

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน Physical and Mental Health Relationships in Community-Dwelling Older Adults

ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ *Ph.D
วารี กังใจ **พย.ด
นฤมล ปทุมารักษ์ ***Ph. D

Pornpat Hengudomsab, Ph.D
Waree Kangchai, D.N.S
Narumon Pathumarak, Ph.D

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล จำนวน 700 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (multi-stage sampling) ทำการสุ่มจากอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน โดยเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่สามารถพูดคุยถามตอบรู้เรื่อง และเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ยินดีและร่วมมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งวัดทั้งสุขภาพจิตด้านบวกได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และสุขภาพจิตด้านลบโดยการวัดภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ในด้านภาวะสุขภาพกายนั้น ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายของตนว่าอยู่ใน

เกณฑ์แข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 39 และอ่อนแอแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 32 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 3.30 (SD = .97) โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค และอาการที่พบว่ารบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุดคือ การมีอาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 72 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาในการประกอบกิจวัตรประจำวันและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สำหรับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจิตในมิติด้านบวกที่มีค่าสูงสุดคือ การมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (Mean = 4.42, SD = .79) ส่วนภาวะสุขภาพจิตด้านลบคือภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27 มีภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 11.38 (SD = 6.16) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตด้านบวกและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตด้านลบ ผลการวิจัยที่ได้นี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุในชุมชน สุขภาพกาย สุขภาพจิต

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

The purposes of this descriptive correlational study were to examine physical and mental health status and to test its relationships in community-dwelling older adults aged 60 and over (N=700) residing in Chon Buri province. Multi-stage sampling was used to recruit the sample from amphoes, tumbols and villages. Older male and female adults who had cognitively and were physically intact and were able to understand and answer the interview voluntarily participated in this study. They were interviewed about their demographic characteristics, physical health and mental health status. Mental health was measured in both positive and negative dimensions. Positive dimensions included life satisfaction, self-acceptance, purpose in life, and positive relations with others. For negative mental health, depression was measured. Descriptive statistics including percentage, means, standard deviation, and Pearson's Product Moment Coefficient were employed to analyze the data. Level of statistical significance was set at $p < .05$.

Results from this study indicated that these older adults perceived their health as healthy (39%) and rather healthy (32%). The mean score for perceived health status was 3.3 (SD = .97). They had at least 2 chronic illnesses. The most bothersome symptom for them was body aches (72%). The majority of them was able to perform their daily activities and took care of them-selves. Overall, their positive mental health was good. The highest mean scores for positive mental health was in positive relations with others (Mean = 4.42, SD = .79). For negative mental health, 27

percent of the sample had depression. The average mean score of depression was 11.38. For the relationship between physical and mental health, physical health status was negatively correlated with positive mental health as measured by self-acceptance, positive relations with others, purpose in life, and life satisfaction and had positive correlation with negative mental health as measured by depression. Results obtained from this study served as essential baseline data to further develop nursing intervention aimed at promoting physical and mental health among older adults.

Key words: Community-dwelling older adults, physical health, mental health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 5.79 ล้านคนในปี พ.ศ. 2545 เป็น 6.82 ล้านคนในปี พ.ศ. 2550 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) สัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้นนี้เกิดจากอัตราการตายที่ลดลง อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่มีแนวโน้มยืนยาวมากขึ้น เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีขึ้น มีความทั่วถึงของบริการด้านสาธารณสุข การรักษาโรคต่างๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ต้องตระหนักถึงปัญหาที่ตามมาซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางเสื่อมถอย ซึ่งความเสื่อมเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีปัญหาทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Ko & Coons, 2005; Parker, Strath, & Swartz, 2008; Ryff,

& Heidrich, 1997) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญ คือ ภาวะสุขภาพกาย โดยเฉพาะการมีโรคเรื้อรัง ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคมของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุ เกิดภาวะทุพพลภาพทั้งในระยะยาว และระยะสั้น จาก การสำรวจภาวะทุพพลภาพ และระดับความรุนแรง ของ ภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุไทย พบว่า มีโรคหรือความบกพร่องเรื้อรังที่เป็นไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยมีอัตราความชุกร้อยละ 70-80 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2011; Hengudomsab, 2004) ซึ่งนับว่าเป็นอัตรา ที่สูง การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีผล โดยตรงต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพา เพราะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ขาดความพึงพอใจในชีวิตใจ กังวลใจ คิดว่าตนไม่มีประโยชน์ ไร้ค่า เป็น ภาระกับครอบครัว (Nesbitt & Heidrich, 2000) จากการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เหล่านี้จะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2011; Badger, 1993) Khandelwal และคณะ (2001) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายนั้นมีภาวะ ซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 30 และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในเขต พื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกพบว่า ปัจจัยที่ ทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุคือ การรับรู้ ภาวะสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้สุขภาพของตนไม่ แข็งแรง มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ ว่าตนมีสุขภาพแข็งแรง (เรณา พงศ์เรืองพันธ์, 2540)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่าง ผ่านมาพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน ชุมชนที่ครอบคลุมทั้งภาวะสุขภาพจิตในมิติด้านบวก

และมิติด้านลบนั้นยังมีน้อย การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างของภาวะสุขภาพกายและสุขภาพ จิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตจังหวัดชลบุรี ซึ่งภาวะสุขภาพจิตนั้นผู้วิจัยศึกษาทั้งในมิติด้านบวก และมิติด้านลบ ภาวะสุขภาพจิตในมิติด้านบวกได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต การยอมรับตนเอง การมีเป้าหมาย ในชีวิต และการมีส่วนร่วมที่ดีกับผู้อื่น ส่วนภาวะ สุขภาพจิตในมิติด้านลบนั้นศึกษาความซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ ต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาล ที่จะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานใน การศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางในการวางแผน ให้การบริการและการส่งเสริมทั้ง สุขภาพกายและ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพื่อการมี คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพกาย และภาวะ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ สุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ได้มาจากการ ทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอธิบาย ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด กับภาวะสุขภาพจิต (Heidrich & Ryff, 1993; 1995) กรอบแนวคิดนี้เสนอว่า ปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้า หรือคุกคามต่อดุลยภาพของชีวิต ซึ่งในงานวิจัยนี้ หมายถึง การมีความพร่องด้านสุขภาพกาย (physical health impairment) อันได้แก่ การมีจำนวนโรค เรื้อรังและอาการรบกวนมากตลอดจนการรับรู้ว่ อาการที่เกิดขึ้นกับตนนั้นสร้างความรบกวนหรือทำ ให้ตนรู้สึกไม่สบายมาก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของตนว่าไม่แข็งแรง การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันนั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะ

สุขภาพจิต (mental health status) โดยงานวิจัยนี้ใช้การประเมินภาวะสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983) ที่กล่าวว่าสุขภาพจิตนั้นครอบคลุมด้วย 2 องค์ประกอบ คือภาวะสุขภาพจิตด้านบวกหรือความผาสุกทางจิตใจ (psychological well-being) และภาวะสุขภาพจิตด้านลบหรือความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (psychological distress) โดยภาวะสุขภาพจิตด้านบวกประเมินจากการยอมรับตนเอง (self-acceptance) การมีเป้าหมายในชีวิต (purpose

in life) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) และความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ส่วนภาวะสุขภาพจิตด้านลบประเมินจากความซึมเศร้า (depression) โดยความพร้อมทั้งด้านสุขภาพกายจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตด้านบวก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตด้านลบ ความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

- ภาวะสุขภาพกาย
- จำนวนโรคเรื้อรัง
- จำนวนอาการรบกวน
- การรับรู้ความรุนแรงของอาการรบกวน
- การรับรู้ภาวะสุขภาพ
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน



ตัวแปรตาม

- ภาวะสุขภาพจิต
- การยอมรับตนเอง
- การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
- การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น
- ความพึงพอใจในชีวิต
- ความซึมเศร้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยไม่จำกัดเพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 99,449 คน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 2549) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล จำนวน 700 คนที่ได้มาจากการสุ่มจากประชากรที่กำหนดด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (multi-stage sampling) จากอำเภอ ตำบล และ หมู่บ้าน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิงที่สามารถพูดคุยถามตอบรู้เรื่อง และเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ยินดีและร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยใช้ แบบสัมภาษณ์ ที่สร้างขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการอยู่อาศัย เช่น อยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับสมาชิกครอบครัว สถานสภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพกาย (Physical Health)

2.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น โดยให้ผู้สูงอายุระบุว่า มีหรือไม่มีโรคเรื้อรัง (chronic health problems) ที่ระบุไว้ในแบบสัมภาษณ์

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในปัจจุบัน มีเพียงหนึ่งข้อคำถามโดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความคิดเห็นหรือความรู้สึก โดยทั่วไปว่า ภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับใด แบบสัมภาษณ์นี้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (กาญจนา ไทยเจริญ, 2544; Hengudomsu, 2004)

2.3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการรบกวน (symptom bothers) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาโดย Heidrich (1993) โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประมวลอาการรบกวนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุนำว่ามีหรือไม่มีอาการรบกวนเหล่านี้ เช่น อาการปวดตามร่างกาย อาการมีง่วงศีรษะ เป็นต้น หากผู้สูงอายุนำว่ามีอาการตามที่ตนระบุ จะตอบต่อในช่องถัดไปว่าอาการที่ผู้สูงอายุมีนั้น ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือรบกวนผู้สูงอายุนานเพียงใด จากมีอาการแต่ไม่รบกวน (0 คะแนน) จนถึงรบกวนเป็นอย่างมาก (5 คะแนน) แบบสัมภาษณ์นี้ได้มีการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย (Hengudomsab, 2004) ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

2.4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (functional capacities) งานวิจัยนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พัฒนาโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย (2545) เป็นแบบ สัมภาษณ์ที่ประเมิน ความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรต่างๆ ได้แก่ ความสามารถในการออกนอกบ้าน การเดิน ไปมาภายในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได การเดินไกล อย่างน้อย 400 เมตร การหิ้วของหนัก การเข้าห้องน้ำด้วยตนเอง การอาบน้ำ ล้างหน้า การสวมเสื้อผ้า ตัด เล็บเท้า การติดต่อสื่อสาร การจัดยากินเอง การเก็บ และใช้จ่ายเงิน การกินอาหาร การทำงานบ้านเบาๆ การ ทำงานบ้านที่ค่อนข้างหนัก เช่น ถูบ้าน ซักผ้า เป็นต้น มีข้อคำถาม 15 ข้อ คำตอบมีให้เลือกตั้งแต่ ทำไม่ได้เลย (0 คะแนน) จนถึง ทำได้สะดวก (3 คะแนน) ยิ่งคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันยิ่งดี ตรวจสอบความเที่ยง ของแบบ สัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิต (Mental Health) งานวิจัยนี้ทำการประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยแยกเป็น 2 ส่วนคือ ภาวะสุขภาพจิตด้านบวกและภาวะสุขภาพจิตด้านลบ

3.1 ภาวะสุขภาพจิตในมิติด้านบวก (positive mental health) ประเมินโดยใช้แบบ สัมภาษณ์ที่พัฒนา โดย Ryff and Keyes (1995) ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การยอมรับตนเอง (self-acceptance) แบบสัมภาษณ์การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) และแบบสัมภาษณ์การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) แบบสัมภาษณ์ ทั้ง 3 ชุดนี้ใช้เพื่อประเมินสุขภาพจิตด้านบวก หรือที่เรียกว่า ความผาสุกทางใจ (psychological well-being) คำตอบมีตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) แต่ละแบบ สัมภาษณ์มีจำนวน 7 ข้อคำถาม แบบวัดนี้ได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยมาก่อน (Hengudomsab, 2004) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง ดังต่อไปนี้ แบบสัมภาษณ์การยอมรับตนเอง เท่ากับ .72 แบบสัมภาษณ์การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เท่ากับ .73 และ แบบสัมภาษณ์การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เท่ากับ .74

3.2 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ที่พัฒนาขึ้นโดย Wood และ คณะ (1969) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจนี้ได้มีการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย (เรณา พงศ์เรืองพันธ์, 2540; วารี กังใจ, 2540; Hengudomsab, 2004) และมีค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .80 ถึง .90 แบบสัมภาษณ์นี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามสั้นๆ โดยมีข้อคำถาม ทั้งหมด 13 ข้อ คำตอบมีตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึงเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง

เท่ากับ .78

3.3 ภาวะสุขภาพจิตในมิติด้านลบ (negative mental health) หรือความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (psychological distress) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ความซึมเศร้าที่เรียกว่า The Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) ที่พัฒนาขึ้นโดย Radloff (1977) แบบสัมภาษณ์ความซึมเศร้านี้ สร้างขึ้นโดยศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา ด้านสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประเมินความซึมเศร้าในประชากรทั่วไป โดยครอบคลุมอารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า เช่น ความรู้สึกผิด ไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง มีอาการเบื่ออาหาร เชื่องช้า เป็นต้น ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 60 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 16 ขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้าผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 รายได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คนที่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นขั้นตอนจากผู้วิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ที่กำหนด โดยไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของผู้สูงอายุในชุมชน การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิตใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อดำเนินการวิจัยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีพยานลงนามร่วมด้วย การเข้าร่วมในการวิจัยนี้ยึดความสมัครใจของผู้สูงอายุเป็นหลัก ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา และผู้สูงอายุสามารถยุติการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากผู้สูงอายุทั้งหมดนั้นถือเป็นความลับและการรายงานผลการวิจัย เป็นการรายงานผลสรุปของการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเสนอด้วยการบรรยาย ประกอบด้วยตาราง แบ่งเป็น 4 ส่วน โดยสรุปดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปีคิดเป็นร้อยละ 80.6 อายุเฉลี่ยคือ 69.63 ปี (SD = 6.75) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.1 พักอาศัยอยู่กับบุตรและภรรยา คิดเป็นร้อยละ 85.9 มีระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 78.4 ด้านความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย

งานวิจัยนี้ประเมินภาวะสุขภาพกายโดยใช้แบบประเมินที่ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ชนิดและจำนวนโรคเรื้อรัง จำนวนและความรุนแรงของอาการรบกวน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน (N = 700)	ร้อยละ
อ่อนแอ	28	4.00
ไม่แข็งแรง	119	17.00
ค่อนข้างแข็งแรง	224	32.00
แข็งแรง	273	39.00
แข็งแรงมาก	56	8.00
ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ = 3.30; SD = .97		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ระดับแข็งแรงคิดเป็นร้อยละ 39.00 รองลงมารับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับ ค่อนข้างแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 32.00 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ = 3.30 (SD = .97)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง	จำนวน (N = 700)	ร้อยละ
โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก	308	44.00
โรคเบาหวาน	266	38.00
โรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก	259	37.00
โรคความดันโลหิตสูง	233	33.30
โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะ	119	17.00
โรคหัวใจ	70	10.00
โรคปอด	63	9.00
โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์	30	4.28
โรคไต	28	4.00
ค่าเฉลี่ยจำนวนโรคเรื้อรัง = 2.03; SD = 1.41		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 38.0 โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุแต่ละคนมีโรคเรื้อรังจำนวน 2 โรค

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามอาการรบกวน

อาการรบกวน	จำนวน (N = 700)	ร้อยละ
ปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย	504	72.00
สายตามองเห็นไม่ชัด	427	61.00
นอนไม่หลับ	364	52.00
เป็นเหน็บหรือชาปลายมือ	350	50.00
การได้ยินไม่ชัด	350	50.00
เหนื่อยง่าย	336	48.00
หน้ามืด เวียนศีรษะ	329	47.00
อาหารไม่ย่อย	280	40.00
หายใจไม่เต็มอิ่ม	280	40.00
กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	273	39.00
ท้องผูก	259	37.00
ข้อยึดติดแข็ง	260	37.00
ปัญหาเกี่ยวกับความจำ	150	21.42
ค่าเฉลี่ยจำนวนอาการรบกวน = 6.32; SD = 3.24		
ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการรบกวน = 1.30; SD = .70		

จากตารางที่ 3 พบว่า อาการรบกวนที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ อาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกายคิดเป็นร้อยละ 72 รองลงมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นไม่ชัด คิดเป็นร้อยละ 61 อาการนอนไม่หลับร้อยละ 52 ปัญหาเกี่ยวกับความจำพบว่า เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.42 จำนวนอาการรบกวน โดยเฉลี่ยคือ 6.32 อาการ โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1.30 (SD = .70)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (N= 700)

กิจวัตรที่ทำ	ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน (ร้อยละ)		
	ทำได้แต่ต้องมีคนช่วย	ทำได้แต่ช้า	ทำได้สะดวก
1. ออกนอกร้าน	21 (3.00)	318 (45.40)	361 (51.60)
2. เดินไปมาภายในตัวบ้าน	6 (0.90)	307 (43.90)	387 (55.30)
3. เดินขึ้นลงบันได	11 (1.60)	344 (49.10)	345 (49.30)
4. เดินได้ไกลอย่างน้อย 400 เมตร	14 (2.00)	361 (51.60)	325 (46.40)
5. หัวของหนัก	61 (8.70)	356 (50.90)	283 (40.40)
6. เข้าห้องน้ำ	11 (1.60)	315 (45.00)	374 (53.40)
7. อาบน้ำล้างหน้า	11 (1.60)	298 (42.60)	391 (55.90)
8. สวมเสื้อผ้าแต่งกาย	16 (2.30)	293 (41.90)	391 (55.90)
9. ตัดเล็บเท้า	40 (5.70)	308 (44.00)	352 (50.30)
10. ติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ จดหมาย	46 (6.60)	341 (48.70)	313 (44.70)
11. จัดยารับประทาน	20 (2.90)	305 (43.60)	375 (53.60)
12. เก็บและใช้จ่ายเงิน	14 (2.00)	299 (42.70)	387 (55.30)
13. รับประทานอาหาร	5 (0.70)	305 (43.60)	390 (55.70)
14. ทำงานบ้านเบาๆ เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน ปรุงอาหาร	37 (5.30)	332 (47.40)	331 (47.30)
15. ทำงานบ้านที่ค่อนข้างหนัก เช่น ถูบ้าน ซักเสื้อผ้า	82 (11.70)	348 (49.70)	270 (38.60)
ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน = 36.97; SD = 7.26			

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำได้ด้วยตนเอง และทำได้สะดวก ไม่มีผู้สูงอายุท่านใดที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 36.97 (SD=7.26)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต

ในส่วนของภาวะสุขภาพจิตผู้วิจัยทำการประเมินโดยแยกเป็นสองส่วนคือ ภาวะสุขภาพจิตด้านบวกโดยการประเมินเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น และความพึงพอใจในชีวิต ส่วนภาวะสุขภาพจิตด้านลบเป็นการประเมินความซึมเศร้า รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพจิตด้านบวก

ภาวะสุขภาพจิตด้านบวก	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น	4.42	.79
การยอมรับตนเอง	3.95	.82
ความพึงพอใจในชีวิต	3.45	.56
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.41	.68

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจิตด้านบวกในเรื่องการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นสูงสุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (SD = .79) รองลงมาคือ การยอมรับตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 (SD = .82)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพจิตด้านลบ

ภาวะสุขภาพจิตด้านลบ	จำนวน (%)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความซึมเศร้า (คะแนน CES-D)	700 (100)	11.38	6.16
-มีความซึมเศร้า (CES-D \geq 16)	189 (27.0)		
-ไม่มีความซึมเศร้า (CES-D < 16)	511 (73.0)		

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 73.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าเท่ากับ 11.38 (SD = 6.16)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพกาย	ภาวะสุขภาพจิต				
	การยอมรับตนเอง	การมีสัมพันธ์ภาพ ที่ดีกับผู้อื่น	การมีจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	ความพึงพอใจ ในชีวิต	ความซึมเศร้า
จำนวนโรคเรื้อรัง	-.29**	-.25**	-.24**	-.20**	.26**
จำนวนอาการบวมน	-.41**	-.36**	-.32**	-.36**	.35**
การรับรู้ความรุนแรงของอาการบวมน	-.21**	-.41**	-.36**	-.32**	.37**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.21**	.30**	.21**	.28**	-.22**
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.11**	.07**	.11**	.08*	-.19**

*p<.05; ** p<.01

จากตารางที่ 7 พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 โดยตัวแปรที่วัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง จำนวนอาการบวมนและการรับรู้ความรุนแรงของอาการบวมน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตด้านบวก คือ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่วัดภาวะสุขภาพกาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตด้านบวก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีภาวะพร่องด้านสุขภาพกายมาก และรับรู้ว่าสุขภาพของตนไม่แข็งแรง จะมีความซึมเศร้ามาก และมีความพึงพอใจในชีวิต การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นต่ำ

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร จากผลการวิจัยที่ค้นพบ ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. ในด้านภาวะสุขภาพกายนั้นพบว่า ผู้สูง

อายุส่วนมากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ระดับแข็งแรง (ร้อยละ 39.00) รองลงมาคือรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับค่อนข้างแข็งแรง (ร้อยละ 32.00) โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ = 3.30 (SD = .97) มีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด (ร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.0) โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุแต่ละคนมีโรคเรื้อรังจำนวน 2 โรค อาการบวมนที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ อาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 72) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา นั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำได้ด้วยตนเอง และทำได้สะดวก ไม่มีผู้สูงอายุท่านใดที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 36.97 (SD = 7.26) จากผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-75 ปี อายุเฉลี่ย 69.63 ปี (SD = 6.75) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (early old age หรือ young-old) ซึ่งยังมีความเสื่อมถอยด้านสุขภาพกายน้อย ผู้สูงอายุในการวิจัยนี้ส่วนใหญ่จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับแข็งแรง และระดับค่อนข้างแข็งแรง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีความสอดคล้องกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่าส่วนใหญ่สามารถ

ทำได้ด้วยตนเอง และทำได้สะดวก ไม่มีผู้สูงอายุท่านใดที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chow (2010) และ Hengudomsab (2004) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพของตนเองนั้น แข็งแรงหรือค่อนข้างแข็งแรงสำหรับโรคเรื้อรังก็พบว่าโดยเฉลี่ยผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้มีโรคเรื้อรังจำนวน 2 โรค โดยโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกนั้น นับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย โดยพบความชุก 1 ใน 3 ของปัญหาสุขภาพอื่นๆ (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549) และนับเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกของผู้สูงอายุในต่างประเทศด้วย เช่นจากการศึกษาของ Chow (2010) ที่ทำการศึกษากว่าคุณภาพของผู้สูงอายุชาวจีนที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดาผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 55.2 ที่มีโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และมีอาการปวดตามข้อต่างๆ สืบเนื่องจากอาการของโรค Adelman และคณะ (2001) พบว่าอาการรบกวนที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ อาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมักเป็นผลมาจากโรคกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เช่น โรคข้อเสื่อม เป็นต้น

2. สำหรับภาวะสุขภาพจิตด้านบวกพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจิตด้านบวกในเรื่องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นสูงสุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (SD = .79) สำหรับภาวะสุขภาพจิตด้านลบ พบว่า ร้อยละ 27 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Guolong และคณะ (2010) ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิของจังหวัดขอนแก่นคิดเป็นร้อยละ 21 และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทยที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ การมีอารมณ์ซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 87 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีความสำคัญ

และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในมิติด้านบวกกล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมด้านสุขภาพกายมาก คือ มีโรคเรื้อรังมาก มีอาการรบกวนและรับรู้ว่าการรบกวนเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับตนมาก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีการยอมรับตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และมีความพึงพอใจในชีวิตน้อย แต่จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในมิติด้านลบสูง คือ ยังมีความพร้อมด้านสุขภาพกายก็ยิ่งมีความซึมเศร้าสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hengudomsab (2004) และกาญจนา พิบูลย์ และคณะ (2551) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีจำนวนโรคเรื้อรังมากและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากกายและจิตนั้นไม่สามารถแยกจากกันได้ เมื่อผู้สูงอายุนับรู้ว่าคุณภาพของตนไม่ดี ก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นและ ความพึงพอใจในชีวิตลดลงและมีความซึมเศร้ามากขึ้น จากงานวิจัยของ Badger (1993) และ Hays และคณะ (2001) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีเช่นกัน และจากการศึกษาของกาญจนา พิบูลย์และคณะ (2551) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง ทั้งนี้จากการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง อาจทำให้ต้องจำกัดกิจกรรมและการเข้าสังคม ทำให้มีเวลาอยู่กับตนเองมาก วิตกกังวลหรือเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นจะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตนั้นมีความสัมพันธ์กัน เมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งถูกกระทบย่อมส่งผลถึงอีกหนึ่งสิ่งด้วย โดยเฉพาะสำหรับวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มักเป็นไปในทางเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ประสิทธิภาพในการ

ทำงานของร่างกายน้อยลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความพร้อมด้านสุขภาพกายจึงควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางจิต

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง ควรทำการวิจัยโดยเก็บข้อมูลต่างระยะเวลาการเพื่อบ่งชี้ความเป็นเหตุเป็นผลต่อกันให้ชัดเจนขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจึงถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่ยังมีภาวะพร้อมทางสุขภาพไม่มากนัก การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการใช้กลุ่มตัวอย่างที่ต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพกายและจิต

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา พิบูลย์ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เวรกา กลิ่นวิชิต พวงทอง อินใจ และเค็นนิ่ง อูสิมาศ. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา

กาญจนา ไทยเจริญ. (2544). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษ สุขยิ่ง และ อุมพร อุดมทรัพย์กุล. (2011). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.

เรณา พงศ์เรืองพันธ์. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่พัฒนาชายฝั่งภาคตะวันออก*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วารี กังใจ. (2540). *ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

บูรพา.

ศิริพันธุ์ สาส์คย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2545). *การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

สำนักงานสาธารณสุขชลบุรี. (2549). *สถิติประชากรจังหวัดชลบุรี*. ชลบุรี: ม.ป.ท.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

Adelman, A. M.; Daly, M. P., & Weiss, B. D. (2001). *Geriatrics*. Boston: McGraw-Hill.

Badger, T. A. (1993). Physical health impairment and depression among older adults. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 327-330.

Chow, H.P. (2010). Growing old in Canada: Physical and psychological well being among elderly Chinese immigrants. *Ethnicity & Health*, 15(1), 61-72.

Guolong, L., Kessomboon, P., Arunpongpaissal, S., Arunpongpaissal, S., Pinitaootorn, S., & Kuhirnyaratn, P. (2010). Depression and cognitive impairment among the community dwelling elderly in Khon Kaen. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 54(2), 357-363.

Hays, J. C, Landerman, L. R, George, L. K., Flint, E. P., Koenig, H. G., Land, K. C., & Blazer, D. G. (2001). Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Science*, 53(1), 31-39.

Heidrich, S. M. (1993). The relationship between physical health and well being in

elderly women: A developmental perspective. *Research in Nursing and Health*, 16, 123-130.

Heidrich, S. M., & Ryff, C. D. (1993). Physical and mental health in later life: The self system as mediator. *Psychology and Aging*, 8, 327-338.

_____ . (1995). Health, social comparisons, and psychological well-being. Their cross-time relationships. *Journal of Adult Development*, 2(3),173-186.

Hengudomsab, P. (2004). *Psychological well being in Thai older adults*. Dissertation. University of Wisconsin-Madison, USA.

Khandelwal, S. Chowdhury, A. W., Regmai, S. K., Mendis, N., & Kittirattanapiboon, P. (2001). *Conquering depression: You can get out of blue*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South East Asia.

Ko, Y. & Coons, S. J. (2005). An examination of self-reported chronic conditions and health status in the 2001 medicare health outcome survey. *Current Medical Research and Opinion*, 21(11), 1801-1808.

Nesbitt, B. J., & Heidrich, S. M. (2003). Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. *Research in Nursing & Health*, 23, 25-34.

Parker, S. J., Strath, S. J. & Swartz, A. M. (2008). Physical activity measurement in older adults : Relationships with mental health. *Journal of Aging and Physical Activity*, 16, 369-380.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Ryff, C. D., & Heidrich, S. M. (1997). Experience and well being: Explorations on domains of life and how they matter. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (2), 193-206.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological wellbeing revisited. *Journal of Personality and Psychology*, 69, 719-727.

Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well being in general populations. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 51, 903-912.

Wood, V., Wylie, M.L., & Sheafor, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life Satisfaction: Correlation with rater Judgments. *Journal of Gerontology*, 24, 465-469.