



สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่อธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และจัดลำดับความสำคัญของตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย โดยมีวิธีการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรที่นำมาศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่คลินิกจิตเวช คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกตรวจโรคทั่วไป และผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของจังหวัดในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่คลินิกจิตเวช คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกตรวจโรคทั่วไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต หรือมารับบริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไป ผ่านการทดสอบภาวะเครียดได้คะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยมาตรฐาน และผ่านการทดสอบภาวะจิตเสื่อมได้คะแนนมากกว่า 9 คะแนน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนที่คลินิกผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ผ่านการทดสอบภาวะเครียดได้คะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยมาตรฐาน และผ่านการทดสอบภาวะจิตเสื่อมได้คะแนนมากกว่า 9 คะแนน

2. จำนวนตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ มีจำนวน 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต 150 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 150 คน

3. เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยนำแนวคิดมาจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต นำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ สถานภาพส่วนตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ความรู้สึกสูญเสียและโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ หลังจากสร้างเครื่องมือแล้ว นำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ จำนวน 10 ท่าน เพื่อช่วยตรวจสอบเครื่องมือให้ หลังจากนั้น

นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เมื่อแก้ไขเรียบร้อยแล้ว นำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรที่จะใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งทดสอบแล้ว วิเคราะห์หาความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์นี้คือ ความรู้สึกสูญเสีย .69 พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมด้านบทบาทในครอบครัว .75 การจัดการต่อภาวะเครียด .82 ความภูมิใจและความสำเร็จในชีวิต .90 การทำกิจกรรมในสังคม .79 การสนับสนุนทางสังคม .87 การรับรู้ภาวะสุขภาพ .75 และพฤติกรรมการป้องกันโรค .83 ความเที่ยงของเครื่องมือทั้งหมด = .90

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับผู้ช่วยวิจัยอีก 3 ท่าน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 7 สัปดาห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ SPSS^x/pc ของศูนย์การศึกษาคอมพิวเตอร์ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์จำแนกประเภท (DISCRIMINANT ANALYSIS) โดยวิธีตรง (DIRECT METHOD) และวิธีทีละขั้นตอน (STEPWISE METHOD)

6. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่าตัวแปรที่จะศึกษาทั้งหมด 14 ตัวแปรใช้ในการจำแนกกลุ่มได้เพียง 7 ตัวแปร ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถอธิบายความแตกต่างได้ 7 ตัวแปร คือ เพศ การศึกษา ลักษณะครอบครัว บทบาทในครอบครัว การจัดการต่อภาวะเครียด ความภาคภูมิใจและความสำเร็จในชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ แต่ตัวแปรย่อยที่มีความสำคัญในการจำแนกกลุ่มได้ดี คือ อาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ทั้ง 4 ตัวแปร สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ดี ดังนั้นตัวแปรที่สามารถนำมาอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีตัวแปรทั้งหมด 11 ตัวแปรเรียงตามค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานดังนี้

ความเพียงพอของรายได้

เครือข่ายทางสังคม

รายได้

จำนวนสมาชิกในครอบครัว

พฤติกรรมการป้องกันโรค

การทำกิจกรรมในสังคม

ความรู้สึกสูญเสีย

การสนับสนุนทางสังคม

อาชีพรับจ้าง

สถานภาพสมรสคู่

อภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่อธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ทั้งหมด 11 ตัวแปรแต่เป็นตัวแปรย่อย 2 ตัวแปร จึงขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. รายได้และความเพียงพอของรายได้
2. จำนวนสมาชิกในเครือข่ายทางสังคม
3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
4. พฤติกรรมการป้องกันโรค
5. การทำกิจกรรมในสังคม
6. ความรู้สึกสูญเสีย
7. การสนับสนุนทางสังคม
8. อาชีพ
9. สถานภาพสมรสคู่

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ไม่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มีทั้งหมด 7 ตัวแปรคือ

1. เพศ
2. การศึกษา
3. ลักษณะครอบครัว
4. บทบาทในครอบครัว
5. การจัดการต่อภาวะเครียด
6. ความภูมิใจและความสำเร็จในชีวิต
7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตอนที่ 1

รายได้และความเพียงพอของรายได้

ผลของการวิจัยพบว่ารายได้ของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่ใช้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงความ

เพียงพอของรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน จะเป็นตัวแปรที่จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุได้ดีที่สุด โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกตัวแปรพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกตัวแปรของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีค่าสูงถึง 18.03 และจะพิจารณาจากค่าร้อยละของความเพียงพอของรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับว่ามีความเพียงพอหรือไม่ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีรายได้ไม่เพียงพอสูงถึง ร้อยละ 70.7 ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มีรายได้ไม่เพียงพอ แค่ร้อยละ 10.7 และมีรายได้เพียงพอถึง ร้อยละ 89.3 เพื่อพิจารณาถึงที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ ทั้งสองกลุ่มจะได้รับจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวให้มากกว่าที่จะประกอบอาชีพเองจากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุตรมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น การดูแลช่วยเหลือตัวเองก็อาจจะทำได้น้อยลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุตรหลานมากขึ้น

ความเพียงพอของรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับนี้ น่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุกล่าวคือ ถ้ามีรายได้เพียงพอ ผู้สูงอายุก็สามารถที่จะใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข มีเงินทองใช้จ่ายอย่างสะดวกสามารถไปร่วมงานสังสรรค์งานบุญ หรือไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจได้ตามที่ต้องการ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุออกไปคบหาสมาคมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย ระบายความรู้สึก หรือได้ทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมมากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีศักดิ์ศรีและภาคภูมิใจในตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ที่พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุใช้ทำนาคคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลงานวิจัยของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับด้วย ผู้สูงอายุที่มีฐานะมั่นคงทางเศรษฐกิจจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง ทำให้วิตกกังวลสูง โดยเฉพาะเรื่องของรายได้ไม่พอกับรายจ่าย (ทองอยู่ แก้วไทรยะ และคณะ, 2531)

2. จำนวนสมาชิกในเครือข่ายทางสังคม

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกตัวแปรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ของตัวแปรจำนวนสมาชิกในเครือข่ายทางสังคม มีค่า = -0.40 แสดงว่าจำนวนสมาชิกในเครือข่ายทางสังคม เป็นตัวแปรที่น่าจะสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้

นอกจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแล้ว ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอก ก็มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตเช่นเดียวกัน ถ้าจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุน้อย หรือความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้สูงอายุมีลักษณะไม่ค่อยดีนัก สิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสปรับทุกข์ หรือได้รับความเห็นอกเห็นใจก็คือกลุ่มของเพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ยิ่งขนาดของเครือข่ายทางสังคมมีขนาดใหญ่มากเท่าใดก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน ไม่ต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย จากการศึกษาของ นิตา ชูโต (2525) พบว่าปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ประการหนึ่งคือ ชาติเพื่อนรุ่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว และผู้สูงอายุบางคนระบุว่าสังคมเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือคนที่รู้จักชอบพอเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของตนเอง

มิลเลอร์ (Miller et. al., 1986 อ้างถึงในสุรกุล เจนอบรม, 2534) กล่าวว่า สิ่งที่ช่วยประคับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุช่วยยกระดับคุณค่าชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยรักษาดุลย์จิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสูง คือ การได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความอบอุ่น และความสนใจจากบุคคลที่เปรียบเสมือนเครือข่ายทางสังคมนั่นเอง ดังนั้นถ้าหากผู้สูงอายุมีขนาดของเครือข่ายทางสังคมคอยตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกและจิตใจ เป็นจำนวนที่มากขึ้นเท่าใด ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก็จะดีขึ้นเท่านั้น

3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้ดีตัวหนึ่ง โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกตัวแปร ที่แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีค่า = 0.24 แสดงว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวอาจจะมีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ หากจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนมาก ผู้สูงอายุจะมีลูก ๆ หลาน ๆ หรือญาติพี่น้องรวมกัน ผู้สูงอายุจะมีบทบาทในการให้คำปรึกษาแนะนำ และช่วยดูแลเด็ก ๆ ในบ้าน หรือบางครั้งบุตรหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจ และกำลังใจให้ผู้สูงอายุด้วย (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความรักความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตนเอง ได้น้อยลงจากปัญหาความเสื่อมถอยทางสุขภาพ การที่มีสมาชิกในครอบครัวหลายคน หลานวัย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทุกข์สุข คอยช่วยเหลือหรือให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองเป็นบุคคลที่มีความหมายแก่ครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก



น้อยคน โอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ได้รับความเคารพยกย่อง หรือให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทองก็มีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บเหงา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับโลเวนทอล และฮาเวน (Lowenthal and Haven quoted in Ferraro et. al., 1984) ที่กล่าวว่าความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ติดต่อกัน มีความหวังดีให้ความช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจ สามารถปรับทุกข์กันได้ เป็นสิ่งที่ช่วยต่อสู้กับความรู้สึกปวดร้าวที่เกิดจากสูญเสียสถานภาพทางสังคมเดิมหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์ที่ติดต่อกัน จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างหนึ่ง

4. พฤติกรรมการป้องกันโรค

ผลการวิจัยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกตัวแปรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตของตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันโรค มีค่า = 1.81 แสดงว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต

เรื่องสุขภาพอนามัย นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบ จากการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ของนิมนนวล ศรีจาด (2533) พบว่าผู้สูงอายุมีการบริโภคสิ่งที่เป็นสารเสพติดอยู่เช่น เหล้า บุหรี่ เคี้ยวหมาก อมเมียง ส่วนอาหารมักจะรับประทานน้ำพริกกับผักลวกเป็นประจำ มีการออกกำลังกายโดยการเดิน ซึ่งพฤติกรรมลดเสพสารเสพติดหรือ การออกกำลังกาย การพักผ่อน ถ้าหากผู้สูงอายุกระทำเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงจะปราศจากโรคภัยมาเบียดเบียน การที่สุขภาพกายแข็งแรงจะนำมาซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดีมีอายุยืนยาว

จากการศึกษาถึงแบบแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวรรณิ จันท์สว่าง (2533) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจร่างกายประจำปี และนิยมซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลขั้นต้นด้วยตนเองก่อนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุยังคงสภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถประกอบกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้

แต่มีปัญหามาในเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อยอีกเรื่องหนึ่งคือ การรับประทานยาผิดพลาด เนื่องจากสายตาดูไม่ดีขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา การลืมนรับประทานยาแล้วลืมน มีการรับประทานซ้ำอีก ทำให้ได้รับยาเกินขนาดได้ถ้าหากผู้สูงอายุมีการรับประทานยาตรงเวลา สม่่าเสมอก็จะหายจากภาวะความเจ็บป่วย แต่เนื่องจากความลืมนของตนเองทำให้ผู้สูงอายุหลายรายไม่ยอมรับประทานยาต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหา การลืมนหรือการได้รับยาเกินขนาด ผู้สูงอายุโดยธรรมชาติ จะแสวงหาแนวทางที่จะทำให้ตนดำรงชีวิตยืนยาวอยู่แล้ว

ถ้าหากมีทางใดที่จะทำให้ตนเองแข็งแรงมีอายุยืนยาว ผู้สูงอายุก็จะปฏิบัติตาม ดังนั้นผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมกรบรโภคที่ดี มีการพักผ่อนการออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาดปลอดภัย การรับประทานยาเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีการที่มีสุขภาพดี ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วยดังนั้นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีจะมีโอกาสรักษาภาวะสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่ดี สอดคล้องกับคำกล่าวของเกษมและกุลยา ต้นติผลาชีวะ (2528) ที่กล่าวว่า การดูแลรักษาสุขภาพนั้นควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ มิใช่ช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต และให้สนใจให้มากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น เพื่อความเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

5. การทำกิจกรรมในสังคม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกตัวแปรของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต = .014 แสดงว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจจะมี การร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยกว่ากลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี

การทำกิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจการที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุนั้นยังคงมีบทบาท และสถานภาพทางสังคมอยู่ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม ตรงกับคำกล่าวของโรบบ์ (Robb, 1984) ที่กล่าวว่า การร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ จะทำให้ผู้สูงอายุยังมีบทบาท ก่อให้เกิดอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยูริค (Yurick, 1984) ยังกล่าวว่าระดับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ

การทำกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นอกจากก่อให้เกิดความเพลิดเพลินไม่เหงา มีเพื่อนและเป็นการออกกำลังกายด้วยสามารถช่วยลดภาวะของอารมณ์เหงา ซึมเศร้า การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนา โดยการถือศีลและทำสมาธิจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสงบ บริสุทธิ์ มองโลกในแง่ดี ลดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ (จินตนา วาฤทธิ์, 2534) และสอดคล้องกับการวิจัยของบรรลุ ศิริพานิช (2531) ที่พบว่า การร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตยืนยาวและแข็งแรง. การมีส่วนร่วมทางสังคมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การมีงานทำในยามว่างซึ่งรวมทั้งการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา จะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย (เชมิกา ยามะรัต, 2527)

ดังนั้นการทำกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมทางด้านศาสนา การไปร่วมพิธีทำบุญ งานบวช งานศพ หรืองานประเพณีประจำท้องถิ่น ของผู้สูงอายุ จะช่วยให้

ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี แตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มนี้จะมีการร่วมกิจกรรมในสังคมน้อย การมีบทบาทในสังคมก็ลดลงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็ลดน้อยลง ไม่มีโอกาสไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน ทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตได้ ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ มิลเลอร์ (Miller, et. al. , 1986) ที่กล่าวว่า การมีเพื่อนสนิทสามารถเป็นพลังที่จะช่วยป้องกันผลพวงจากเหตุการณ์เลวร้ายต่าง ๆ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว การที่ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคมจะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว่ รู้สึกว่าตนเอง ไม่มีความหมายทำให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง และตรงกับการวิจัยของดวงฤดี ลาคุชะ (2530) พบว่าการปรับตัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุ

6. ความรู้สึกสูญเสีย

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกสูญเสีย เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกตัวแปรของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีค่าสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตแสดงว่า ผู้สูงอายุที่ประสบกับเหตุการณ์หรือเกิดภาวะสูญเสียมาก อาจจะมีผลทำให้สุขภาพจิตไม่ดีไปด้วย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประสบปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียคู่ชีวิต หรือบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุ การสูญเสียนี้จะทำให้ผู้สูงอายุ ซึมเศร้าและกังวลใจเกี่ยวกับตัวเองมากขึ้น (เตียง ผาดโรสง 2534) ภาวะของการเป็นหม้ายจะทำให้ผู้สูงอายุขาดคู่คิดคู่ปรึกษา จึงมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในสังคมบทบาทในครอบครัวลดน้อยลง มีการสูญเสียอำนาจ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีบ้านเรือนของตนเอง หรือผู้สูงอายุที่ลูกหลานทอดทิ้งให้ดูแลบ้าน ดูแลหลานอยู่ที่บ้าน จะเกิดปัญหาด้านจิตใจมาก (จำเรียง กุระมะสุวรรณ, 2532)

7. การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ของการจำแนกตัวแปรของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีค่า = .44 แสดงว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจจะมี การสนับสนุนทางสังคม ที่มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต

การสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ และสังคม เช่นได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง ทำให้

ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยอมรับและได้รับความเคารพยกย่องจากผู้อื่น ซึ่งมีผลต่อด้านจิตใจและอารมณ์ เพราะการที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่ออุปสรรคต่าง ๆ ก็สามารถควบคุมตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ทำให้บุคคลมีการควบคุมตนเองและแก้ปัญหาได้ตรงจุด การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ หรือ ไม่มีการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด และส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ แต่ความเครียดจะลดลงเมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น (Mcnett, 1987)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ๆ เพราะวัยนี้มีการสูญเสียความสามารถในการช่วยตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) อีกทั้งมีความเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ มีความรู้สึกหวาดระแวง ท้อแท้ ผิดหวัง ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยทดแทนความสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ จึงนับได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตทางผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการวิจัยของ มณฑนา เจริญกุล (2534) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

8. อาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพรับจ้างและอาชีพค้าขายเป็นตัวแปรย่อยที่มีค่าสัมประสิทธิ์ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ทั้ง 2 อาชีพ อาชีพรับจ้างมีค่าสัมประสิทธิ์ การจำแนกตัวแปรของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต = 1.16 อาชีพค้าขาย มีค่าสัมประสิทธิ์ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต = 3.47 ผู้สูงอายุประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้ที่เป็นปัจจัยในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง การซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความสุขของตน และยังเป็นปัจจัยตัวหนึ่งในการทำกิจกรรม เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การมีงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุ บางครั้งต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะนายจ้างคงไม่อยากจะจ้างผู้สูงอายุที่มีร่างกายทรุดโทรมทำงาน ยิ่งในสภาวะการปัจจุบันนี้ แม้แต่แรงงานในวัยหนุ่มสาวยังมีอัตราการว่างงานที่ค่อนข้างสูง จากรายงานของนภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) พบว่าอาชีพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุคือ การประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 26) รองลงมาคือ ค้าขาย (ร้อยละ 5.3) ที่เหลือจะประกอบ

อาชีพเกี่ยวกับอุตสาหกรรม บริการ และอื่น ๆ การที่ผู้สูงอายุได้ประกอบอาชีพไม่ว่าจะมีอาชีพรับจ้าง หรือค้าขายเพื่อเป็นการทำงานหารายได้มาเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้ตนเอง ถ้ามีรายได้ไม่น้อยก็ต้องทำงานให้มากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ทรุดโทรม ต่างจากผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจดีอยู่แล้ว ไม่ต้องไปหางานทำไปรับจ้าง หรือค้าขาย ร่างกายก็ไม่ทรุดโทรม มีภาวะของสุขภาพจิตที่ดี ไม่ต้องวิตกกังวลที่จะหารายได้มาเลี้ยงชีพตนเอง

9. สถานภาพสมรส

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่ใช้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกตัวแปรของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต = 28.98 เมื่อพิจารณาจากค่าร้อยละพบว่าค่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีสถานภาพสมรสเพียงร้อยละ 64 ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 68.7 และสถานภาพสมรสของกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีสถานภาพสมรสหมายถึง ร้อยละ 31.3 ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่มีสถานภาพหมายถึงเพียงร้อยละ 26.0 เท่านั้น

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุก็คือ การตายของคู่ครอง สำหรับชายสูงอายุที่เคยได้รับการปรนนิบัติดูแลจากภรรยาตลอดมา เมื่อภรรยาต้องตายจากไปจึงทำให้มีความรู้สึกเศร้าโศก ซัดส่ำคิดต้องทำอาหาร ล้างถ้วยชาม ทำงานบ้าน และดูแลทุกสิ่งทุกอย่างด้วยตนเอง แต่ในเพศหญิงความรู้สึกเศร้าโศกและซัดส่ำคิดก็เหมือนกับชาย ส่วนการดูแลบ้านและทำธุรกิจต่าง ๆ ภายในบ้านไม่ค่อยเป็นปัญหา แต่อาจมีความยุ่งยากเกี่ยวกับเรื่องของการเงินอยู่บ้างอีกทั้ง โอกาสที่จะหารายได้มาค้าจุนก็มัน้อย เนื่องจากชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในบ้านผู้สูงอายุที่เคยอยู่กับคู่ครองเมื่อต้องมาตายจากกัน ทำให้เปลี่ยนสภาพเป็นคนโสดบางคนอาจยังมีความต้องการทางเพศตกค้างอยู่ในจิตใจแต่เป็นเรื่องที่น่าเศร้าที่มักถูกมองข้ามไป เพราะคนในสังคมยังไม่ยอมรับว่าความต้องการทางเพศนี้จะยังคงมีอยู่ในวัยสูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เยาว์วัยร่วมกับความเชื่อของผู้สูงอายุเอง ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังคงต้องการความรับความอบอุ่นในวัยปลายของชีวิตอยู่ (อาภา ใจงาม , 2533)

ตอนที่ 2

1. เพศ

จากผลการวิจัยที่พบว่า เรื่องของเพศไม่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แสดงว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ดูความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ จะเห็นผู้สูงอายุเพศหญิงมีการสูญเสียบทบาทหน้าที่น้อยกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุเพศหญิงเคยทำหน้าที่แม่บ้าน ประกอบอาหาร ดูแลบ้าน ดูแลบุตรหลานเมื่อเจ็บป่วย ตั้งแต่วัยกลางคนจนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุก็ยังไม่เปลี่ยนแปลงไป ยังคงดำรงหน้าที่ บทบาทภายในครอบครัวเหมือนเดิมส่วนผู้สูงอายุเพศชายถึงแม้บทบาทหน้าที่จะเปลี่ยนไป จากการเคยประกอบอาชีพ หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวอยู่ สิ่งเหล่านี้จะทำให้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุสูงขึ้น

ดังนั้นในเรื่องของเพศจึงไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ว่ามีปัญหาสุขภาพหรือไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ เพราะผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเองทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ในสังคม จึงทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

2. การศึกษา

นาพร ชัยวรรณ และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) รายงานว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นผู้ที่ไม่มีการศึกษาอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ และจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือแต่ความปรารถนาการกินดี อยู่ดี มีความสุข ย่อมเป็นความปรารถนาของคนทุกเพศทุกวัย ดังนั้นผู้สูงอายุแม้จะไม่ได้รับการศึกษา หรือได้รับการศึกษาสูง ย่อมแสวงหาวิถีทางที่จะให้ตนเองมีการกินดีอยู่ดีไม่แตกต่างกันซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถกระทำได้โดยการสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพที่ดี จากบุตร หลาน สมาชิกในครอบครัว หรือการติดตามข่าวคราวจากสถานบริการทางการแพทย์ หรือจากเพื่อนฝูง ในขณะที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมในสังคม หรือการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมของตนเอง ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะใช้วิธีการติดต่อแบบพูดโต้ตอบกันมากที่สุด (McElveen, 1978) จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้

3. ลักษณะครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด แต่เดิมโครงสร้างของครอบครัวไทย จะเป็นลักษณะครอบครัวขยายมี พ่อแม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก ป้า น้า อา อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรือบ้านติด ๆ กันส่วนในภาวะปัจจุบันนี้ลักษณะครอบครัวไทยจะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเพียง พ่อ แม่ ลูก เท่านั้น จากการศึกษากับคนชราไทย (นิตา ชูโต, 2525) พบว่าผู้สูงอายุไทย 90% อาศัยอยู่กับคู่สมรส หรือครอบครัวซึ่งเป็นลูกหลาน หรือญาติพี่น้อง ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงนี้มาจากการเปลี่ยนรูปแบบของสังคม เป็นแบบสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่นั่นเอง ทำให้คนหนุ่มสาว และผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ ทำให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ถึงแม้จะเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายก็ตาม ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้ทุกคนต้องดิ้นรนหางานทำเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ให้เพียงพอกับค่าครองชีพที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น สมาชิกในบ้านจึงต้องออกออกทำงานกัน เหลือผู้สูงอายุให้อยู่ดูแลบ้านช่วยเหลือหลาน หรือทำงานบ้านระหว่างที่สมาชิกคนอื่นออกไปทำงาน ดังนั้นลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย จึงไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4. บทบาทในครอบครัว

ในสังคมไทยโดยเฉพาะในภาคเหนือของประเทศไทย ที่มีวัฒนธรรมเก่าแก่และอนุรักษ์ขนบธรรมเนียมประเพณีเก่าแก่ไว้ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ มองผู้สูงอายุเป็นปูชนียบุคคลที่น่าเคารพนับถือ (สุพิตรา สุภาพ, 2531) ถึงแม้ว่าบทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไป จากความเสื่อมของสภาพร่างกายแต่ผู้สูงอายุยังคงเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานได้ ลูกหลานยังคงดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งจะสร้างความอบอุ่นใจให้แก่คนสูงอายุเป็นอย่างดี (พรทิพย์ ชลิ่งสิทธิ์, 2534)

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ โดยเฉพาะมีประสบการณ์ที่สั่งสมมาเป็นระยะเวลานานตลอดชีวิตจึงได้รับการยกย่องจากสังคม แม้บทบาทในครอบครัวจะมากหรือน้อย ก็ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหว่เดียวดาย เพราะสังคมและวัฒนธรรมไทย สังคมยอมรับนับถือผู้สูงอายุอยู่ ดังนั้น บทบาทในครอบครัวจึงไม่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

5. การจัดการต่อภาวะเครียด

การจัดการต่อภาวะเครียดของผู้สูงอายุที่มุ่งแก้ไขปัญหา หรือแบบมุ่งใช้อารมณ์ เป็นพฤติกรรมที่จะมุ่งทำให้ผู้สูงอายุจัดการกับตัวปัญหา และจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะเครียด การที่ผู้สูงอายุจะจัดการกับภาวะเครียดได้ดีนั้น จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือไม่มีปัญหาสุขภาพจิตต่างก็มีประสบการณ์ในชีวิตมามากมาย จึงทำให้สามารถปรับตัว หรือจัดการต่อภาวะเครียดได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นตัวแปรการจัดการต่อภาวะเครียด จึงไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่มีปัญหาสุขภาพจิต

6. ความภาคภูมิใจและความสำเร็จในชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกาย ทำให้ภาพลักษณ์หรือความภูมิใจในตนเอง ลดลง การออกจากงาน การมีรายได้จากบำนาญ หรือจากการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้มาเลี้ยงตนเองและครอบครัว การมีกิจกรรมและบทบาทในสังคม เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ เมื่อนึกถึงอดีตที่ผู้สูงอายุผ่านชีวิตมาด้วยความสำเร็จ สมหวัง ซึ่งผู้สูงอายุมักจะใช้เวลาคิดถึงอดีตหรือเล่าถึงความสำเร็จในชีวิตให้ลูกหลานที่อยู่เสมอ การได้พูดถึงสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในสังคมไทย โดยเฉพาะภาคเหนือ ยังคงยอมรับนับถือผู้อาวุโส ถึงเทศกาลงานบุญต่าง ๆ ก็ยังคงเชิญผู้สูงอายุให้เป็นประธาน หรือให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอยู่ ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี เพราะบรรดาลูกหลานให้ความเคารพนับถือในฐานะผู้อาวุโสเท่านั้น ดังนั้นตัวแปรความภาคภูมิใจและความสำเร็จในชีวิตจึงใช้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้

7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ แสดงว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีภาวะการเจ็บป่วย ต้องรักษาหรือปรับพฤติกรรมเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงเชื่อกับนิลยการบริโภค หรือพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ทั้งๆที่รับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกแต่ผู้สูงอายุคิดว่า ได้ปฏิบัติมานานแต่ไม่เห็นโทษที่ชัดเจน เช่น การบริโภคหมาก เคี้ยวเมี่ยงหรือสูบบุหรี่ การซื้อมารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ผู้สูงอายุยังคงกระทำอยู่ทั้ง ๆ ที่เป็นสิ่งที่รับรู้ว่าจะไม่ถูกต้อง

ผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทยมีทั้งหมด 11 ตัวแปร นำมาเขียนสมการทำนายได้ 1 สมการ สามารถจัดลำดับความสำคัญของตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างของกลุ่มนี้ได้ และมีผลการคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ในระดับสูงถึงร้อยละ 83.0

เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างประชากร และประชากรผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตภาคเหนือของประเทศไทยแล้ว จะใช้ตัวแปรทั้ง 11 ตัวนี้ จำแนกประชากรผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ร้อยละ 78.0 และใช้ตัวแปรทั้ง 11 ตัวนี้ จำแนกประชากรสูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้องร้อยละ 88.0

ตัวแปรทั้ง 11 ตัวนั้นคือ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในเครือข่ายทางสังคม รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค การทำกิจกรรมในสังคม ความรู้สึกสูญเสีย การสนับสนุนทางสังคม อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรสคู่ และอาชีพค้าขาย ซึ่งตัวแปรทั้ง 11 ตัวนี้มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และบอกความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังนั้น ผู้บริหารและบุคลากรในทีมสุขภาพ จึงควรนำผลการวิจัยนี้ไปจัดบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนเพื่อเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างสุขภาพจิตดี เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและสโมสรผู้สูงอายุขึ้นในหมู่บ้าน เพื่อเป็นศูนย์กลางในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมความภาคภูมิใจและความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น มีการถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ จากผู้สูงอายุ ส่งเสริมการหารายได้เพิ่มให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจัดการค้าสำหรับให้ผู้สูงอายุนำผลิตผลมาจำหน่าย สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เช่น พัฒนาปรับปรุง ทำความสะอาดวัด เตรียมของใช้ประกอบพิธีการต่าง ๆ ของหมู่บ้าน และจัดบริการด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุผ่านหอกระจายข่าว ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี การจัดกิจกรรมเหล่านี้ จะเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตดี และเป็นการให้บริการที่สนองต่อนโยบายตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารควรจัดให้บุคลากรในที่มสุขภาพมีการส่งเสริม แนะนำ และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้ตัวแปรทั้ง 11 ตัวที่สามารถอธิบายความแตกต่างได้นี้มาเป็นพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงาน
2. ควรจัดกิจกรรมที่เสริมรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการ เช่น การประดิษฐ์สิ่งของขายขณะมาร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ
3. บุคลากรในที่มสุขภาพควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน และสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างเครือข่ายทางสังคมให้เพิ่มมากขึ้น

ด้านการศึกษา

ควรเน้นถึงสิ่งที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ และให้เตรียมตัวให้พร้อมที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี โดยการเตรียมสร้างฐานะเศรษฐกิจให้มั่นคงตั้งแต่วัยหนุ่มสาว การสร้างเครือข่ายทางสังคม การหาเพื่อนในวัยเดียวกันทำงานอดิเรก ร่วมกัน และการสร้างพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรทำวิจัยในเรื่องปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในภาคอื่น ๆ หรือปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลในวัยต่าง ๆ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างภาค หรือระหว่างกลุ่มอายุ
2. ควรมีการศึกษาถึงตัวแปรอื่น ๆ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น
3. ควรศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง และในเขตชนบท ว่ามีความแตกต่าง หรือมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง