

# การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ระหว่างผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

ศุรธิดา บึงพรรณรัตน์\*\*

## บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีระดับปัญหาสุขภาพจิตทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน คือ ด้านอาการทางกาย ด้านอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ด้านการบกพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้ารุนแรงไม่แตกต่างกัน ส่วนในด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนเมืองและผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรไทยกำลังสูงอายุนั้นอย่างรวดเร็ว สาเหตุที่ทำให้ประชากรสูงอายุนั้น ได้แก่ อัตราการเกิดที่ลดลง และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น โดยในปี 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน ประกอบด้วย ประชากรวัยเด็กราว 12.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรสูงอายุนั้นมีมากถึง 9.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.9 โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (aged society) ซึ่งมีอัตราส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และคาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) คือมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และในปี พ.ศ.2578 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด กลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society)

## คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, สุขภาพจิต, คุณภาพชีวิต

\*บทความนี้เรียบเรียงจากการศึกษาอิสระเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ซึ่งได้สอบการศึกษาอิสระเรียบร้อยแล้ว โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาการศึกษาอิสระ คือ รองศาสตราจารย์ ร.ท. จุริชัย หงษ์ยันตรชัย และ อาจารย์พีรกรณ์ เปี่ยมพีช และมีคณะกรรมการสอบการศึกษาอิสระ 2 ท่าน คือ (1) รองศาสตราจารย์ ร.ท. จุริชัย หงษ์ยันตรชัย (2) อาจารย์พีรกรณ์ เปี่ยมพีช

\*\*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

และเมื่อคนยังมีอายุมากขึ้น ก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่เพิ่มความต้องการบริการด้านต่างๆ ทั้งการดูแลด้านสุขภาพอนามัย และการจัดสวัสดิการของรัฐอย่างมหาศาล (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557)

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญด้านหนึ่ง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิตทั้งในครอบครัวและสังคม เป็นสาเหตุของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศชาติ (ธานี รวยบุญส่ง, 2552) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของคนไทยตามกลุ่มอายุ พบว่า วัยผู้ใหญ่และวัยเยาวชนมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 31.45 คะแนน และ 31.40 คะแนนตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ) มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตน้อยที่สุด คือ 31.17 คะแนน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี เป็นคนที่ไม่มีความสุข ซึ่งอาจมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ เสียสมาธิ หดหู่ เศร้าหมอง ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากรับประทานอาหารซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย (นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เกลยกิตติ, 2557) ประกอบกับในช่วงวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความสูญเสียที่สำคัญในชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ครอง การสูญเสียบุตรจากการแยกไปมีครอบครัว การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน และสูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม ทั้งหมดนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่างเปล่า และเมื่อต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแล้วไม่สามารถปรับตัวได้ มักก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ อ้างถึงใน ทัดชาวดี สิทธิสาร, 2552 )

จากการศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของ รศรินทร์ เกรย์ และคณะ (2556) พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นเห็นว่า ผู้สูงอายุในเมืองและในชนบทมีความแตกต่างกันบ้างจากวิถีชีวิตและลักษณะการทำงานที่ต่างกัน แต่ในปัจจุบันความแตกต่างนี้ลดลงจากการที่คนเมืองและคนชนบทเดินทางไปมาหาสู่และย้ายถิ่นปะปนกันไปมา ส่วนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความเห็นว่าผู้สูงอายุในเมืองและในชนบทมีความแตกต่างกัน สุขภาพของคนชนบทแข็งแรงกว่าคนเมือง เพราะอาหารการกินของคนชนบทไม่มีสารพิษ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่อากาศดีกว่าคนเมือง ได้ออกกำลังกายมากกว่าคนเมือง สุขภาพใจดีกว่าคนเมือง เนื่องจากมีโอกาสได้ไปวัดทำบุญมากกว่าคนเมือง ทำให้คลายเครียดมากกว่าคนเมือง และจากการศึกษาของ วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อยู่ในภาคอื่น ๆ เนื่องจากกรุงเทพมหานครนอกจากจะเป็นเมืองหลวงแล้ว ยังเป็นเขตเศรษฐกิจที่สำคัญ รวมถึงเป็นศูนย์รวมแหล่งการศึกษา สถานพยาบาล แหล่งงาน และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง เกิดปัญหามลพิษ และปัญหาสังคมมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความรำคาญ รบกวนจิตใจ และบั่นทอนสุขภาพจิตทั้งสิ้น

จากการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ ทองสุข และหม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณ ( อ้างถึงในเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, 2553) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.5 ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่าน เขียน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ ปัจจัยทางชีวภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ความกังวลหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การมีญาติที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระดับที่สูงขึ้น โดยวัยนี้เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ทั้งที่เป็น ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งนำมาสู่การเกิดปัญหาทั้งทางสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต ทั้งนี้สภาพสังคมของชุมชนเมืองและสังคมชนบทมีปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เช่น รูปแบบครอบครัว การศึกษา ฐานรายได้ สภาพแวดล้อม และสภาพสังคม เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ว่าจะมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางให้กับผู้ที่สนใจในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมในทุกรูปแบบชุมชน

### **วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

### **สมมติฐานของการวิจัย**

ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

### **ขอบเขตของการวิจัย**

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุชุมชนวัดชัยพฤกษมาลา เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 62 คน และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 74 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุชุมชนวัดชัยพฤกษ์มาลา เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 54 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 62 คน

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ ชุมชนเมือง และ ชุมชนชนบท

ตัวแปรตาม คือ คะแนนปัญหาสุขภาพจิตจากแบบสอบถาม General Health Questionnaire 28 ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) และคะแนนคุณภาพชีวิตจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ WHOQOL-BREF-THAI

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลที่ได้สามารถนำมาพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท
2. เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

### การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ดังต่อไปนี้

**ผู้สูงอายุ** อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 หรือ 65 ปีขึ้นไป แตกต่างกันตามเกณฑ์ของแต่ละกลุ่มชน มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงกว่าในวัยที่ผ่านมา ทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจเป็นอย่างมาก ซึ่งการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาสุขภาพกายและจิตได้

**สุขภาพจิต** กรมสุขภาพจิต (2545) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งเป็นผลมาจากวิถีในการมองโลก มองตนเอง สามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเองผู้อื่นและสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถสร้างสรรค์ได้แม้ในสภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง ลักษณะที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลตามบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่ตน

ตั้งใจไว้ (The world health Organization quality of life assessment: WHOQOL 1995 อ้างถึงใน สิทธิพงษ์ บุญผดุง, 2554)

**ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท** โดยชุมชนเมือง หมายถึง บริเวณที่มีประชากรอาศัยอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เป็นศูนย์กลางของความเจริญในด้านต่าง ๆ ประชาชนมีการประกอบอาชีพหลากหลายความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน การทำงานจะมีการแบ่งหน้าที่กันทำอย่างชัดเจน มีการทำงานที่หลากหลาย ซึ่งโดยมากจะติดต่อกัน โดยตำแหน่งหน้าที่การงาน ความจริงใจที่มีต่อกันน้อย ครอบครัวในชุมชนเมืองมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวมักจะประกอบอาชีพแตกต่างกัน วัตถุประสงค์หลักของชุมชนเมืองเป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวมักจะประกอบอาชีพแตกต่างกัน วัตถุประสงค์หลักของชุมชนเมืองเป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวมักจะประกอบอาชีพแตกต่างกัน วัตถุประสงค์หลักของชุมชนเมืองเป็นครอบครัวเดี่ยว

ชุมชนชนบท หมายถึง อาณาบริเวณที่อยู่นอกเขตเมือง มีคนอาศัยอยู่ต่อหน่วยพื้นที่น้อยกว่า มีความเป็นอยู่ใกล้ชิดกับธรรมชาติ มีความเป็นอยู่อย่างง่าย ๆ กิจกรรมทางเศรษฐกิจขึ้นอยู่กับเกษตรกรรมเป็นหลัก มีการกระทำต่อกันภายใต้บรรทัดฐานเดียวกัน ผู้คนในชุมชนจะมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความสนใจร่วมกัน มีความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้ว่าจะมีการแข่งขัน การขัดแย้งกันบ้าง ซึ่งจะมีกลุ่มสังคม เช่น ละแวกบ้าน หมู่บ้าน ตำบล เพื่อช่วยแก้ปัญหาและสนองความต้องการของบุคคลในสังคม ซึ่งมีลักษณะโดยทั่วไปพอสรุปได้ดังนี้ (ณรงค์ เสงี่ยมประภา อ้างถึงใน ทศนา พุทธิการณกิจ, 2558)

**แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต (Thai GHQ-28)** เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg ซึ่งได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดี ซึ่งวัตถุประสงค์ของแบบประเมินคือเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน โดยสามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่คิดไปจากสภาวะปกติของบุคคล ซึ่ง GHQ เป็นแบบประเมินที่ประชาชนสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงเหมาะที่จะนำไปใช้กับบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านได้ด้วยตนเอง อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง สำหรับ Thai GHQ-28 มีข้อคำถาม 28 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการทางกาย (Somatic Symptoms) กลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) กลุ่มความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และกลุ่มอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) โดยคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

**เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)** เป็นเครื่องมือชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก

เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ข้อคำถามมีจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ โดยเมื่อแปลผลแล้วจะแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตไม่ดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตดี

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง** พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ ทองสุข และหม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณ (อ้างถึงในเทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, 2553) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2546 โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย 26 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางคือร้อยละ 73.5 เพศชายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 29.5 เพศหญิงร้อยละ 20.6 ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.5 เพศชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.8 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20.9 ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาความสามารถในการอ่านเขียน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพ อาชีพที่ทำรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และฐานะทางการเงิน ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การอยู่อาศัย การพึ่งพาผู้ดูแลในชีวิตประจำวันความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีผู้มาปรึกษา/ปรับทุกข์ เหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ การดื่มสุราการ สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การมองเห็น การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ความกังวลหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การมีญาติที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Kosulwit (2012) ทำการศึกษาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ และชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน จากกลุ่มประชากรทั้งหมด 207 คน โดยเครื่องมือที่ใช้คือ Thai Mental Health Indicator (TMHI-54), Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), แบบสอบถามการประเมินความเครียดด้วยตนเอง และ World Health Organization Quality of Life-Brief-Thai Version (WHOQOL-BREF-THAI) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.6 อายุระหว่าง 60-84 ปี อายุเฉลี่ย 70.24 พบว่ามีสุขภาพจิตในระดับแย้อ้อยละ 12.90 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.7 และภาวะเครียดร้อยละ 15.2 และพบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี 3 ด้าน คือ ด้านร่างกายร้อยละ 2.9 ด้านจิตใจร้อยละ 1.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมร้อยละ 4.30 และพบว่าระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีระดับสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพชีวิตใน

ด้านร่างกายและความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่ำกว่า 70 ปี ดีกว่ากลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป และคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจพบว่าในผู้ที่มีการได้ไม่เพียงพอมีระดับต่ำกว่าผู้ที่มีการได้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุเขตชานเมืองมีคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุในเมือง

Apidechkul T. (2011) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต ระหว่างผู้สูงอายุในเมืองและชานเมืองในประเทศไทย โดยศึกษากับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนเมืองและชานเมืองในภาคเหนือของประเทศไทย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย Thai General Health Questionnaire (Thai-28) และ WHO Quality of Life Assessment in Thai (WHOQOL-BREF-THAI) ใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว กับกลุ่มตัวอย่าง 247 คน และข้อมูลก็นำมาวิเคราะห์คือ 225 คน โดยเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเมืองร้อยละ 48.5 ผู้สูงอายุชุมชนชานเมืองร้อยละ 51.5 โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชานเมืองมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม ในระดับสูง ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีสุขภาพจิตดีกว่าชุมชนชานเมือง

Abhay Mudey, Shrikant Ambekar, Ramchandra C. Goyal, Sushil Agarekar and Vasant V. Wagh (2011) ทำการประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุในเมืองและชนบท จังหวัด Wardha และ Maharashtra ประเทศอินเดีย โดยศึกษาภาพรวมของสถานะทางสุขภาพ รูปแบบการใช้ชีวิต ความพึงพอใจ สถานะทางจิตใจหรือความอยู่ดีมีสุข ในหลายมิติของคุณภาพชีวิตของบุคคลในประเทศอินเดีย โดยการศึกษาในครั้งนี้ต้องการทราบถึงความแตกต่างในเรื่องคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองและชนบทและต้องการหาความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลพื้นฐานทางด้านสังคมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 800 คน คัดเลือกจากในเมือง 400 คน และในชนบท 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ WHO Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF) โดยผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุชุมชนชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $51.2 \pm 3.6$ ,  $51.3 \pm 2.5$ ) ส่วนกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมีคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อมต่ำกว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $55.9 \pm 2.7$ ,  $57.1 \pm 3.2$ )

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุชุมชนวัดชัยพฤกษมาลา เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 54 คน

และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 62 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมิน General Health Questionnaire 28 ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) และเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Independent Sample *t* test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีระดับปัญหาสุขภาพจิตทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน คือ ด้านอาการทางกาย ด้านอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ด้านการบกพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้ารุนแรงไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )
2. ผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านร่างกายผู้สูงอายุชุมชนเมืองและผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองและผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมพบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองและผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองและผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผลการวิจัย

**ตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท**

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีคะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28 อยู่ในระดับ ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และจากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีระดับปัญหาสุขภาพจิตทั้งในภาพรวมและ

รายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและอยู่ในชมรมผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี และความชุกของปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ โดยผลการศึกษา พบว่ามีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่เพียงร้อยละ 9 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ทัดชาวดี สิทธิสาร (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกำแพงแสนจังหวัดนครปฐมซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตภาพรวมอยู่ในระดับดี และการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา ของ ธาณี รวยบุญส่ง(2552) พบว่า ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญามีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในชุมชน และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ดังนั้นการร่วมกิจกรรมต่างๆที่ส่งเสริมในด้านสุขภาพกายและจิตใจจากชมรม และความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับดี ทั้งชุมชนเมืองและชนบท เนื่องด้วยมีปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นที่คล้ายคลึงกัน

## **ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตและการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท**

1. ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมและในรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการพิจารณาการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในประเทศไทย โดยมีการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรรณิษฐ์ ทองสุข และหม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณ (อ้างถึงในเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, 2553) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2546 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 73.5 เมื่อนำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศไทยมาพิจารณา โดยการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางโดยด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 62.6 ตามลำดับ ทั้งนี้จากการศึกษาของ ชูดิเดช เกียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา และนพพร โทวธีรกุล (2554) ซึ่งเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียวจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจร้อยละ 52.7 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6

ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพ และอายุ สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 21.5 จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสนับสนุนว่ากลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยมีความพอใจในคุณภาพชีวิตและส่วนมากมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจากแบบประเมิน Thai GHQ-28 ที่จำแนกเป็นรายด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านความวิตกกังวล ด้านความบกพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้ารุนแรง จากการศึกษากับผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและชนบท พบว่าอยู่ในระดับที่ไม่มีปัญหา อีกทั้งการศึกษาที่นำมาอธิบายดังกล่าวข้างต้นนั้น ก็ได้พบว่าปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นแล้ว อนุมานได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอาจมีปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างใกล้เคียงกัน ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับปานกลาง

2. ผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ชุมชนเมืองเป็นชุมชนที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับชุมชนชนบทมีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่มาก มีการเพิ่มของประชากรสูง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอุตสาหกรรม การค้าและบริการ การผลิตเพื่อธุรกิจการค้ามากกว่าเพื่อบริโภคเอง มีโครงสร้างทางสังคมที่สลับซับซ้อน การควบคุมทางสังคมใช้การควบคุมโดยกฎหมายเป็นหลัก ความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนจะเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นทางการตามสถานภาพและบทบาทของแต่ละคน มีความผูกพันกับชุมชนน้อย (สนธยา พลศรี อ่างถึงใน ทศนา พฤติการณ์กิจ, 2558) ซึ่งปัจจัยที่มีความแตกต่างดังกล่าว ตัวอย่าง ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ชุมชนชนบทนั้นจะเป็นลักษณะที่สนิทสนมใกล้ชิดกันมากกว่าชุมชนเมือง อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของชุมชนเมืองและชุมชนชนบทแตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยจากการศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น เห็นว่า ผู้สูงอายุในเมืองและในชนบทมีความแตกต่างกันบ้างจากวิถีชีวิตและลักษณะการทำงานที่ต่างกัน แต่ในปัจจุบันความแตกต่างนี้ลดลงจากการที่คนเมืองและคนชนบทเดินทางไปมาหาสู่และย้ายถิ่นปนกันไปมา ส่วนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความเห็นว่าในเมืองและในชนบทมีความแตกต่างกัน สุขภาพของคนชนบทแข็งแรงกว่าคนเมือง เพราะอาหารการกินของคนชนบทไม่มีสารพิษ (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556) ดังนั้นจะเห็นว่าการรับรู้ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทอันเกี่ยวเนื่องกับเรื่องของสุขภาพมีความแตกต่างกัน อาจเป็น

เพราะผู้สูงอายุชุมชนเมืองเห็นว่าผู้สูงอายุในชนบทสุขภาพแข็งแรงกว่า ซึ่งเป็นข้อมูลที่สนับสนุนว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตดีกว่าชุมชนเมือง

#### 4. ผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจไม่แตกต่างกัน

สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา, 2554) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจอยู่ในระดับกลาง และการศึกษาของ ชุตติเดช เจียนคอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา และนพพร โหวิทริกุล (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียวจังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 V2.0 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจร้อยละ 52.7 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัยได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 21.5 เห็นได้ว่าปัจจัยในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมนั้นสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อนุমানได้ว่าอาจด้วยปัจจัยนี้ผู้สูงอายุทั้งชุมชนเมืองและชุมชนชนบทจึงมีระดับคุณภาพชีวิตระดับเดียวกันคือ ระดับปานกลาง

5. ผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสังคมชนบท คือกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันในอาณาบริเวณเดียวกัน มีการกระทำต่อกันภายใต้บรรทัดฐานเดียวกัน ผู้คนในชุมชนจะมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความสนใจร่วมกัน มีความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้ว่าจะมีการแข่งขัน การขัดแย้งกันบ้าง ซึ่งจะมีกลุ่มสังคม เช่น ละครบ้าน หมู่บ้านตำบลเพื่อช่วยเหลือปัญหาและสนองความต้องการของบุคคลในสังคม (ณรงค์ เส็งประชา อ่างถึงใน ทศนา พฤติการณกิจ, 2558) ส่วนชุมชนเมืองมีโครงสร้างทางสังคมที่สลับซับซ้อน การควบคุมทางสังคมใช้การควบคุมโดยกฎหมายเป็นหลัก ความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนจะเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นทางการตามสถานภาพและบทบาทของแต่ละคน มีความผูกพันกับชุมชนน้อย (สนธยา พลศรี อ่างถึงใน ทศนา พฤติการณกิจ, 2558) จากความแตกต่างของลักษณะโดยทั่วไปของชุมชนในประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าว อาจทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีปัจจัยที่เกื้อหนุนให้คุณภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมือง

6. ผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งชุมชนเมืองนั้น ประชาชนอยู่กันอย่างแออัดหนาแน่น มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เนื่องจากสังคมเมืองเป็นศูนย์กลางของความเจริญในด้านต่าง ๆ (สนธยา พลศรี อ่างถึงใน ทศนา พฤติการณกิจ, 2558) และมีปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษในทุก ๆ ด้านไม่ว่าจะ

เป็นเสียง อากาศ น้ำ ดิน ปัญหาด้านการจราจรเนื่องจากสังคมเมืองเป็นสังคมที่มีประชากรจำนวนมากและทุกคนก็ต้องเดินทางเพื่อประกอบอาชีพจึงทำให้เกิดการคับคั่งของถนนที่ใช้เดินทาง (ทัศนีย์ทองสว่าง อ้างถึงใน ทัศนาศ พุทธิการณกิจ, 2558) ส่วนชุมชนชนบท เป็นเขตที่มีคนอาศัยอยู่ต่อหน่วยพื้นที่น้อย ชีวิตความเป็นอยู่ใกล้ชิดกับธรรมชาติ มีความเป็นอยู่อย่างง่าย ๆ (ทัศนาศ พุทธิการณกิจ, 2558) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความเห็นว่าชุมชนชนบทอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อากาศดีกว่คนเมือง ได้ออกกำลังกายมากกว่าคนเมือง สุขภาพใจดีกว่คนเมือง เนื่องจากมีโอกาสได้ไปวัดทำบุญมากกว่าคนเมือง ทำให้คลายเครียดมากกว่าคนเมือง (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556) จากข้อมูลข้างต้นจึงอนุมานได้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมืองพอใจต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมน้อยกว่าชุมชนชนบท

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติมในการป้องกันและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีการดูแลรักษาสุขภาพร่างกายเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายให้เทียบเท่ากับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทและสามารถพัฒนาให้ไปสู่คุณภาพชีวิตในระดับที่สูงขึ้นต่อไป
2. จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนของกิจกรรมในผู้สูงอายุชุมชนเมืองให้มีเรื่องของการส่งเสริมความสัมพันธ์ในทางสังคมให้มากยิ่งขึ้นอาจมีการนำกิจกรรมที่มีในชมรมผู้สูงอายุชุมชนชนบทมาปรับใช้กับชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมืองรวมทั้งจัดให้มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันนอกเหนือจากกิจกรรมที่มีโดยทั่วไปในชมรมผู้สูงอายุ
3. จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาให้ชุมชนเมืองมีพื้นที่พักผ่อนหย่อนใจที่เป็นพื้นที่สีเขียว ลดการก่อเกิดมลพิษ โดยให้ทุกคนในชุมชนร่วมมือกันไม่สร้างมลพิษและร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อม ซึ่งกิจกรรมในส่วนนี้อาจมีการจัดสร้างเป็นโครงการที่มีสมาชิกทุกวัย ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและคนในชุมชนในอีกทางหนึ่ง

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเท่านั้น โดยการอยู่ในชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมายอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมในด้านสุขภาพจิตและ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่  
ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาว่าในกลุ่มที่ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมนั้น มีปัญหาสุขภาพจิตและ  
คุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

2. จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุเพียงช่วงเวลาระยะสั้นเท่านั้น ซึ่งทั้งในส่วน  
ของปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงไปในระดับต่าง ๆ ได้ถ้าบุคคลมี  
ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนใดชุมชนหนึ่ง  
ทั้งที่เป็นชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เพื่อศึกษาระดับปัญหาสุขภาพจิตและระดับคุณภาพชีวิตใน  
ระยะยาว

3. จากการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่แยก  
ศึกษาในแต่ละประเด็นเท่านั้น ซึ่งส่วนของปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตนั้นน่าจะมีความ  
สอดคล้องซึ่งกันและกัน ดังนั้นควรมีการศึกษาในลักษณะของการหาความสัมพันธ์ของปัญหา  
สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไรบ้าง เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางใน  
การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท  
ในด้านนั้น ๆ ต่อไป

4. จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้วิเคราะห์ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ว่าใน  
แต่ละปัจจัยนั้นมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไรในเรื่องของปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต  
ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการนำข้อมูลส่วนนี้มาวิเคราะห์ และศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะมีความ  
เกี่ยวข้องเพิ่มเติมด้วย เพื่อที่จะได้นำผลในส่วนนั้นมาใช้เพื่อวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต  
และพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2545). *สุขภาพจิต*. นนทบุรี: ฝ่ายแผนงาน กรมสุขภาพจิต.

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2553). *สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย*. ค้นเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2558, จาก

[http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/epaper/july\\_dec2012/pdf](http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/epaper/july_dec2012/pdf)

เกียรติภูมิ วงศ์จิต. (2550). *สารพันความรู้ประชากร*. วิทยาลัยประชากรศาสตร์:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. (2537). *สรุปรายงานการวิเคราะห์ นิยามความหมายสุขภาพจิต*

*และองค์ประกอบของสุขภาพจิต*. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต.

จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ. (2554). *ศึกษาภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุไทย: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรม*

*ผู้สูงอายุชุมชนห้วยจรดักตึกแดง 2*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,

มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- ชุตติเดช เขียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา และนพพร โหวธีรกุล. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียวจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229-239.
- ดวงใจ คำคง. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- หัตถชาติ สิทธิสาร. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทัศนาก พฤติการณกิจ. (2558). บริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น*, 9(1), 12-25.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาล ศิลปกิจ. (2539). แบบสอบถาม *General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย*. ค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2558, จาก <http://www.dmh.go.th/test/download/files/ghq.pdf>
- ธานี รวยบุญส่ง. (2552). การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีษะเกษ. การศึกษาอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 25. ค้นเมื่อ พฤศจิกายน 2, 2558, จาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/viewFile/30214/26049>
- นิตยา บุญมาเลิศ. (2542). การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประยุคต์ เสรีเสถียร, สุภรพรรณ พลนรา, ส่งศรี เชี่ยวเวช, วัลลภา กาศยปนนท์ และ พิจิตร เรืองนนท์. (2528). การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ ไทชี่กลางและผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ที่มีรับบริการของสถานสงเคราะห์ในรูปแบบบริการคนชราภายนอก. ค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2558, จาก [http://www.dmh.go.th/sty\\_lib/abs/details.asp?id=4105](http://www.dmh.go.th/sty_lib/abs/details.asp?id=4105)
- มยุรี ว่องไวรอด และ นิตา ชูโชติ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐเขตอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร. รายงานการวิจัยศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาชิปตี*.

กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*.

กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). *มน*

*ทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ*. นครปฐม:

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชกิจจานุเบกษา. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*. ค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2558, จาก

<http://www.ratchakitcha.soc.go.th>

วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงดี, สุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมี

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากร*, 3(2), 104. ค้นเมื่อ พฤศจิกายน 2,

2558, จาก [http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ThaiPopulationJournal/index.php/current-](http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ThaiPopulationJournal/index.php/current-issue/84-cat-previous-issues/tpj-vol3-no2/98-tpj-vol3-no2-issue5)

[issue/84-cat-previous-issues/tpj-vol3-no2/98-tpj-vol3-no2-issue5](http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ThaiPopulationJournal/index.php/current-issue/84-cat-previous-issues/tpj-vol3-no2/98-tpj-vol3-no2-issue5)

วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา.(2554). ศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*

, 5(2), 32-39.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

(2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง

แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สงคราม เชาสิทธิ์. (2542). ปัจจัยด้านบุคลิกภาพบางประการที่พยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตของ

ประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 30, 25-37..

ค้นเมื่อ พฤศจิกายน 2, 2558, จาก

<http://www.dmh.go.th/Abstract/alldetails.asp?code=101423001058>

สมจิตต์ ลุประสงค์ และหยกฟ้า บุญชิต. (2543). *การศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มารับบริการใน*

*โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม*. ค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2559 จาก

<http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4047>

สิทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตาม*

*หลักเศรษฐกิจพอเพียง ระยะที่ 1*. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย กรกฎาคม พ.ศ. 2558*.

กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2558,

จาก [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mentalhealthm\\_jul\\_58](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mentalhealthm_jul_58).

- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลรัตน์ เฟื่องสถิต. (2554). *จิตวิทยาผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- Abhay Mudey, Shrikant Ambekar, Ramchandra C. Goyal, Sushil Agarekar and Vasant V Wagh. (2011). Assessment of Quality of Life among Rural and Urban Elderly Population of Wardha District, Maharashtra, India , *Kamla-Raj*, 5(2), 89-93.
- Apidechkul T. (2011). Comparison of quality of life and mental health among elderly people in rural and suburban areas, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2011, 82-92. Retrieved November 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22299455>
- Bigner, J. J. (1994). *Individual and family development: A life-span Interdisciplinary approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kosulwit L. (2012) Mental health status, including depression and quality of life among members of an elderly club in suburban Bangkok: *J Med Assoc Thai*, 2012 , 92-101 Retrieved November 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23964450>
- World Health Organization. (1997). WHOQOL measuring quality of life . Retrieved November 2, 2015, from <http://www.who.int/mentalhealth/media/68.pdf>