ	12	5.60
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6	2.80
ภาคกลาง	104	48.40
ภาคใต้	4	1.90
กรุงเทพมหานคร	89	41.40
รวม	215	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีภูมิลำเนาเดิมภาคกลาง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.40 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 41.40 ภาคเหนือคิดเป็นร้อยละ 5.60 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 2.80 และภาคใต้มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.90

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของการ
เข้ารับบริการการสงเคราะห์

ประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์	จำนวน	ร้อยละ
สามัญ	187	87.00
เสียค่าบริการ	20	9.30
บังกาโล	8	3.70
รวม	215	100.00

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุเข้ารับบริการการสงเคราะห์
ประเภทสามัญมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87 รองลงมาคือ ประเภท
เสียค่าบริการ คิดเป็นร้อยละ 9.30 และประเภทบังกาโล มีจำนวนน้อย
ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.70

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ระยะเวลาในการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์	จำนวน	ร้อยละ
0 - 5 ปี	107	49.80
6 - 10 ปี	67	31.20
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	41	19.10
รวม	215	100.00

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุเข้ารับบริการการสงเคราะห์เป็นระยะเวลา 0 - 5 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.80 รองลงมาคือ 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.20 และระยะเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.10

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น จี เอช คิว (G.H.Q. = General Health Questionnaire)

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสภาวะสุขภาพจิต

สภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
มีสุขภาพจิตดี	90	41.90
มีปัญหาทางสุขภาพจิต	125	58.10
รวม	215	100.00

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 58.10 และมีสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 41.90

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิถิ่นอาศัยเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ดังปรากฏตามตาราง 13-20

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศกับสภาวะ
สุขภาพจิต

เพศ	สภาวะสุขภาพจิต		รวม
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	
ชาย	16 (57.10)	12 (42.90)	28 (100.00)
หญิง	74 (39.20)	113 (60.40)	187 (100.00)
รวม	90 (41.90)	125 (58.10)	215 (100.00)

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาทางสุขภาพจิต
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.40 ส่วนผู้สูงอายุชายมีปัญหาทางสุขภาพจิต
คิดเป็นร้อยละ 42.90

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษากับ
สภาวะสุขภาพจิต

ระดับการศึกษา	สภาวะสุขภาพจิต		รวม
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	48(39.00)	75(61.00)	123(100.00)
ระดับประถมศึกษา	24(49.00)	25(51.00)	49(100.00)
ระดับมัธยมศึกษา	16(43.20)	21(56.80)	37(100.00)
ระดับอุดมศึกษา	2(33.30)	4(66.70)	6(100.00)
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา
มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุ
ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษามีปัญหาทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 61
และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีปัญหาทางสุขภาพจิต
คิดเป็นร้อยละ 51

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพการสมรส
กับสภาวะสุขภาพจิต

สถานภาพการสมรส	สภาวะสุขภาพจิต		รวม
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	
โสด	28(45.90)	33(54.10)	61(100.00)
คู่	8(47.10)	9(52.90)	17(100.00)
หย่าร้าง	10(30.30)	23(69.70)	33(100.00)
คู่สมรสเสียชีวิต	44(42.30)	60(57.70)	104(100.00)
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสที่
หย่าร้าง มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.70 รองลงมาคือ
ผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 57.70 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุ
ที่มีสถานภาพการสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.90

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการประกอบอาชีพเทียบกับสภาวะสุขภาพจิต

อาชีพเดิม	สภาวะสุขภาพจิต		รวม
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	
รับราชการ	11 (37.90)	18 (62.10)	29 (100.00)
รับจ้าง	31 (50.00)	31 (50.00)	62 (100.00)
ค้าขาย	24 (39.30)	37 (60.70)	61 (100.00)
เกษตรกรรม	13 (37.10)	22 (62.90)	35 (100.00)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11 (39.30)	17 (60.70)	28 (100.00)
รวม	90 (41.90)	125 (58.10)	215 (100.00)

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมเกษตรกรรม มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.90 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่อาชีพเดิมรับราชการ มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 62.10 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมรับจ้าง มีปัญหาทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 50

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจกับสภาวะสุขภาพจิต

ฐานะทางเศรษฐกิจ	สภาวะสุขภาพจิต		รวม
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	
รายได้น้อยกว่า 750 บาทต่อเดือน	63(41.20)	90(58.80)	153(100.00)
รายได้ 750-1,500 บาทต่อเดือน	18(51.40)	17(48.60)	35(100.00)
รายได้ 1,501-2,000 บาทต่อเดือน	1(100.00)	0(0)	1(100.00)
รายได้ 2,001-2,500 บาทต่อเดือน	1(50.00)	1(50.00)	2(100.00)
รายได้ 2,501-3,000 บาทต่อเดือน	2(28.60)	5(71.40)	7(100.00)
รายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	5(29.40)	12(70.60)	11(100.00)
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,501-3,000 บาทต่อเดือน มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.40 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 70.60 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,501-2,000 บาทต่อเดือน ไม่พบจำนวนผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภูมิลำเนาเดิมกับ
สภาวะสุขภาพจิต

ภูมิลำเนาเดิม	สภาวะสุขภาพจิต		รวม
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	
ภาคเหนือ	3 (25.00)	9 (75.00)	12 (100.00)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2 (33.30)	4 (66.70)	6 (100.00)
ภาคกลาง	45 (43.30)	59 (56.70)	104 (100.00)
ภาคใต้	3 (75.00)	1 (25.00)	4 (100.00)
กรุงเทพมหานคร	37 (41.60)	52 (58.40)	89 (100.00)
รวม	90 (41.90)	125 (58.10)	215 (100.00)

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือ มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 66.70 และน้อยที่สุดคือผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ มีปัญหาทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 25

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของการ
เข้ารับบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิต

ประเภทของการเข้ารับ บริการการสงเคราะห์	สภาวะสุขภาพจิต		รวม
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	
สามัญ	79(42.20)	108(57.80)	187(100.00)
เสียค่าบริการ	7(35.00)	13(65.00)	20(100.00)
บังกาโล	4(50.00)	4(50.00)	8(100.00)
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์
เสียค่าบริการ มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา
คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทสามัญ มีปัญหาสุขภาพจิต
คิดเป็นร้อยละ 57.80 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์
ประเภทบังกาโล มีปัญหาทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 50

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระยะเวลาในการ
เข้ารับบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิต

ระยะเวลาในการเข้ารับ บริการการสงเคราะห์	สภาวะสุขภาพจิต		รวม
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	
0 - 5 ปี	47(43.90)	60(56.10)	107(100.00)
6 - 10 ปี	29(43.30)	38(56.70)	67(100.00)
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	14(34.10)	27(65.90)	41(100.00)
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์
ในระยะเวลา มากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 65.90 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ในระยะ
เวลา 6 - 10 ปี มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 56.70 และที่น้อยที่สุดคือ
ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ในระยะเวลา 0 - 5 ปี มีปัญหาทาง
สุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 56.10

2.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิสำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์และระยะเวลาในการเข้ารับบริการสงเคราะห์ ดังปรากฏตามตาราง 21-28

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เพศ	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/		รวม	χ^2
	ความถี่ที่คาดหวัง			
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต		
ชาย	16(17.80)	12(9.60)	28(13.00)	
หญิง	74(82.20)	113(90.40)	187(87.00)	
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)	2.40953

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.991$, $df = 2$)

จากตาราง 21 แสดงว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับเพศ

ตาราง 22 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/		รวม	X ²
	ความถี่ที่คาดหวัง			
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	48(53.30)	75(60.00)	123(57.20)	
ระดับประถมศึกษา	24(26.70)	25(20.00)	49(22.80)	
ระดับมัธยมศึกษา	16(17.80)	21(16.80)	37(17.20)	
ระดับอุดมศึกษา	2(2.20)	4(3.20)	6(2.80)	
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)	1.63524

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 7.815$, $df = 3$)

จากตาราง 22 แสดงว่า สภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรสกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สถานภาพการสมรส	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/		รวม	χ ²
	ความถี่ที่คาดหวัง			
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต		
โสด	28(31.10)	33(26.40)	61(28.40)	
คู่	8(8.90)	9(7.20)	17(7.90)	
หย่าร้าง	10(11.10)	23(18.40)	33(15.30)	
คู่สมรสเสียชีวิต	44(48.90)	60(48.00)	104(48.80)	
รวม	90(41.9)	125(58.10)	215(100.00)	2.41781

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 7.815$, $df = 3$)

จากตาราง 23 แสดงว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพการสมรส ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ 3 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ สถานภาพการสมรส

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

อาชีพเดิม	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/		รวม	X ²
	ความถี่ที่คาดหวัง			
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต		
รับราชการ	11(12.20)	18(14.40)	29(13.50)	
รับจ้าง	31(34.40)	31(24.80)	62(28.80)	
ค้าขาย	24(26.70)	37(29.60)	61(28.40)	
เกษตรกรรม	13(14.40)	22(17.60)	35(16.30)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11(12.20)	17(13.60)	28(13.00)	
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)	2.42678

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 9.488$, $df = 4$)

จากตาราง 24 แสดงว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพเดิม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ 4 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพเดิม

ตาราง 25 ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ฐานะทางเศรษฐกิจ	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/		รวม	X ²
	ความถี่ที่คาดหวัง			
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต		
รายได้น้อยกว่า 750 บาทต่อเดือน	63(70.00)	90(72.00)	153(71.20)	
รายได้ 750-1,500 บาทต่อเดือน	18(20.00)	17(13.60)	35(16.30)	
รายได้ 1,501-2,000 บาทต่อเดือน	1(1.10)	0(0)	1(0.50)	
รายได้ 2,001-2,500 บาทต่อเดือน	1(1.10)	1(0.80)	2(0.90)	
รายได้ 2,501-3,000 บาทต่อเดือน	2(2.20)	5(4.00)	7(3.30)	
รายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	5(5.60)	12(9.60)	11(7.90)	
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)	4.37974

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 11.070$, $df = 5$)

จากตาราง 25 แสดงว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ 5 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิลำเนาเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ภูมิลำเนาเดิม	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/		รวม	χ^2
	ความถี่ที่คาดหวัง			
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต		
ภาคเหนือ	3(3.30)	9(7.20)	12(5.60)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2(2.20)	4(3.20)	6(2.80)	
ภาคกลาง	45(50.00)	59(47.20)	104(48.40)	
ภาคใต้	3(3.30)	1(0.80)	4(1.90)	
กรุงเทพมหานคร	37(41.10)	52(41.60)	89(41.40)	
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)	3.47375

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, $df = 4$)

จากตาราง 26 แสดงว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาเดิม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 6 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาเดิม

ตาราง 27 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ประเภทของการเข้ารับ บริการการสงเคราะห์	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ ความถี่ที่คาดหวัง		รวม	χ^2
	สุขภาพจิตดี มีปัญหาทางสุขภาพจิต			
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต		
สามัญ	79(87.80)	108(86.40)	187(87.00)	
เสียค่าบริการ	7(7.80)	13(10.40)	20(9.30)	
บังกาโล	4(4.40)	4(3.20)	8(3.70)	
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)	0.61598

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.991$, $df = 2$)

จากตาราง 27 แสดงว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 7 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ตาราง 28 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ระยะเวลาในการเข้ารับ	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/		รวม	χ ²
บริการการสงเคราะห์	ความถี่ที่คาดหวัง			
	สุขภาพจิตดี	มีปัญหาทางสุขภาพจิต		
0 - 5 ปี	47(52.20)	60(48.00)	107(49.80)	
6 - 10 ปี	29(32.20)	38(30.40)	67(31.20)	
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	14(15.60)	27(21.60)	41(19.10)	
รวม	90(41.90)	125(58.10)	215(100.00)	1.24568

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.991$, $df = 2$)

จากตาราง 28 แสดงว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ 8 ที่ว่าสภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการและพักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 215 คน เป็นชาย 28 คน และเป็นหญิง 187 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 2 เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต จี เอช คิว (G.H.Q. = General Health Questionnair ของ Davis Goldberg

and Paul Williams ค.ศ.1988 แปลเป็นภาษาไทย โดย นายแพทย์
ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามา
ธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ
ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 50 คน ได้
ค่าความเชื่อมั่น 0.92 แบบสอบถาม จี เอช คิว นี้ประกอบด้วยคำถาม 30
ข้อ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส พีซี
(SPSS/PC + : Statistical Package for Social Sciences PC)

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ เสนอในรูปตาราง
2. วิเคราะห์ข้อมูลการตอบสอบถามคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น จี เอช คิว (G.H.Q. = General Health Questionnaire) โดยวิเคราะห์สภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ เสนอในรูปตาราง
3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามตัวแปรที่ศึกษาคิดเป็นร้อยละ เสนอในรูปตาราง
4. ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์ และระยะเวลาในการเข้ารับบริการสงเคราะห์ โดยใช้ค่าทดสอบ ไคสแควร์ (χ^2)

สรุปผลการค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า
 - 1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.00
 - 1.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.20

- 1.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คู่สมรสเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 48.40
- 1.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเดิมรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 28.80
- 1.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 750 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.20
- 1.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.40
- 1.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทสามัญ คิดเป็นร้อยละ 87.00
- 1.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับบริการการสงเคราะห์เป็นระยะเวลา 0 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.80
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
 - 2.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 58.10 และมีสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 41.90
 - 2.2 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.40
 - 2.3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70
 - 2.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสหย่าร้างมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.70
 - 2.5 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมเกษตรกรรมมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.90
 - 2.6 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,501-3,000 บาทต่อเดือนมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.40
 - 2.7 ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.00
 - 2.8 ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทเสียค่าบริการมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.00

2.9 ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์เป็นระยะเวลา
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.90

3. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ตามตัวแปรที่ศึกษา เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า

3.1 สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับเพศ

3.2 สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา

3.3 สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานภาพการ

สมรส

3.4 สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการประกอบ

อาชีพเดิม

3.5 สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับฐานะทาง

เศรษฐกิจ

3.6 สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาเดิม

3.7 สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับประเภ

การเข้ารับบริการการสงเคราะห์

3.8 สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาใน

การเข้ารับบริการการสงเคราะห์

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์สภาวะ
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ระหว่าง วันที่
1 เมษายน 2539 - 31 พฤษภาคม 2539 ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา
สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภท
ของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ และระยะเวลาในการเข้าเข้ารับบริ
การการสงเคราะห์ ผลการวิเคราะห์พบว่า

1. ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา สถานภาพการสมรสคู่สมรสเสียชีวิต อาชีพเดิมรับจ้าง มีรายได้น้อยกว่า 750 บาทต่อเดือน ภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลาง เข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทสามัญ และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ 0-5 ปี

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา สถานภาพการสมรสหย่าร้าง อาชีพเดิมเกษตรกร รายได้ 2,501-3,000 บาทต่อเดือน ภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือ เข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทเสียค่าบริการ และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์เป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป พบว่า มีปัญหาทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

3. การทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า

3.1 จากการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า เพศกับสภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับเพศ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพกร พิทยาภินันท์ (2532:83) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของครูในพื้นที่ซึ่งมีปัญหาชายแดนทางภาคตะวันออก พบว่า สุขภาพจิตของครูชายและครูหญิงในเขตพื้นที่เสี่ยงภัยมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ พรรณภา ชีวรัฐพิพัฒน์ (2532:99) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษา ในศูนย์วัณโรคเขต 12 จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคชายและหญิงที่เข้ารับการตรวจมีระดับสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา ศรีหล้า (2537:78) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษ

สุราโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า เพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่จากผลการศึกษาของ เบรมส์รีย์ เชื่อมทอง (2526:57) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่กับในโรงเรียน พบว่า เด็กวัยรุ่นเพศต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตด้านโรคจิตแตกต่างกัน จากการศึกษาของ สันสนีย์สมิตเกษตรริน (2528:56) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนชายกับหญิงมีระดับสุขภาพจิตด้านโรคจิตแตกต่างกัน จากการศึกษาของ จันทนา สุวรรณอาสน์ (2532:46) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของครูโรงเรียนประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูโรงเรียนประถมศึกษาชายกับหญิงมีสุขภาพจิตด้านโรคจิตแตกต่างกัน

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า การที่คนเรามีเพศต่างกันจะมีความแตกต่างทางร่างกาย แต่เพศนั้นก็ไม่ได้ระบุว่ามีความแตกต่างทางจิตใจ หากแต่มีสภาพจิตใจและความรู้สึกนึกคิดแตกต่างกันไปตามเพศตามที่สังคมได้กำหนดขึ้นมา และจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ไม่สามารถแยกแยะหรือระบุโรคทางจิตใจได้ ความแตกต่างทางเพศในสังคมปัจจุบันได้ลดบทบาทลงเป็นอย่างมาก เนื่องจากสังคมมีการเปิดกว้างขึ้น ยอมรับถึงสิทธิและความสามารถที่เท่าเทียมกับของเพศชายและเพศหญิง เพศหญิงก็จะเป็นฝ่ายที่ต้องเก็บกดอดทนมากเหมือนสมัยก่อนอีกต่อไป ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.2 จากการศึกษาทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา กับสภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรรณภา ชีวรัฐพิพัฒน์ (2532:99) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาและรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการ

ศึกษาต่างกันจะมีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีระดับสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาดา นิธิปรีชานนท์ (2535:159) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของครูประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงาน การประถมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ครูที่มีคุณวุฒิทางการศึกษาต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุกด้านไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวรรณี พลัฒลาทอง (2522:144 -145) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาสูงมีความทันสมัยและมองตนเองมีคุณค่าต่อสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า และนอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ NCOA (มาร์ศรี นุชแสงพลี. 2532:27 ; อ้างอิงมาจาก The National Council on the Aging.1974:n.d.) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้รับการปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคล กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อย และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองทางบวกมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย นอกจากนี้ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงยังประเมินค่าตนเองว่าเป็นคนฉลาด กระฉับกระเฉง และทำสิ่งต่างๆ ได้ดี

แต่เนื่องจากสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาเปลี่ยนไป มีการกระจายโอกาสทางการศึกษามากขึ้น มีการเผยแพร่ความรู้ข่าวสารทางสื่อต่างๆ มากมาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และนิตยสารต่างๆ การเรียนรู้การศึกษามีขึ้นไม่เพียงในบทเรียนเท่านั้น หากเรายังสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์การทำงานอีกด้วย จะเห็นว่าพื้นฐานทางการศึกษาไม่ใช่พื้นฐานทางสุขภาพจิต เพราะพื้นฐานทางสุขภาพจิตนั้นถูกปลูกฝังมาตั้งแต่บุคคลนั้นได้ถือกำเนิดขึ้นมา การศึกษาจึงเป็นเพียงแค่การขัดเกลาและชี้แนะให้บุคคลได้มีการเรียนรู้มากขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.3 จากการทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานภาพการสมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุโฆษ บินสุวรรณ์ (2523:55) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการปฏิบัติงานและสุขภาพจิตครูอาจารย์ ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ พบว่า ครูอาจารย์ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ สุภลักษณ์ เกื้อวร-กุลชัย (2525:50) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ จันทร โกศล (2530:78) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของพยาบาลเทคนิคในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า พยาบาลเทคนิคที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ จันทนา สุวรรณอาสน์ (2532:81) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูโรงเรียนประถมศึกษาที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เทพกร พิทยาภินันท์ (2532:82) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของครูในพื้นที่ซึ่งมีปัญหายาเสพติดทางภาคตะวันออก พบว่า ครูที่ปฏิบัติการสอนในเขตพื้นที่เสี่ยงภัยที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตทุกๆด้านไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถาวร บุตรโสมตา (2525:131) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎ พบว่า ผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน จากการศึกษาของ สنجศรี จัยสิน และคนอื่นๆ (2528:247-259) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี พบว่า ประชาชนที่มีสถานภาพการสมรส หย่า หม้าย และแยกกันอยู่ มีความเครียดสูง การศึกษาของ ศันสนีย์ สมิตเกษตรริน (2528:58) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า โรคเรื้อน

ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

แต่เนื่องจากความแตกต่างของจุดมุ่งหมาย ในการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา สถานภาพการสมรสจะเป็นสิ่งกำหนดบทบาทในชีวิตของคน สำหรับผู้สูงอายุที่มายุอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จะมีสถานภาพการสมรสต่างกัน และสาเหตุที่เข้ามาอยู่ก็ต่างกันไป สาเหตุหนึ่งที่ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่สถานสงเคราะห์คนชราก็จากสภาวะทางสังคมเปลี่ยนไป จากสังคมชนบทสู่สังคมอุตสาหกรรม เมืองกำลังขยายตัว สภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนไป จากสังคมเดิมที่เป็นครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ต้องดิ้นรนสู้กับสังคมที่มีค่าครองชีพสูงขึ้น ความหมายของคำว่าครอบครัวลดน้อยลงจนแทบจะไม่มีคำว่า ครอบครัว ได้ก่อกำเนิดความอบอุ่น ผู้สูงอายุขาดคนดูแล คุณค่าและความหมายของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป รวมทั้งการพลัดพรากจากกันด้วยการเสียชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว การมีครอบครัวและสถานภาพการสมรสจึงเป็นเหมือนบทเรียนหรือประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ดังนั้นจะเห็นว่าสถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.4 จากการทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า อาชีพเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับอาชีพเดิม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณภา ชีวรัฐพัฒน์ (2532:99) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาและรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกันมีระดับสภาวะสุขภาพจิตด้านหวาดระแวงและด้านโรคจิตแตกต่างกัน และจากการศึกษาของ ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2534:104) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม พบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน

แต่เนื่องจากการศึกษาสภาวะสุขภาพจิตของคนชราในครั้งนี้ อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายหรือวัยทองของชีวิตนั้น ผู้สูงอายุจะหยุดประกอบอาชีพเดิมแล้วจะมีเพียงงานอดิเรกหรือกิจกรรมเล็กๆน้อยๆ ทำตามความสามารถ สมรรถภาพ หรือความพึงพอใจ การหยุดประกอบอาชีพเดิมของผู้สูงอายุก็น่าสนใจ มาแล้ว เป็นเพียงประสบการณ์ในอดีตจากเหตุผลดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าอาชีพเดิมจึงไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.5 จากการทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 5 ผลการศึกษา พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรรณภา ชีวรัฐพัฒน์ (2532:99) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาใน ศูนย์วัณโรคเขต 12 จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ วิภาดา นิธิปรีชานนท์ (2535:158) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของครูประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ครูโรงเรียนประถมศึกษาที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตทุกๆด้านไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ บงกช เชี่ยวชาญยนต์ และคนอื่นๆ (จินตนา ศรีหาล้า . 2537:81; อ้างอิงมาจาก บงกช เชี่ยวชาญยนต์ และคนอื่นๆ . 2535) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะด้านประชากรสภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศ ที่ให้บริการแก่ชาวต่างชาติจังหวัดสงขลา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับผลจากการศึกษาของ จินตนา ศรีหาล้า (2537:80) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากงานวิจัยข้างต้น แสดงว่า ความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจกับสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากว่าคนแต่ละคนมีพื้นฐานความเป็น

อยู่แตกต่างกัน แต่มีปัจจัยหลักที่ต้องการเหมือนกันคือ ปัจจัยสี่ ที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต ปัจจัยสี่ของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันออกไปตามสภาพความเป็นอยู่หรือฐานะทางเศรษฐกิจ คนที่มีรายได้น้อยก็จะมีรายจ่ายน้อย คนที่มีรายไ้มากก็จะมีรายจ่ายมากตามไป ซึ่งถ้าคนที่มีรายได้น้อยจะไม่มีรายจ่ายมากก็ต้องขวนขวายหารายได้เพิ่มขึ้น เพื่อรองรับกับรายจ่ายที่เพิ่มมากขึ้น คนที่มีรายไ้มากก็ไม่มีอะไรจะมาวัดได้ว่าจะเป็นคนที่มีความสุขกว่า คนที่มีรายได้น้อย ความสุขหรือความพอใจอยู่ที่การรู้จักพอ ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจจึงไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.6 จากการทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 6 ผลการศึกษา พบว่า ภูมิลำเนาเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาเดิม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เป็ล้อง บังศรี (2525 :175) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การเปรียบเทียบสุขภาพจิตและบรรยากาศท้องถิ่นตามการรับรู้ของครูในห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ครูที่อาศัยอยู่ในภูมิลำเนาเดียวกับครูที่มาจากต่างถิ่น ในจังหวัดสงขลา ยะลา และปัตตานี มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุทธิพันธ์ พักสุวรรณ (2537:71) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในและนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีการปรับตัวต่างกัน

จากงานวิจัยข้างต้น แสดงว่า ความแตกต่างของภูมิลำเนาเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กัน ความแตกต่างกันของภูมิเดิมนั้นประเทศไทยแบ่งออกเป็น 4 ภาค และเขตกรุงเทพมหานคร สภาพความเป็นอยู่ทรัพยากรธรรมชาติ อาชีพหลัก ภูมิอากาศ แตกต่างกันไปตามแต่ละท้องถิ่น ทำให้การดำรงชีวิตแตกต่างกันไปด้วย จากสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ คนในแต่ละภูมิภาคจึงมีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันไป และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในเขตภาคกลาง

สภาพการดำรงชีวิตซึ่งนำไปสู่การมีฐานะทางเศรษฐกิจ จึงไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า ภูมิลาเนา เดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.7 จากการทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภลักษณ์ เกื้อวรกุลชัย (2525:50) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายจังหวัดชายแดนภายใต้ พบว่า ครูที่มีที่พักอาศัยต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ จันทรโกศล (2530:83) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตพยาบาลเทคนิค พบว่า พยาบาลเทคนิคที่มีสวัสดิการที่อยู่อาศัยต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ พรรณภา ชีวรัฐพัฒน์ (2532:99) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาและรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยที่มีที่อยู่อาศัยต่างกันมีระดับสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพบูลย์ อ่อนมั่ง (2533:100) เกี่ยวกับ สุขภาพจิตครอบครัวทหารเรือ พบว่า ครอบครัวทหารเรือที่อาศัยในที่ตั้งของอาคารพักต่างกันมีสุขภาพจิตทุกด้านไม่แตกต่างกัน

จากงานวิจัยข้างต้น แสดงว่า ความแตกต่างกันของที่อยู่อาศัยไม่มีผลต่อสภาวะสุขภาพจิต แต่ที่อยู่อาศัยในที่นี้หมายถึงบ้านที่อาศัยอยู่เป็นประจำ ไม่ได้หมายถึงหอผู้ป่วย หรือ อาคารที่เข้าพักรักษาหรือเข้ารับบริการซึ่งแตกต่างจากที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ประเภทของการเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค มี 3 ประเภท คือ ประเภทสามัญ ผู้สูงอายุจะพักอาศัยอยู่รวมกัน ห้องละประมาณ 4-7 คน แล้วแต่ประเภทของอาคารประเภทเสียค่าบริการ ผู้สูงอายุจะพักอาศัยอยู่รวมกันห้องละ 2 คน หรือห้องละ 1 คน และประเภทบังกาโล ผู้สูงอายุจะพักเป็นบ้านเดี่ยวแยกออกไปเป็นส่วนตัว

ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันของประเภทของการเข้ารับบริการ แต่ผู้สูงอายุทุกคนก็จะมีกิจกรรมร่วมกัน มีระเบียบของการอยู่ร่วมกันที่เหมือนกัน การที่คนจำนวนมากมาจากหลายที่มาอยู่ร่วมกันและสาเหตุของการเข้ารับบริการต่างกัน บางคนอาจจะชอบการอยู่คนเดียวๆคนเดียว บางคนอาจจะกลัวการอยู่คนเดียวเหงา ขาดเพื่อน การที่มาอยู่ร่วมกันในสถานที่ที่มีแต่คนวัยเดียวกัน ทำให้มีเพื่อนที่จะพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.8 จากการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า สภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยทิพย์ ควรสุภา (2525:92) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของครูแนะแนว พบว่า สุขภาพจิตของครูแนะแนว ไม่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ทำงานของครูแนะแนว และจากการศึกษาของ จันทร โกศล (2530:83) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตพยาบาลเทคนิค พบว่า พยาบาลเทคนิคที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีสุขภาพจิตทุกๆด้าน ไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เทพกร พิทยาภินันท์ (2532:83) เกี่ยวกับ สุขภาพจิตครูที่ทำการสอนในเขตพื้นที่เสี่ยงภัย พบว่า ครูที่ทำการสอนในเขตพื้นที่เสี่ยงภัยที่จำนวนปีการสอนแตกต่างกันมีสุขภาพจิตทุกๆด้านไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัย เกื้อกูลวรชัยกุล (2525:51) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สภาวะสุขภาพจิตครูในเขตแทรกซึมผู้ก่อการร้าย พบว่า ครูในเขตแทรกซึมผู้ก่อการร้ายที่มีประสบการณ์การสอนแตกต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จากงานวิจัยดังกล่าว จะเป็นระยะเวลาหรือประสบการณ์ในการทำงานก็ตาม ซึ่งจะเปรียบเทียบกับ การเข้ารับบริการการสงเคราะห์ของผู้สูงอายุ

เนื่องจากในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น จะจัดกิจกรรมต่างๆตามความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ ตลอดจนตามความสมัครใจของผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักว่า ตนเองยังคงเป็นคนที่มีคุณค่าและมีความหมาย และงานที่ทำนั้นก็จะเป็นประโยชน์แก่สังคมของผู้สูงอายุด้วย แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ ก็จะมีเพียงกิจกรรมที่ตนเองต้องการทำในชีวิตประจำวันเท่านั้น ระหว่างที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ก็อาจจะมี บุตรหลาน บุคคลภายนอก เข้ามาเยี่ยมเยียน หรือเข้าชมสถานสงเคราะห์ตามโอกาส และทางสถานสงเคราะห์ก็ยังอนุญาตให้ผู้สูงอายุ ออกไปนอกสถานที่ได้เมื่อต้องการ ไม่ว่าจะเป็น ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล กลับไปเยี่ยมบ้าน เป็นต้น จากเหตุผลดังกล่าวแสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ยังมีคุณค่ามีอิสระในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเข้ารับบริการการสงเคราะห์เป็นระยะเวลาที่แตกต่างกันก็ตาม จึงสรุปได้ว่า ระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษพบว่า ตัวแปรต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์จะเน้นการให้บริการในด้านปัจจัยสี่ได้แก่ อาหาร, อากาศ, ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค ซึ่งผู้สูงอายุที่มาใช้บริการนั้นไม่ได้ขาดแต่เพียงปัจจัยสี่ที่เป็นความต้องการทางร่างกาย แต่ยังขาดที่พึงพิงทางใจ จึงควรจัดให้มีการบริการทางด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุเพื่อเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นและเป็นการดูแลรักษาสุขภาพจิตขั้นพื้นฐาน

2. การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตดีกว่าการแก้ปัญหาสุขภาพจิต ควรมีการเตรียมการล่วงหน้าแก่คนวัยกลางคน ก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ที่จะได้เป็นการเตรียมพร้อมล่วงหน้า ให้มีการปฏิบัติตัวและปรับตัวให้เหมาะสมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและเป็นการเปลี่ยนแปลงต่างๆในวัยสูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสม

3. สภาพและสิ่งแวดล้อมที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค นั้นค่อนข้างคับแคบและแออัดเกินไป เมื่อเทียบจำนวนผู้สูงอายุต่อพื้นที่ จึงควรมีการจัดจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการ ปรับปรุงที่พักให้มีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้มีความร่มรื่นน่าอยู่คล้ายบ้าน และจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมชมหรือจำนวนผู้เข้ามาทำการศึกษาค้นคว้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาส่วนตัวในการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่างๆตามต้องการ

4. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุควรมีปริมาณเพียงพอแก่จำนวนผู้สูงอายุ และมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่จะมาทำหน้าที่นี้ ซึ่งควรจะเป็นผู้ที่ทำงานด้วยใจรัก มีความเมตตา กรุณา และมีความอ่อนโยนต่อผู้สูงอายุ

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีการส่งเสริม สนับสนุน ให้สังคมยอมรับและเห็นคุณค่าความหมายของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้งให้เป็นภาระของสังคม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากสถานสงเคราะห์คนชราแห่งอื่น เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราแต่ละแห่งว่าจะมีสภาวะสุขภาพจิตอยู่ในลักษณะใด

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราแต่ละแห่งทั้งสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐบาลและเอกชน

3. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรได้มีการนำเครื่องมือวัดสุขภาพจิตมาตรฐานอื่นที่ไม่ใช่ แบบสอบถามสุขภาพจิตเบื้องต้น จี เอช คิว (General Health Questionnaire) มาทดสอบใช้วัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4. ควรศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของ
ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
5. ควรศึกษาสภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์คนชรา

บรรณานุกรม

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

เกริกศักดิ์ บุญปานพงศ์ และคณะ. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการศึกษาศาสนาบัณฑิตวิทยาลัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533.

การแพทย์, กรม กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศาสนา, 2529.

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

คณะทำงานประมาณประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2523-2558. กรุงเทพฯ: เมษายน 2529.

จันทนา สุวรรณอาสน์. สุขภาพจิตของครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.

จันทร์ โกศล. สุขภาพจิตของพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.

- จันทิมา เย็นสุขใจ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่ออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- จารุณันท์ สมบูรณ์สิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย มหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย . (ฉบับพิเศษ). 12(3-4) กรกฎาคม - ตุลาคม 2510. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยเซหม, 2510.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
- จินตนา ศรีหิลา. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.
- เชอริ ทองเพ็ญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.อัดสำเนา.

ณัฐกร อ่วมบำรุง. การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2534. อัดสำเนา.

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. หลักและการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์อักษราพัฒนา, 2531.

เทพกร พิชยาภินันท์. สุขภาพจิตของครูในพื้นที่มีปัญหาชายแดนทางภาค
ตะวันออกระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน. ปรินิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2532. อัดสำเนา.

นิศา ชูโต. คนชราไทย. รายงานการศึกษา, สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2525.

บงกช เขียวชาญยนต์ และคนอื่น ๆ. การศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ
ด้านประชากร ภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
โรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศที่ให้บริการแก่ชาวต่างชาติ
จังหวัดสงขลา. สงขลา : โรงพยาบาลประสาท สงขลา, 2535.
อัดสำเนา.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. ระบาวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุใน
ประเทศไทย พ.ศ.2525. กรุงเทพฯ : ธนาคารพิมพ์, 2526.

บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
สุวีริยาสาส์น, 2535.

บุญยืน สุภาพ. การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาความต้องการและโลกทัศน์ของ
คนชราในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน. วิทยานิพนธ์
ป.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประชากรผู้สูงอายุใน
ประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์. รายงานสัมนา
ระดับชาติ. 2528.

ประสพ รัตนากร. บริการผู้สูงอายุในต่างประเทศ. กรุงเทพฯ :
กรมการแพทย์, รายงานสัมนา ระดับชาติ, 2524.

"ปืชวดหนุ-คนบ้ำเพิ่มเป็นแล้วเกือบ 3 แสน", หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ.
1 มกราคม 2539. หน้า 23

ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ และสัจจันต์ ปรีชาमारถ. หนังสือเรียนพลานามัย
รายวิชา พ.401-พ.402, พ.503-พ.504 และ พ.605-พ.606.
กรุงเทพฯ : บริษัท สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช จำกัด, 2523,
2524 และ 2526.

เปรมสุวิทย์ เชื้อมทอง. การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นใน
สถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526.
อัดสำเนา.

เปลื้อง บัวศรี. การเปรียบเทียบสุขภาพจิตและบรรยากาศท้องถิ่นตามการ
รับรู้ของครูในห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
อัดสำเนา.

- พรรณภา ชีวรัฐพัฒน์. สุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาและ
รักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532.
อิตสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.
พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2538.
- พัชรี ศรีสิงห์. สุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อิตสำเนา.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ลินี่ กมลนาวัน และ ประเสริฐ รักไทยดี. ความทันสมัย
และภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา.
รายงานวิจัยสำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
- เพชรรา สุนทโรทก. บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านการรับรู้ของเยาวชน
และผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อิตสำเนา.
- ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2534. อิตสำเนา.
- ไพบูลย์ อ่อนมั่ง. สุขภาพจิตของครอบครัวทหารเรือในเขตกรุงเทพมหานคร
และสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อิตสำเนา.

- มารศรี นุชแสงพลี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ :
ศึกษากรณีผู้สูงอายุชุมชนบ่อนไก่. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532. อัดสำเนา.
- ร่ำพรรณ ภัทรนิตย์. ผลของการใช้เวลาต่อสุขภาพจิตในข้าราชการบำนาญ
เกษียณอายุในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- วางแผนทรัพยากรมนุษย์, กอง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและ
 สังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.
2533-2563. กรุงเทพฯ : มทพ, 2538.
- วิภาดา นิธิปรีชานท์. สุขภาพจิตของครูประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัด
สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์
 กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
 2535. อัดสำเนา.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิน แสงวงศ์. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง
ทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของ
ผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.
 กรุงเทพฯ : รายงานการศึกษาสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ศรียรรณา ตันศิริ. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
 มหิดล, 2535. อัดสำเนา.

ศันสนีย์ สมิตเกษตรริน. การศึกษาสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

ศิริวรรณ คิริบุญ. ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแล
ผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพฯ : รายงานการศึกษา
สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

ศุภลักษณ์ เกอวรกุลชัย. สภาพจิตของครูในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้าย
จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.

ส่งศรี วิยสินและคนอื่น ๆ "สุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดชลบุรี"
วารสารกรมการแพทย์. 4 : 247-259 ; เมษายน 2528.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย
พ.ศ.2523-2524. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2523.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน.
กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2535.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานผลการสำรวจแรงงาน. กรุงเทพฯ :
สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2536.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ :
สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2537.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. สำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ 2533.
กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2533.

สมพงษ์ ริงสิพรหมกุล, น.พ. 'คุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี'. สุขภาพจิต.

ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวช. 2525.

สายชนัด เจริญชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
เขตชนบท กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัด
นครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
2535. อัดสำเนา.

สุจินต์ ปรีชาमारถ. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนคร
รัตนวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.

สุทธิพันธ์ พิกสุวรรณ. การปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุ
นอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครรัตนวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.
อัดสำเนา.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิ์โชค. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกต่นด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2535. อัดสำเนา.

สุพัฒนา คำสอน. ผลของการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายแอโรบิคต่อการ
ปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2534.

สุรีย์ บุญานพงศ์. สภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง. เชียงใหม่ :

โครงการชราภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

สุวรรณี พลัปปลาทอง. ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชรา

ในกรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคณะ. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ :

โรงพิมพ์พิมพ์เนศ, 2518.

เสาวณีย์ กานต์เดชารักษ์. ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ.

วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

หทัยทิพย์ ควรสุภา. สุขภาพจิตของครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขต

กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2525. อัดสำเนา.

อัมพร คีวาลัย. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเข้มแข็งของ

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

อัมพา วรวัฒนชัย. การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญ

สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2522. อัดสำเนา.

อุโฆษ ปันสุวรรณ์. การศึกษาสัมพันธ์ระหว่างสภาพการปฏิบัติงานและสุขภาพจิต
ของครู-อาจารย์ ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ สังกัดกองศึกษาพิเศษ
 ปรินซ์นิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.

Blazer II, D.G. Depression in late life. St. Louis :
 The C.V. Mosby Company, 1982.

Farkas, L. 'Adaptation Problems with Nursing Home
 Application for Elderly Persons : An Application
 of the Roy Adaptation Nursing Model'. Journal of
Advances Nursing. Vol. 6 : 363-368 ,1981.

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

Jahoda, Maric. "The Psychological Meaning of Various
 Criteria of Positive Mental Health," Social
 Psychology and Mental Health. New York : Holt
 Pinchart and Winstan Inc., 1970.

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

- Myers, John Earl. "Aging and Psychological distress :
Assessing the importance of economic resources
and social support." Case Western Reserve
University, 1992.
- Streib, Gordon F. and Rubye Wilkerson Beck. "Old
Families : A Decade Review," Journal of Marriage
and the Family. 42 : 937-956; November, 1980
- Sutterley, D.C., and Donnelly., C.F. Coping with Stress.
London : Aspen Systems Corporation, 1982.
- Vegel, C.H. "Anxiety and Depression among the Elderly."
Journal of Gerontological Nursing. 8 : 213-216,
1982.
- W.H.O. Report of study Group on Young People and
"Health for all by the Year 2000," : Young
People's Health : a Challenge for Society, 1986.

ภาคผนวก ก



ที่ ทม 1007/0669

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

24 มกราคม 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวจันทิมา จารณศรี เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้กำลังอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์และมีความประสงค์จะมาติดต่อ
ขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เรื่อง "สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร" ทั้งนี้ ขอใช้แบบสอบถามวัดสุขภาพจิต จี เอช คิว กับผู้สูงอายุ
ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และ
ขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริรูกา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 0805.04/96

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
270 ถนนพระรามหก ราชเทวี
กรุงเทพมหานคร 10400

13 กุมภาพันธ์ 2539

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามวัดสุขภาพจิต จี เอช คิว

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ที่ ทม 1007/0669
ลงวันที่ 24 มกราคม 2539

ตามหนังสือที่อ้างถึงบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ขอความ
อนุเคราะห์ในการขอใช้แบบสอบถามวัดสุขภาพจิต จี เอช คิว เพื่อเป็นข้อมูลในการทำ
ปริญญานิพนธ์ของ นางสาวจันทิมา จารณศรี เรื่อง "สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร" นั้น

ข้าพเจ้าพิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามวัดสุขภาพจิต จี เอช คิว
เพื่อการทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์)

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว _____ นามสกุล _____

อายุ _____ ปี จำนวนปีที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ _____

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าประถมศึกษา

() ระดับประถมศึกษา

() ระดับมัธยมศึกษา

() ระดับอุดมศึกษา

3. สถานภาพการสมรส

() โสด () คู่ () หย่าร้าง () คู่สมรสเสียชีวิต

4. อาชีพเดิม

() รับราชการ () รับจ้าง () ค้าขาย

() เกษตรกรรม () ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ

() รายได้น้อยกว่า 750 บาทต่อเดือน

() รายได้ 750 - 1,500 บาทต่อเดือน

() รายได้ 1,501 - 2,000 บาทต่อเดือน

() รายได้ 2,001 - 2,500 บาทต่อเดือน

() รายได้ 2,501 - 3,000 บาทต่อเดือน

() รายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

6. ภูมิสำเนาเดิม
- () ภาคเหนือ
 - () ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 - () ภาคกลาง
 - () ภาคใต้
 - () กรุงเทพมหานคร
7. ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์
- () ประเภทสามัญ
 - () ประเภทเสียค่าบริการ
 - () ประเภทบังกาโล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต

สุขภาพโดยทั่วไปของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมายถูกหน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีตและกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

1. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้

() ดีกว่าปกติ	() เหมือนปกติ
() น้อยกว่าปกติ	() น้อยกว่าปกติมาก
2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ

() ไม่เลย	() ไม่มากกว่าปกติ
() ค่อนข้างมากกว่าปกติ	() มากกว่าปกติมาก
3. หาอะไรทำและทำให้ตัวเองไม่มีเวลาได้

() มากกว่าปกติ	() เหมือนปกติ
() ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ	() น้อยกว่าปกติมาก

ในที่นี้ขอยกตัวอย่างเพียง 3 ข้อ จาก 30 ข้อ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามสุขภาพจิตมาตรฐาน

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจันทิมา จารณศรี

เกิดวันที่ 18 มิถุนายน พุทธศักราช 2511

สถานที่เกิด จังหวัดสระบุรี

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาล

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงเรียนนานาชาติจักรวาล 49 หมู่ 4 ถนนระพีสิทธิ์
ตำบลหนองน้ำแดง อำเภอปากช่อง
จังหวัดนครราชสีมา 30130

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2526 มัธยมต้น โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนีย์)
 กรุงเทพมหานคร
- พ.ศ. 2530 มัธยมปลาย โรงเรียนมงฟอร์ตวิทยาลัย เชียงใหม่
- พ.ศ. 2534 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล
 ทหารอากาศ
- พ.ศ. 2539 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ. 2534 พยาบาล ประจำอาคารผู้ป่วย สติ-นรีเวช 7/3
 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพฯ
- พ.ศ. 2535 พยาบาลวิชาชีพ 3 โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี
- พ.ศ. 2537 พยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี

สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

จันทิมา จารณศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ตุลาคม 2539

ความมุ่งหมายของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อทราบระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 215 คน เป็นเพศชาย 28 คน และเพศหญิง 187 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น จี เอช คิว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ และค่าไคสแคว์

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค มีสภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับ มีปัญหาทางสุขภาพจิต ร้อยละ 58.10 และมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 41.90
2. สภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

MENTAL HEALTH OF ELDERS
AT BANGKAE HOME FOR THE AGED IN BANGKOK

AN ABSTRACT

BY

CHANTIMA CHARANASRI

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 1996

The objectives of this study were to study the mental health Status of elders at Bangkae Home For The Aged in Bangkok and also to study the relationship between the status of sex, education, marital status, occupation, economic status, domicile, type of service and duration of service.

The population consisted of 215 elders at Bangkae Home for The Aged in Bangkok in April to May in 1996. The General Health Questionnaire (G.H.Q.) was used to collect the Demographic data and the data was then analysed by using the chisquare test (χ^2 - test).

The result of this study revealed that :

1. 58.10 Percent of elders indicated problems with mental health and 41.90 Percent of elders indicated no problems.

2. There was no relationship between sex, education, marital status, occupation, economical status, domicile, type of service and duration of service.