

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญ

วิวัฒนาการด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ตลอดจนความเจริญทางด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ดีขึ้น อัตราการตายของประชากรลดลง และผลของการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้แนวโน้มผู้สูงอายุในประเทศต่างๆทั่วโลกมีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ (สุพัตรา สุภาพ, 2521) จากสถิติประชากรโลก พ.ศ. 2518 พบว่ามีประชากร 4.1 พันล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 346 ล้านคน คาดคะเนตามหลักประชากรศาสตร์แล้วประชากรโลกจะเพิ่มเป็น 8.2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 590 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และเพิ่มเป็น 1,121 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (บรรลุ ศิริพานิช, 2526) จะเห็นได้จากสถิติว่าประชากรโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 224 ในช่วงเวลาเพียง 50 ปี เท่านั้น สำหรับประเทศไทยผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวน จาก 1,681,024 คน ในปี พ.ศ. 2513 เป็น 2,419,833 คน ในปี พ.ศ. 2523 และเพิ่มเป็น 2.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2528 คาดประมาณได้ว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุ 3.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2533 4.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และ 12 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (คณะทำงาน คาดประมาณจำนวนประชากรไทย พ.ศ. 2523 - 2568 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2528 อ้างถึง ใน บรรลุ ศิริพานิช , 2531) การเพิ่มของประชากรโลกนี้ทางองค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2525 เป็นปีสุขภาพของผู้สูงอายุโดยให้คำขวัญว่า "ADD LIFE TO YEARS" และให้ความหมายในภาษาไทยว่า "ให้ความรัก พิทักษ์อนามัย ผู้สูงวัยอายุยืน" (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2529) และในปี 2525 นี้องค์การสหประชาชาติได้เชิญชวนให้ประเทศสมาชิก จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติ และจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางสุขภาพกายและจิตมีชีวิที่ยืนยาวอย่างมีความสุขในสังคม (กมล สินธวานนท์, 2525) นอกจากการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่สูงขึ้นดังกล่าวแล้ว ปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะ

ที่จะเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม (อาานท์ อากาศิรม, 2525) ซึ่งจะก่อให้เกิดการขยายตัวของเมือง (urbanization) สภาพครอบครัวไทยจะเปลี่ยนจากสภาพครอบครัวขยาย (extended family) ที่มีคนหลายรุ่นอยู่รวมกันมาเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ที่มีเพียง พ่อ แม่ ลูก อาศัยอยู่รวมกันเท่านั้น (สุพิตรา สุภาพ, 2525) ในระบบเศรษฐกิจจะมีการนำเทคโนโลยีใหม่จากโลกตะวันตกมาใช้ในระบบการผลิต เช่น การใช้เครื่องจักรแทนแรงงานคนเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีผลต่อความคาดหวังทางบทบาท (role expectation) ของสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุมองว่าไร้ค่าเมื่อไม่สามารถทำงานได้อันมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางบทบาทในระบบครอบครัวด้วย ผู้สูงอายุจะกลายเป็นกลุ่มคนที่ครอบครัวและสังคมให้ความสำคัญน้อยลง ซึ่งทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเริ่มพบปัญหามากขึ้น ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไร้ความหมาย ไม่ได้รับการดูแลและความอบอุ่นจากลูกหลานดังที่เคยเป็นมาในอดีต ประเทศไทยเราให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเห็นได้จากการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ที่กล่าวถึงแผนงานในการพัฒนาคุณภาพของประชากรไว้ดังนี้

"การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนที่ได้ดำเนินงานมาแล้ว ในงานสาธารณสุขมูลฐานยัง ไม่ได้เน้นถึงประชากรอีกวัยหนึ่งคือ "วัยสูงอายุ" ฉะนั้นการที่จะให้ประชากรทุกคนมีสุขภาพอนามัยดีถ้วนหน้าจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพอนามัยทุกเพศทุกวัยไปพร้อม ๆ กันกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องจัดให้มี การส่งเสริมอนามัยของผู้สูงอายุให้มีบทบาท และคุณค่าของความรู้หรือประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้สะสมมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะความรู้ด้านวัฒนธรรมขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม จริยธรรม หากได้มีการถ่ายทอดและรับไว้ได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุและเป็นการเพิ่มบทบาทผู้สูงอายุให้กับครอบครัวและสังคมอีกด้วย อีกประการหนึ่งต้องส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทร่วมมือในการพัฒนา และช่วยเหลือผู้สูงอายุในชนบทไทยให้มีคุณค่า และมีความสำคัญสำหรับลูกหลานต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2529) "

ภาคเหนือของประเทศไทย เป็นภาคหนึ่งที่มีวัฒนธรรมบางอย่างแตกต่างจากภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะวัฒนธรรมประเพณีแต่โบราณเกี่ยวกับการให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากประเพณีการเล่นสงกรานต์ การรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ นิธิบายศรีสู่ขวัญ ซึ่งเป็นประเพณีที่แสดงออกถึงการยอมรับนับถือผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันนี้การแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตกมายังสังคมไทย โดยเฉพาะภาคเหนือ ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยว และศูนย์วัฒนธรรมล้านนาของประเทศไทย จึงมีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาความขัดแย้งระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลรุ่นหลัง ผู้สูงอายุ

ถูกมองว่าเป็นบุคคลล้าสมัย นุดคุดไม่เข้าใจ จู้จู้ขี้ขี้ หลุกหลานไม่ยอมใกล้เคียงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด แยกตัวเอง ขาดสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว (จำเรียง กุระมะสุวรรณ, 2532) และจากการศึกษาของทองอยู่ แก้วไทรอะ และคณะ (2531) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือมีความวิตกกังวลในเรื่องรายได้มากกว่าภาคอื่น ๆ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะมี การเสื่อมของอวัยวะทุกระบบ (Turner and Helms, 1983) ซึ่งสอดคล้องกับ อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์ (2527) ที่กล่าวว่า วัยชราเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยเนื่องจากลักษณะทางร่างกายและสภาพจิตใจ โดยที่โครงสร้างทางร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเซลล์ของร่างกายจะมีการเหี่ยว และตายไป ร่างกายอ่อนแอลง ไม่สามารถต้านทานโรคได้ ทำให้สุขภาพไม่ดี มีผลให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุเสื่อมถอยอย่างรวดเร็ว และอุ้นเรือน วงศ์สุวรรณ (2526) ศึกษาพบว่าสาเหตุที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อาจจะเนื่องมาจากการสูญเสียสุขภาพกาย ความเจ็บป่วย ความพิการ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการของสังคมหรือการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การแยกตัวออกไปของสมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล มีความตึงเครียดของอารมณ์และเกิดความซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น

ปัญหาสุขภาพจิตในสังคมปัจจุบันทวีความรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ จะเห็นได้จาก อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่อประชากร 1000 คน ในปีงบประมาณ 2527, 2528, 2529 เฉพาะผู้ป่วยนอกมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นจาก 16.4 เป็น 16.7 และ 21.0 ตามลำดับ จากสถิติ จำนวนผู้ป่วยนอกของสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) พบว่ามีภาวะแปรปรวนทางจิตรวม 975,674 ราย ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มประชากรในภาคเหนือ ถึง 267,464 ราย (กองสถิติสาธารณสุข, 2531) การเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็วทำให้กลุ่มผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวและเป็นศูนย์วัฒนธรรมอันเก่าแก่ของประเทศไทยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมาก สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือมีความเครียดนั้นขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น การศึกษา ความยากจน เพศ ค่านิยม วัฒนธรรม (ฝน แสงสินแก้ว, 2522) สอดคล้องกับ นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคณะ (2520) ที่กล่าวว่า เพศหญิงปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย นอกจากนี้ภาวะการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกายและสังคมตลอดจนการดำเนินชีวิต สร้างความเสื่อมถอยให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นคงของจิตใจ และรู้สึกที่ตนเองด้อยค่าทางสังคมลง (เกษม ต้นติผลาชีวะ และ

กุหลาบ ตันติผลาชีวะ, 2528)

การรับรู้สภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลอย่างหนึ่ง ถ้าหากบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพดี ก็จะมีแนวโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเองมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ศิริวรรณ สินไชย (2532) พบว่าการรับรู้สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราและยังเป็นตัวพยากรณ์ระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญที่สุดด้วย นอกจากนี้ ดวงฤดี ลาคุชชะ (2528) ได้ศึกษาวิจัยและพบว่า ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและสุขภาพ อนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุ ผลงานวิจัยของ นภาพร ชโยวรรณ (2530) และ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2532) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและโรคทางระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง

โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นสื่อกลาง ที่จะทำให้อุบัติการณ์เกิดการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การติดต่อกับบุคคลอื่นจะทำให้บุคคลนั้นได้รู้จักและเข้าใจตนเอง ได้รับความรัก ความช่วยเหลือต่าง ๆ ตลอดจนได้รับความสำคัญจากบุคคลอื่น (Jeger and Slotnick, 1982) โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม จะมีผลต่อการรับรู้ภาวะเครียด และการตอบสนองต่อภาวะเครียด ของบุคคล (McNett, 1987)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากการติดต่อกับบุคคลในสังคม ซึ่งบุคคลทุกเพศทุกวัยย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการการช่วยเหลือก็มีมากขึ้น (Fillenbaum, 1985) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายความสามารถในการพึ่งตนเองลดน้อยลง ดังนั้น การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อการปรับตัวและการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล ทำให้อุบัติการณ์การควบคุมตนเองได้ (McNett, 1987) การแยกตัวจากสังคมมีผลทางด้านจิตใจ เช่น ทำให้อุบัติการณ์เกิดความซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ลดการแยกตัวออกจากสังคมและการศึกษาของฮับบาร์ด และคณะพบว่า ความมีสุขภาพจิตดีและชีวิตยืนยาว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม (Hubbard, Muhlenkamp and Brown, 1984)

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญของประเทศชาติ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวมาแล้ว สำหรับการศึกษาโดยเจาะจงว่าตัวแปรใดที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ภาคเหนือยังไม่มีความรู้ศึกษามาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือ และ สาเหตุหรือปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้หรือไม่ อย่างไร โดยผู้วิจัยคาดว่า ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลากรในทีมสุขภาพ ที่จะจัดบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้บริการด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางสำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ของประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มอื่น ๆ อีก รวมทั้งเป็นการสนองนโยบายตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ ที่มุ่งให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่อธิบายความแตกต่างระหว่าง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย
2. จัดลำดับความสำคัญของตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในร่างกายของผู้สูงอายุ จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง เมื่ออายุเพิ่มขึ้นความเสื่อมของร่างกายจะปรากฏชัดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลกับอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มความเครียดแก่ผู้สูงอายุ และเนื่องจากสังคมไทยได้กำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว (อานนท์ อากาศกรม, 2525) ส่วนเพศหญิงรับบทบาทเป็นแม่บ้าน เมื่อถึงวัยสูงอายุความเสื่อมสภาพทางกายทำให้ไม่สามารถกระทำบทบาทเดิมได้ ทำให้มีปัญหาในการปรับตัว (นวลศิริ เป่าโรหิตย์ และคณะ, 2520) นอกจากนี้ สังศรี จัยสิน และคณะ กล่าวว่า เพศ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชาชน



โดยทั่วไป เพศหญิงมีความเครียดสูงกว่าเพศชาย ผู้ที่ไม่ได้เรียนมีความเครียดสูงคะแนนความเครียดจะต่ำลงเมื่อการศึกษาสูงขึ้น (สังศรี จัยสิน และคณะ, 2528) นอกจากนี้ Stanley et. al., (1983) ศึกษาถึงความสุขของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้สูงอายุใน Kentucky ปี 1981 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้า ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ คุณภาพของบ้าน สถานภาพสมรส และสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Paul (1971) ที่สำรวจสถานภาพด้านจิตใจในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อสุขภาพจิต ได้แก่ สุขภาพกาย เพศ อายุ และรายได้ของครอบครัว นอกจากนี้ อุบลรัตน์ เริงสถิตย์ (2529) ยังกล่าวว่าคนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีอายุยืนยาวกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ เพราะรู้จักวิธีในการรักษาสุขภาพอนามัยของตนได้เป็นอย่างดี สามารถรับรู้ภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี

ความสมบูรณ์ของร่างกายเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางเสื่อมถอย เซลล์ของร่างกายเหี่ยวและตายไป การดูดซึมอาหารเข้าสู่ร่างกายได้ไม่เต็มที่ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ร่างกายจะอ่อนแอลงไม่สามารถต้านทานโรคได้ ถ้าผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย ควบคุมอาหารบางอย่างเพื่อป้องกันหรือรักษาโรคทางกายที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ และการใช้บริการทางแพทย์เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของร่างกาย การพักผ่อน การจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้อายุขัยของผู้สูงอายุดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข ผลการวิจัยของ นิศา ชูโต (2525) พบว่า ผู้สูงอายุของไทยมีปัญหาทางสุขภาพ ร้อยละ 66.4 และมีปัญหาทางสุขภาพถึงล้มหมอนนอนเสื่อ ร้อยละ 14.6 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว ยังเกี่ยวเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้วย เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้เกิดการสูญเสียอำนาจ สูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดไม่สามารถปรับตัวได้ Turner and Helms (1983) กล่าวว่า ผลจากการเกษียณอายุหรือถูกปลดออกจากงาน อันเนื่องมาจากสุขภาพที่ทรุดโทรมลงแล้ว มีผลต่ออิทธิพลความรับผิดชอบ อำนาจ สถานภาพ สัมพันธภาพทางทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ส่งผลกระทบต่อความมั่นใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้เกิดความเครียด และ ธรุ สุขวัจน์ (2525) กล่าวว่า การเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว้าเหว่กว่าคนอื่นหมดความไว้วางใจในสมรรถภาพของตนเองหมดความนับถือและหมดศักดิ์ศรี

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ ผู้สูงอายุ ทำให้มีลักษณะหลงลืม ลับสนและในผู้สูงอายุร้อยละ 42 พบว่าเป็นหม้าย (บรรลุ ศิริพานิช, 2525) แสดงว่า วัยสูงอายุนี้ต้องประสบกับการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่คือ การสูญเสียคู่ชีวิต นอกเหนือจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่แล้ว การสูญเสียคู่ชีวิตนี้จะสร้างความกระทบกระเทือน ใจสูงมาก และการที่อยู่คนเดียวขาดคู่คิดทำให้จิตใจหดหู่ เพื่อนฝูงในวัยเดียวกันมักจะล้มหาย ตายจากไป ที่เหลือก็ขาดการติดต่อเพราะสุขภาพกายไม่อำนวยให้ ติดต่อสื่อสาร ไปมาหาสู่ไม่ สะดวกทำให้ผู้สูงอายุขาดเครือข่ายทางสังคม ก่อให้เกิดความท้อแท้ในชีวิต สิ้นหวังและอ่อนล้า มีความเครียดเพิ่มขึ้น

บทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม แต่เดิมรูปแบบของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีสามี ภรรยา ปู่ ย่า ตา ยาย บุตร หลาน รวมกันอยู่ ปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยาและบุตร ลักษณะครอบครัว เช่นนี้ ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีบุตรหลานคอยดูแล บทบาทหน้าที่ของ ผู้สูงอายุที่เคยดูแลบุตรหลาน เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นที่ปรึกษาของครอบครัวทั้งหมดไป ทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า ดังที่ นีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (2523) ได้วิจัยเกี่ยวกับ ความทันสมัยสภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองกำลัง ได้รับความเคารพนับถือจากคนหนุ่มสาวในปัจจุบันลดน้อยลง การทำ กิจกรรมทั้งภายในและภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นบุคคลมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นผู้มีบทบาทในสังคม ดังการศึกษาของ เลมอน และคณะ (Lemon et. al., 1972 quoted in Robb, 1984) ที่พบว่าถ้าผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมมากขึ้นจะทำให้อัตมโนทัศน์ในทางบวกและ มีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับ ฉันทนา กาญจนพินัง (2530) ที่พบว่า อัตมโนทัศน์ ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานดังนี้ ตัวแปรทั้ง 14 ตัวแปร อันได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความรู้สึกสูญเสีย เครือข่ายทางสังคม บทบาทในครอบครัว การจัดการต่อภาวะเครียด ความภูมิใจและ ความสำเร็จในชีวิต การทำกิจกรรมในสังคม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค จะสามารถอธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทยได้

ขอบเขตของการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระที่จะศึกษาเป็นตัวแปรที่คาดว่าจะสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย จำนวน 14 ตัวแปร ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความรู้สึกสูญเสีย เครือข่ายทางสังคม บทบาทในครอบครัว การจัดการต่อภาวะเครียด ความภูมิใจและความสำเร็จในชีวิต การทำกิจกรรมในสังคม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค

2. ตัวแปรตาม คือ การมีปัญหาสุขภาพจิต และการไม่มีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาคเหนือของประเทศไทย

3. ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีปัญหาสุขภาพจิต อาศัยอยู่ในภาคเหนือของประเทศไทย โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชคลินิกผู้สูงอายุ และคลินิกตรวจโรคอื่น ๆ ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำจังหวัดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามี ปัญหาสุขภาพจิตหรือผ่านการทดสอบโดยใช้แบบสำรวจความเครียดได้คะแนนความเครียดสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน และผ่านการประเมินสภาวะจิตเสื่อมได้คะแนนมากกว่า 9 คะแนน ส่วนตัวอย่างประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของแต่ละจังหวัดในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีผ่านการทดสอบโดยใช้แบบสำรวจความเครียดได้คะแนนความเครียดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน และผ่านการประเมินสภาวะจิตเสื่อมได้คะแนนมากกว่า 9 คะแนน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามปีปฏิทิน โดยเฉพาะเดือนที่ต่ำกว่า 6 เดือน ไม่นำมาับรวม ถ้ามากกว่า 6 เดือน ขึ้นไปนับเป็น 1 ปี ปัจจุบันมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือของประเทศไทย

2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ Neurosis, Psychosis, Dementia, Schizophrenic - like state, Hypochondriasis, Affective disorder และ Anxiety ระดับสูง ผ่านการทดสอบทางจิตด้านความเครียดได้คะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐาน และได้คะแนนการประเมินสภาวะจิตเสื่อมมากกว่า 9 คะแนน

3. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใจ ดำรงชีวิตในสังคมและในครอบครัวได้ โดยไม่มีความเครียดในระดับสูง ซึ่งวัดจากการทดสอบทางจิตด้านความเครียด ได้คะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐาน และได้คะแนนการประเมินสภาวะจิตเสื่อมมากกว่า 9 คะแนน

4. การศึกษา หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ศึกษาเล่าเรียนในสถาบันการศึกษา

5. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุเพื่อให้มีรายได้ซึ่ง เป็นส่วนหนึ่งของรายได้ของผู้สูงอายุ

6. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับต่อเดือน จากการประกอบอาชีพ เบี้ยหวัดบำนาญ จากการให้ของบุตร หลาน ญาติพี่น้อง และหรือ รายได้พิเศษอื่น ๆ

7. ลักษณะครอบครัว หมายถึง จำนวนสมาชิกของครอบครัว ซึ่งกำหนดเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย

8. บทบาทในครอบครัว หมายถึง การแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมในครอบครัวในตำแหน่งหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ได้แก่ บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว และการเป็นเจ้าของบ้าน หรือการเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้เลี้ยงดูบุตรหลาน หรือดูแลกิจการภายในบ้าน

9. เครือข่ายทางสังคม หมายถึง จำนวนบุคคลที่ผู้สูงอายุมีการติดต่อ พบปะพูดคุยในกลุ่มสังคมของตน มีระยะเวลาและความถี่ในการติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ

10. ความรู้สึกสูญเสีย หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะของความผิดหวังจากสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง หรือไม่เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียคู่ชีวิตการเกษียณอายุราชการ สูญเสียอิสระภาพในการช่วยเหลือตนเอง สูญเสียหน้าที่การงาน

11. การจัดการต่อภาวะเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุใช้เมื่อประสบปัญหาในที่นี้หมายถึง พฤติกรรมที่มุ่งแก้ปัญหา และพฤติกรรมที่มุ่งใช้อารมณ์ซึ่งผู้สูงอายุแสดงออกเพื่อลดความกดดันโดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ขณะนั้น และ แสดงออกเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น

12. ความภูมิใจและความสำเร็จในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีความหมาย สามารถทำอะไรให้สำเร็จลุล่วงไปได้ และ เป็นที่ยอมรับของสังคมเป็นความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและพอใจในตนเอง

13. การทำกิจกรรมในสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรม หรือทำกิจกรรมที่มุ่งใช้เวลาให้เกิดประโยชน์กับตนเองและสังคม ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา การร่วมมือพัฒนาหมู่บ้าน กิจกรรมสังสรรค์ระหว่างเพื่อนบ้าน

14. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

การตอบสนองทางด้านอารมณ์ คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือ การยกย่อง การเอาใจใส่ การให้อภัย ตลอดจนความรักจากบุคคลในกลุ่มสังคมของตน

การตอบสนองทางด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทั้งโดยตรงและทางอ้อมที่สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน จากบุคคลในกลุ่มสังคมของตน

การตอบสนองทางด้านเงินทอง สิ่งของ คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับการช่วยเหลือในรูปของเงินทอง เวลา แรงงาน อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ตลอดจนของใช้อื่น ๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน เครื่องนุ่งห่มจากบุคคลในกลุ่มสังคมของตน

15. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมีต่อสภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจ โดยรวมประเมินจากความรู้เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพประสพการณ์เดิม และการตีความภาวะสุขภาพของตนเอง

16. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในด้านการบริโภคอาหาร การพักผ่อน การเสฟสิ่งเสฟติด การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้บริการทางการแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพ กำหนดแผนงานและการปฏิบัติเพื่อป้องกัน สนับสนุน ส่งเสริม รักษา และ ช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในภาคเหนือที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

2. เป็นแนวทางที่จะให้คำแนะนำแก่บุคคลในวัยผู้ใหญ่ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ เพื่อจะได้หาแนวทางป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจิตและเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพจิตดี

3. เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย เรื่องปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ หรือปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลในวัยต่าง ๆ ต่อไป