

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่  
Health Status of Migrant and Non-migrant Elderly : A Case Study of  
Hat Yai Municipality



ฤดีดาว ช่างसान  
Rydeedao Changsan

Order Key 25815  
BIB Key 170926

๑  
เลขหมู่ HV1A84.T5 ๓36 2542  
เลขทะเบียน..... ๒.....  
๐/๒.๓. 2542

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Community Health Nursing

Prince of Songkla University

2542



ชื่อวิทยานิพนธ์   ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น : กรณีศึกษาเทศบาลนคร  
หาดใหญ่  
ผู้เขียน           นางฤดีดาว ช่างสาน  
สาขาวิชา         การพยาบาลอนามัยชุมชน  
ปีการศึกษา        2542

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น  
จำนวน 300 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างของผู้สูง  
อายุที่ย้ายถิ่นเป็น ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ย้ายเข้ามาอาศัยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไม่  
เกิน 5 ปี จำนวน 100 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอายุตั้งแต่  
60 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่มากกว่า 5 ปี จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ใน  
การเก็บข้อมูลเป็น แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย  
การหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ราย และหาความเที่ยงโดยหาค่า  
สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาได้ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพผู้สูงอายุระหว่าง  
กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วย สถิติที (independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดย  
รวมก่อนไปทางสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพรายด้านก่อนไปทางสูงในด้านสภาวะทางคลินิก  
ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย รวมทั้งด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต มี  
ค่าคะแนนเฉลี่ยปานกลางในด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม และด้านการรับรู้ภาวะ  
สุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ และพบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นมีค่าคะแนน  
เฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวม ด้านสภาวะทางคลินิก ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต  
ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม ตลอดจนด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึง  
พอใจในสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมีค่า  
คะแนนเฉลี่ยในด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นอย่างมีนัย  
สำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เพียงด้านเดียว

Thesis Title      Health Status of Migrant and Non-migrant Elderly : A Case  
Study of Hat Yai Municipality  
Author             Mrs. Rydeedao Changsan  
Major Program    Community Health Nursing  
Academic Year    1999

### **Abstract**

The objective of this descriptive study was to compare the health status of elderly people between migrants and non-migrants. The subjects were 100 elderly people who migrated to Hat Yai Municipality for 5 years or less and 200 elderly people who had been living in Hat Yai Municipality for over 5 years. The subjects were selected by purposive sampling. The instrument used to collect the data was a questionnaire on health status of the elderly. The questionnaire was tested for validity by three experts. Chronbach's alpha coefficient was 0.94. The data were analyzed by descriptive statistics, namely percentages, means and standard deviations. The health status of the two groups of subjects were compared using the independent t-test.

The finding revealed that both groups had the mean scores of the whole health status at a high level. The mean scores of clinical status, physical functioning and well-being, mental functioning and well-being were at a high level while social functioning and well-being, health perceptions and satisfaction were at a moderate level. There was no significant difference in the mean scores of the whole health status, only physical functioning and well-being of migrant elderly was significant higher than non-migrant elderly in the mean scores of each health status ( $p < .05$ ).

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถ ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณิ จันทรสว่าง และ รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ณ ที่นี้ รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ นพ.วรวิญ ตันชัยสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ นพ.สีลม แจ่มอุลิตร์ตัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ และ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของ เครื่องมือวิจัย และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ แนวทางการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ซึ่งช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยตระหนักและระลึกถึงอยู่เสมอ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุน การค้นคว้าวิจัย ขอขอบคุณนายกเทศมนตรี เจ้าหน้าที่เทศบาลนครหาดใหญ่ ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ตลอดจนผู้สูงอายุและครอบครัวที่กรุณาสละเวลาในการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้ชีวิต สติปัญญาและสั่งสอนปลูกฝังความใฝ่รู้ ขอบพระคุณพี่และน้องๆ ที่มอบความรัก ความห่วงใย ขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภิญโญ ช่างसान ที่คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ช่วยเหลือดูแลลูกๆ และขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่รักทุกคนที่ช่วยเหลือให้กำลังใจเสมอมา คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ ขออุทิศแด่ คุณแม่ อาจารย์ และพยาบาลผู้มีใจรักงานพยาบาลอนามัยชุมชนทุกคน

ฤดีดาว ช่างसान

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
<b>บทที่</b>	
1 บทนำ.....	1
① ปัญหา:ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
② วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
④ สมมติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี.....	4
⑤ นิยามศัพท์.....	4
⑥ ขอบเขตการวิจัย.....	5
⑦ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ.....	6
แนวคิดการย้ายถิ่น.....	30
ผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ.....	40
3 วิธีการวิจัย.....	45
① ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง.....	45
② เครื่องมือในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	49
③ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
④ การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	51
ผลการวิจัย.....	51
ข้อมูลส่วนบุคคล.....	51

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น.....	56
เปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น.....	56
การอภิปรายผล.....	58
5 สรุปและข้อเสนอแนะ.....	65
สรุปผลการวิจัย.....	65
ข้อเสนอแนะ.....	66
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	86
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
ภาคผนวก ค ตารางแสดงการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	99
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	108
ประวัติผู้เขียน.....	109

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	52
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าถึงบริการสุขภาพ.....	54
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการย้ายถิ่น.....	55
4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n=100) และไม่ย้ายถิ่น (n=200) จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	57
5 จำนวนร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	99
6 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าถึงบริการสุขภาพ.....	101
7 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตามสภาวะทางคลินิก.....	102
8 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตามการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย.....	103
9 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตามการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต.....	104
10 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตามการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม.....	105
11 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ.....	107



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบัน ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวจนถึงวัยสูงอายุมากขึ้น จากสถิติใน พ.ศ. 2533 พบว่าอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดในเพศชาย เป็น 61.75 ปี เพศหญิง 67.5 ปี (กองสถิติสาธารณสุข, 2534 : 14) เพิ่มขึ้นเป็นเพศชาย 69.9 ปี เพศหญิง 74.9 ปี ใน พ.ศ. 2541 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2541 : 1) และจากการคาดประมาณการณ์ขององค์การสหประชาชาติ จำนวนผู้สูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 3.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 12 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (United Nation, 1993 : 362) ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2533 มีจำนวน 489 ล้านคน และเพิ่มเป็น 1.2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 (United Nation, 1993 : 4) จึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรกลุ่มใหญ่ซึ่งมีความสำคัญ ที่ต้องได้รับการดูแลและสนใจมากกว่ากลุ่มหนึ่ง

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (วิภาวี, 2532 : 10 ; อาภา, 2533 : 290) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความเสื่อม เช่น ระบบสัมผัสที่เสื่อมลง การทำงานของกระเพาะอาหารลดลง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางจิต เช่น ห่อเหี่ยวใจ กระทบทกระเทือนใจง่าย เป็นต้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากภาระหน้าที่ที่ลดลง ทำให้มีแนวโน้มถอยห่างจากสังคมและลดบทบาท ในครอบครัวลง เป็นต้น (วิภาวี, 2532 : 12 - 14) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพหลายประการ จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จะมีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Speake, Cowart & Pellet, 1989 : 93) และการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุของไทย พบว่าโรคที่มีอัตราป่วยสูง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคไขข้ออักเสบหรือไขข้อเสื่อม ตามลำดับ (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 21) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีอาการป่วยทางกายต่างๆที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดตามข้อ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นลม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 29) ความเสื่อมของร่างกายในผู้สูงอายุส่งผลให้ความสามารถในการดำรงชีวิตในประจำวันลดลงและต้องมีคนช่วยเหลือ เช่น การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด และการเดินทาง (Krach, et al., 1996 : 458) และพบว่า ร้อยละ 4.8 ของผู้สูงอายุของไทยไม่สามารถเคลื่อนไหวด้วยตนเองได้เลย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 30) สำหรับโรคทางจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ได้แก่ โรคจิตอารมณ์แปรปรวน ความผิดปกติที่สมอง โรคประสาท และโรคจิตหวาดระแวง

(พัชรินทร์, 2530 อ้างตาม อัมพร, 2538 : 168) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีอาการผิดปกติทางอารมณ์หลายประการที่พบบ่อย ได้แก่ ความซึมเศร้า (Mui, 1996 : 633) ความวิตกกังวล (อารมณ, 2532 : 42) ความเหงา ความว้าเหว่ (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 29) เป็นต้น สำหรับสถานภาพในสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเดือดร้อนด้านการเงินถึงร้อยละ 9 ส่วนในด้านสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า บุตรหลานยังให้การดูแลตามอัตภาพ (อารมณ และคณะ, 2532 : 40) และยังพบว่ามีกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนาถึงร้อยละ 85 (ศิริวรรณ, 2538 : 19) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นมากขึ้นกับความเครียดและการปรับตัวของผู้สูงอายุ (Miller, 1995 : 69) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการย้ายที่อยู่ด้วยเหตุผลต่างๆ ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้การอยู่อาศัยในห้องถิ่นใหม่ และมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ผู้สูงอายุบางรายอาจประสบปัญหาในการปรับตัวซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้

การย้ายถิ่น เป็นการย้ายที่อยู่อาศัยจากที่เดิมไปอยู่ในห้องที่ใหม่ โดยผ่านการตัดสินใจของบุคคลด้วยเหตุผลที่ต่างกัน เมื่อเกิดการย้ายถิ่นผู้ย้ายถิ่นจะต้องมีการปรับตัวทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมมีปัญาสุขภาพเกิดขึ้นได้ ในปัจจุบันการย้ายถิ่นส่วนใหญ่มักเป็นการย้ายถิ่นเข้าเมือง (Chamratitrong, et al., 1995 : 5) เนื่องจากเขตเมืองเป็นเขตที่มีความเจริญทุกด้านจึงเป็นปัจจัยดึงดูดให้เกิดการย้ายถิ่นเข้าเมืองสูง โดยมีสถิติผู้ย้ายถิ่นในเขตเมืองร้อยละ 7.1 ซึ่งสูงกว่าเขตชนบทที่มีเพียงร้อยละ 5.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 : 20) สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า มีอัตราการย้ายถิ่นถึงประมาณร้อยละ 20 ของผู้ย้ายถิ่นทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 : 14) การย้ายถิ่นนับเป็นเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการย้ายเข้ามาอยู่ในสังคมเมืองที่มีวิถีชีวิตแตกต่างจากชนบทอย่างมาก กล่าวคือ ประชากรมีการอยู่กันอย่างแออัด มีความเป็นอยู่แบบต่างคนต่างอยู่ (สมยศ, 2534 : 60) ไม่รู้สึกคุ้นเคยกัน (ระพีพรรณ, 2532 : 28) ต้องพึ่งตัวเอง ครอบครัวขาดความใกล้ชิด มีเวลาพบปะกันน้อย ตลอดจนความเห็นอกเห็นใจกันในชุมชนมีน้อย (กรรณิการ์, 2523 : 68) ผู้สูงอายุจำเป็นต้องละทิ้งบทบาทเดิมและปรับตัวตามบทบาท วิถีชีวิตใหม่ จึงอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นได้ จากการศึกษาพบว่า การย้ายถิ่นในระยะแรกก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง (Halter & Meleis, 1995 : 521) เช่น ความเครียดจากการย้ายถิ่น (Balcazar, Peterson & Cobas, 1996 : 425 ; Smith, 1996 : 88 ; Tobar & Flakerud, 1994 : 569) ความทุกข์ใจ (Ritsner, Ponizovsky & Ginath, 1997 : 494 ; Seim, 1997 : 788 ; Tran & Dhooper, 1997 : 3) ความซึมเศร้า (Bhatnagar & Frank, 1997 : 907 ; Nicholson, 1997 : 19) ความวิตกกังวล (Bhatnagar & Frank, 1997 : 907 ; Nicholson, 1997 : 19) ความผิดปกติทางอารมณ์อื่นๆ (Ritsner et al., 1996 : 17) ตลอดจนโรคทางกายอื่นๆ เช่น การนอนไม่หลับ (ภาณี, 2527 : ข) โรคระบบทางเดินอาหาร (รัชตนิย, 2540 : ก) ซึ่งอาการทางจิตส่วนใหญ่จะลดลงเมื่อระยะเวลาการอยู่อาศัยนานขึ้น (Ritsner, Ponizovsky & Ginath, 1997 : 494) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นและผู้สูงอายุที่มีการย้ายถิ่นมาระยะหนึ่งแล้ว

จะมีความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและสภาพสังคมของท้องถิ่นที่อาศัย ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสามารถอยู่ในสังคมได้ดีอย่างเป็นปกติ แต่จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นในเมืองบอสตันพบว่า มีภาวะสุขภาพกายสูงกว่าหรือเท่ากับผู้สูงอายุชาวสหรัฐอเมริกา และมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุชาวสหรัฐอเมริกา (Ren & Chang, 1998 : 429) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มวัยอื่นๆ ที่พบว่ากลุ่มผู้ย้ายถิ่นมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ไม่ย้ายถิ่น (Monison, Reinzo & Frazee, 1995 : 207 ; Shetterly, et al., 1996 : 1798) ทำให้เป็นที่น่าสนใจว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นจะมีความแตกต่างกันอย่างไร

เทศบาลนครหาดใหญ่เป็นชุมชนที่มีลักษณะของสังคมเมืองในภาคใต้แห่งหนึ่ง มีความเจริญรวดเร็วทุกด้าน มีปัจจัยดึงดูดให้เกิดการย้ายเข้าเมืองหลายประการ เช่น การจ้างงาน ความสะดวกในการคมนาคม การสาธารณสุข โภค ศูนย์กลางความเจริญด้านต่างๆ จึงทำให้มีอัตราการย้ายถิ่นเข้าเมืองสูง รวมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีการย้ายเข้าในเทศบาลนครหาดใหญ่ในอัตราเฉลี่ย 11 คนต่อเดือน (สำนักทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลนครหาดใหญ่, 2540) จากการทบทวนเอกสารในต่างประเทศได้มีการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นโดยเน้นศึกษาในด้านสุขภาพจิตเป็นส่วนใหญ่ (Mui, 1996 : 633 – 645 ; Lam , Pacala & Smith, 1997 : 57) และมีความแตกต่างในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นกับกลุ่มวัยอื่นๆ สำหรับในประเทศไทยไม่ปรากฏรายงานผลการศึกษาไว้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ เพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นว่าเป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

### คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่เป็นอย่างไร
2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่มีความแตกต่างกันหรือไม่

## สมมติฐานการวิจัย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่มีความแตกต่างกัน

## กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การย้ายถิ่น เป็นการเปลี่ยนที่อยู่อาศัยจากท้องถิ่นไปอยู่ในท้องถิ่นใหม่ เป็นกระบวนการตั้งแต่การตัดสินใจย้ายถิ่นภายใต้เหตุผลที่แตกต่างกันหลายแนวคิด เมื่อผู้สูงอายุตัดสินใจย้ายถิ่นและเข้ามาอยู่ในท้องถิ่นใหม่แล้ว ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อมใหม่ในทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นในที่สุด เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบหลักของสุขภาพ (Dever cited by Clark, 1992 : 114) ในบุคคลที่มีการย้ายถิ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมดังกล่าวบุคคลจึงต้องปรับตัว โดยกระบวนการปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นต่อสภาพแวดล้อมนั้นเมื่ออยู่ตลอดเวลา ผู้ย้ายถิ่นเป็นระยะเวลาอันยาวนานจะมีแนวโน้มในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมดังกล่าวได้ดีขึ้น เป็นผลให้เกิดความสมดุลของภาวะสุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดภาวะสุขภาพของ สจ๊วต และแวย์ (Stewart & Ware, 1992 : 15) ซึ่งกล่าวถึงสุขภาพในแนวคิดองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และสังคม (holistic health) โดยกำหนดองค์ประกอบของภาวะสุขภาพไว้ 5 ด้าน ดังนี้ คือ ภาวะทางคลินิก (clinical status) การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย (physical functioning and well - being) การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต (mental functioning and well - being) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลด้วยตัวเองโดยมิใช่การวินิจฉัยทางการแพทย์ รวมถึงด้านความจำ และองค์ประกอบด้านอารมณ์ต่างๆ การทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม (social/role functioning and well - being) การรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ (general health perceptions and satisfaction) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดภาวะสุขภาพดังกล่าวมาพัฒนาใช้เป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น

## นิยามศัพท์

การย้ายถิ่น หมายถึง การย้ายที่อยู่อาศัยมาจากสถานที่อื่นที่ไม่ใช่เขตเทศบาลนครหาดใหญ่ เข้ามาอยู่อาศัยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่เป็นเวลาไม่เกิน 5 ปี ในช่วงที่ทำการวิจัย

การไม่ย้ายถิ่น หมายถึง การอยู่อาศัยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่อย่างต่อเนื่องเกิน 5 ปีขึ้นไป โดยไม่มีการย้ายที่อยู่อาศัยมาจากที่อื่นหรือไปอยู่ที่อื่นนอกเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ในช่วงที่ทำการวิจัย

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง สภาวะทางคลินิก ความสามารถในการทำหน้าที่และความผาสุกทางด้านกาย จิต สังคมของผู้สูงอายุ รวมทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก Actual Patient Assessment Questionnaires (PAQ) ของ สจิวต์ และแวร์ (Stewart & Ware, 1992)

#### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะแรกของการย้ายถิ่น คือ มีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไม่เกิน 5 ปีในช่วงที่ทำการศึกษา

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาวางแผนการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น และไม่ย้ายถิ่นได้
2. ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลในการจัดการศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นสำหรับนักศึกษาพยาบาล
3. ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นด้านอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น และไม่ย้ายถิ่นในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

แนวคิดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิดการย้ายถิ่น

ผลกระทบจากการย้ายถิ่นต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ในอดีตประเทศไทยมีคำเรียกผู้สูงอายุต่าง ๆ กันออกไป เช่น คนแก่ คนชรา ชราภาพ หรือผู้เฒ่า เป็นต้น ต่อมาผลสำรวจจรรยาบรรณสิทธิ สิทธิสุนทร ได้เสนอให้ใช้คำว่า "ผู้สูงอายุ" แทน ตั้งแต่ พ.ศ. 2512 เป็นต้นมา การกำหนดเกณฑ์ของการสูงอายุให้ชัดเจนเป็นสิ่งยากเพราะเป็นเรื่องนามธรรม เป็นความรู้สึกถึงการสูงอายุของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกัน โดยทั่วไปจึงนิยมใช้ อายุเป็นเกณฑ์กำหนดการสูงอายุ และเพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์อายุของการเกษียณอายุการทำงาน ในการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สำหรับการแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Wold, 1993 : 5 )

1. ผู้สูงอายุวัยต้น มีอายุ 60 – 74 ปี ผู้สูงอายุวัยนี้พร้อมที่จะปฏิบัติงานได้ตามปกติ
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุ 75 - 84 ปี ผู้สูงอายุวัยนี้เริ่มมีปัญหาในการช่วยเหลือตัวเอง แต่ยังไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากนัก แต่มีปัญหาการเจ็บป่วยเล็กน้อยตลอด
3. ผู้สูงอายุวัยสุดท้าย มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป เป็นวัยสูงอายุโดยแท้จริง การเดินเหินลำบาก ครอบครัวหรือสังคมต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

## ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ เป็นคำที่ได้รับความสนใจ และได้รับการกล่าวขานกันอย่างมากในปัจจุบัน สุขภาพเปรียบเสมือนหัวใจหรือเป้าหมายหลักในการพยาบาล แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

1. สุขภาพในแนวคิดทางการแพทย์ (clinical model) เป็นความหมายของสุขภาพในระยะแรกๆ เป็นกลุ่มแนวคิดสุขภาพที่แคบ โดยมุ่งถึงลักษณะที่แสดงออกมาภายนอกอย่างชัดเจนถึงความเจ็บป่วย โดยกล่าวถึงความหมายของสุขภาพดังนี้ เป็นภาวะที่ระบบเลือดในร่างกายสะอาด (Week-Shaw, 1905 cited by Reimer, 1984 : 102) การปราศจากอาการหรืออาการแสดงของโรคหรือความพิการ (Broose, 1975 cited by Nordenfelt, 1993 : 87 ; Smith, 1983 : 89 ; Mercer, 1972 cited by Reimer, 1984 : 102) ซึ่งในประเทศไทยก็ให้ความหมายที่สอดคล้องกันในแง่ที่กล่าวคือ ในพุทธภาษิตที่กล่าวว่า "อโรคา ปรามา ลาภา" หรือสุขภาพคือ ความไม่มีโรคนั่นเอง เช่นเดียวกับความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 (2538 : 843) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ในกลุ่มแนวคิดนี้สุขภาพจึงมีลักษณะเป็นปัจจัยสองด้านที่ต่างกันชัดเจนระหว่างสุขภาพ และการเจ็บป่วย (dichotomous variable)

2. สุขภาพในแนวคิดการปรับตัว (adaptive model) เป็นความหมายที่เน้นความสัมพันธ์ของคนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้กล่าวถึงสุขภาพในความหมายของ ความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ (Roy, 1984 : 38 ; Smith, 1983 : 90) ผลของการปรับตัวได้แสดงออกในลักษณะของการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (King, 1981 : 5) สุขภาพในที่นี้จึงเป็นความต่อเนื่อง (continuum) มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจากสุขภาพดีที่สุขไปจนเจ็บป่วยและตาย

3. สุขภาพในแนวคิดการทำหน้าที่ (role-performance model) เป็นความหมายในด้านความสามารถของโครงสร้างเชิงชีวภาพที่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ (King, 1981 : 5 ; Orem, 1996 : 101) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับการอบรมสั่งสอนมาได้อย่างสมบูรณ์ หากไม่สามารถปฏิบัติได้ก็ต้องพึ่งพาหรือการดูแลจากบุคคลอื่น (Smith, 1983 : 90) โดยคำนึงถึงการทำหน้าที่ภายใต้สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล (King, 1981 : 5)

4. สุขภาพในแนวคิดความผาสุก (eudaimonistic model) เป็นความหมายที่สนับสนุนแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow) เกี่ยวกับความต้องการสูงสุดของบุคคล ซึ่งบุคคลแต่ละคนมีความเป็นอิสระในความต้องการนั้น โดยหมายถึง ความผาสุกสูงสุดทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (Dunn, 1959 cited by Reimer, 1984 : 102 ; Orem, 1996 : 101 ; WHO, 1947 : 1-2 cited by Cookfair, 1996 : 147) การยอมรับศักยภาพ และความสามารถของตนเองได้อย่างมี

ความสุข (Smith, 1983 : 31) เป็นความสุขของจิตใจมนุษย์ (Dubos, 1965 cited by Stewart & Ware, 1992 : 20)

ปัจจุบันแนวคิดสุขภาพที่ได้รับความสนใจ คือ แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมของกาย จิต และสังคม (holistic health) (วิไลวรรณ, 2539 : 12 ; Dunn, 1959 cited by Reimer, 1984 : 102 ; Orem, 1996 : 101 ; Pender, 1996 : 22 ; WHO, 1947 : 1 - 2 cited by Cookfair, 1996 : 147)

แนวคิดสุขภาพของ สจ๊วต และแวร์ (Stewart & Ware, 1992 : 15) เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมโดยกล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาพไว้ 5 ด้าน คือ

1. สภาวะทางคลินิก (clinical status) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการแสดง และ ความรุนแรงของการเป็นโรค หรือ การเจ็บป่วย ทั้งภาวะเรื้อรัง หรือภาวะเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อไวรัส ภาวะโรคหัวใจเรื้อรัง หรือ ความรุนแรงของโรคจิต นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงความพิการของร่างกายด้วย

2. การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย (physical functioning and well - being) หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการประกอบกิจกรรมตามปกติของบุคคลที่สุขภาพดีทั่วไป เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดิน การก้มตัว การขึ้นบันได และการวิ่ง เป็นต้น

3. การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต (mental functioning and well - being) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลด้วยตัวเองโดยมิใช่การวินิจฉัยทางการแพทย์ รวมถึงด้าน ความจำ และองค์ประกอบด้านอารมณ์ต่างๆ

4. การทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม (social/role functioning and well - being) หมายถึง ข้อจำกัดในด้านความสามารถในการประกอบกิจกรรม ตลอดจนบทบาททางสังคมประจำวันจากปัญหาสุขภาพของบุคคลที่เป็นอยู่

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ (general health perceptions and satisfaction) หมายถึง ภาวะสุขภาพจากการพิจารณาและประเมินด้วยตนเองของบุคคล

จะเห็นได้ว่าแนวคิดสุขภาพของ สจ๊วต และแวร์ เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมความหมายในเชิงองค์รวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดสุขภาพดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

### การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพมีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ มีดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางคลินิก (clinical status) เป็นการประเมินเพื่อหาความผิดปกติของร่างกายในทางการแพทย์ โดยบุคคลกรทางสุขภาพทุกระดับ สามารถ



## ประเมินได้ดังนี้

1.1 การตรวจร่างกายทุกระบบ เป็นการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อหาความต้องการพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยการตรวจร่างกายทุกระบบ สังเกต หรือซักถามตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีความสูงอายุทางชีวภาพ (ประนอม และจิราพร, 2537 : 54)

1.2 การประเมินประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งสร้างโดย แมคเอลเมอร์, อีแกน และกลาส (McElmurry, Egan & Glass, 1982 อ้างตาม ประนอม และจิราพร, 2537 : 62) เป็นการประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ สุขภาพทั่วไป กิจกรรมประจำวัน อาหาร การเคลื่อนไหว การเจ็บป่วยในอดีต การได้รับยา และปัญหาด้านจิตใจ

2. การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย ความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นอาการรวมของความสูงอายุ เครื่องมือที่ใช้วัดโดยเฉพาะในด้านความสามารถทางร่างกายที่นิยมใช้ ได้แก่

2.1 เครื่องมือ ORAS Multidimension Functional Assessment Questionnaire เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อ ศึกษาภาพรวมของระดับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของบุคคลที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ใช้วัดได้โดยไม่ต้องตรวจร่างกายหรือการทดสอบใดๆ มีความเที่ยงตรงสูงและใช้ได้ดีในชุมชน (ประภาเพ็ญ, 2537 : 199 - 207 ; McDowell & Newell, 1987 : 299 - 306 )

2.2 เครื่องมือ The Barthel Index เป็นเครื่องมือวัดเฉพาะกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมเรื่อง การกิน การเคลื่อนไหว การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเดิน การแต่งตัว เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการพัฒนาเป็นเครื่องมือ Modified Barthel ADL Index (BAI) และ ดัชนี จุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index : CAI) ซึ่งระบบวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทดสอบแล้วว่ามีความเหมาะสมเพียงพอและสามารถนำมาใช้กับประชากรสูงอายุไทยและเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย (สุทธิชัย, 1994 : 70 - 74)

2.3 เครื่องมือ The Instrumental Activities of Daily Living Scale เป็นเครื่องมือวัดกิจกรรมเสริมประจำวันของผู้สูงอายุ 8 รายการ โดยครอบคลุมเรื่อง การเตรียมอาหาร การดูแลบ้าน การดูแลเสื้อผ้า การใช้โทรศัพท์ การซื้อของ การใช้จ่ายพาหนะ การกินยา และการดูแลเรื่องการเงินของตนเอง (ประนอม และจิราพร, 2537 : 54 ; ประภาเพ็ญ, 2537 : 199 - 207)

3. การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนมีการสร้างเครื่องมือประเมินมากมายเช่นกัน เครื่องมือที่สำคัญ ได้แก่

3.1 General Well - Being Schedule ซึ่งสร้างโดย ดูเปย์ (Dupuy) เป็นการ

ประเมินความรู้สึกด้านความผาสุกทางจิตและความทุกข์ใจ เป็นการประเมินความรู้สึกภายในตัวบุคคลโดยวัดในด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า สุขภาพทั่วไป ความผาสุก การควบคุมตนเอง และ ความมีชีวิตชีวา ถือเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมจะใช้วัดในชุมชนเครื่องมือหนึ่ง (Dupuy, 1977 cited by McDowell & Newell, 1987 : 127 -133)

3.2 General Health Questionnaire ซึ่งสร้างโดย โกลเบอร์ก (Goldberg, 1972 อ้างตาม ธนา, จักรกฤษณ์ และชัชวาลย์, 2539 : 2) เป็นเครื่องมือที่มีการใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชนอย่างกว้างขวางเครื่องมือหนึ่ง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ออกข้อสอบได้ตอบด้วยตนเอง โดยการประเมินปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ ซึ่งได้มีการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) โดย ธนา จักรกฤษณ์ และชัชวาล (2539 : 2 - 17) ซึ่งครอบคลุมปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกไม่มีความสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) และความวิตกกังวลในสุขภาพของตน (hypochondriasis) และพบว่ามีความแม่นยำและความเชื่อถือได้ในเกณฑ์ดี สมควรนำไปใช้เป็นแบบคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวช ทั้งในชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้ดี

4. การประเมินภาวะสุขภาพทางสังคม เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมของบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในชุมชนที่นิยม ได้แก่

4.1 The Katz Adjustment Scales เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย คาทซ์ (Katz) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความสามารถในการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยทางจิตภายหลังการรักษาโดยครอบคลุมอาการทางจิต พฤติกรรมทางสังคม กิจกรรมในบ้านและกิจกรรมยามว่าง นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้ประเมินกับประชาชนทั่วไปในชุมชนด้วย (Katz, 1963 cited by McDowell & Newell, 1987 : 169 - 172)

4.2 The Social Adjustment Scale เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย เวสแมน (Weissman) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการรักษาและการรักษาทางจิต สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีการนำไปใช้ในกลุ่มประชาชนปกติทั่วไปด้วย โดยใช้การประเมินด้วยตนเองของบุคคลต่อความสนใจในการปรับตัวเข้ากับความเป็นอยู่ชุมชน ซึ่งครอบคลุมการทำหน้าที่ทางสังคม 6 ด้าน ได้แก่ การทำงาน ความสัมพันธ์กับญาติ ความสัมพันธ์กับคู่สมรส ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนกิจกรรมยามว่างในสังคม (Weissman, 1971 cited by McDowell & Newell, 1987 : 192 - 200)

5. การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป เมื่อมีการพัฒนาแนวคิดสุขภาพองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม จึงมีการพัฒนาเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการประเมินด้วยตนเองในขณะนั้นๆ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เช่น

5.1 Self-Evaluation of Life Function (SELF) เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย ลินน์ และลินน์ (Linn & Linn) โดยให้ผู้สูงอายุประเมินด้วยตนเอง ซึ่งครอบคลุมการประเมินทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม มีตัวชี้วัดเป็น 6 ด้าน (Linn & Linn, 1984 : 603 - 612) ดังนี้

5.1.1 ความเสื่อมสมรรถภาพทางด้านร่างกาย (physical disability) เป็นการระบุถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการประกอบ กิจกรรมต่างๆ

5.1.2 การเปลี่ยนแปลงจากการมีอายุ (symptoms of aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบต่างๆของร่างกายที่เกิดจากการมีอายุของผู้สูงอายุ

5.1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) เป็นการประเมินตนเอง ในด้านคุณค่า ความสามารถ ความรู้สึก ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุ

5.1.4 ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุที่แสดง ออกถึงอารมณ์ซึมเศร้า

5.1.5 การควบคุมตนเอง (personal control) เป็นความสามารถของผู้สูง อายุในการตัดสินใจ การกระทำหรือจัดการสิ่งต่างๆด้วยตนเอง

5.1.6 ความพึงพอใจในสังคม (social satisfaction) เป็นความรู้สึกและ สัมพันธภาพที่มีต่อบุคคลรอบข้าง รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

5.2 Medical Outcomes Study (MOS) ซึ่ง สจ๊วต และแวร์ (Stewart & Ware, 1992 : 15) ได้พัฒนาโดยครอบคลุมการประเมินร่างกายโดยตัวบุคคลเอง 5 ด้าน ซึ่งมีแบบ ประเมินเป็นหลายฉบับ ที่สำคัญและนิยมใช้คือ ฉบับย่อ เรียกว่า MOS 20 - Item Short Health Survey (SF-20) สำหรับฉบับเต็ม เรียกว่า Actual Patient Assessment Questionnaire (PAQ) ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดภาวะสุขภาพแต่ละด้านไว้ดังนี้ (Stewart & Ware, 1992 : 14 - 24)

5.2.1 ด้านสถานะทางคลินิก (clinical status) ประกอบด้วยตัวชี้วัด ดังนี้

5.2.1.1 อาการแสดง/ความรุนแรง ของการเจ็บป่วยทางกาย และ ความพิการ (presence / severity of physical conditions and impairments)

5.2.1.2 อาการแสดง/ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต (presence /severity of mental illness)

5.2.2 ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย (physical functioning and well-being) ประกอบด้วยตัวชี้วัด ดังนี้

5.2.2.1 การทำหน้าที่ทางกาย (physical functioning)

5.2.2.2 การเคลื่อนที่ (mobility)

5.2.2.3 ความปวด (pain)

5.2.2.4 กำลัง / ความอ่อนล้า (energy / fatigue)

5.2.2.5 ปัญหาการนอนหลับ (sleep problem)

5.2.2.6 อาการทางกาย / อาการทางกายที่สัมพันธ์กับจิต (physical / psychological symptoms)

5.3 ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต (Mental functioning and well-being) ประกอบด้วยตัวชี้วัด ดังนี้

5.3.1 ความจำ (cognitive functioning)

5.3.2 ความทุกข์ใจ (psychological distress)

5.3.3 ความซึมเศร้า / การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (depression / behavioral-emotional control)

5.3.4 ความวิตกกังวล (anxiety)

5.3.5 ความผาสุกทางจิต (psychological well - being)

5.3.6 ความรู้สึกในทางที่ดี (positive affect)

5.3.7 ความรู้สึกพึงพา (feelings of belonging)

5.3.8 ความทุกข์จากสุขภาพ (health distress)

5.4 ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม (social / role functioning and well - being) ประกอบด้วยตัวชี้วัด ดังนี้

5.4.1 ข้อจำกัดในกิจกรรมทางสังคมจากสุขภาพ (social activity limitations due to health)

5.4.2 ข้อจำกัดของบทบาทในสังคมจากภาวะสุขภาพ (role limitations due to health)

5.4.3 ข้อจำกัดของบทบาทจากสุขภาพกาย (role limitations due to physical health)

5.4.4 ข้อจำกัดของบทบาทจากปัญหาทางอารมณ์ (role limitations due to emotional problems)

5.4.5 การทำหน้าที่ต่อคู่สมรส (marital functioning)

5.4.6 การทำหน้าที่ต่อครอบครัว (family functioning)

5.4.7 การทำหน้าที่ทางเพศ (sexual function)

5.5 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจ (general health perceptions and satisfaction) ประกอบด้วยตัวชี้วัด ดังนี้

5.5.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (current health perception)

5.5.2 การมองสุขภาพในอนาคต (health outlook)

5.5.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (prior health)

5.5.4 ความพึงพอใจในสุขภาพร่างกาย (satisfaction with physical functioning)

สำหรับการศึกษารุ่นนี้มุ่งศึกษาภาวะสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน Actual Patient Assessment Questionnaire (PAQ) ของ สจ๊วต และแวนร์ (Stewart & Ware, 1992 : 373 - 400) ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหมาะกับสังคมและวัฒนธรรมของไทย

### ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไปขึ้นกับการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป และผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแสดงออกได้ดังนี้

1. **สภาวะทางคลินิก (clinical status)** การเกิดโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆของร่างกายเกือบทุกระบบ และเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต สภาวะที่พบส่วนใหญ่เป็นการเป็นโรคและอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งจำแนกการเจ็บป่วยตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้ (วิภาวี, 2532 : 10 - 15 ; จรัสวรรณ และพัชรวิ, 2533 : 60 - 81 ; Wold, 1993 : 35 - 93 )

1.1 ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังจำนวนลดลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ทำให้การหายของแผลช้า เส้นใยอีลาสติน (elastin) ลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นผิวหนังลดลง ไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง การไหลเวียนของเลือดลดลง เป็นเหตุให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย และสามารถทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อมีขนาดลดลง การระบายความร้อนของร่างกายไม่ดี ทำให้เกิดอาการลมแดดได้ง่าย ผม และขนมีจำนวนลดลง การผลิตเมลานิน (melanin) ลดลงทำให้กลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมร่วงและแห้งๆได้ง่าย เล็บแข็งและหนาขึ้น การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเคือง และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลงจึงเกิดแผล เช่น แผลกดทับและอุบัติเหตุได้ง่าย

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส ผู้สูงอายุมีขนาดสมองเล็กลง จำนวนเซลล์ประสาทลดลง การทำงานของระบบประสาทเลวลงเกิดภาวะสมองเสื่อม การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆช้าลง จึงมักพบว่าเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องใหม่ๆ การเรียนรู้สิ่งใหม่ช้าลง ต้องอาศัยเวลานานขึ้น และต้องเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจด้วย ส่วนความจำเรื่องเก่าๆในอดีตยังคงอยู่ ทำให้มีอาการหลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ พุดซ้ำซาก หรือมีอาการหมกมุ่นกับอดีต ในด้านความคิดเห็นคงที่ การวิเคราะห์และการคำนวณในด้านต่างๆเสื่อมลง แต่ยังสามารถทำงานที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วได้ดีแต่ความกระตือรือร้นจะน้อยลง นอกจากนี้การสูญเสียเซลล์ประสาทซึ่งผลิตสารสื่อประสาทจะทำให้เกิดโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) มีอาการสั่นตามร่างกายได้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนโลหิต

อาจเกิดภาวะผิดปกติของการไหลเวียนโลหิตในสมอง เป็นผลให้เกิดอัมพาตของร่างกายได้ตาม ความรุนแรงของพยาธิสภาพในสมอง

ความสามารถได้ยินเสียงน้อยลงโดยเฉพาะระดับเสียงสูง จากการเสื่อมของ อวัยวะในหูชั้นในร่วมกับประสาทหูคู่ที่ 8 ตลอดจนเยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหูตึงได้บ่อย จากการศึกษาของไทยพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.2 ได้ยินเสียงไม่ค่อยชัด และร้อยละ 0.7 ไม่ได้ยินเสียงเลย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540 : 30) การรับกลิ่นไม่ดีจากการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลงและฝ่อลีบลง การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขม และรสเค็ม ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้นหรือรับประทานอาหารไม่อร่อย และเกิดความเบื่ออาหาร (อารมณี, 2532 : 42 ; Pongpaew. et al., 1994 : 587) สำหรับการมองเห็นเลวลง สายตาพร่ามัว ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (อารมณี, 2532 : 42 ; Pongpaew. et al., 1994 : 587) เนื่องจากมีสารอินทรีย์พวกไขมันมาเกาะที่กระจกตา และการมีน้ำหล่อเลี้ยงตาลดลง นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียของโคนเซลล์ (cone cell) ในจอตา การหลุดลอกของจอรับภาพ ทำให้พบว่าโรคตาในผู้สูงอายุเป็นโรคใน 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุของไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 29) จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 คนมองเห็นชัดเจน มองไม่เห็นเลย ร้อยละ 1.7 มีการใช้แว่นสายตา ร้อยละ 27.2 (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 28) ใกล้เคียงกับการศึกษาของศิริวรรณที่พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 48 มองไม่เห็นถ้าไม่ใส่แว่นตา (ศิริวรรณ, 2538 อ้างตาม ชื่น, 2540 : 94) และพบว่าเพียงครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 30)

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่เพิ่มมากขึ้น กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงและช้าลง ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง จึงอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากการศึกษาประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปของไทย พบว่า มีการบาดเจ็บ และหกล้ม ร้อยละ 16.1 ในเขตชนบทสูงกว่าเมือง และเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 21) เกิดอาการมือสั่น จับของไต้ไม่มั่นคง เกิดการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะลำบาก ซึ่งอาการท้องผูก เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 25.9 (อารมณี, 2532 : 42 ; Pongpaew. et al., 1994 : 587) นอกจากนี้การสะสมไกลโคเจน (glycogen) และโปรตีน (protein) ในกล้ามเนื้อที่ลดลงทำให้มีการหายของแคลเซียม อัตรากการเสื่อมของกระดูกมีมากกว่าอัตราการสร้าง แคลเซียม (calcium) สลายออกจากกระดูกมากขึ้นเพื่อชดเชยปริมาณแคลเซียมในกระแสเลือดที่ลดลง ทำให้เกิดกระดูกเปราะและหักง่าย มีการเกาะตัวของแคลเซียมที่สลายตัวดังกล่าวตามกระดูกอ่อน เช่น กระดูกชายโครง ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง การหายใจลำบากมากขึ้น หากไปเกาะตามเนื้อเยื่ออื่นๆ จะทำให้เนื้อเยื่อแข็งตัวมากขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำในไขข้อลดลงทำให้เกิดการสัมผัสกันของกระดูก

เกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบ และติดข้อได้ง่าย ทำให้มีอาการปวดข้อ ปวดหลังได้บ่อย (อารมณ, 2532 : 42 ; Pongpaew. et al., 1994 : 587) จากการศึกษาผู้สูงอายุของไทยพบว่า ร้อยละ 12.1 ป่วยเป็นโรคไขข้ออักเสบหรือไขข้อเสื่อม (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 21) นอกจากนี้ท่าทางในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นท่าที่ไม่ถูกต้องและทำอยู่นานๆ ยังเป็นสาเหตุที่เกิดการปวดหลังได้เช่นกัน (บรรลุ, 2541 : 16) สำหรับข้อที่พบว่ามีอาการเสื่อมได้บ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

1.4 ระบบการไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบและมีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และสารไลโปฟุสซิน (lipofusin) มาสะสมในเซลล์มากขึ้น ส่วนใหญ่ขนาดหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การเปิดและปิดลิ้นหัวใจไม่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง และต้องอาศัยเวลานานจึงกลับคืนสู่ปกติ ผนังหลอดเลือดมีความหนาตัวยืดหยุ่นลดลงจึงเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งพบได้กว่าร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุ (Wold, 1993 : 57) และพบสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุของไทยคือร้อยละ 13.2 (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 21) และเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมือง (อารมณ, 2532 : 42) และพบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงที่รักษาในโรงพยาบาลราชวิถี (Pongpaew. et al., 1994 : 587) การตอบสนองต่อตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตลดลง ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง พบว่าผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะ และเป็นลมบ่อยๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 29) การไหลเวียนโลหิตช้าลงทำให้หัวใจได้รับออกซิเจน (oxygen) น้อยลง ร่วมกับประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ จากการศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถีพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเพศชาย (Pongpaew, et al., 1994 : 587) หลอดเลือดค้ำโป่งพองมากขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง และมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำมากขึ้น นอกจากนี้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งระบบทำงานลดลงทำให้เกิดการติดข้อได้ง่าย

1.5 ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เส้นใยอีลาสตินลดลงการเคลื่อนไหวกระดูกซี่โครงลดลงทำให้การยืดขยายของปอดลดลง ความจุของปอดลดลง นอกจากนี้ถุงลมมีจำนวนลดลงและมีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมลดลง ทำให้เนื้อเยื่อใช้ออกซิเจนได้น้อยลง สำหรับทางเดินหายใจการทำงานของขนกวัด (cilia) ตลอดทางเดินหายใจลดลง ประสิทธิภาพการไหลของทั้งนี้เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอกทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดข้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย นอกจากนี้การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงลดลง เป็นเหตุให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้ง่ายขึ้น โรคทางเดินหายใจที่พบได้แก่ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัด ปอดบวม

วัณโรค และมะเร็งในปอด (Wold, 1993 : 48 – 50) จากการศึกษาพบว่า ในผู้สูงอายุเขตเมือง อากาศที่พบบ่อยได้แก่ อากาศโอเรียริง และอากาศหอบหืด (อารมณ, 2532 : 42 ; Pongpaew. et al., 1994 : 587)

1.6 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง แดงง่าย และมีสึกล้ำขึ้น จากการดูดซึ่มสารที่มีสีไปสะสมมากขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลงทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุง่ายขึ้น ส่วนใหญ่ต้องใส่ฟันปลอมทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก การศึกษาในผู้สูงอายุของไทยพบว่า ร้อยละ 48.1 เคี้ยวอาหารได้ไม่ดีนัก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 30) ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ทำให้อาจขาดสารอาหารบางอย่างได้ ต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่มีพังผืดและไขมันสะสมมากขึ้น การผลิตเอนไซม์ (enzyme) และน้ำลายลดลงทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลลดลง ปากและลิ้นแห้ง การติดเชื้ในปากมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไปจึงเกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น

กระเพาะอาหารเคลื่อนไหวลดลงอาหารอยู่ในกระเพาะนานขึ้น จึงเกิดความรู้สึกหิวน้อยลง การผลิตน้ำย่อยกรดเกลือ (hydrochloric acid) และเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลงทำให้การดูดซึ่มแร่ธาตุแคลเซียม ธาตุเหล็กและ วิตามินบี 12 ลดลงเป็นผลให้เกิดโรคกระดูกผุ และโลหิตจางได้ง่าย การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง หลอดเลือดบางแห่งโป่งพองทำให้เกิดโอกาสการตกเลือดในทางเดินอาหารได้ง่าย เยื่อบุทางเดินอาหารบางลงและเสื่อมหน้าที่ ทำให้การดูดซึ่มสารอาหารต่างๆในลำไส้เล็กไม่ดีเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก กล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักหย่อนตัว ทำให้ผู้สูงอายุกลั้นอุจจาระไม่ได้ และถ่ายอุจจาระกระปริบกระปรอย

ขนาดของตับลดลงจากเดิม การไหลเวียนเลือดที่ตับลดลง ปริมาณกลัยโคเจน (glycogen) ที่สะสมที่ตับลดลงประสิทธิภาพการทำลายพิษต่างๆของตับลดลง การผลิตเอนไซม์ที่ตับลดลงปริมาณน้ำดีรวมลดลง ระดับคอเลสเตอรอล (cholesterol) ในน้ำดีและความหนืดของน้ำดีเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ ขนาดของตับอ่อนลดลงแต่มีไขมันมาสะสมมากขึ้น การผลิตเอนไซม์อะมัยเลส (amylase ) ลดลงแต่ยังมีปริมาณเพียงพอสำหรับย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต (carbohydrate) ระดับทริปซิน (trypsin) ลดลง แต่ระดับไลเปส (lipase) และคาร์บอนเนต (carbonate) ยังคงที่ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้เกิดผลในกระเพาะอาหารลดลงในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ก็พบได้เนื่องจากสาเหตุอื่นประกอบกันเช่น การเจ็บป่วยทางกายอื่นๆของผู้สูงอายุ ความเครียด การใช้ยาซึ่งพบว่าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Wold, 1993 : 66)

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไตลดลงการไหลเวียนเลือดในไตอัตราการกรองและการดูดซึ่มกลับของสารต่างๆลดลง ความสามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลงเป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่



ได้ ขนาดของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ตัวรับการกระตุ้นต่อการยืดขยาย (stretch receptor) ในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะบ่อยเมื่อมีปัสสาวะเต็มเท่านั้น แต่โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยเนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงจึงทำให้มีปัสสาวะเหลือค้างอยู่มากภายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง ในผู้ชายต่อมลูกหมากโตขึ้นทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะหยาบเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลงเยื่อบุภายในมดลูกบางลงมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้นแต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนได้ดี ปากมดลูกหยาบและขนาดเล็กลงไม่มีเมือกหล่อลื่นช่องคลอดแคบและสั้นลง เยื่อบุช่องคลอดบางลงทำให้ผลิตสารหล่อลื่นได้น้อยลง รอยย่นและความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลงเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศ ภายในช่องคลอดมีสภาพเป็นด่างมากขึ้นทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมและมีผลต่อการทำงานของส่วนต่างๆของร่างกาย ต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลงทำให้เมื่ออาหารน้ำหนักลด อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าร่วงและอวัยวะสืบพันธุ์เสื่อมเล็กลง ต่อมไทรอยด์ (thyroid) มีขนาดเล็กลงทำให้การผลิตฮอร์โมนลดลงมาก พฤติกรรมต่างๆไปในผู้สูงอายุจึงเชื่องช้า ตับอ่อนทำหน้าที่ลดลงจึงหลั่งอินซูลิน (insulin) น้อยลงและอาจเป็นเบาหวานได้โดยอัตราการป่วยจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Wold, 1993 : 91) และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุในเขตเมือง (อารมณ, 2532 : 42) ต่อมเพศในเพศหญิง รังไข่หยุดทำงาน ทำให้ไม่มีประจำเดือน ในรายที่ผ่านการคลอดบุตรหลายๆครั้งอาจมีมดลูกย่อย อวัยวะเพศและลักษณะทางเพศเสื่อมไป ในเพศชายการผลิตฮอร์โมนแอนโดรเจน (androgen) ลดลง ต่อมลูกหมากโตขึ้นเนื่องจากมีเนื้อเยื่อพังผืดเพิ่มขึ้น ส่วนเซลล์เยื่อบุหยาบอัณฑะหยาบแต่ยังคงสร้างเชื้ออสุจิได้เป็นปกติ อวัยวะเพศและลักษณะทางเพศเสื่อมเช่นกัน

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย (physical functioning) เนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของทุกระบบดังกล่าว ผลรวมของความเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแสดงให้เห็นได้ ดังนี้

2.1 กิจกรรมทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงในเกือบทุกระบบ โดยเฉพาะระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่งผลให้ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันด้วยตนเองลดลง ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงานบ้าน การจับจ่ายสินค้า และการคมนาคม (Whittle & Goldberg, 1996 : 220) กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีปัญหามากกว่ากิจกรรมประจำวันอื่นๆ ได้แก่ การนั่งยองๆ การยกของหนัก 10 กิโลกรัม การเดินระยะทาง 1 กิโลเมตร การเดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 28) ในด้านความต้องการความช่วยเหลือในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในด้านการมีผู้ช่วยเหลือที่บ้าน การจ่ายตลาด และการเดินทาง ประมาณ ร้อยละ 20 - 24 (Krach, et al., 1996 : 456 )

สำหรับการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.9 เดินภายในบ้านได้ดีโดยไม่ต้องมีคนช่วย ร้อยละ 4.8 ไปไหนไม่ได้เลย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 30 ) ส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 90 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เช่น การเดินภายในบ้าน การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เพียงร้อยละ 2.5 ที่เดินไม่ได้ (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 28) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการกินอาหารด้วยตนเอง เพียงร้อยละ 3 (ศิริวรรณ, 2538 อ้างตาม ชื่น, 2540 : 94)

2.2 การเคลื่อนที่ หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วยตนเองจากที่หนึ่งไปยังที่หนึ่งโดยไม่ต้องมีอุปกรณ์หรือบุคคลช่วย (Burk & Walsh, 1992 : 257) ในวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการสูญเสียของเนื้อกระดูก การลดลงของความแข็งแรงและระยะเวลาการตอบสนองของกล้ามเนื้อตลอดจนความเร็วในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีความกลัวการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการเคลื่อนที่ ทำให้ผู้สูงอายุมักต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่กว่าวัยอื่น ความสามารถในการวิ่งถูกจำกัดอย่างมากหรือไม่สามารถทำได้ ส่วนการเดินอาจทำได้บ้างหรือมีความยากลำบากมากขึ้น (Burk & Walsh, 1992 : 257 - 259) โดยเฉพาะการเดินทาง (Krach. et al., 1996 : 456 ) และการเดินทางโดยลำพัง (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 28) จากการศึกษาผู้สูงอายุของไทยในด้านการเดินทางนอกบ้านพบว่า ร้อยละ 86.8 สามารถเดินทางไปนอกบ้านได้เอง ร้อยละ 8.4 ต้องมีคนช่วยพาไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 30 )

2.3 ความปวด อาการปวดเป็นปัญหาสืบเนื่องจากการเสื่อมทางร่างกายและการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การศึกษาในเขตเมืองพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการปวดศีรษะมากที่สุด คือร้อยละ 29.32 รองลงมาเป็นอาการปวดตามข้อ ปวดหลัง (อารมณี, 2532 : 42 ; Pongpaew. et al., 1994 : 587) โดยเฉพาะอาการปวดในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดข้อ พบได้บ่อยเป็น 5 อันดับแรก ในเขตเทศบาลโดยเฉพาะเพศหญิง พบบ่อยมากกว่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 29) นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการปวดท้องเช่นกัน (อารมณี, 2532 : 42 ; Pongpaew. et al., 1994 : 587)

2.4 กำลังหรือความอ่อนล้า จากความเสื่อมของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อตลอดจนระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้กำลังได้มากเช่นวัยอื่น และเกิดการอ่อนล้าได้ง่าย นอกจากนี้อาการอ่อนล้าหรือเพลียสามารถแสดงออกได้แม้ในขณะที่มีร่างกายสมบูรณ์ซึ่งอาจเป็นผลจากปัญหาทางจิตใจของผู้สูงอายุ (อัมพร, 2538 : 169) การเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาของการต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ (Stewart & Ware, 1992 : 146)

2.5 การนอนหลับ แบบแผนการนอนของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง เมื่ออายุมากขึ้น เวลานอนน้อยลง เหลือเพียง 5 - 7 ชั่วโมง (Eliopoulos, 1993 : 101) โดยเฉพาะสำหรับผู้อายุ 70 ปี ประมาณ 6 ชั่วโมง (Wold, 1993 : 244 ) เวลาคืนมากขึ้น จำนวนครั้งของการตื่นนอน

บ่อยมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการนอนมากขึ้นจึงจะหลับ อาจถึง 30 นาที ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (เกษม และกุลยา, 2528 : 43) นอกจากนี้ยังตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (บรรล, 2541 : 46) ส่งผลให้เกิดอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน ทำให้ต้องงีบหลับบ่อยๆ (Wold, 1993 : 246) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเทศบาลนครหาดใหญ่ (วันดี, 2538 : บทคัดย่อ) ปัญหาการนอนไม่หลับจึงพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Walsh, 1993 : 339) สำหรับการศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมืองในกรุงเทพมหานครพบว่า มีอาการนอนไม่หลับถึงร้อยละ 25.07 (อารมณ, 2532 : 42 ; Pongpaew. et al., 1994 : 587) ปัญหาการนอนไม่หลับดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุอาจมีการใช้ยานอนหลับได้ แตกต่างจากการศึกษาในกิ่งอำเภอหนองม่อม จังหวัดสงขลาที่พบว่าผู้สูงอายุมีแบบแผนการนอนหลับที่เหมาะสม โดยมีการนอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืนวันละ 8 - 9 ชม. (วรรณิ, 2533 : ข)

2.6 อาการทางกาย หรือ อาการทางกายที่สัมพันธ์กับจิต ปัญหาสุขภาพจิตที่อาจพบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พบว่ามีอาการทางกายร่วมด้วยพบว่า ประมาณร้อยละ 65 ของผู้ป่วยทางจิตจะมีอาการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย (จรรยา และคณะ, 2540 : 50) อาการที่พบในกลุ่มผู้ที่มีอาการซึมเศร้าที่ไปพบแพทย์ ได้แก่ เหนื่อย เหนื่อย ใจสั้น เบื่ออาหาร ท้องผูก หรือหายใจไม่เต็มอิม (Goldberg, 1987 อ้างตาม อัมพร, 2538 : 169)

3. ความสามารถในการทำหน้าที่ทางจิต (mental functioning) เป็นผลสืบเนื่องโดยรวมจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ โดยทั่วไปจิตใจของผู้สูงอายุมีการพัฒนาในทางดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว มีความสุขุมเยือกเย็นขึ้นแต่การแสดงออกจะขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ของบุคคลนั้น (วิภาวี, 2532 : 14) โดยทั่วไปแล้ววัยสูงอายุเป็นช่วงวัยแห่งการสูญเสียหลายประการ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ตลอดจนการไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในด้านการทำหน้าที่ทางจิตของผู้สูงอายุได้ ดังนี้

3.1 การเรียนรู้และความจำ (learning and cognitive functioning) การเรียนรู้ของบุคคลเริ่มพร่องเมื่ออายุ 40 - 50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปี จะเริ่มเรียนรู้การทำงานได้ยากขึ้นแต่อย่างไรก็ตามการเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้แม้วัยสูงอายุ เพราะผู้สูงอายุเข้าใจได้ดีว่าจะเรียนรู้ได้อย่างไรดี โดยการให้เวลาสำหรับการนำเสนอปัญหา และลดความคาดหวังต่อการตอบสนองอย่างรวดเร็ว สำหรับสิ่งใหม่ๆ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเองมาก ทำให้การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นไปได้ยากขึ้น แต่การให้ในสิ่งที่ผู้สูงอายุสนใจจะช่วยปรับปรุงการเรียนรู้ให้ดีขึ้นได้ สำหรับความจำผู้สูงอายุมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้นและการเก็บข้อมูลไว้ในความจำระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุมักจะถามคำถามซ้ำๆ เกิดลักษณะการพูดปนไม่สิ้นสุด การจัดให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้มีช่วงเวลาในการทำความเข้าใจข้อมูลเพียงพอและเกิดการจำได้ง่ายขึ้น (จรัสวรรณ และพัชร, 2533 : 86 - 87) นอก

จากนี้พบว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้มีอายุเกิน 90 ปี จะมีรอยโรคในสมองและการทำงานจำกัดของสมอง (เกษม และกุลยา, 2528 : 35) ทำให้ผู้สูงอายุหลงลืม ความจำเลอะเลือนและสับสนง่าย

**3.2 ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (creative thinking)** โดยปกติอายุไม่เป็นขีดจำกัดในเรื่องความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถใช้ประสบการณ์ในอดีตช่วยแก้ไขปรับปรุงและค้นหาทางใหม่ทำให้สถานการณ์นั้นดำเนินต่อไปและสร้างสรรค์ขึ้นใหม่ตามความคิดเห็นของตน ซึ่งมักตรงกับสภาพความต้องการที่คนส่วนใหญ่ต้องการ ผู้สูงอายุมักมีความมั่นคงทางความคิดสูงจนอาจดูเหมือนคือร้อนและระมัดระวังรอบคอบในการตัดสินใจ ไม่ตัดสินใจรวดเร็ว ซึ่งอาจเนื่องจากเป็นเพราะต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือเพราะกลัวความล้มเหลวที่เคยได้เรียนรู้จากในอดีต แต่หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ผู้สูงอายุก็จะเลือกเอาสิ่งที่มีความเสี่ยงเช่นเดียวกับผู้อ่อนวัยกว่า (จรัสวรรณ และพัชรี, 2533 : 89)

**3.3 สติปัญญา (intelligence)** องค์ประกอบของสติปัญญามี 2 ส่วน กล่าวคือ ส่วนที่เป็นของเหลว ซึ่งเป็นความสามารถในการทำงานหรือตัดสินใจตามสภาพแวดล้อม และส่วนที่เป็นของแข็งซึ่งหมายถึงการคิดตัดสินใจด้วยความรู้ประสบการณ์ที่สะสมมาตลอดจนชีวิต การมีอายุมากขึ้นจึงเป็นเพิ่มทักษะทางสติปัญญาในส่วนที่เป็นของแข็งเพิ่มมากขึ้น (Wold, 1993 : 252) ดังนั้นในผู้สูงอายุที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี อาจมีการเปลี่ยนแปลงสติปัญญาเสื่อมถอยลงเพียงเล็กน้อย (จรัสวรรณ และพัชรี, 2533 : 88 - 89)

**3.4 บุคลิกภาพ (personality)** บุคลิกภาพของบุคคลมีพื้นฐานมาตั้งแต่วัยเริ่มต้นของชีวิต หากพัฒนาการขึ้นตอนใดล้มเหลวก็ส่งผลให้พัฒนาการนั้นต่อไปไม่ได้ สำหรับผู้สูงอายุลักษณะและรูปแบบที่เป็นมาแต่เดิมยังคงไว้ได้ แต่ลักษณะเด่นจะแสดงออกมากขึ้น บุคลิกภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากการเสื่อมของสมอง แต่มีจากความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยในสังคมมากขึ้นทุกที โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ดีในช่วงอายุน้อย และจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเหตุการณ์แวดล้อมและภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญ รูปแบบบุคลิกภาพที่แสดงในวัยสูงอายุมีหลายรูปแบบ (จินตนา, 2535 : 40) ได้แก่

**3.4.1 บุคลิกภาพแบบประสมประสาน** เป็นลักษณะบุคคลที่รักษาความเป็นตัวของตัวเองได้เสมอ ปรับตัวได้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม พอใจในชีวิตที่ผ่านมาและสิ่งที่มีอยู่ยอมรับในความสูงอายุ และความตาย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางคนมีกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน บางคนเลือกกิจกรรมเฉพาะที่ตนสนใจ บางคนมีกิจกรรมน้อย ชอบอยู่อย่างสงบ รู้สึกสุขสงบทางใจ ทำให้ผู้สูงอายุแสดงออกทางอารมณ์ในด้านความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งต่างๆ ได้ (positive affect)

**3.4.2 บุคลิกภาพแบบต่อต้าน** เป็นลักษณะของผู้สูงอายุที่พยายามต่อสู้กับความเสื่อมของตน มีทัศนคติต่อความชราในทางลบ บางคนพยายามรักษาบุคลิกภาพในวัยกลางคนไว้ทุกประการ บางคนหาทางป้องกันโดยการกำหนดบทบาทตนเองไว้ให้น้อยที่สุด

3.4.3 บุคลิกภาพเฉยชาและพึ่งพาผู้อื่น เป็นการตอบสนองความต้องการของตนเองเพราะรู้สึกว่าจะไม่สามารถช่วยตนเองได้ บางคนไม่สนใจสิ่งแวดล้อมมีความพอใจระดับปานกลางหรือต่ำ และแสดงพฤติกรรมแบบเฉยชาอาจทำให้แสดงออกทางอารมณ์แบบพึ่งพาได้ (feeling of belonging)

3.4.4 บุคลิกภาพแบบขาดการประสมประสาน มีลักษณะความเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ ขาดการควบคุมอารมณ์ มีความบกพร่องทางจิตใจอย่างเห็นได้ชัดยังคงอยู่ในชุมชนได้แต่มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ

การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพเป็นแบบใดในผู้สูงอายุ จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงในแกนกลางของรูปแบบบุคลิกภาพ นั่นคือ อັคมโนท์ส (Hurlock, 1880 อ้างตาม จรัสวรรณ และพัชรี, 2533 : 84) กลุ่มที่รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าจะเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ ตรงกันข้ามหากรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้ชีวิตยืนยาวต่อไปก็จะเกิดความท้อแท้สิ้นหวังคับข้องใจ รู้สึกตนไร้ค่า และความสามารถในการเผชิญต่อความสูงอายุน้อยลง การต้องเผชิญกับการสูญเสียต่างๆที่กล่าวแล้วทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเศร้า เจ็บเหงาได้ง่าย นอกจากนี้การที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุกสังคมในปัจจุบัน ทำให้ความรู้สึกว่าเป็นชนกลุ่มน้อยในสังคมแต่ตกเป็นเบี้ยล่างของผู้อ่อนวัยกว่ามีเพิ่มขึ้น ทำให้ส่งเสริมการแยกตัวต่อต้านและรู้สึกไม่เป็นที่ต้องการและเกิดบุคลิกภาพแบบสมาชิกกลุ่มน้อย เช่น อ่อนไหวง่าย ใจน้อย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ไม่แน่นอน ซ้ำพูด ซ้ำบ่น โกรธง่าย มีพฤติกรรมถอยกลับ คิดถึงแต่ตนเอง วิตกกังวล ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากจนเกินเหตุ และมีการต่อสู้ป้องกันตนเอง (Hurlock, 1980 อ้างตาม จรัสวรรณ และพัชรี, 2533 : 85)

3.5 ความทุกข์ใจ (psychological distress) การเปลี่ยนแปลงต่างๆทางจิตดังกล่าว ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุหมดหวังและท้อแท้ในชีวิต โดยเฉพาะในคนที่รับสภาพการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ก่อให้เกิดความเครียดความคับข้องใจ ประกอบกับสังคมนอกรับรองของผู้สูงอายุบางรายไม่เกื้อหนุนด้านกำลังใจยอมเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ลักษณะทางจิตใจของผู้สูงอายุที่สำคัญ (จินตนา, 2529 : บทนำ) ได้แก่ การปรับตัวต่อการสูญเสีย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความกลัวตาย ตลอดจนความเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทางใจเกิดขึ้นและอาจกลายเป็นโรคจิตได้

3.6 ความซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (อัมพร และคณะ, 2536 : 503 ; Eliopoulos, 1993 : 308 ; Mui, 1996 : 633 ) อาการดังกล่าว ได้แก่ อารมณ์เศร้า หงุดหงิด หงุดหงิดรุนแรง เฉยเมย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนหลับยาก ตื่นเร็วกว่าปกติ หรือหลับๆตื่นๆ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คิดช้า ตัดสินใจไม่ได้ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ถูกทะเลาะ และมักเป็นภาวะที่มีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย ร้อยละ 65 (จรรยาและสุลี, 2540 : 50 ; Eliopoulos, 1993 : 308) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี พบว่า มี

ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11 (Krach. et al., 1996 : 456) สำหรับการศึกษาในชุมชนเขตเมืองในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 59.9 มีระดับความซึมเศร้าปานกลาง (จรรยา และคณะ, 2540 : 49) เมื่อเปรียบเทียบกับเขตชนบท พบว่า ในเขตเมืองผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าน้อยกว่าเขตชนบท (อัมพร และคณะ, 2536 : 506)

**3.7 ความวิตกกังวล (anxiety)** การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจมีข้อจำกัดมากขึ้นในวัยสูงอายุ และมีปัญหาหลายประการที่เกิดขึ้นมักก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ ถึงแม้ว่าปัญหาความวิตกกังวลจะไม่ใช่ปัญหาหลักที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่แสดงออกให้เห็นได้โดยมีการเจ็บป่วยทางกาย นอนไม่หลับ อ่อนล้า กระสับกระส่าย สับสน ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Eliopoulos, 1993 : 310) ในการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการขาดการดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 15 (ศิริวรรณ, 2538 อ้างตาม ชื่น, 2540 : 94) ในเขตชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานครพบว่ามีระดับความวิตกกังวล ถึงร้อยละ 45.46 ในปัญหาความไม่สบายใจที่พบในผู้สูงอายุทั้งหมด (อารมณี, 2532 : 42)

**3.8 ความเหงา ความว้าเหว่ (lonliness)** จากการศึกษาถึงสาเหตุที่การทำงานบุคคลใกล้ชิด การเสื่อมทางร่างกายทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว ลดกิจกรรมของตนเองลง ความว้าเหว่เป็นปัญหาทางจิตสังคมที่รุนแรงในผู้สูงอายุ จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มีปัญหาเกี่ยวกับความว้าเหว่ (Ryan & Patterson, 1987 อ้างตาม สุพรรณิ และนาฎยา, 2540 : 111) และจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหงาร้อยละ 57.7 ในเขตชนบทมีความเหงามากกว่า และเพศหญิงรู้สึกเหงามากกว่าชาย (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 29) ในเขตภาคเหนือตอนบนพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว้าเหว่ในระดับน้อย ร้อยละ 64.25 และปานกลาง ร้อยละ 34.75 และไม่มีความแตกต่างกันของเขตเมืองและชนบท (สุพรรณิ และนาฎยา, 2540 : 109 - 113) ในขอนแก่นพบว่า ผู้สูงอายุมีความเหงา ว้าเหว่ ถึงร้อยละ 50 (ศรีน้อย, 2535 : 25 - 26) สำหรับในเขตชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความว้าเหว่เพียงร้อยละ 15.7 ของความไม่สบายใจในผู้สูงอายุที่พบ (อารมณี, 2532 : 42) และมีความรู้สึกเหงาที่ไม่มีเพื่อนรุ่นเดียวกัน ร้อยละ 29.41 (รุ่งโรจน์, ชาญชัย และเฉลิมพล, 2540 : 40)

**3.9 ความทุกข์ใจจากการเจ็บป่วย (health distress)** จากภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงทำให้ผู้สูงอายุอาจกังวลต่อสุขภาพของตน และเกิดความผิดปกติทางอารมณ์จากความทุกข์ดังกล่าวได้เช่นกัน

**4. การทำหน้าที่และบทบาททางสังคม (social and role functioning)** วัยสูงอายุเป็นวัยที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างมาก เป็นช่วงเวลาที่เริ่มออกห่างจากสังคมภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง โดยสังคมผู้สูงอายุจะลดลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนสนิท และวัดเท่านั้น (Hogstel, 1981 อ้างตาม เกษม และกุลยา, 2528 : 97) ส่งผลให้การทำหน้าที่และบทบาททางสังคมผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ดังนี้

4.1 สถานภาพและบทบาทในครอบครัว (family status and role) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัว ซึ่งแต่เดิมสังคมไทยเป็นสังคมขยาย มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในครอบครัว เปลี่ยนเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นจากการแยกครอบครัว หรือการอพยพเข้าเมือง (จรัสวรรณ และพัชรี, 2533 : 98 - 100) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการคือ การปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเมืองซึ่งมักมีอาชีพที่มีกำหนดเวลาการทำงานอย่างชัดเจน ต่างจากในชนบทที่ผู้สูงอายุยังต้องประกอบอาชีพอยู่ การปลดเกษียณทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียรายได้ในขณะที่ผู้สูงอายุยังคงต้องการรายได้ประมาณร้อยละ 65 - 80 ของรายได้ก่อนปลดเกษียณจึงจะพอกับการยังชีพ (Garette, 1983 อ้างตาม จรัสวรรณ และพัชรี, 2533 : 93) ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามใช้จ่ายอย่างประหยัดที่สุด ลดการสมาคมลงและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับรายได้ที่มีอยู่ ถึงแม้ว่ารัฐจะมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่บ้างแล้วแต่นับว่ายังไม่พอเพียงกับความต้องการ ผู้สูงอายุจึงต้องช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่ดี กว่าครึ่งหนึ่งยังต้องการทำงานอยู่ ทั้งที่ร่างกายไม่สามารถทำงานต่อไปได้หรือทำงานได้อีกไม่เกิน 5 ปี สำหรับการพึ่งพาบุตรหลานในเขตเมืองมีการพึ่งพาสูงกว่าเขตชนบทเล็กน้อย (เนภาพร, มาลินี และจันทร์เพ็ญ, 2532 : 4 - 7) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรในประเทศไทย ปี พ.ศ.2538 พบว่า ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 42 เท่านั้นที่ยังทำงานอยู่ โดยในเขตชนบทมีอัตราการทำงานสูงกว่า แหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุดคือจากการทำงานของตนเองและได้จากบุตร ภาคใต้มีรายได้จากการทำงานของตนเองสูงที่สุดในทั่วประเทศร้อยละ 62.8 ไม่มีภาระหนี้สิน (จันทร์เพ็ญ, 2538 : 21) ใกล้เคียงกับการศึกษาในภาคเหนือตอนบนที่พบว่าผู้สูงอายุยังทำงานด้วยตนเองอยู่ร้อยละ 30.25 และมีแหล่งรายได้จากบุตรหลาน ร้อยละ 56.25 (สุพรรณิ และนาฎยา, 2540 : 113) อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการกินอยู่ประจำวันถึงร้อยละ 40 และค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยร้อยละ 20 ตามลำดับ (ศิริวรรณ, 2538 อ้างตาม ชื่น, 2540 : 94) มีประมาณร้อยละ 9 ที่มีความเดือดร้อนด้านการเงิน (อารมณ และคณะ, 2532 : 40) สำหรับสถานภาพการเป็นเจ้าของบ้านพบว่า เป็นเจ้าของบ้านถึงร้อยละ 75.4 (จันทร์เพ็ญ, 2538 : 21) เช่นเดียวกับการศึกษาของ SCAPT ที่พบว่าผู้สูงอายุของไทยหรือคู่สมรสเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่อาศัยถึงร้อยละ 80 มีเพียง 1 ใน 5 ที่เป็นผู้หารายได้โดยผู้สูงอายุชายเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงสัดส่วนสูงกว่าหญิง ผู้ที่สมรสมีสัดส่วนการเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงสูงกว่าและประมาณครึ่งหนึ่งมีส่วนช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในบ้าน (มาลินี และศิริวรรณ, 2537 : 47 - 49)

นอกจากนี้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสิ่งที่มีผลกระทบไม่ได้คือ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรสจากการเสียชีวิตของสามีหรือภรรยา ทำให้ขาดเพื่อนคู่คิดในวัยเดียวกันในครอบครัว การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวมีถึงร้อยละ 4 และเพศหญิงมีอัตราส่วนมากกว่าเพศชาย (เนภาพร, มาลินี และจันทร์เพ็ญ, 2532 : 5) และจากการศึกษาผู้สูงอายุของไทยพบว่าส่วน

ใหญ่ร้อยละ 64.3 มีสถานภาพสมรสโดยมีคู่สมรสอยู่ด้วยร้อยละ 61.9 ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่ร้อยละ 33.4 ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนการเป็นหม้าย หย่า แยกสูงกว่านอกเขตเทศบาล ผู้สูงอายุภาคใต้เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่น้อยที่สุด และมีสถานภาพสมรสสูงที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 : 28)

ด้านการตัดสินใจเรื่องสำคัญในครอบครัว ผู้สูงอายุชายเป็นผู้ตัดสินใจมากกว่าหญิง และผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนการตัดสินใจเรื่องสำคัญสูงกว่าเขตเมืองเล็กน้อย ในด้านการให้คำปรึกษาพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องในบ้านนั้นค่อนข้างสูง ดัชนีเหล่านี้สะท้อนในทางอ้อมให้เห็นถึงสถานภาพผู้สูงอายุที่ยังคงเหนือกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว แต่เมื่อมองในภาพรวมแล้วสถานภาพดังกล่าวลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น เนื่องจากต้องลดบทบาททางเศรษฐกิจลงจึงเท่ากับลดอำนาจไปด้วย (มาลินี และศิริวรรณ, 2537 : 47 - 49)

สำหรับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำภายในครัวเรือนนั้นพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราส่วนการเป็นผู้ทำกิจกรรมในครัวเรือนเป็นส่วนใหญ่ โดยสมาชิกอื่นในครัวเรือนก็ได้รับประโยชน์จากกิจกรรมดังกล่าว เช่น การทำสวน ใช้อาหาร ใช้อ่างล้างมือในบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ไปจนถึงการช่วยเหลือเด็ก (อารมณี และคณะ, 2532 : 40 ; มาลินี และศิริวรรณ, 2537 : 51)

ในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาการตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวส่วนน้อยที่เข้ากับคนในบ้านไม่ได้หรือทะเลาะกับคนในบ้าน (ศิริวรรณ, 2538 อ้างตาม ชื่น, 2540 : 94) การอยู่อาศัยกับลูกหลานในครอบครัว ลูกหลานยังทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้ตามอัธยาศัย (อารมณี และคณะ, 2532 : 40) สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและลูกหลานในครอบครัวอยู่ในระดับดี (พัชรี, พัทสนนท์ และกันยา, 2539 : 65)

4.2 การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม (social functioning and role) เนื่องจากปัจจุบันสังคมเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรเป็นอุตสาหกรรม มีการใช้แรงงานคนมากขึ้น ทำให้บางครอบครัวต้องย้ายถิ่นที่อยู่โดยทิ้งผู้สูงอายุไว้ หรืออาจปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่เฝ้าบ้านเพียงลำพังมากขึ้น (สุพรรณิ และนาฎยา, 2540 : 111) ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตัวเองมากขึ้นขาดการเอาใจใส่จากครอบครัว นอกจากนี้ลักษณะสังคมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมใหม่ (ประเวศ, 2538 : 7 - 12) กล่าวคือ มีการเชื่อมโยงกันทั่วโลก การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดอย่างรวดเร็ว สังคมใหญ่มีความหลากหลายและแตกสลาย ความยากในการบริหารจัดการสังคมสมัยใหม่ ลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ การออกจากงาน เป็นการละทิ้งบทบาทเดิมของตนและต้องยอมรับบทบาทของสังคมคนสูงอายุ การละทิ้งบทบาทในการทำงานทำให้ความสำคัญของผู้สูงอายุสิ้นสุดลง ทั้งที่ยังคิดว่าสามารถทำงานได้ ผู้ที่เคยให้ความเคารพกลับไม่เป็นที่รู้จักและไม่มีภาระ



รับผิดชอบเช่นเดิม ทำให้มีเวลาว่างมากสูญเสียความคุ้นเคยในชีวิตประจำวันไป จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นแบบปฐมนิคม แต่ยังคงมีการพบปะกับบุคคลบ้านใกล้เคียงกันอย่างสม่ำเสมอ (จรรยา และคณะ, 2540 : 54) ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรอคอย การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและกับผู้อ่อนวัยกว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (พัชรวิ, พัสมนธ์ และกันยา, 2539 : 65) สำหรับในด้านการเคารพนับถือผู้สูงอายุ ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงค่านิยม การมองความสำคัญผู้สูงอายุในฐานะปฐมนิคมบุคคลลดลง การเรียนรู้ต่างๆเกิดจากการศึกษาในสถานศึกษา การถ่ายทอดความรู้จากผู้สูงอายุจึงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับความเคารพนับถือจากคนหนุ่มสาวลดลง (พัชรวิ, พัสมนธ์ และกันยา, 2539 : 66) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะทางสังคมต่ำ (สุรีย์, และคณะ, 2538 : 6)

สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมนั้น ตามทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน พบว่า ผู้สูงอายุจะพยายามดำเนินชีวิตเหมือนกับวัยกลางคนให้นานที่สุด การเข้าร่วมกิจกรรมใดๆนั้นขึ้นกับการมีเวลาว่างและความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมเพียงใด (มาลินี และศิริวรรณ, 2537 : 51) ผู้สูงอายุในสังคมไทยยังได้รับการยอมรับนับถือในวัยวุฒิและประสบการณ์ในการทำกิจกรรมต่างๆในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางประเพณี เช่น งานแต่งงาน งานบวช การอบรม ถ่ายทอดประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง หรือแม้แต่เรื่องกิจกรรมของชุมชนผู้สูงอายุจะเข้าไปมีส่วนร่วมอยู่เสมอ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนถึง ร้อยละ 70 และพบว่าในเขตชนบทมีสัดส่วนสูงกว่าในชุมชนเมือง (มาลินี และศิริวรรณ, 2537 : 55) ในด้านการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆพบว่า ร้อยละ 7 และ 5 เป็นสมาชิกกลุ่มศาสนา กลุ่มอาชีพตามลำดับ ร้อยละ 35 เป็นสมาชิกกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มตระกูลต่างๆ เป็นต้น การยินดีเป็นสมาชิกกลุ่มดังกล่าวจะลดลงตามอายุ ในเขตเมืองมีสัดส่วนการยินดีเป็นสมาชิกกลุ่มสูงกว่า (มาลินี และศิริวรรณ, 2537 : 61 - 63) ในด้านกิจกรรมทางศาสนาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปวัด สุเหร่า หรือ โบสถ์ ถึงร้อยละ 85 (ศิริวรรณ, 2538 : 19) อย่างไรก็ตามจากความเจริญของสังคมในด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ในขณะที่ความสนใจของผู้สูงอายุยังยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม จึงอาจแสดงออกในลักษณะที่อยู่กับสิ่งเก่าๆ ยึดมั่นในขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม และมีการต่อต้านทุกรูปแบบในการเปลี่ยนแปลงแนวทางชีวิตใหม่ๆ โดยเฉพาะรายการที่มีการโยกย้ายถิ่นฐานไปอยู่ในสังคมใหม่ บุคคลเหล่านี้จะเกิดความคับข้องใจ และเกิดความว้าเหวได้ (สุพรรณิ, 2534 : 16 - 17)

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ (health perceptions and satisfaction) เป็นความเชื่อและการประเมินด้วยตนเองเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของบุคคล (Stewart & Ware, 1993 : 19) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (Wold, 1993 : 135) ซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายประการกล่าวคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ

เชื้อชาติ วัฒนธรรม สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ ตลอดจนประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เป็นต้น การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่สร้างมาตั้งแต่วัยเด็ก สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุการรับรู้ดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางสุขภาพดีถึงดีที่สุดในชีวิต โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ และเริ่มลดลงเมื่ออายุเข้าสู่วัย 82 ปีขึ้นไป (Matteson & McConnell, 1988 : 12) ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนทั้งในด้านดีและไม่ดี (วรรณ, 2533 : ข) ดังนั้นการทราบถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถทราบถึง การเป็นโรค การทำหน้าที่ของร่างกาย อาการป่วย ซึ่งจะผสมผสานเป็นความรู้สึกรู้สึกต่อสุขภาพตนเอง และจะทำให้สามารถทราบถึงความผาสุกของบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เชื่อว่าการสูงอายุและการเสื่อมลงของร่างกายเป็น "ภาวะปกติ" และยอมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ ผู้สูงอายุบางรายรับรู้ภาวะสุขภาพและพึงพอใจในสุขภาพตนเองแม้ว่าอยู่ในขณะเจ็บป่วย ในขณะที่บางรายอาจรู้สึกป่วยในขณะที่ไม่มีโรคใดๆเลยก็ตาม การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่น่าทราบถึง ความรู้สึกที่แท้จริงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเอง แนวโน้มของการทุกข์ใจจากภาวะสุขภาพ ตลอดจนการตัดสินใจในการพบแพทย์ หรือขอคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ (Stewart & Ware, 1993 : 19)

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุดังกล่าวส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายจิตใจ ตลอดจนสังคมมีการเปลี่ยนแปลงต่างจากวัยอื่นๆ หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ย่อมดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น

เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา จากสาเหตุและปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนงานวิจัยสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประการ ตามแนวคิดของดีเวอร์ (Dever cited by Clark, 1996 : 114 – 118) ได้แก่

1. ลักษณะทางชีวภาพ (human biology) เป็นลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1 อายุ อายุที่สูงขึ้นส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง (มยุรา, 2534 : ก) สุขภาพกายของผู้สูงอายุเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น (นภาพร, มาลินี และจันทร์เพ็ญ, 2532 : 6) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง (จรรยา และคณะ, 2540 : 49 ; อัมพร และคณะ, 2536 : 506 ) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้าในเขตชนบทด้วยเช่นกัน (อัมพร และคณะ, 2536 : 506) ในการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบว่ามีความแตกต่างกันกล่าวคือ บางกลุ่มพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (เขมิกา, 2527 อ้างตาม สุรีย์ และคณะ, 2540 : 6) บางกลุ่มพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีสุขภาพจิตดีกว่า (ละออง, 2534 อ้างตาม สุรีย์ และคณะ, 2540 : 6)

ต่างกับการศึกษาของจรรยา และคณะ (2540 : 49) ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง

1.2 เพศ การศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเพศชายมีภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (มยุรา, 2534 : ก) เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต (สุกัญญา, 2537 : ข) และมีความสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองโดยเพศหญิงมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าชาย (อัมพร และคณะ, 2536 : 506) แตกต่างกับการศึกษาของจรรยา และคณะ (2540 : 49) ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

1.3 สถานภาพสมรส พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (สุกัญญา, 2537 : ข) ส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส มีสุขภาพดีกว่าผู้ที่เป็นโสด (สุพรรณิ และนาฎยา, 2540 : 113) และมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว (ศิริวรรณ, 2539 อ้างตาม สุรีย์ และคณะ, 2540 : 6) สถานภาพสมรสยังมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง (อัมพร และคณะ, 2540 : 506) ขัดแย้งกับการศึกษาของจรรยาและคณะ (2540 : 49) ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

2. วิถีชีวิต (life style) นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อปัญหาสุขภาพของบุคคล (Dever cited by Clark, 1996 : 117) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 อาชีพ อาชีพนอกจากจะเป็นการสะท้อนภาวะเศรษฐกิจแล้วยังเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งต้องมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ อาจเกิดความเครียดและการปวดเมื่อยได้ง่าย ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่ถือว่าไม่ต้องประกอบอาชีพแล้วก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังต้องทำงานอยู่เพื่อหารายได้มาเลี้ยงตนเอง (สุพรรณิ และนาฎยา, 2540 : 113) จากการศึกษาพบว่า อาชีพในปัจจุบันของผู้สูงอายุ เป็นตัวร่วมทำนายภาวะสุขภาพและความว่าเหวของผู้สูงอายุ (สุพรรณิ และนาฎยา, 2540 : 110)

2.2 ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยดังกล่าวเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการใช้จ่ายด้านสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินสูงย่อมมีภาวะสุขภาพดีกว่า (มยุรา, 2534 : ก ; สุกัญญา, 2539 : ข) ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่สามารถทำงานได้ในบางรายหรือทำงานก็ตาม หากรายได้ที่มีไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายก็อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (มยุรา, 2534 : ก) โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย จะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้มีรายได้ไม่เพียงพอ (มยุรา, 2534 : ก) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร (ไมตรี, 2536 : ข) และสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองเช่นกัน (จรรยา และคณะ, 2540 : 49)

2.3 พฤติกรรมเสี่ยง การดำเนินชีวิตในแต่ละวันของผู้สูงอายุถึงแม้ว่าจะไม่มีปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานหรือการเดินทาง ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์เช่นวัยอื่น แต่ก็ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงได้หลายประการที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ (อารมณ และคณะ, 2532 : 44) สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงที่พบได้ในวัยสูงอายุจากการศึกษาในกลุ่มประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ได้แก่ การสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 30.7 ยังคงสูบบุหรี่อยู่และยังพบว่าช่วงอายุ 45 - 60 ปีเป็นช่วงที่หยุดสูบบุหรี่เช่นกัน การเคี้ยวหมาก พบได้ร้อยละ 29.2 และพบได้มากในเขตเมือง สำหรับการดื่มสุราพบว่าการดื่มสุรา ร้อยละ 29 แต่กลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนการงดดื่มสุราในปัจจุบันต่ำกว่าผู้มีอายุต่ำกว่า (จันทร์เพ็ญ, 2538 : 26) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองพบว่า ร้อยละ 25.19 มีการสูบบุหรี่ และร้อยละ 13.9 ดื่มสุราเป็นประจำ (อารมณ และคณะ, 2532 : 41) พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้

### 3. สิ่งแวดล้อม (environment) ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ

3.1 สังคมวัฒนธรรม ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้ทั้งทางปกป้อง ส่งเสริมหรือขัดขวางต่อภาวะสุขภาพได้ (พันธุ์ทิพย์, 2540 : 84 - 86) กล่าวคือ ในฐานะที่มีบทบาทปกป้องคุ้มครองภาวะสุขภาพ วัฒนธรรมประเพณีบางอย่างมีผลต่อวิถีชีวิตของสมาชิกในสังคมทั้งในแง่ลดความเสี่ยงหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การไม่ดื่มสุรา การไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงประเพณีต่างๆที่ส่งผลให้สภาพจิตใจในด้านลดความเครียดลงจากภาวะการกดดันจากภายนอก จากการศึกษาพบว่า ชาวญี่ปุ่นซึ่งย้ายถิ่นอยู่ต่างแดนและยังคงรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีและใช้ชีวิตตามวัฒนธรรมเดิม มีอัตราการเกิดโรคหัวใจโคโลนารี ต่ำกว่ากลุ่มที่เปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตไปตามวัฒนธรรมของถิ่นใหม่ (Syme & Bergman, 1975 อ้างตาม พันธุ์ทิพย์, 2540 : 85)

3.2 การศึกษา เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ด้านสุขภาพอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลตามมา ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในที่สุด (ประภาเพ็ญ, 2525 : 183) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีภาวะสุขภาพดีกว่า (มยุรา, 2534 : ก ; สุกัญญา, 2537 : ข) และมีความสัมพันธ์กับความเข็มแข็งของผู้สูงอายุในเขตเมือง (อัมพร และคณะ, 2536 : 506)

3.3 โครงสร้างครอบครัว การอยู่อาศัยร่วมกับบุคคลในครอบครัวย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ไม่สามารถทำได้ ด้วยสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในเขตเมืองซึ่งผู้สูงอายุอาจต้องอยู่ลำพังมากขึ้นอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้ จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี (ไมตรี, 2536 : ข) การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีพื้นฐานความเข้าใจในวัฒนธรรมเดียวกันทำให้เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์ได้ (Baker, Arseneault & Gallant, 1994 : 1070)

3.4 ลักษณะการอยู่อาศัยในเขตเมือง การพัฒนาเขตเมืองในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลักษณะความเป็นเมืองทั้งในด้าน กายภาพ เศรษฐกิจ ตลอดจนวัฒนธรรม ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลโดยผ่านกระบวนการต่าง ได้แก่ การเคลื่อนย้ายประชากร การพัฒนาอุตสาหกรรม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเดิมของเมืองนั้น (WHO, 1993 : 10) และส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพต่อประชาชนในเขตเมืองในที่สุด (WHO, 1993 : 12) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพไม่ดีในเขตเมืองส่วนใหญ่พบได้บ่อยในกลุ่มชนชั้นล่าง หรือชนกลุ่มน้อยในสังคมเมือง (WHO, 1993 : 13) ถึงแม้จะพบว่าสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองจะดีกว่าในชนบท (Speake, Cowart & Stephen, 1991 : 45) แต่เมื่อศึกษาโดยละเอียดแล้วพบว่า ปัญหาที่สืบเนื่องมาจากความยากลำบากในการอาศัยในเมืองก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพสูง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง การติดเชื้อเสพติด อุบัติเหตุ ภาวะอันตรายต่างๆ โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนในด้านความเป็นอยู่ ประชากรในเขตเมืองต้องเผชิญกับภาวะทุโภชนาการ ความไม่เพียงพอด้านที่พักอาศัย ภาวะสุขภาพไม่ดี มลภาวะ ปัญหาการจราจร ตลอดจนปัญหาความเครียดทางสังคมจากความเจริญทางเศรษฐกิจ (WHO, 1993 : 4 ; วิไล, 2535 : 39 - 40) นอกจากนี้ปัจจัยด้านความแออัดประชากร การย้ายถิ่น มลพิษทางสิ่งแวดล้อม ตลอดจนลักษณะการอยู่อาศัยแบบตึกสูง ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตประชากร (อัมพร, 2538 : 184 - 185) จากการศึกษาสุขภาพจิตประชากรเขตเมืองพบว่า ผู้อาศัยในแฟลตสูงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าประเภทอื่นๆ (อัมพร, 2525 อ้างตาม อัมพร, 2538 : 203) นอกจากนี้เขตที่อยู่อาศัยมีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน จากการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนมากจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และมักเป็นโรคเรื้อรัง (ทัศนาศ, 2541 : 34) จากสภาพที่เห็นโดยทั่วไปในชุมชนผู้ย้ายถิ่นเข้าเมือง จะพบว่าเกิดการว่างงาน ภาวะทุโภชนาการ และการด้อยการศึกษา การอาศัยในที่พักไม่ได้มาตรฐาน และบางส่วนยังเร่ร่อนกลางถนนย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างมาก (วิไล, 2535 : 39 - 40)

4. ระบบบริการสุขภาพ (health system) การจัดบริการสุขภาพไว้อย่างเป็นระบบ และยังคงมีลักษณะกระจุกตัวในเขตเมือง ทำให้ในเขตเมืองสามารถให้บริการครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของเมืองหรือสามารถเข้าถึงการบริการเหล่านั้นได้ ดังจะเห็นได้จากภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมืองอยู่ในระดับดีกว่าชนบท (นาพร และมาลินี, 2530 อ้างตาม มยุรา, 2534 : 22 ; Mainous & Kohrs, 1995 : 423 ; Speake, Cowart & Stephen, 1991 : 45) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพครอบคลุมถึงประโยชน์ การเข้าถึงบริการ ความเพียงพอของบริการ ตลอดจนการใช้บริการสุขภาพในทุกระดับ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นการใช้ประโยชน์จากแหล่งบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมก็อาจเกิดผลเสียต่อสุขภาพได้เช่นกัน (Clark, 1996 : 118)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่า มีการรับบริการขณะที่ไม่มีอาการป่วยถึง ร้อยละ 41.35 และส่วนใหญ่ไปพบแพทย์ในสังกัดที่ตนทำงานอยู่ สำหรับการตรวจรักษาเมื่อมีอาการป่วยพบว่าเคยไปตรวจ ร้อยละ 94.74 ส่วนผู้ไม่เคยไป

รับบริการตรวจรักษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย ร้อยละ 5.26 นั้น บางส่วนให้เหตุผลว่าเป็นเพราะกลัวจะตรวจพบโรคร้ายแรง ไม่มีคนพาไปตรวจ และไม่มีเงินไปตรวจ ส่วนสถานที่ไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ คลินิก โรงพยาบาลเอกชน และศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 73.01, 44.84, 28.17, 9.23 เหตุผลที่ไปรับบริการในสถานบริการของรัฐคือ อยู่ใกล้บ้าน มีญาติทำงานอยู่ ค่าบริการถูก ส่วนกลุ่มที่ใช้บริการจากคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชนให้เหตุผลว่า ได้รับบริการดี สะดวกรวดเร็ว ตรวจโรคละเอียด และเอาใจใส่ในการรักษาตลอดจนให้การต้อนรับดี (อารมณี และคณะ, 2538 : 42 - 43) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน แหล่งบริการค่ารักษาพยาบาล คือสวัสดิการข้าราชการในสัดส่วนที่สูงกว่ารักษาฟรีผู้สูงอายุ และจากบัตรผู้มีรายได้ น้อยมากกว่าการใช้บัตรสุขภาพ ผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลคือบุตรมากที่สุดร้อยละ 40.8 (จันทร์เพ็ญ, 2538 : 24 - 25)

เนื่องจากภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆดังกล่าวแล้ว การย้ายถิ่นของผู้สูงอายุ ยังเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพบางประการเปลี่ยนแปลงไปซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้เช่นกัน

## แนวคิดการย้ายถิ่น

### ความหมายของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่น หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย ระหว่างภูมิศาสตร์หน่วยหนึ่งซึ่งเรียกว่า ท้องที่ต้นทาง ไปยังภูมิศาสตร์อีกหน่วยหนึ่ง เรียกว่า ท้องที่ปลายทาง (วันทนา, 2528 : 172) หรือเป็นการย้ายข้ามเขตการปกครอง (นพวรรณ, 2531 : 152) เป็นกระบวนการของพฤติกรรมมนุษย์ที่มีความต่อเนื่องเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานานพอที่ผู้ย้ายถิ่นจะทำให้ผู้ย้ายถิ่นไม่มีกิจกรรมในสังคมเดิมอีกต่อไป และมีกิจกรรมในสังคมใหม่ขึ้นมาแทน (อภิชาติ และ กฤติยา, 2524 : 439)

กล่าวโดยสรุปการย้ายถิ่น จึงหมายถึง กระบวนการของพฤติกรรมมนุษย์ในการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยจากท้องที่ต้นทางไปสู่ท้องที่ปลายทางเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้สามารถมีกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันอยู่ในท้องที่ปลายทางแทนกิจกรรมในท้องที่ต้นทาง

## ประเภทของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นมีหลายประเภท สำหรับในที่นี้สามารถแบ่งประเภทการย้ายถิ่นตามระยะเวลา แบ่งได้เป็น (อภิชาติ และกฤติยา, 2524 : 167 - 172)

1. การย้ายถิ่นตามฤดูกาล หมายถึง การย้ายถิ่นของผู้ประกอบการทางการเกษตร ในช่วงฤดูว่างงาน

2. การย้ายถิ่นชั่วคราว และการย้ายถิ่นถาวร การย้ายถิ่นตามฤดูกาลเป็นการย้ายถิ่นชั่วคราวชนิดหนึ่ง ระยะเวลาที่แน่นอนไม่กำหนดชัดเจน แต่โดยทั่วไปมักเป็นระยะเวลานานพอ ประมาณ 5 ปีจัดได้ว่าเป็นการย้ายถิ่นถาวร แต่อย่างไรก็ตามเมื่อมีการย้ายถิ่นถาวรแล้วก็อาจมีการย้ายถิ่นเกิดขึ้นได้เสมอ ไม่จำเป็นต้องเป็นการย้ายถิ่นครั้งสุดท้ายของผู้ย้ายถิ่นนั้น

3. การย้ายถิ่นในระยะเริ่มต้น อาจเป็นการย้ายถิ่นชั่วคราว หรือถาวร หรือการย้ายถิ่นตามฤดูกาลก็ได้ แต่ต้องเป็นการย้ายเข้ามาได้ไม่นานนัก เช่น ไม่เกิน 1 หรือ 2 ปี ในบางประเทศอนุโลมให้ได้ถึง 5 ปี เรียกว่า การย้ายถิ่นภายใน 5 ปี และเรียกกลุ่มนี้ว่า "ผู้ย้ายถิ่นใหม่"

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การย้ายถิ่น หมายถึง การย้ายถิ่นระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นการเคลื่อนย้ายเชิงพื้นที่ จากท้องที่ที่เคยอยู่ประจำไปอยู่ในท้องที่ใหม่ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี

## กระบวนการย้ายถิ่น

เนื่องจากการย้ายถิ่นเป็นกระบวนการของพฤติกรรมมนุษย์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถแบ่งเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

1. การตัดสินใจย้ายถิ่น การที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย และหยุดกิจกรรมในสังคมเดิมได้นั้น สิ่งสำคัญอันดับแรกของกระบวนการคือการตัดสินใจ หรือเหตุผลในการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย ซึ่งแนวคิดและทฤษฎีในการย้ายถิ่นต่าง ๆ อธิบายเหตุผลในการย้ายถิ่นของบุคคลไว้ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีการย้ายถิ่นของ ลี ศาสตราจารย์เอฟเวอร์เรต ลี (Lee, 1966 อ้างตาม สันทัด, 2539 : 53) เป็นผู้เสนอทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่น (theory of migration) กล่าวถึงองค์ประกอบของการย้ายถิ่น 4 ประการ คือ

1.1.1 บังคับหรือเงื่อนไขในพื้นที่ต้นทาง (place of origin) การที่บุคคลย้ายออกหรือยอมออกจากที่พำนักอาศัยประจำเนื่องจากอิทธิพลบังคับที่อยู่ในพื้นที่ต้นทาง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยผลักดันและปัจจัยดึงดูดหรือยึดบุคคลไว้ บังคับผลักดันถือเสมือนเป็นปัจจัยลบที่ทำให้คนไม่ประสงค์จะอยู่ที่เดิม ในขณะที่ปัจจัยดึงดูดเป็นเสมือนปัจจัยบวกเป็นสิ่งที่คอยยึดเหนี่ยวให้บุคคล

ไม่ยอมละทิ้งถิ่นที่อาศัย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นกลางซึ่งได้แก่องค์ประกอบของการดำเนินชีวิตในพื้นที่นั้นๆ ปัจจัยทั้งสามนี้จะไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาหรือการให้คุณค่าของบุคคล การย้ายถิ่นจะเกิดขึ้นเมื่อประมวลน้ำหนักของปัจจัยทั้งสามกลุ่มในพื้นที่ต้นทางเหล่านี้

1.1.2 ปัจจัยหรือเงื่อนไขในพื้นที่ปลายทาง (place of destination) ณ จุดของพื้นที่ปลายทางก็มีปัจจัยสำคัญ 3 กลุ่ม เช่นกัน ผู้ย้ายถิ่นจะพิจารณาปัจจัยต่างๆในพื้นที่ปลายทางประกอบการตัดสินใจที่จะดำเนินการย้ายถิ่น ซึ่งผู้ย้ายถิ่นอาจไม่ใช่บุคคลที่เข้าใจถึงปัจจัยต่างๆในท้องที่ปลายทางได้ดีเท่ากับในพื้นที่ต้นทาง ทำให้อาจเกิดการตัดสินใจผิดพลาดได้เช่นกัน

1.1.3 ปัจจัยอุปสรรคที่อยู่ระหว่างพื้นที่ต้นทางและพื้นที่ปลายทาง (intervening obstacles) เป็นอุปสรรครวมทั้งแต่กระบวนการเดินทาง ขั้นตอนต่างๆที่ต้องผ่านจากพื้นที่ต้นทางไปสู่พื้นที่ปลายทาง ถ้าอุปสรรคเหล่านั้นมีน้อยก็ย่อมช่วยให้เกิดการตัดสินใจย้ายถิ่นได้ไม่ยาก

1.1.4 ปัจจัยด้านบุคคล เป็นลักษณะของบุคคลที่จะย้ายถิ่น ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจกำหนดคุณค่าน้ำหนักของปัจจัยต่างๆที่กล่าวถึงแล้วนั้นเปรียบเทียบกัน ซึ่งประกอบด้วยความแตกต่างของบุคคลไม่ว่าจะเป็น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ตลอดจนประสบการณ์ชีวิต เป็นต้น

ดังนั้นการย้ายถิ่นจึงเป็นกระบวนการเลือกสรรคน (selective process) เพราะอุปสรรคที่ขัดขวางจะเป็นสิ่งที่คัดกรองบุคคล ผู้ย้ายถิ่นออกจึงต้องเป็นผู้ที่แข็งแรง สุขภาพดี ทนอด และกล้าต่อสู้กับสิ่งต่างๆและมีความสามารถต่อสู้ด้วยจึงสามารถประสบความสำเร็จในการย้ายถิ่น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในพื้นที่ปลายทางแล้ว จะมีคุณสมบัติด้อยกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ปลายทาง และโดยทั่วไปผู้ย้ายถิ่นจะมีลักษณะบางอย่างร่วมกับประชากรในเขตเดิม แต่ขณะเดียวกันก็มีลักษณะบางอย่างใกล้เคียงกับประชากรในพื้นที่ปลายทางแต่ไม่มากนัก

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการย้ายถิ่นของลี สร้างขึ้นเพื่ออธิบายการย้ายถิ่นโดยสมัครใจ (voluntary migration) เท่านั้น ไม่รวมถึงการย้ายถิ่นโดยการบังคับ (forced migration) แต่ลี ก็ยังเห็นว่าบางครั้งบุคคลอาจตัดสินใจย้ายถิ่นอาจไม่จำเป็นต้องใช้เหตุผลในการตัดสินใจอย่างสมบูรณ์ เพราะบางคนอาจไม่มีโอกาสได้ตัดสินใจเลย

1.2 ทฤษฎีการพึ่งพา เน้นว่าการที่ชาวนาจำเป็นต้องเข้าไปทำงานในเมืองนั้น แสดงให้เห็นถึงสภาวะการดำรงอยู่ของการพัฒนาแบบพึ่งพา ซึ่งมักสร้างความต้อพัฒนาขึ้นในชนบท ในขณะที่เมืองหรือศูนย์กลางมีการพัฒนามากขึ้น ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมจะเอารัดเอาเปรียบแรงงานจากชนบทและดูดซับค่าส่วนเกินทางเศรษฐกิจออกไปสู่เมือง ตลาดแรงงานจะมีลักษณะแข่งขันไม่สมบูรณ์หากแต่จะถูกผูกขาด แรงงานชนบทจะต้องเข้าไปทำอาชีพขั้นต่ำลงไปจากชาวเมืองต้องอาศัยในสลัมหรือที่ไม่เหมาะสมมีความแปลกแยก หรือไม่สามารถผสมผสานกับแบบแผนความเป็นอยู่ของชาวเมืองได้ การแผ่กระจายของระบบทุนนิยมทำให้ส่ง



เสริมค่านิยมของผู้ย้ายถิ่นในการบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือย การมีชีวิตสนุกสนานในเมืองมีมากขึ้น แนวคิดนี้พิจารณาการย้ายถิ่นในลักษณะที่เป็นผลของระบบความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ทั้งในระดับชนบท ระดับเมืองศูนย์กลาง ระดับประเทศ และระดับต่างประเทศ การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์และมาตรการการพัฒนาในลักษณะดังกล่าว จะทำให้รูปแบบการย้ายถิ่นเช่นนี้ปรากฏอยู่ตลอดไป (วิโรจน์, 2532 : 11 - 12)

1.3 ทฤษฎีการตัดสินใจย้ายถิ่นระดับจุลภาค กล่าวถึงแนวโน้มที่ครัวเรือนจะย้ายถิ่นหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังของผลที่จะได้รับจากพฤติกรรมการย้ายถิ่นนั้น โดยปกติครัวเรือนจะให้คุณค่ากับเป้าหมายของชีวิตและการทำให้บรรลุเป้าหมายนั้นทำได้หลายทาง การย้ายถิ่นก็เป็นแนวทางหนึ่งที่ครัวเรือนอาจตัดสินใจเลือก

ตามปกติแล้วเป้าหมายของชีวิตมีหลายด้าน เช่น ด้านความมั่งคั่ง ด้านฐานะทางสังคม ด้านความสะดวกสบาย ด้านความเป็นตัวของตัวเอง เป็นต้น การย้ายถิ่นจึงขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ คุณค่าที่ครัวเรือนให้กับเป้าหมายชีวิต และความคาดหวังว่าการย้ายถิ่นจะทำให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นหากปัจจัยเหล่านี้มีระดับสูงโอกาสที่จะมีการย้ายถิ่นก็มีสูงเช่นกัน

ต่อมาได้มีผู้พัฒนาแนวคิดนี้ เรียกว่า "ความผูกพันกับพื้นที่" ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยผูกพันมีผลให้ครัวเรือนมีพฤติกรรมการย้ายถิ่นแตกต่างกัน หากครัวเรือนมีความผูกพันกับพื้นที่ในระดับสูง เช่นมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ มีลูกค่าหรือผู้รับบริการมาก หรือมีทรัพย์สินอยู่ในพื้นที่มากก็มักไม่ย้ายไปที่อื่น หรือหากจำเป็นต้องย้ายก็มักจะย้ายกลับมา เพราะหากย้ายไปนานสิ่งต่างๆที่เคยมีอยู่เดิมก็จะเสื่อมค่าลง นอกจากนี้ยังได้อธิบายว่า การที่บุคคลมักย้ายไปที่ที่มีเพื่อน หรือญาติอาศัยอยู่ หรือในที่ที่ตนเองเคยมีประสบการณ์มาก่อน เป็นเพราะมีความผูกพันหรือมีความมั่นใจอยู่ที่นั่น ตามปกติการย้ายถิ่นจะเกิดขึ้นโดยการเปรียบเทียบกับความผูกพันกับพื้นที่ระหว่างต้นทางและปลายทางที่มีสิ่งผูกพัน เช่น ผู้ที่มีทรัพย์สินทางต้นทางน้อยจะมีการย้ายถิ่นมากกว่าผู้ที่มีทรัพย์สินต้นทางมาก

นอกจากนี้ยังมีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ อรรถประโยชน์ในพื้นที่ที่ให้ความสำคัญต่อระดับความพอใจหรือไม่พอใจของบุคคลหรือครัวเรือนต่ออรรถประโยชน์ในสถานที่หนึ่ง หากไม่พอใจก็มักจะมีกระบวนการปรับตัวโดยการย้ายถิ่นเกิดขึ้น การย้ายถิ่นจึงเป็นการปรับตัวเพื่อแสวงหาความพอใจในอรรถประโยชน์จากพื้นที่นั่นเอง

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการย้ายถิ่นในแนวคิดทฤษฎีนี้ คือ ระดับความคาดหวังของครัวเรือน ที่จะบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้ด้วยการย้ายถิ่น การมีสิ่งผูกพันในพื้นที่ต้นทางและปลายทาง และการมองเห็นอรรถประโยชน์ ในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง (วิโรจน์, 2532 : 10 - 11)

1.4 ทฤษฎีการตัดสินใจย้ายถิ่นในเชิงจิตวิทยา "ค่านิยม-ความคาดหวัง" เป็นการศึกษาการตัดสินใจย้ายถิ่นเชิงจิตวิทยา โดยให้ความสำคัญกับค่านิยมของแต่ละบุคคลควบคู่ไปกับความคาดหวัง โดยจำแนกค่านิยมออกเป็น 7 กลุ่มคือ (De Jong & Fawcett,

1981 อ้างตาม ศุภชัย, 2534 : 23)

1.4.1 โภคทรัพย์ เช่น รายได้สูง ความสามารถจะเลี้ยงตนเองได้ในวัยชรา สามารถที่จะใช้จ่ายฟุ่มเฟือยๆได้ในบางครั้ง

1.4.2 สถานภาพ เช่น การศึกษา การมีอำนาจ ความมีศักดิ์ศรีมีเกียรติในงาน อาชีพ และการเป็นที่ยอมรับของสังคม

1.4.3 ความสุขสบาย เช่น การทำงานง่ายๆ คำรงชีพอย่างมีความสุขในชุมชน มีเวลาทำกิจกรรมตามความสนใจ มีที่อยู่อาศัยที่สะดวกสบาย

1.4.4 มีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเบิกบาน ทำกิจกรรมใหม่ๆที่น่าตื่นเต้น พบปะผู้คนหลากหลาย

1.4.5 ความมีอิสรภาพ เป็นตัวของตัวเอง เช่น มีอิสระในการพูด การทำตามความสนใจ มีอิสระในการดำเนินการทางเศรษฐกิจ

1.4.6 ความผูกพันกับญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ครอบครัว หรือสมาคมที่ตนสังกัดอยู่

1.4.7 การเข้าหาหลักธรรม เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ดีงาม และมีส่วนร่วมทางศาสนา ประเด็นค่านิยมทั้ง 7 ประการดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจต่อการย้ายถิ่น ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลักคือ ลักษณะทางประชากรของบุคคลหรือครัวเรือน สังคม และบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม สำหรับสาเหตุรองของการย้ายถิ่น คือ ลักษณะของบุคคลที่ประกอบด้วย การอยากลอง คิดถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนการปรับตัว และโครงสร้างทางโอกาสของพื้นที่ที่ต่างกันโดยผ่านระบบข่าวสารข้อมูล ผู้ที่กำลังตัดสินใจย้ายถิ่นจะคำนึงถึงความสามารถในการปรับตัวของตนตามสถานการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญเมื่อย้ายถิ่น ซึ่งส่งผลต่อความคาดหวังที่จะบรรลุตามค่านิยมทั้ง 7 ประการดังกล่าว

1.5 การย้ายถิ่นตามแนวคิดทางสังคมวิทยา (Mangalan & Schwarzweller, 1975 อ้างตาม สันหัต, 2539 : 56) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึง การย้ายถิ่นเป็นกระบวนการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนที่อยู่อาศัยโดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การเปลี่ยนสภาวะทางสังคมไปสู่สภาวะทางสังคมใหม่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1.5.1 การเปลี่ยนที่อยู่อาศัย ซึ่งเกิดจากความประสงค์ของตนเองโดยไม่ถูกบังคับ แต่ต้องการเปลี่ยนสภาวะทางสังคมที่ตนอาศัย

1.5.2 การตัดสินใจซึ่งอาศัยค่านิยมของบุคคล โคนเปรียบเทียบคุณค่าของที่อยู่อาศัยปัจจุบันกับที่อยู่อาศัยใหม่ หากสามารถตอบสนองความพึงพอใจได้มากกว่าที่เก่าก็จะตัดสินใจย้ายถิ่น

1.5.3 การเปลี่ยนสภาวะทางสังคม กล่าวคือผู้ย้ายถิ่นเชื่อว่าการย้ายถิ่นจะเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนบ้านและชุมชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนในที่อาศัยใหม่ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อหรือปะทะสังสรรค์ตลอดจนมีรูปแบบใหม่

ของการพักผ่อน การจ่ายตลาด การหาซื้อสินค้า และการเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้าน เป็นต้น แต่ก็ยังเชื่อว่าองค์กรทางสังคมหรือระบบความสัมพันธ์ทางสังคมในทีใหม่มีความคล้ายคลึงกับระบบความสัมพันธ์ในที่เก่าทำให้เขากล้าตัดสินใจย้ายขึ้น เมื่อรู้สึกว่าจะไม่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตมากมายค่านิยมเก่ายังพอใช้ได้ แม้ว่าจะไม่มีความสะดวกในจุดหมายปลายทางของการย้ายถิ่นก็ตาม

ผู้ย้ายถิ่นจะตัดสินใจเลือกย้ายถิ่นเมื่อประมวลทางเลือกในการปฏิบัติ ณ พื้นที่ปลายทางแล้ว ดังนี้

ก. ผู้ย้ายถิ่นมีโอกาสเลือกปฏิบัติตามวัฒนธรรมทั้ง 2 รูปแบบ ทั้งที่เก่าและใหม่

ข. สังคมใหม่มีการยอมรับ และไม่ต่อต้านวัฒนธรรม และรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมเดิมที่เขาได้อยู่

ค. ผู้ย้ายถิ่นมีทางเลือกที่ถ้าหากในกรณีที่มีอุปสรรค ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในที่ใหม่ได้ ก็สามารถจะย้ายไปอีกสังคม หรือ อีกพื้นที่ได้

ง. ผู้ย้ายถิ่นเห็นแนวทางของการเดินทางกลับ หรือย้ายกลับไปอาศัยที่เดิม เมื่อไม่สามารถปรับตัวในที่อาศัยใหม่ได้

แนวคิด และทฤษฎีการย้ายถิ่นที่กล่าวแล้วนั้น ทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เป็นเหตุผลของการตัดสินใจในการย้ายถิ่นได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการปรับตัวและภาวะสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นมากกว่าการมุ่งศึกษาเพียงแหล่งที่มาของการย้ายถิ่นเพียงด้านเดียว

ในประเทศไทยการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในระหว่าง พ.ศ. 2533-2535 พบว่า ประชากรประมาณร้อยละ 6.2 ได้ย้ายถิ่นอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ย้ายถิ่นในเขตเมืองจะสูงกว่าในเขตชนบท คือ ร้อยละ 7.1 และ 5.9 ตามลำดับ อัตราการย้ายถิ่นในภาคใต้ประมาณ ร้อยละ 5.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 : 20) สำหรับเหตุผลการย้ายถิ่นพบว่ามีเหตุผลหลัก 3 ประการ คือ เหตุผลทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การหางานทำ ต้องการทำงานที่รายได้มากกว่าเดิม และการย้ายที่ทำงาน เหตุผลทางการศึกษา และ เหตุผลทางครอบครัว ได้แก่ การย้ายเพื่อติดตามคู่สมรส การติดตามหัวหน้าครัวเรือน และย้ายกลับภูมิลำเนา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 : 21) ในการย้ายถิ่นเข้าเมืองพบว่า ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นเพศชาย เหตุผลทางเศรษฐกิจ เป็นเหตุผลที่สำคัญที่สุดส่วนใหญ่เป็นการย้ายเพื่อหางานทำร้อยละ 28.2 ต้องการงานที่รายได้มากกว่าเดิมร้อยละ 19.2 เหตุผลรองลงมา คือ เหตุผลทางครอบครัวประมาณร้อยละ 21.0 โดยเฉพาะการย้ายตามคนในครอบครัวเดียวกันมีร้อยละ 17 เหตุผลอีกประการคือ เพื่อการศึกษามีประมาณร้อยละ 12.3 สำหรับกลุ่มผู้ย้ายถิ่นเพศหญิงพบว่ามีเหตุผลทางครอบครัวมีสัดส่วนสูงกว่าชาย คือร้อยละ 37.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 : 21) ส่วนในผู้สูงอายุพบประมาณร้อยละ 20 ของกลุ่มผู้ย้ายถิ่นทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 : 14) สำหรับเหตุผลในการย้ายถิ่นของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นยังไม่พบการศึกษาไว้

สำหรับในต่างประเทศได้ศึกษาถึงเหตุผลของการย้ายถิ่นในกลุ่มผู้สูงอายุชาวสหรัฐอเมริกาพบว่า มีเหตุผลหลักที่เป็นแรงจูงใจในการย้ายถิ่นอยู่ 6 ประการ คือ ภาวะสุขภาพ การติดต่อสื่อสาร ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความสบาย การไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และวิกฤติการณ์ในครอบครัว โดยพบว่า ปัญหาการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้เกิดการย้ายถิ่น (DeJong, et al., 1995 : 395) ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวเยอรมันพบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ย้ายถิ่นไปยังเครือข่ายบุคคลที่สนิทสนมคุ้นเคย เมื่อรู้สึกว่าจะไม่สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ (Friedrick, 1994 : 410) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ มีรูปแบบในการตัดสินใจย้ายถิ่นที่แตกต่างกับวัยอื่นในบางประการ จึงเป็นที่น่าสนใจถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเป็นอย่างยิ่ง

## 2. กระบวนการปรับตัวของผู้ย้ายถิ่น

2.1 กระบวนการปรับตัวทางสังคม เมื่อเกิดการย้ายถิ่นสิ่งที่ย้ายถิ่นต้องเผชิญ คือ สิ่งแวดล้อมใหม่ สังคมใหม่ ทำให้ผู้ย้ายถิ่นต้องมีการปรับตัว เพื่อผสมผสานทางวัฒนธรรม (acculturation) ซึ่งเป็นการปรับตัวเพื่อลดความกดดันของการเปลี่ยนแปลงจากการย้ายถิ่นจนสามารถสร้างความพอใจให้แก่คนในสังคมใหม่ ทำให้ความต้องการพื้นฐานของตนได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ และสามารถรับผิตชอบในบทบาทที่สำคัญของตนได้อย่างสมบูรณ์ และคงไว้ซึ่งลักษณะของตน ตลอดจนเกิดความมั่นคงในตนเอง (Jensen, 1960 อ้างตาม ภาณี, 2527 : 8) การปรับตัวดังกล่าวแบ่งเป็นขั้นตอนตามทฤษฎีการบูรณาการ (integration theory) ได้ 3 ขั้นตอน (Chamariythirong, 1980 อ้างตาม ภาณี, 2527 : 9 ; Emst, 1974 อ้างตาม ภาณี, 2527 : 13 - 14 ) ได้แก่ การปรับตัวเอง (adjustment) การผสมกลมกลืน (assimilation) และการผสมผสานทางวัฒนธรรม (integration or acculturation) ดังนี้

ขั้นที่ 1 “การปรับตัวเอง” (adjustment) เป็นขั้นที่ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นปรับตนเองให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับสถานที่ กฎระเบียบของชุมชน บทบาทหน้าที่ของตนถิ่นใหม่ วิถีชีวิตของคนในท้องถิ่นที่ปลายทาง ซึ่งใช้เวลาไม่นานนักในการปรับตัว จากการศึกษาของเจมส์ค็อกซ์ และออคิน (2527 อ้างตาม ศุภชัย, 2534 : 32) พบว่าผู้ย้ายถิ่นมีพฤติกรรมกรรมการบริโภค การซื้อสินค้าฟุ่มเฟือยตามแบบอย่างชาวเมืองที่ตนพบเห็น เพื่อปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมของผู้อาศัยอยู่เดิมให้ได้ สำหรับในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นสตรีที่ย้ายเข้ากรุงเทพมหานครพบว่า ส่วนใหญ่มีการปรับตัวในด้านคมนาคม การรู้จักสถานที่สำคัญได้ (ภาณี, 2527 : ข) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในชุมชนแออัดเชื้อเพลิงพัฒนาในเขตกรุงเทพมหานครที่พบว่า ผู้ย้ายถิ่นสามารถปรับตัวในการหางานทำได้ในเวลาไม่นานนัก สามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนใหม่ได้ระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (อภิตยา, 2528 : บทคัดย่อ)

ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นที่ประสอภัยในความก้าวหน้าแก่ตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมของตนเองให้สูงขึ้นกว่าถิ่นเดิม ผู้ย้ายถิ่นเป็นผู้ที่มีการศึกษาคึกว่าผู้ไม่เคยย้ายถิ่น (Prachaubmoh & Tirasawat, 1974 อ้างตาม ศุภชัย, 2527 : 32 ) ผู้ย้ายถิ่นประมาณ 1

ใน 3 สามารถยกระดับอาชีพของคนให้สูงขึ้นได้ (อภิตยา, 2528 : บทคัดย่อ) ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในเขตเมืองหลักพบว่า เกือบทั้งหมดได้งานทำ (ร่มฉัตร, 2538 : ก) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ย้ายถิ่นมักมีการเลื่อนชั้นทางสังคมสูงขึ้นกว่าผู้ไม่เคยย้ายถิ่นในท้องที่ต้นทาง (ปริศนา, 2534 : 22) แสดงให้เห็นว่าผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีความสามารถในการปรับตนเองได้ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับฐานะทางสังคมของผู้ย้ายถิ่นในท้องที่ปลายทางจะพบว่า ผู้ย้ายถิ่นมีฐานะทางสังคมต่ำกว่าชนชั้นเดิมอาชีพที่ทำถึงแม้จะหาได้ในเวลาไม่นาน แต่มักเป็นอาชีพระดับต่ำที่ขาดความมั่นคง (อภิตยา, 2528 : บทคัดย่อ) สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นยังไม่พบการศึกษาไว้

ขั้นที่ 2 “การผสมกลมกลืน” (assimilation) เป็นขั้นที่ผู้ย้ายถิ่นสามารถปรับตนเองให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในท้องที่ปลายทาง เช่น การใช้ภาษา หรือ การทำกิจกรรมในเวลาว่าง ตลอดจนพฤติกรรมอื่น ๆ รวมทั้งการเรียนรู้บทบาทใหม่ ให้เป็นไปตามลักษณะของคนส่วนใหญ่ในสังคมนั้น แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสังคมโดยรวม ในขั้นนี้หากไม่สามารถปรับตัวได้จะมีความต้องการกลับไปยังท้องที่ต้นทางของตน ก่อให้เกิดความเครียดในการปรับตัวได้ (Nicholson, 1997 : 19)

ขั้นที่ 3 “การผสมผสานทางวัฒนธรรม” (Integration or Acculturation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ย้ายถิ่น สามารถปรับตัวเองให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสังคมท้องที่ปลายทางได้ มีโครงสร้างทางสังคม และเศรษฐกิจเหมือนสังคมท้องที่ปลายทาง ซึ่งต้องใช้เวลาานอาจถึง 20 ปี จึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้เต็มที่ (Ziemmer, 1954 อ้างตาม ศุภชัย, 2527 : 30)

## 2.2 กระบวนการปรับตัวทางจิตของผู้ย้ายถิ่น

เนื่องจากการย้ายถิ่นส่งผลให้เกิดการปรับตัวทางสังคมดังกล่าวแล้ว ระหว่างการปรับตัวทางสังคมผู้ย้ายถิ่นจึงต้องปรับตัวทางจิตร่วมด้วย สำหรับกระบวนการปรับตัวทางจิตซึ่ง เฮอรัท และคิม ได้แบ่งช่วงวิกฤตของอารมณ์ออกเป็น 2 ระยะ คือ ช่วงแรกของการย้ายถิ่น (early exigency stage) ประมาณ 1 - 2 ปี หลังการย้ายถิ่น และ ช่วงหลัง (later marginality stage) ประมาณ 11 - 15 ปี หลังการย้ายถิ่น โดยได้ศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นชาวเกาหลีในสหรัฐอเมริกา พบว่า กระบวนการปรับตัวในผู้ย้ายถิ่น แบ่งเป็น 6 ระยะ (Huth & Kim, 1990 : 456 - 479) ดังนี้

1. Exigency stage เป็นช่วงระยะ 1 - 2 ปีแรกของการย้ายถิ่น ผู้ย้ายถิ่นจะประสบปัญหาของข้อจำกัดหลายประการ เช่น การใช้ภาษา การจ้างงานการถูกแยกจากสังคม ตลอดจนการช็อกทางวัฒนธรรม เป็นระยะที่มีความยุ่งยากที่สุดในการปรับตัวของผู้ย้ายถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ย้ายถิ่นมีความอ่อนแอทางอารมณ์มากที่สุดในช่วงต้นของระยะนี้

2. Resolution stage เป็นระยะปีที่ 2 - 10 เมื่อระยะเวลาผ่านไป มีการผสมผสานทางวัฒนธรรม (acculturation) ที่มีเพิ่มขึ้น ฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น ผู้ย้ายถิ่นจะเริ่มมี

ความพึงพอใจในชีวิตจากการปรับตัวเพิ่มขึ้น เป็นช่วงของการผ่อนคลายความตึงเครียดลง

3. Optimum stage เป็นระยะเวลาประมาณปีที่ 10 - 15 ผู้ย้ายถิ่นสามารถปรับตัวได้ดีกับท้องถิ่นปลายทาง เป็นช่วงที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงสุด มีอารมณ์คงที่มากที่สุด ในระยะนี้ สามารถสร้างความสมดุลของการปฏิสัมพันธ์กับสังคมกับคนในท้องถิ่นปลายทางได้มากขึ้น

4. Relative deprivation เมื่อระยะเวลาผ่านไป หลังจากปีที่ 15 ผู้ย้ายถิ่นจะเริ่มเปรียบเทียบตนกับบุคคลในท้องถิ่นปลายทาง และมองเห็นข้อจำกัดทางสังคมระหว่างผู้ย้ายถิ่นกับบุคคลท้องถิ่นปลายทางมากขึ้น โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านภาษา เป็นช่วงวิกฤตช่วงหนึ่งทางอารมณ์ซึ่งเริ่มรู้สึกด้อยค่าในสังคมได้

5. Social marginality เป็นช่วงที่ผู้ย้ายถิ่นแน่ใจแล้วว่าตนมีข้อจำกัดหลายประการทั้งด้านเชื้อชาติที่กีดกันกระบวนการผสมผสานทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ตนไม่สามารถควบคุมได้และรู้สึกเป็นชนกลุ่มน้อยในสังคม เป็นช่วงที่ผู้ย้ายถิ่นต้องปรับตัวมากช่วงหนึ่ง ซึ่งพบปัญหาสุขภาพกายและจิตได้ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น

6. Marginality acceptance or New identity ในช่วงนี้หากผู้ย้ายถิ่นสามารถยอมรับสภาพการเป็นชนกลุ่มน้อย และความรู้สึกในข้อจำกัดต่างๆ ของตนได้ ก็จะพยายามสร้างสถานภาพใหม่ของตน และให้เกิดการยอมรับแก่คนในท้องถิ่นปลายทางใหม่ได้มากที่สุด เกิดเป็นสถานภาพใหม่ในสังคมใหม่ (new identity) แต่หากผู้ย้ายถิ่นไม่สามารถยอมรับสภาพการเป็นชนกลุ่มน้อยดังกล่าวได้ ก็จะพยายามรักษาสถานภาพเดิมในสังคมท้องถิ่นต้นทางเอาไว้ให้มากที่สุดและเกิดเป็นสังคมชนกลุ่มน้อยขึ้น (marginal acceptance) แต่จากการศึกษาพบว่าแนวโน้มด้านการสร้างสถานภาพใหม่มากกว่า

จากกระบวนการปรับตัวดังกล่าวข้างต้นในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น จะเห็นว่าต้องใช้เวลาในการปรับตัวเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาของ เฮิร์ท และคิม (Hurrh & Kim, 1990 : 456) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ย้ายถิ่นมีความอ่อนแอมากที่สุดในช่วงต้นของการย้ายถิ่น และมีแนวโน้มของความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาอยู่อาศัยนานขึ้น ซึ่งจะพบความแตกต่างของระยะเวลาดังกล่าวกันไป แต่โดยเฉลี่ยแล้วการปรับตัวจนถึงภาวะที่ผู้ย้ายถิ่น เกิดความพึงพอใจสูงสุด ส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ภายหลังจากการย้ายถิ่น

กระบวนการย้ายถิ่นดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ย้ายถิ่นจะต้องพยายามปรับตัวในแต่ละขั้นตอนตามความสามารถของตน พฤติกรรมที่แสดงออกในแต่ละขั้นตอนมีความแตกต่างกัน อันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นในที่สุด

## ปัญหาและผลกระทบของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นโดยทั่วไปแล้วส่งผลทั้งผลดีและผลเสียต่อสังคมโดยรวมหลายประการ กล่าวคือ

1. สร้างความเสมอภาคทางการเมือง การที่ผู้ย้ายถิ่นมีงานทำจึงลดความยากลำบากในการดำรงชีวิตลง เป็นการลดความกดดันทางการเมืองได้ทางหนึ่ง
2. สร้างความเสมอภาคทางเศรษฐกิจ จากการมีรายได้เพิ่มขึ้น และสามารถเก็บเงินและส่งกลับให้ครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้ฐานะครอบครัวดีขึ้น
3. ช่วยลดอัตราการเพิ่มประชากร เนื่องจากผู้ย้ายถิ่น เป็นผู้มุ่งหวังทำงานหารายได้ จึงไม่ต้องการมีบุตรซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำงานได้ จึงมีอัตราการเกิดลดต่ำลง
4. ช่วยขยายเขตเมือง การย้ายถิ่นทำให้ประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องขยายเขตเมือง และบริการต่างๆเพิ่มขึ้นให้สอดคล้องกับปริมาณผู้อาศัย
5. เกิดชุมชนแออัด ปริมาณประชากรที่เพิ่มขึ้นแต่การขาดแคลนพื้นที่อาศัย ทำให้ต้องอาศัยในพื้นที่สาธารณะว่างเปล่า จนเกิดเป็นความแออัดได้
6. เกิดปัญหาอาชญากรรม จากความแออัดของประชากรดังกล่าว ย่อมเกิดความยากลำบากในการประกอบอาชีพ มีความยากจนมากขึ้น จนอาจก่อคดีอาชญากรรมขึ้นได้
7. ปัญหาการขาดแคลนบริการขั้นพื้นฐาน การอพยพของประชากรที่มากเกินไป ไม่สอดคล้องกับการวางแผนพัฒนาของเมือง อาจส่งผลให้บริการต่างๆ ไม่เพียงพอกับความต้องการได้ เช่น ถนน บริการด้านสุขภาพ เป็นต้น
8. ปัญหาสิ่งแวดล้อม สืบเนื่องจากความไม่สมดุลของบริการสาธารณูปโภคของเมืองกับประชากร โดยเฉพาะการกำจัดขยะ น้ำโสโครก และสิ่งปฏิกูลต่างๆ ตลอดจนการจราจรที่แออัด ส่งผลให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมเขตเมืองได้
9. ปัญหาการเคลื่อนย้ายปัญหาสุขภาพ การเคลื่อนย้ายของประชากร ตลอดจนความสะดวกในการย้ายถิ่น ทำให้โรคและการเจ็บป่วยที่ผู้ย้ายถิ่นประสบอยู่มีการเคลื่อนย้ายตามไปกับผู้ย้ายถิ่นรวดเร็วขึ้นด้วย เช่นกัน (Seim, 1997 : 788)

ผลที่เกิดจากการย้ายถิ่นดังกล่าว นอกจากจะกระทบต่อตัวผู้ย้ายถิ่นแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อเมืองไปสู่ผู้ที่อาศัยอยู่เดิมได้เช่นกัน เนื่องจากในขณะที่ประชากรที่อยู่เดิมได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นระบบการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง เมื่อปัญหาดังกล่าวจากการย้ายถิ่นเกิดขึ้นจึงกระทบต่อระบบการจัดการดังกล่าว ดังนั้นสุขภาพของผู้อาศัยเดิมย่อมได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน (Litvinjenko, 1997 : 191)

## ผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

### ผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

การย้ายถิ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม และสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายผู้ย้ายถิ่นได้หลายประการ เช่น เกิดชุมชนแออัด การขาดบริการขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะบริการสุขภาพ ปัญหาสิ่งแวดล้อม (วันทนา, 2528 : 182) ตลอดจนการเคลื่อนย้ายของปัญหาสุขภาพติดตามผู้ย้ายถิ่นเข้าสู่ท้องที่ปลายทาง (Seim, 1997 : 788) จากการศึกษาแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาครพบว่า อาศัยในสถานที่สุขาภิบาลแวดล้อมไม่ดีทำให้มีภาวะสุขภาพไม่ดีถึง 1 ใน 3 ส่วนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจประมาณร้อยละ 10 เป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อยๆ (พิมพ์พรรณ และคณะ, 2541 : 44) สอดคล้องกับการศึกษาแรงงานก่อสร้างอีสานในกรุงเทพมหานครที่พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยในสิ่งแวดล้อมไม่ดี มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการปวดเมื่อยจากการทำงาน รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างการทำงาน และการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการสุขาภิบาลไม่ดี เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น (รัชตชัย, 2540 : บทคัดย่อ) การศึกษาในกลุ่มชาวเอเชียที่อาศัยในอังกฤษพบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจโคโลนาไรสูง (Shan, 1997 : 77) สำหรับผู้ย้ายถิ่นที่ทำงานในฟาร์มของสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 30 ป่วยเป็นวัณโรค (Ciesielski, 1994 : 1836) การเจ็บป่วยดังกล่าวซึ่งเป็นโรคติดเชื้อยอมทำให้มีการแพร่กระจายโรคสู่บุคคลใกล้เคียงได้รวดเร็วรวมทั้งผู้ที่อาศัยในท้องที่ปลายทางเดิมด้วยเช่นกัน สำหรับปัญหาสุขภาพร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นยังไม่พบการศึกษาไว้

### ผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อภาวะสุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ

กระบวนการปรับตัวทางสังคมของผู้ย้ายถิ่น ในการผสมผสานทางวัฒนธรรมกับสังคมใหม่ส่งผลจากการปรับตัวดังกล่าว ทำให้ผู้ย้ายถิ่นมีกิจกรรมในสังคมใหม่แตกต่างกันออกไป จากการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้ย้ายถิ่นพบว่า ผู้ย้ายถิ่นมีการเข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์กรที่เป็นรูปแบบ และมีส่วนร่วมน้อยกว่าประชากรในถิ่นปลายทางที่อยู่เดิม และต้องใช้เวลาจนถึง 20 ปี จึงสามารถเข้าร่วมกับชุมชนได้สูงสุด (Zeimmer, 1954 อ้างตามศุภชัย, 2527 : 30) ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร ซึ่งย้ายถิ่นไม่เกิน 2 ปีพบว่า ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมในท้องที่ปลายทางได้ ส่วนการผสมผสานทางวัฒนธรรมนั้นแทบไม่มีการปรับตัวเลย (ภาณี, 2527 : ก) แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาในการอยู่อาศัยนานขึ้นการผสมผสานทางวัฒนธรรมในการอยู่ร่วมในสังคมใหม่ยอมดีขึ้น สำหรับการศึกษากลุ่มผู้ย้ายถิ่นระหว่างประเทศพบว่า มีปัญหาทางสังคมหลายประการ ได้แก่ การไม่สามารถใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมได้ (Halter, Pollara & Meleis, 1995 : 521) ความขัดแย้งทางวัฒนธรรมระหว่างท้องที่ต้นทางและปลายทาง (cultural conflicts) เช่น ภาษา เป็นต้น การ



เปลี่ยนแปลงบทบาทที่เคยได้รับ (role change) มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ ตลอดจนการถูกแยกจากเชื้อชาติเดิม (NOH & Avison, 1996 : 192)

สำหรับการเข้าถึงในการรับบริการสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นพบว่า มีปัญหาหลายประการ กล่าวคือ การได้รับความรู้และคำแนะนำในการตรวจร่างกาย (Pham & McPhee, 1992 : 305) การใช้บริการสุขภาพ (Ciesielski. et al, 1994 : 1836 ; Tobara & Flaskerud, 1997 : 173) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Lipson & Omidian, 1997 : 110 ) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในอเมริกาพบว่าโดยส่วนใหญ่ได้รับบริการสุขภาพหลายประการที่น้อยกว่าคนถิ่นเดิม ได้แก่ บริการทางการแพทย์ การประกันสุขภาพ การพบแพทย์ การตรวจร่างกาย ความพึงพอใจในการรับบริการ และพบว่า ผู้ย้ายถิ่นมักใช้ยาเองที่บ้านมากกว่า (home remedies) (Anderson, et al, 1981 : 78) สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเชื้อสายเปอร์โตริกันอเมริกาพบว่า มีข้อจำกัดในการได้รับข้อมูลข่าวสาร และได้รับบริการที่เป็นระบบน้อยเช่นกัน (Delgado & Tennstedt, 1997 : 246) ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นของไทยยังไม่พบการศึกษาไว้

#### ผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อภาวะสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ

ผลจากการปรับตัวตั้งกล่าวของผู้ย้ายถิ่น ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ย้ายถิ่นกล่าวคือ เกิดความรู้สึกหมดความผูกพันกับถิ่นเดิม เกิดความยากลำบากในการปรับตัวในถิ่นใหม่เพราะไม่เคยชิน เกิดความคับข้องใจถ้าถิ่นใหม่ไม่เป็นไปอย่างที่คิดและขาดเพื่อน ตลอดจนเกิดความรู้สึกคับแคบต่อพื้นที่จำกัดของสังคมถิ่นใหม่ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ย้ายถิ่นเกิดปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้ (อัมพร, 2538 : 190 - 191) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น ได้แก่

1. ความเครียดจากการย้ายถิ่น พบได้บ่อยจากศึกษาหลายงานวิจัยของการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ เช่น ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นแม็กซิกันที่ตั้งครรภ์ซึ่งย้ายถิ่นในอเมริกาพบว่าวัยรุ่นที่มีการผสมผสานทางวัฒนธรรมสูงมีความเครียดจากกระบวนการตั้งกล่าวสูง ซึ่งประเมินได้จากการใช้สารเสพติดต่าง ๆ สูง (Balcazar, Peterson & Cobas, 1996 : 425) กลุ่มผู้ย้ายถิ่นชาวอาฟริกาในอเมริกา (Kamaya, 1997 : 154) และผู้ย้ายถิ่นในเขตเมืองชาวรัสเซียในอเมริกา (Smith, 1996 : 68) ความเครียดในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นตั้งกล่าวเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลมีความพยายามทำตามบรรทัดฐาน พฤติกรรมและค่านิยมของวัฒนธรรมใหม่ ซึ่งขัดแย้งกับวัฒนธรรมเดิม (Tobara & Flaskerud, 1994 : 569)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ในกลุ่มสตรีวัยทำงานชาวออร์แดนในอเมริกาพบว่า มีความเครียดในช่วงระยะ 2 - 3 ปีแรก (first few years) จากแหล่งความเครียด 3 ประการ กล่าวคือ (Pollara & Meleis, 1995 : 521 - 539)

1.1 สภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำงานที่เป็นแหล่งรายได้ การศึกษาแก่บุตร การใช้ภาษา การสร้างครอบครัว พร้อมกับความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทาง

สังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการถูกแยกจากสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดความเครียดระยะหลังของการย้ายถิ่นได้

1.2 ความต้องการดำรงเชื้อชาติ จากความพยายามที่จะรักษาเชื้อชาติและเอกลักษณ์ของตนเองไว้ ทำให้กลุ่มที่ปรับตัวในทางบวกพยายามที่จะผสมผสานให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ให้มากที่สุด ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จะมีความรู้สึกอับอายและแยกตัวจากสังคม ความเครียดจึงเกิดจากความแตกต่างของเจตคติระหว่างเชื้อชาติเดิมกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งไม่เหมือนกันนั่นเอง

1.3 การพยายามสร้างความคุ้นเคยกับห้องที่ใหม่ โดยการสร้างเครือข่ายทางสังคมกับคนและความรู้จักกับสิ่งแวดล้อมในห้องที่ปลายทางใหม่

การศึกษาในกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นใหม่ชาวเอเชียในอเมริกาพบว่า แหล่งความเครียดของผู้ย้ายถิ่นเกิดจาก การใช้ภาษาพูด การจ้างงาน และข้อจำกัดทางด้านการศึกษา (Nwadiora & McAdoo, 1996 : 477) เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในอเมริกา ที่มีสาเหตุคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดจากการพยายามสร้างการสนับสนุนทางสังคม และการสร้างบทบาทขึ้นใหม่ในห้องที่ปลายทางด้วย (Nicholson, 1997 : 19) เช่นเดียวกับการศึกษาผู้อพยพย้ายถิ่นชาวเกาหลีในแคนาดา ซึ่งพบว่าสาเหตุของความเครียดได้แก่ การใช้ภาษา ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความคิดถึงบ้าน ความรู้สึกถึงชาติกำเนิด ประสบการณ์การถูกแบ่งแยก กีดกันจากสังคม ความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงบทบาท และปัญหาในครอบครัว (NOH & Avison, 1996 : 192 - 206)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยในกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในระดับต่ำ ความเครียดสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยสำคัญหลายประการ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รายได้ ความมีอิสระในการทำงาน ระยะเวลาในการย้ายถิ่น กลุ่มสังคม และความทันสมัย ส่วนระยะเวลาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความเครียด ปัจจัยด้านรายได้ กลุ่มทางสังคม และความทันสมัย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความเครียด (เฉลิมชัย, 2531 : ข)

การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การย้ายถิ่นเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นด้วยสาเหตุหลายประการที่แตกต่างกัน ดังนั้นหากไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะส่งผลต่อเรื่องทางอารมณ์อื่นและปัญหาสุขภาพจิตได้ (เฉลิมชัย, 2531 : 35 ; อัมพร, 2538 : 190)

2. ความทุกข์ใจจากการย้ายถิ่น (psychological distress) การย้ายถิ่นทำให้ผู้ย้ายถิ่นต้องผ่านกระบวนการปรับตัวต่างๆดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ย้ายถิ่นเกิดความทุกข์ใจ (Ritsner, Ponizovsky & Ginath, 1997 : 494 ; Siem, 1997 : 788 ; Tran & Dhooper, 1997 : 3) ซึ่งจะลดลงเมื่อเวลาการอาศัยนานขึ้น โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระยะ (Ritsner, Ponizovsky & Ginath, 1997 : 494 - 495) กล่าวคือ

2.1 ระยะเวลา (recent immigration) พบได้ในระยะ 3 - 18 เดือนแรก ภายหลังจากย้ายถิ่น บางรายงานอาจพบได้ในระยะ 3 - 5 ปี หลังการย้ายถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบมากในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

2.2 ระยะเวลา หลัง พบได้ภายหลังจากย้ายถิ่นเป็นเวลาหลายปีผ่านไป ซึ่งมักสัมพันธ์กับการมีปัญหาในครอบครัว และการปรับตัวให้เข้ากับท้องถิ่นที่ปลายทาง

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ใจ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นใหม่ชาวรัสเซียในประเทศอิสราเอล ในระยะสั้นซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 50 ได้แก่ ปัญหาในครอบครัว การขาดบริการทางการแพทย์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต ระดับความซึมเศร้า ความเข้าใจภาษา และการเข้ากันได้กับชาวถิ่นเดิม ส่วนความทุกข์ใจที่เพิ่มขึ้นในระยะยาว ร้อยละ 25 พบว่าเกิดจาก บุคลิกภาพ การขาดการยอมรับของคนในท้องถิ่นที่ปลายทาง ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ในภายหลัง (Ritsner, Ponizovsky & Ginath, 1997 : 497)

3. ความซึมเศร้า เป็นผลต่อเนื่องจากความเครียดในการย้ายถิ่น การศึกษาผู้อพยพย้ายถิ่นชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในอเมริกาพบว่า มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 40 (Nicholson, 1997 : 19) ในผู้ย้ายถิ่นชาวเกาหลีพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มคงที่เมื่ออาศัยอยู่นานกว่า 1 ปีขึ้นไป (NOH & Avison, 1996 : 199) สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น การศึกษาในชาวอินเดียและปากีสถานในอังกฤษพบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20 (Bhatnagar & Frank, 1997 : 907) นอกจากนี้การศึกษาในชาวจีนสูงอายุในอเมริกาพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 เช่นกัน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาที่อาศัยในถิ่นใหม่ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะสุขภาพทางกาย ตลอดจนระดับการผสมผสานทางวัฒนธรรม (Lam, Pacala & Smith, 1997 : 57)

4. ความวิตกกังวล ภายหลังจากย้ายถิ่นจะพบภาวะวิตกกังวลได้ การศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในอเมริกาพบว่า มีความวิตกกังวล ในอัตราถึงร้อยละ 35 รองลงมาจากภาวะซึมเศร้า (Nicholson, 1997 : 19) ในผู้ย้ายถิ่นชาวนิวซีแลนด์พบว่าภาวะวิตกกังวลเกิดจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ประสบการณ์ในการดำรงชีวิต การไม่มีเพื่อนสนิท ภาวะตกงาน ตลอดจนการใช้เวลากับบุคคลต่างเชื้อชาติ (Pernice & Brook, 1996 : 511) ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นชาวอินเดียและปากีสถานในอังกฤษ พบว่า มีภาวะวิตกกังวลในอัตราร้อยละ 4 (Bhatnagar & Frank, 1997 : 907)

4. ความผิดปกติทางอารมณ์อื่น ๆ ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นมีอาการของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อื่น ๆ ได้หลายประการ ได้แก่ ความไวต่อความรู้สึก (Ritsner. et al., 1996 : 17) ความรู้สึกหมกหมอง (Litvinjenko, 1997 : 191) ความรู้สึกไร้ค่าในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นที่ป่วย ซึ่งเห็นว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในมือของผู้มีอำนาจกว่า (Spalding, 1995 : 81) ความรู้สึกหมดความผูกพันกับถิ่นเดิม ความรู้สึกกับแคบต่อพื้นที่ที่จำกัดของสังคมใหม่ (อัมพร, 2538 : 190)

ความรู้สึกว่าแห้ว ความประหม่า ตื่นเต้น คิดถึงบ้าน (ภาณี, 2527 : ข) เป็นต้น

5. อาการทางกายที่สัมพันธ์กับจิต ผลสืบเนื่องจากการย้ายถิ่นและปัญหาสุขภาพจิต อาจส่งผลต่อการเกิดโรคทางกายได้ จากการศึกษาสตรีวัยรุ่นตั้งครรรค์ชาวแมกซิกันในอเมริกา พบว่ามีประวัติการแท้งและตายคลอดสูง (Balcazar, Peterson & Cobas, 1996 : 425) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมพบปัญหาทางกาย เช่น การปวดหัว แผลในกระเพาะอาหาร ปวดหลัง อ่อนล้า เป็นต้น (Baker, Arseneault & Gallant, 1994 : 1064) สำหรับการศึกษาในกลุ่มสตรีย้ายถิ่นในกรุงเทพมหานครพบว่า มีปัญหาการนอนไม่หลับในระยะแรกของการย้ายถิ่น (ภาณี, 2527 : ข) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นของไทย ยังไม่พบการศึกษาไว้

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ย้ายถิ่นระหว่างประเทศ และเป็นกลุ่มวัยที่แตกต่างกัน แต่มีลักษณะร่วมที่เป็นผลจากปัญหาอุปสรรคระหว่างการปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งปัญหาซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเช่นกัน

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ย้ายถิ่นดังกล่าวในระหว่างกระบวนการปรับตัวของการย้ายถิ่น ทำให้ผู้ย้ายถิ่นมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นหลายประการ ในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาถึงผู้ไม่ย้ายถิ่นซึ่งไม่ต้องผ่านกระบวนการดังกล่าวทำให้พบภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างผู้ย้ายถิ่นและคนในท้องถิ่นที่ปลายทางเดิมพบว่า ผู้ย้ายถิ่นมีระดับสุขภาพไม่ดีขึ้นถึง 3.6 เท่าของผู้ไม่ย้ายถิ่น (Shetterly, et al., 1996 : 1798) ในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่ย้ายถิ่นในอเมริกาพบว่ามีปัญหาสุขภาพกายมากกว่าเด็กในอเมริกา (Monison, Rienzo & Frazee, 1995 : 207) ในชาวจีนย้ายถิ่นในอเมริกาพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ในระดับเท่ากับหรือมากกว่าชาวถิ่นเดิม (Kuo, 1984 cited by Tabora & Flaskerd, 1994 : 569) การศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในอังกฤษเปรียบเทียบกับคนผิวขาว พบว่า ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นมีอัตราการตายสูงกว่าด้วย โรคหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง (Balajaran, 1991 ; Cruikshank, et al., 1980 cited by Rassool, 1995 : 199 ; Donaldson & Taylor, 1983 ; Marmot, et al., 1984 ) สำหรับการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นชาวจีนในบอสตันพบว่าแตกต่างจากกลุ่มอื่นในด้านสุขภาพกาย กล่าวคือ ผู้สูงอายุชาวจีนมีสุขภาพกายดีกว่าหรือเท่ากับผู้สูงอายุชาวสหรัฐอเมริกา ในขณะที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่า (Ren & Chang, 1998 : 429) ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบในผู้สูงอายุชาวไทยยังไม่พบการศึกษาไว้

จะเห็นได้ว่าการศึกษภาวะสุขภาพผู้ย้ายถิ่นเป็นการศึกษาในต่างประเทศ และเป็นการศึกษาด้านภาวะสุขภาพจิตเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ว่าจะเป็นการย้ายถิ่น ณ ที่ใด ความคล้ายคลึงกันอยู่ที่ผู้ย้ายถิ่นต้องมีการปรับตัวในสภาพวัฒนธรรม การดำรงชีวิตที่แตกต่างกันระหว่างท้องถิ่นทางและปลายทางไม่มากนัก โดยเฉพาะในระยะแรกของการย้ายถิ่น เมื่อเปรียบเทียบกับคนในท้องถิ่นที่ปลายทางซึ่งไม่ต้องเผชิญกับความแตกต่างดังกล่าว จึงเป็นที่น่าสนใจว่าผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นในสังคมไทยมีลักษณะแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งยังไม่พบการศึกษาไว้

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา รวมทั้งสิ้น 9,131 คน ซึ่งประกอบด้วยประชากร 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นจำนวน 400 คน และผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น 8,731 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นมีจำนวน 100 คน ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดยสัดส่วนร้อยละ 25 (เพชรร้อย และคณะ, 2539 : 141) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น คำนวณขนาดตัวอย่างแบบสัดส่วนไม่เท่ากัน คือ ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น ต่อผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นเป็น 1 ต่อ 2 ได้ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไม่เกิน 5 ปี โดยสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อในทะเบียนการย้ายเข้าของสำนักทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลนครหาดใหญ่ และการสุ่มอย่างเฉพาะเจาะจงใน 29 ชุมชน ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่เกิน 5 ปี โดยสุ่มตัวอย่างจาก 29 ชุมชน ในสัดส่วนชุมชนละ 7 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม 300 คน

#### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้หลัก บุคคลที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย อุปนิสัย สิ่งเสพติดที่ใช้ สวัสดิการในการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ ระยะเวลาที่ย้ายถิ่น เหตุผลในการย้ายถิ่น และเขตที่อยู่อาศัยก่อนการย้ายถิ่น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมา

จากแบบประเมิน Actual Patient Assessment Questionnaires ของ สจ๊วต และแวร์ (Stewart & Ware, 1992) ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพใน 5 องค์ประกอบ โดยมีรายละเอียดของแบบประเมินภาวะสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. สภาวะทางคลินิก (clinical status) ประกอบด้วยข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 15 ข้อ ซึ่งกำหนดคะแนนดังนี้

อาการและความรุนแรงของอาการทางกาย จำนวน 14 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่มีอาการ	ให้	4	คะแนน
มีอาการรุนแรงน้อย	ให้	3	คะแนน
มีอาการรุนแรงปานกลาง	ให้	2	คะแนน
มีอาการรุนแรงมาก	ให้	1	คะแนน

ความบกพร่องของร่างกาย จำนวน 1 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 2 ระดับ กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่มีความบกพร่อง	ให้	2	คะแนน
มีความบกพร่อง	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมของสภาวะทางคลินิก อยู่ระหว่าง 15 – 58 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนไปทางสูง หมายถึง สภาวะทางคลินิกดี ถ้าคะแนนเฉลี่ยก่อนไปทางต่ำ หมายถึง มีสภาวะทางคลินิกไม่ดี

2. การทำหน้าที่ และความผาสุกทางกาย (physical functioning and well-being) ประกอบด้วยข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 25 ข้อ

อาการปวด หลังหรือความเหนื่อยล้า ปัญหาในการนอนหลับ จำนวน 13 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่มีอาการ	ให้	3	คะแนน
มีอาการนานๆครั้ง	ให้	2	คะแนน
มีอาการบ่อย	ให้	1	คะแนน

ผลกระทบของอาการปวด การทำหน้าที่ทางกาย และการเคลื่อนไหว จำนวน 11 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่มี	ให้	4	คะแนน
น้อย	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
มาก	ให้	1	คะแนน

ปริมาณการนอนหลับ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ ซึ่งกำหนดคะแนนดังนี้  
ปริมาณการนอนหลับ 5 – 7 ชั่วโมง ให้ 2 คะแนน

ปริมาณการนอนหลับมากกว่า หรือน้อยกว่า

5 - 7 ชั่วโมง

ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายอยู่ระหว่าง 25 - 85 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนไปทางสูง หมายถึง การทำหน้าที่และความผาสุกทางกายดี ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนไปทางต่ำ หมายถึง มีระดับการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายไม่ดี

3. การทำหน้าที่ และความผาสุกทางจิต (mental functioning and well - being) ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับ ความสามารถทางสติปัญญา การมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และภาวะเครียดจากสุขภาพ จำนวน 28 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ ซึ่งกำหนดค่าคะแนนดังนี้

ข้อคำถามในทางบวก กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่มี	ให้	1	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้	2	คะแนน
บ่อย	ให้	3	คะแนน

ข้อคำถามในทางลบ กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่มี	ให้	3	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้	2	คะแนน
บ่อย	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28 - 84 คะแนน ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนไปทางสูง หมายถึง การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิตดี ถ้าค่าเฉลี่ยก่อนไปทางต่ำ หมายถึง การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิตไม่ดี

4. การทำหน้าที่ และความผาสุกทางสังคม (social functioning and well - being) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ เกี่ยวกับ

ข้อจำกัดในการแสดงบทบาท และกิจกรรมในสังคมของบุคคลในภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจากร่างกายและจิตใจ และความสัมพันธ์กับคู่สมรส จำนวน 19 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 2 ระดับ ซึ่งกำหนดค่าคะแนนดังนี้

ข้อคำถามในทางบวก กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่จริง	ให้	1	คะแนน
จริง	ให้	2	คะแนน

ข้อคำถามในทางลบ กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่จริง	ให้	2	คะแนน
จริง	ให้	1	คะแนน

ผลกระทบของปัญหาสุขภาพจากร่างกายและจิตใจเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต (6 เดือนที่ผ่านมา) จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ กำหนดคะแนนดังนี้

มากขึ้น	ให้	1	คะแนน
เหมือนเดิม	ให้	2	คะแนน
น้อยลง	ให้	3	คะแนน

การทำกิจกรรมในสังคมเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ กำหนดคะแนนดังนี้

มากกว่า	ให้	3	คะแนน
เท่ากัน	ให้	2	คะแนน
น้อยกว่า	ให้	1	คะแนน

ความพึงพอใจในชีวิตในครอบครัว จำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนดังนี้

มาก	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่มี	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32 – 80 คะแนน ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง หมายถึง การทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคมดี ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ หมายถึง การทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคมไม่ดี

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในสุขภาพ (general health perceptions and satisfaction) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 2 ระดับ ซึ่งกำหนดค่าคะแนนดังนี้

ข้อคำถามในทางบวก กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่จริง	ให้	1	คะแนน
จริง	ให้	2	คะแนน

ข้อคำถามในทางลบ กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่จริง	ให้	2	คะแนน
จริง	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 – 24 คะแนน ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพดี ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 112 ข้อ คะแนนรวมของภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ระหว่าง 112 – 331 คะแนน ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง หมายถึง ภาวะสุขภาพดี ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ หมายถึง ภาวะสุขภาพไม่ดี



## การตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. การหาความเที่ยงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยส่งแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ด้านเนื้อหา และนำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปหาความเป็นปรนัย และค่าความเชื่อมั่น

### 2. การหาความเป็นปรนัย (objectivity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะสุขภาพทดลองถามกับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จนเกิดความความแจ่มชัดของข้อคำถาม สามารถสื่อความหมายได้อย่างถูกต้อง

### 3. การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้งหมดที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 20 ราย แล้วนำผลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.94

## การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุมัติต่อนายกเทศมนตรีเทศบาลนครหาดใหญ่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่ได้สำรวจพบ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
4. ผู้วิจัยทำการบรรณาธิกรข้อมูลขณะเก็บข้อมูล และหลังเก็บข้อมูลทุกวัน ก่อนนำคะแนนที่ได้ไปลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC+ โดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น และไม่ย้ายถิ่น ด้วยสถิติทดสอบที (t - test independent) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น
3. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 300 ราย เป็นผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น 100 ราย และผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น 200 ราย โดยมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในทุกด้าน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74 และร้อยละ 73.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 71 และร้อยละ 63.8 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 95 และร้อยละ 89.5 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในสถานภาพการเป็นหม้ายหรือหย่าหรือแยก คิดเป็นร้อยละ 62 และร้อยละ 60.5 ตามลำดับ สำหรับการศึกษพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 46 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 88 และร้อยละ 79 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือไว้เก็บออม คิดเป็นร้อยละ 64 และร้อยละ 57.5 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้หลักจากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 73 และร้อยละ 72.5 ตามลำดับ มีบุคคลผู้ช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 94 และร้อยละ 95 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น คือ บุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 76 และร้อยละ 70.2 ตามลำดับ สำหรับอุปนิสัยพบว่าส่วนใหญ่มีอุปนิสัยสุขุมเยือกเย็น คิดเป็นร้อยละ 76 และร้อยละ 68.5 ตามลำดับ ด้านการเสพติดคิดพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีการเสพติดคิด คิดเป็นร้อยละ 52.1 และร้อยละ 58.5 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n = 100)		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น (n = 200)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	26	26.0	53	26.5
หญิง	74	74.0	147	73.5
อายุ				
60 – 74 ปี	71	71.0	127	63.8
75 – 84 ปี	21	21.0	48	24.1
85 ปีขึ้นไป	8	8.0	24	12.1
ศาสนา				
พุทธ	95	95.0	179	89.5
คริสต์	4	4.0	18	9.0
อิสลาม	1	1.0	3	1.5
สถานภาพสมรส				
โสด	1	1.0	5	2.5
คู่	37	37.0	74	37.0
หม้าย,หย่า,แยก	62	62.0	121	60.5
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	39	39.0	90	45.0
ประถมศึกษา	50	50.0	92	46.0
มัธยมศึกษา	11	11.0	18	9.0
อาชีพหลัก				
ไม่มี	88	88.0	158	79.0
มี	11	11.0	42	21.0
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	10	10.0	29	14.5
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือไว้เก็บ	64	64.0	115	57.5
ออม				
เพียงพอและมีเหลือไว้เก็บ	26	26.0	56	28.0
ออม				

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n = 100)		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น (n = 200)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แหล่งรายได้หลัก				
การทำงาน	9	9.0	32	16.0
เงินบำนาญ	7	7.0	7	3.5
บุตรหลาน	73	73.0	145	72.5
แหล่งอื่นๆ	11	11.0	16	8.0
บุคคลที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด				
ไม่มี	6	6.0	10	5.0
มี	94	94.0	190	95.0
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
อยู่คนเดียว	5	5.0	7	2.7
อยู่กับคู่สมรส	23	23.0	67	26.0
อยู่กับบุคคลอื่น (บุตรหลาน)	89	89.0	174	67.4
อุปนิสัย				
สุขุมเยือกเย็น	76	76.0	137	68.5
ใจร้อน	24	24.0	63	31.5
สิ่งเสพติดที่ใช้เป็นประจำ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ไม่มี	56	47.9	100	41.5
มี	61	52.1	141	58.5
หมวก, พลุ	24	20.5	35	14.5
บุหรี	12	10.3	24	10.0
กาแฟ, น้ำชา	19	16.2	73	30.3
เหล้า	6	5.1	9	3.7

สำหรับในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 98 เท่ากัน และส่วนใหญ่มีความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 98 และร้อยละ 95.5 ตามลำดับ สำหรับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 58 ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นมีสัดส่วนการมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลที่สูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 70 โดยผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีสวัสดิการส่วนใหญ่เป็นบัตรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 26 และร้อยละ 38.5 ตามลำดับ และสิทธิข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 28 และร้อยละ 26.5 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n = 100)		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น (n = 200)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สวัสดิการในการรักษาพยาบาล				
ไม่มี	42	42.0	60	30.0
มี	58	58.0	140	70.0
บัตรสุขภาพ	3	3.0	10	5.0
บัตรผู้สูงอายุ	26	26.0	77	38.5
บัตรประกันสุขภาพเอกชน	1	1.0	-	-
สิทธิข้าราชการ	28	28.0	53	26.5
ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ				
ไม่สะดวก	2	2.0	4	2.0
สะดวก	98	98.0	196	98.0
ความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ				
ไม่สะดวก	2	2.0	9	4.5
สะดวก	98	98.0	191	95.5

เมื่อทดสอบความเป็นอิสระข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่าผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น มีความเป็นอิสระจากกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน (ตาราง 5 และ 6 ภาคผนวก) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน

สำหรับผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น ประมาณครึ่งหนึ่งย้ายเข้ามาในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่เป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือนแต่ไม่ถึง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 59 รองลงมาเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 36 สำหรับเหตุผลที่ย้ายเข้ามาในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งติดตามบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 43 โดยผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นประมาณครึ่งหนึ่งย้ายมาจากนอกเขตเทศบาลหรือสุขาภิบาล คิดเป็นร้อยละ 60 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคใต้ก่อนย้ายเข้ามาในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 79 (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการย้ายถิ่น

ข้อมูลการย้ายถิ่น	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n = 100)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่		
น้อยกว่า 3 เดือน	36	36.0
ตั้งแต่ 3 เดือน แต่ไม่ถึง 3 ปี	59	59.0
3 ปี ถึง 5 ปี	5	5.0
เหตุผลในการย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่		
ทำงาน	7	7.0
ติดตามบุคคลในครอบครัว	43	43.0
ปัญหาสุขภาพ	11	11.0
ดูแลหลาน	20	20.0
เยี่ยมบุตรหลาน	15	15.0
ความสะดวกในการอยู่อาศัย	4	4.0
สถานที่อาศัยก่อนย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่		
เขตเทศบาล/สุขาภิบาล	40	40.0
นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล	60	60.0
ภูมิภาคที่อาศัยก่อนย้ายเข้ามาในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่		
ภาคใต้	79	79.0
ภาคกลาง	8	8.0
ภาคเหนือ	7	7.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5	5.0
ต่างประเทศ	1	1.0

## 2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 260.3$ , S.D. = 32.8 และ  $\bar{X} = 256.6$ , S.D. = 30.9) ส่วนภาวะสุขภาพจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านสภาวะทางคลินิก ( $\bar{X} = 46.4$ , S.D. = 5.3 และ  $\bar{X} = 45.8$ , S.D. = 4.6) การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย ( $\bar{X} = 63.8$ , S.D. = 10.6 และ  $\bar{X} = 60.9$ , S.D. = 10.6) การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต ( $\bar{X} = 71.2$ , S.D. = 11.6 และ  $\bar{X} = 71.9$ , S.D. = 11.7) ค่อนข้างสูง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม ( $\bar{X} = 58.9$ , S.D. = 9.7 และ  $\bar{X} = 58.3$ , S.D. = 8.5) และการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ ( $\bar{X} = 20.3$ , S.D. = 3.2 และ  $\bar{X} = 19.6$ , S.D. = 2.8) ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตาราง 4

## 3. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น

เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น ( $t_{.026} = -2.2$ ,  $p < .05$ ) สำหรับภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ และภาวะสุขภาพโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตาราง 4

โดยสรุปผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า “ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นมีความแตกต่างกัน ” เพียงบางส่วน



ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะ  
สุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n=100) และไม่ย้ายถิ่น (n=200) จำแนกตามรายด้าน  
และโดยรวม

ภาวะสุขภาพ	ช่วงคะแนน ของแบบวัด ( $\bar{X}$ )	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น			ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น			p-value
		ต่ำสุด- สูงสุด	$\bar{X}$	SD	ต่ำสุด- สูงสุด	$\bar{X}$	SD	
1.สภาวะทาง คลินิก	15 - 58 (36.5)	33 - 52	46.4 (สูง)	5.3	29 - 52	45.8 (สูง)	4.6	0.351
2.การทำหน้าที่ และความ ผาสุกทางกาย	25 - 85 (55)	37 - 78	63.8 (สูง)	10.6	34 - 78	60.9 (สูง)	10.6	0.026*
3.การทำหน้าที่ และความ ผาสุกทางจิต	28 - 84 (56)	37 - 84	71.2 (สูง)	11.6	36 - 84	71.9 (สูง)	11.7	0.609
4.การทำหน้าที่ และความ ผาสุกทาง สังคม	32 - 80 (56)	37 - 77	58.9 (ปาน กลาง)	9.7	39 - 78	58.3 (ปาน กลาง)	8.5	0.636
5.การรับรู้ ภาวะสุขภาพ และความพึง พอใจในสุข ภาพของตน	12 - 24 (18)	13 - 24	20.3 (ปาน กลาง)	3.2	14 - 33	19.6 (ปาน กลาง)	2.8	0.067
รวม	112 - 331 (221.5)	172 - 309	260.3 (สูง)	32.8	174 - 308	256.6 (สูง)	30.9	0.349

หมายเหตุ \* =  $p < .05$

## การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 300 คน ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันอย่างน้อยในแง่สำคัญทางสถิติ (ตาราง 5 ภาคผนวก) กล่าวคือ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60 - 74 ปี สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุของเทศบาลนครหาดใหญ่ (สำนักทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลนครหาดใหญ่, 2542) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก สอดคล้องกับลักษณะพัฒนาการในวัยสูงอายุซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางครอบครัวที่สำคัญที่สุดคือ การตายของคู่สมรส (จรัสวรรณ และพัชร, 2533 : 99) ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาภาคบังคับของประเทศไทยที่กำหนดให้ประชาชนต้องได้รับการศึกษาอย่างน้อยในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพใดเป็นหลัก สอดคล้องกับลักษณะพัฒนาการของผู้สูงอายุทางสังคม ที่เป็นวัยแห่งการปลดเกษียณ ลดภาระจากการทำงาน (จรัสวรรณ และพัชร, 2533 : 90) และการปลดเกษียณการทำงานของสังคมไทยที่กำหนดให้เกษียณอายุในการทำงานเมื่ออายุ 60 ปี จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่มีการประกอบอาชีพใดเป็นหลัก ในด้านรายได้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้จากบุตรหลานและมีบุคคลคอยช่วยเหลือ ตลอดจนการอาศัยอยู่กับบุตรหลานเป็นส่วนใหญ่ ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือไว้เก็บออม เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีการประกอบอาชีพหลัก ทำให้ไม่มีรายได้จึงต้องอาศัยการช่วยเหลือจากบุตรหลาน ซึ่งสังคมไทยยังมีลักษณะที่บุตรหลานมีความกตัญญูทวดเวทีต่อผู้สูงอายุ และมีเกื้อกูลต่อผู้สูงอายุในฐานะผู้อาวุโส สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ที่พบว่าบทบาทของลูกในการเลี้ยงดูบิดามารดาผู้สูงอายุยังปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง (ศิริวรรณ อ้างตาม นิตยา, 2537 : 2) และการศึกษาของที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองของไทยมักมีบุตรหลานคอยช่วยเหลือตามอัตภาพ (อารมณ, 2532 : 40) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีภาระค่าใช้จ่ายน้อยลง ทำให้รู้สึกเพียงพอต่อการใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตเมื่อมีบุตรหลานคอยช่วยเหลือ สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ พบเพียงส่วนน้อย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมืองที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเดือดร้อนเรื่องการเงิน ร้อยละ 9 (อารมณ และคณะ, 2532 : 40) ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอุปนิสัยสุขุมเยือกเย็น สอดคล้องกับพัฒนาการทางอารมณ์ในวัยสูงอายุ ที่ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจจากการมีอายุสูงขึ้น จึงพยายามปรับจิตใจและอารมณ์ของตน ทำให้มีพัฒนาจิตใจตนเองไปในทางดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว จึงเป็นวัยที่

มีความสงบ เยือกเย็น เป็นวัยที่ต้องการความสงบ (จินตนา, 2535 : 39 ; วิภาวี, 2532 : 14) ประมาณครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่มีการเสพลิงเสพติดเป็นประจำ ทั้งนี้เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายในวัยสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุพยายามลดสิ่งที่เป็นโทษต่อสุขภาพลง โดยเฉพาะบุหรี่และสิ่งเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ เกี่ยวกับการหยุดสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุที่พบว่ามีการหยุดสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 45 - 60 ปี และเสพลิงเสพติดลดลงในวัยสูงอายุ (จันทร์เพ็ญ, 2540 : 26)

ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ เกินครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนของการมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล โดยผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นมีสัดส่วนของการมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น ทั้งนี้เป็นเพราะนโยบายของรัฐ ตั้งแต่ปี 2535 กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสาธารณสุขภูมิภาค ได้เริ่มจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า หรือบัตรผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งในกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ (อำนาจ และจินตนา, 2541 : 99) จึงทำให้ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่งที่ได้รับสวัสดิการจากรัฐ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นบางรายไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ในเทศบาลนครหาดใหญ่จึงทำให้ไม่สามารถทำบัตรผู้สูงอายุได้ ทำให้สัดส่วนการมีบัตรผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพราะในเขตเมืองของเทศบาลนครหาดใหญ่มีการคมนาคมขนส่งที่สะดวก ประกอบกับผู้สูงอายุมีบุคคลคอยช่วยเหลือทำให้สามารถช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก นอกจากนี้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ยังมีความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีแหล่งบริการสุขภาพให้เลือกหลายประเภท จึงรู้สึกมีความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ

สำหรับเหตุผลในการย้ายถิ่น ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเกือบครึ่งหนึ่งย้ายเข้ามาในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่มีเหตุผลในการย้ายเพื่อติดตามบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับทฤษฎีการตัดสินใจย้ายถิ่นในเชิงจิตวิทยา "ค่านิยม-ความคาดหวัง" ที่ระบุว่าค่านิยมในความผูกพันกับญาติพี่น้อง ครอบครัว เป็นเหตุผลหนึ่งในการตัดสินใจย้ายถิ่น (Mangalan & Schwarzweiler, 1975 อ้างตามสันทัด, 2539 : 56) เช่นเดียวกับการศึกษาการย้ายถิ่นของผู้สูงอายุชาวเยอรมันที่พบว่าส่วนใหญ่ย้ายถิ่นไปยังเครือข่ายทางสังคมที่สนิทสนม (Friedrick, 1994 : 410) และสอดคล้องกับศึกษาการย้ายถิ่นของไทยที่พบว่า เหตุผลทางครอบครัวเป็นเหตุผลหลักประการหนึ่งของการย้ายถิ่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 : 21) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นสามารถพึ่งพามุคคลในครอบครัวในการอยู่อาศัยในสถานที่ใหม่ และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นหลัก สัดส่วนของสถานที่อยู่ก่อนย้ายเป็นบริเวณนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย แสดงให้เห็นถึงกระแสการย้ายถิ่นตามทฤษฎีการพึ่งพา ซึ่งเน้นว่าเมืองเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสร้างความต้อพัฒนาขึ้นในชนบท ทำให้ต้องมีการอพยพเข้าเมืองเพื่อพึ่งพาความเจริญในเมือง (วิโรจน์, 2532 : 11 - 12) สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะการ

ย้ายถิ่นของไทยที่พบว่าผู้ย้ายถิ่นในเขตเมืองเป็นผู้ย้ายถิ่นเข้ามาจากชนบทสูงกว่าเขตเมืองเล็กน้อย (Chamratithirong et al., 1995 : 34) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุย้ายมาจากนอกเขตเทศบาล จึงย่อมมีลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างจากถิ่นที่อยู่อาศัยเดิมในเขตชนบท แต่เมื่อคำนึงถึงภูมิภาคที่อยู่อาศัยเดิมเกือบทั้งหมดเป็นภาคใต้ แสดงให้เห็นถึงความคล้ายคลึงของท้องที่ต้นทางและท้องที่ปลายทาง ในด้านสภาพภูมิอากาศ ตลอดจนสังคมวัฒนธรรมประเพณีต่างๆของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

## 2. กวาระสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพก่อนไปทางสูงในด้านสภาวะทางคลินิก การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการตัดสินใจย้ายถิ่นของบุคคลตามทฤษฎีการย้ายถิ่นของลี ที่กล่าวว่า การย้ายถิ่นเป็นกระบวนการเลือกสรรคน ผู้ย้ายถิ่นออกจากท้องที่ต้นทางต้องเป็นผู้ที่แข็งแรงอดทน และกล้าต่อสู้กับสิ่งต่างๆ และมีความสามารถในการต่อสู้ด้วยจึงจะประสบความสำเร็จในการย้ายถิ่น (Lee, 1966 อ้างตามสันทัด, 2539 : 53) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ตัดสินใจย้ายถิ่นจึงพิจารณาแล้วว่าตนเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคทั้งในระหว่างการย้ายและในท้องที่ปลายทางได้ แสดงให้เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยสภาวะทางคลินิก และการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายที่มีค่าสูงในเกือบทุกข้อ โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยคะแนนในเรื่องข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของร่างกาย และการเดินทางนอกบ้านซึ่งมีค่าก่อนไปทางสูง แสดงให้เห็นศักยภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นในการดำรงชีวิตด้วยตนเองในบ้านและในเขตเมืองในท้องที่ใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวยิวที่ย้ายถิ่นในอังกฤษที่พบว่า มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ (Bowling, Farqar & Leaver, 1992 : 5) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีบุคคลคอยช่วยเหลือดูแล และอาศัยอยู่กับบุตรหลานซึ่งสังคมไทยยังมีลักษณะที่บุตรหลานมีความกตัญญูกตเวทีต่อผู้สูงอายุและมีเกื้อกูลต่อผู้สูงอายุในฐานะผู้อาวุโส สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ที่พบว่าบทบาทของลูกในการเลี้ยงดูบิดามารดาผู้สูงอายุยังปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง (อ้างตาม นิตยา, 2537 : 2) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพตามสมควร ความเจ็บป่วยอันเป็นผลจากการย้ายถิ่นจึงไม่มากนัก ต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นกลุ่มอื่นที่พบว่ามักพบอาการป่วยในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร (รัชคณีย์, 2540 : บทคัดย่อ) ส่วนอาการที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น เช่น อาการนอนไม่หลับ และปัญหาในการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรีผู้ย้ายถิ่นในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่ามีปัญหาในการนอนไม่หลับ (ภาณี, 2527 : ข)

ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิตของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนไปทางสูง เนื่องจากผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเกือบทั้งหมดเป็นผู้ย้ายถิ่นในประเทศ และส่วนใหญ่

เป็นการย้ายถิ่นภายในภูมิภาคเดียวกันคือภาคใต้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวแสดงถึงสภาพทางสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันไม่มาก ทำให้ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นไม่ต้องปรับตัวมากนัก โดยเฉพาะในด้าน ภาษา และสภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาผู้ย้ายถิ่นชาวชนบทภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของไทยที่พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดต่ำ (เฉลิมชัย, 2531 : ข) ซึ่ง แตกต่างจากกลุ่มผู้ย้ายถิ่นระหว่างประเทศ ซึ่งมักพบปัญหาความเครียดจากการย้ายถิ่น (Pollara & Meleis, 1995 : 521 – 539) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นยังมีความพึงพอใจต่อชีวิต ครอบครัวในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึง ลักษณะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิต ใจไม่มาก สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่ย้ายถิ่นในสหรัฐอเมริกาที่พบว่า มี ความซึมเศร้าที่เกิดจาก การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิต (Lam, Pacla & Smith, 1997 : 57) และเนื่องจากผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมีภาวะสุขภาพทางกายที่ดี จากคะแนนเฉลี่ย สภาวะทางคลินิก และการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายที่ค่อนข้างสูง ทำให้ผู้สูงอายุมี ความซึมเศร้า หรือปัญหาสุขภาพจิตน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่ย้าย ถิ่นในสหรัฐอเมริกาที่พบว่ามีความซึมเศร้าที่เกิดจากปัญหาสุขภาพทางกาย (Lam, Pacla & Smith, 1997 : 57) เมื่อคำนึงถึงการตัดสินใจย้ายถิ่นตามแนวคิดทางสังคมวิทยา ที่กล่าวถึง องค์ประกอบหนึ่งของการตัดสินใจย้ายถิ่นของบุคคลว่า เป็นการย้ายเพื่อเปลี่ยนสภาวะทาง สังคม ซึ่งผู้ย้ายถิ่นรู้สึกว่าจะไม่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตมาก และเห็นโอกาส ในการย้ายถิ่นกลับได้เมื่อไม่สามารถปรับตัวได้ (Mangalan & Schwarzweiler, 1975 อ้างตาม สันทัด, 2539 : 56) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่มีความเครียดจากการคิดถึงบ้าน แตกต่างจากกลุ่ม ผู้ย้ายถิ่นในลักษณะการอพยพระหว่างประเทศที่พบความเครียดจากการย้ายถิ่นจากเหตุผลหนึ่ง คือ การคิดถึงบ้าน (NOH & Avison, 1996 : 192 – 206) ด้วยเหตุผลหลายประการดังกล่าวผู้ สูงอายุที่ย้ายถิ่นในการศึกษาจึงมีการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิตค่อนข้างสูง

การทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคมของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย ปานกลาง อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเป็นกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในระยะแรก คือระยะเวลาในการ อยู่อาศัยอยู่ในช่วง 3 เดือนขึ้นไปแต่ไม่ถึง 3 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวตาม ทฤษฎีการบูรณาการเพื่อให้เข้ากับสังคมใหม่ ซึ่งการที่ผู้ย้ายถิ่นจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับ ระบบสังคมในท้องถิ่นปลายทางถึงขั้นการผสมผสานทางวัฒนธรรม หรือการเข้ามีส่วนร่วมใน กิจกรรมของชุมชนได้สูงสุดนั้นอาจต้องใช้เวลาจนถึง 20 ปี (Zeimmer, 1954 อ้างตาม ศุภชัย, 2527 : 30) ทำให้ระดับการปรับตัวของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นให้เข้ากับระบบสังคมในท้องถิ่นใหม่ยัง ไม่ดีนัก สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นสตรีในกรุงเทพมหานครซึ่งย้ายถิ่นไม่เกิน 2 ปี ที่พบว่า การผสมผสานทางวัฒนธรรมนั้นแทบไม่มีการปรับตัวเลย (ภาณี, 2527 : ก) การที่ผู้ สูงอายุที่ย้ายถิ่นสามารถปรับตัวได้บ้าง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่และความผาสุกทาง สังคมในระดับปานกลางนั้น อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุย้ายถิ่นมาโดยมีครอบครัวหรือบุคคลคอย

ช่วยเหลือ และติดตามบุคคลในครอบครัว ทำให้พอจะมีระบบความสัมพันธ์ในสังคมใหม่โดยเฉพาะเพื่อนบ้าน วัด ซึ่งเป็นหน่วยสังคมหลักของผู้สูงอายุอยู่บ้างแล้วโดยผ่านการสร้างเครือข่ายทางสังคมของบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ก่อน ประกอบกับผู้สูงอายุตัดสินใจย้ายถิ่นตามแนวคิดทางสังคมวิทยาซึ่งผู้ย้ายถิ่นต้องการย้ายเพื่อเปลี่ยนสภาวะทางสังคม โดยเชื่อว่าองค์กรทางสังคม และระบบความสัมพันธ์ในสังคมใหม่มีความคล้ายคลึงกับในท้องถิ่นเดิม (Mangalan & Schwarzweller, 1975 อ้างตามสันทัศน์, 2539 : 56) จึงทำให้สามารถสร้างความสัมพันธ์กับสังคมใหม่ได้ไม่ยากนัก

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพของตนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นพบว่า มีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นผลจากความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สั่งสมมานานตลอดชีวิต (Wold, 135 - 137) ประกอบกับผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นใช้เวลาในท้องถิ่นใหม่ไม่นานนักยังไม่สามารถมีการผสมผสานทางวัฒนธรรมความเชื่อใหม่ได้ (Zeimmer, 1954 อ้างตาม ศุภชัย, 2527 : 30) จึงเป็นการยากที่จะเปลี่ยนการรับรู้ดังกล่าว ทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกของการสูงอายุที่เป็นช่วงวัยของการเสื่อมร่วมอยู่ด้วย ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นจะมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะทางคลินิก และการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยโดยรวมจึงพบว่า ไม่รับรู้ภาวะสุขภาพในทางสูงมากนัก ทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นพบว่า ในด้านสภาวะทางคลินิกและด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพค่อนข้างสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้สูงอายุ มีลักษณะที่เสื่อมลงตามวัย สอดคล้องกับลักษณะการสูงอายุเชิงชีวภาพ ซึ่งเป็นการคาดคะเนประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายตามอายุขัย ผู้ที่อายุน้อยจึงย่อมมีความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ สูงกว่าผู้มีอายุมาก (จรัสวรรณ และพัชร, 2533 : 36) ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ทำให้มีความบกพร่องทางกายและปัญหาสุขภาพไม่มากนัก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสุขภาพกายของผู้สูงอายุเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น (นภาพร, มาลินี และจันทร์เพ็ญ, 2532 : 6) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นเป็นผู้ที่อาศัยในเขตเมือง ซึ่งต้องมีลักษณะของการพึ่งพาตนเองสูง (กรรณิการ์, 2526 : 68) ทำให้ผู้อาศัยในเขตเมืองต้องเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมืองดีกว่าในเขตชนบท (Speake, Cowart & Stephen, 1991 : 45 ; Mainous & Kohrs, 1995 : 423) และการศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองที่พบว่า ไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ชัดเจนและดูเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดี (Pongpaew. et al., 1994 : 583)

ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิตของผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสพัฒนาการปรับตัวต่อการสูงอายุอย่างต่อเนื่อง

สามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงของการสูงอายุได้ ซึ่งประเมินได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นก่อนไปทางสูงทุกข้อ (ตาราง 9 ภาคผนวก) ยกเว้นอาการ ซึ่ลิมซึ่งอาจเป็นผลจากพยาธิสภาพในสมอง (จรัสวรรณ และพัชรี, 2533 : 86 - 87) นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นมีสภาวะทางคลินิก และการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายในระดับ สูง ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตน้อย (Redfern, 1991 : 344) สอดคล้องกับการ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานครที่พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความ สัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้า (จรรยา และสุลิต, 2540 : 49) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุที่ไม่ย้าย ถิ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวในระดับสูง (ตาราง 10 ภาคผนวก) แสดงให้เห็น ถึงการได้รับการดูแลและเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับสูง ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความ ต้องการด้านจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ และส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพจิตน้อยลงได้ (จรัสวรรณ, 2531 : 185) สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ไมตรี, 2536 : ข)

ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคมของผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นพบว่า มีค่าคะแนน เฉลี่ยในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการถอยห่างจากสังคม ตามทฤษฎีแยกตัวเอง ซึ่ง ผู้สูงอายุและสังคมพยายามลดบทบาทซึ่งกันและกัน และทฤษฎีกิจกรรมที่สถานภาพทางสังคม ความสนใจและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมจะลดลง (Wold, 1993 : 31) สอดคล้องกับการ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองที่พบว่า มีลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมแบบปฐมภูมิ (จรรยา และสุลิต, 2540 : 54) และการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโครงการส่งเสริม สุขภาพมหาวิทยาลัยมหิดลที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและผู้อ่อนวัยกว่า ส่วน ใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (พัชรี, พัทสนนท์ และกันยา, 2539 : 65) ด้วยเหตุดังกล่าวถึงแม้ว่าใน เขตเมืองจะมีการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมหลายรูปแบบ ก็ไม่อาจ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างเต็มที่นัก ค่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่และความผาสุก ทางสังคมจึงอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพของตนของผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะสังคมไทยให้ความหมายของผู้ สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่ความเสื่อมของสุขภาพ โดยเฉพาะในเขตเมืองซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องปลด เกียณการทำงาน ประกอบกับผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นมีอาการไม่สุขสบายทางร่างกายเกี่ยวกับ อาการปวด ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ได้แก่ การวิ่ง ตลอดจนปัญหาในการนอนหลับ (ตาราง 8 ภาคผนวก) ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนแก่และมีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น ในการศึกษาครั้งนี้มีความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนไม่สูงมากนัก ทั้งที่มีคะแนนเฉลี่ยสภาวะทาง คลินิกและการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายในระดับสูง

### 3. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น

ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นพบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเป็นผู้ที่พิจารณาแล้วว่าคนมีศักยภาพทางร่างกายในการใช้ชีวิตในห้องที่ใหม่และสามารถเผชิญอุปสรรคได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการย้ายถิ่นของลี ที่กล่าวว่า การย้ายถิ่นเป็นกระบวนการเลือกสรรคน (selective process) ผู้ย้ายถิ่นออกจากห้องที่ต้นทางจึงต้องเป็นผู้ที่แข็งแรง สุขภาพดี ทรหด และกล้าต่อสู้กับสิ่งต่างๆ และมีความสามารถต่อสู้ด้วยจึงจะประสบความสำเร็จจากการย้ายถิ่น (Lee, 1966 อ้างตาม ลันทัด, 2539 : 55) ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นไม่จำเป็นต้องไม่ต้องได้รับการคัดเลือกดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นอาจประกอบด้วยผู้ที่มีความสมบูรณ์ทางร่างกายในระดับแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นมีความแตกต่างของการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่ย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ในเมืองบอสตันที่พบว่า ผู้สูงอายุชาวจีนมีสุขภาพกายดีกว่าหรือเท่ากับผู้สูงอายุชาวสหรัฐอเมริกา (Ren & Chang, 1998 : 429)

สำหรับภาวะสุขภาพด้านอื่นๆและภาวะสุขภาพโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นเพราะตามแนวคิดทางสังคมวิทยา การย้ายถิ่นของผู้สูงอายุเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุพิจารณาทางเลือกในการย้ายถิ่นแล้วว่าห้องถิ่นใหม่และห้องถิ่นเดิมไม่แตกต่างกันในด้านความเป็นอยู่มากนัก ผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติวัฒนธรรมได้ทั้งแบบเดิมและแบบใหม่ สังคมใหม่มีการยอมรับ และสามารถย้ายกลับได้เมื่อมีอุปสรรค จึงทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าสามารถปรับตัวในห้องถิ่นใหม่ได้ไม่ยากนัก ดังนั้นผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและยังคงอยู่ในห้องถิ่นใหม่ในขณะทำการศึกษาคั้งนี้จึงเป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถปรับตัวกับห้องถิ่นใหม่ได้ในระดับหนึ่ง ประกอบกับเป็นการย้ายในเขตภูมิภาคเดียวกันคือภาคใต้ ซึ่งมีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมประเพณี ตลอดจนภูมิอากาศที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นจะย้ายมาจากเขตชนบทซึ่งมีสังคมที่แตกต่างกันอยู่บ้าง แต่เนื่องจากสังคมของผู้สูงอายุแคบลง มีความพึงพอใจต่อชีวิตครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดที่ดี ทำให้ลักษณะทางสังคมที่แตกต่างกันไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมากนัก ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นมีภาวะสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน



## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน 300 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นจำนวน 100 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มเฉพาะเจาะจงจากผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่เป็นเวลาไม่เกิน 5 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นจำนวน 200 คน จากการสุ่มเฉพาะเจาะจงจากผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเทศบาลนครหาดใหญ่มากกว่า 5 ปีจาก 29 ชุมชนในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ชุมชนละ 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

#### ผลการศึกษาพบว่า

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกันในทุกด้าน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60 – 74 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพผ่าย,หย่า,แยก เกือบครึ่งมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ไม่มีอาชีพหลัก มีความเพียงพอของรายได้แต่ไม่มีเหลือไว้เก็บออม แหล่งรายได้หลักจากบุตรหลาน มีบุคคลคอยช่วยเหลือดูแล อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีอุปนิสัยสุขุมเยือกเย็น และมีการเสพสิ่งเสพติด ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มเกินครึ่งหนึ่งมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล โดยผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมีส่วนการมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลต่ำกว่า และส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการและรับบริการสุขภาพ

สำหรับผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นพบว่า เกือบครึ่งย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน – 18 เดือน โดยมีเหตุผลของการย้ายเพื่อติดตามบุคคลในครอบครัวมากที่สุด สถานที่อยู่ก่อนย้ายเป็นเขตเทศบาลหรือสุขาภิบาล และส่วนใหญ่ย้ายมาจากภาคใต้

2. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง สำหรับค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในแต่ละด้านของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านสภาวะทางคลินิก การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิตค่อนข้างสูง ส่วนด้านการทำหน้าที่และ

ความผาสุกทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพของตน มีค่าคะแนนเฉลี่ยปานกลาง

3. เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{026} = -2.2, p < .05$ ) เพียงด้านเดียว

## ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

### 1. ด้านบริการพยาบาล

1.1 จากผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งยังไม่มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะมีความครอบคลุมของบัตรผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมีน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น เทศบาลนครหาดใหญ่จึงควรส่งเสริมให้มีการได้รับบัตรผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นที่ไม่มีทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ควรจัดบริการให้สามารถใช้บัตรผู้สูงอายุที่มีอยู่เดิมในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ได้

1.2 เทศบาลนครหาดใหญ่ควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านการจัดบริการเพื่อการส่งเสริมการทำหน้าที่และความผาสุกในสังคม เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนโดยเน้นเครือข่ายของเพื่อนบ้าน และวัด เป็นต้น และส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพของตนให้มากขึ้นกว่าเดิม เช่น การยกย่องผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในเทศกาลทางศาสนา เป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น และควรส่งเสริมให้มีการนำองค์กรเอกชนต่าง ๆ หรือผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการดังกล่าว

### 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 ควรบรรจุเนื้อหาแนวคิดของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นในการเรียนการสอนพยาบาล และแนวคิดในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการเปลี่ยนที่อยู่อาศัยได้เมื่อต้องการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความสมบูรณ์ของการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย โดยคำนึงถึงการช่วยเหลือในการมีกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นร่วมด้วยเสมอ

2.2 ให้นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นร่วมด้วย

### 3. ด้านการทำวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น ที่มี ความแตกต่างของพื้นที่ปลายทาง เช่น การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเข้าในเขตเมืองและ นอกเขตเมือง หรือระหว่างภูมิภาค เป็นต้น

3.2 ควรมีการศึกษาซ้ำในเขตเมืองอื่นๆเพิ่มเติม รวมถึงในเขตเมืองที่ซับซ้อนมาก ขึ้น เช่น กรุงเทพมหานคร

3.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น ในเขตชานเมืองใหญ่ซึ่งมีการย้ายถิ่นสูงด้วย

3.4 ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น โดยเปรียบเทียบในแต่ละ ระยะเวลาช่วงที่ย้ายถิ่น หรือ เหตุผลในการย้ายถิ่น

3.5 ในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมภาวะสุขภาพใน 5 ด้าน กล่าวคือ สภาวะทาง คลินิก การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต การทำ หน้าที่และความผาสุกทางสังคม ตลอดจนการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ ของตน ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มการศึกษาในด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณร่วมด้วย

3.6 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้าย ถิ่นเพื่อทำความเข้าใจกลุ่มตัวอย่างให้ชัดเจนขึ้น

3.7 วิจัยรูปแบบการปรับตัวของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นในเขตพื้นที่ที่แตกต่างกัน

3.8 วิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น ในเขตเมืองร่วมกับเทศบาลนครหาดใหญ่

3.9 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการย้ายถิ่น และการ ปรับตัวในผู้สูงอายุให้ชัดเจนขึ้น

## บรรณานุกรม

กรรณิการ์ สุขเกษม. (2523). สังคมวิทยา นคร. มปท.

กองสถิติสาธารณสุข. (2534). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ.  
กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.

คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัย และวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. (2525). แผนระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544. กรุงเทพฯ : สหกรณ์โกลาไหม จำกัด.

จรรยา เสียงเสนาะ และคณะ. (มกราคม-เมษายน, 2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร  
กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล  
สาธารณสุข, 11 (1), 49 - 56.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (เมษายน - มิถุนายน, 2540). การสำรวจสุขภาพประชากรอายุ  
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม,  
15 - 35.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. (2533). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรง  
พิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

จินตนา ศรีมูล. (2535). จิตวิทยาพัฒนาการในวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,  
12 (1), 36 - 43.

จิราวรรณ ประกอบผล. (ตุลาคม - ธันวาคม, 2531). สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. สรรพสิทธิเวชสาร,  
9 (4), 181 - 187.

เฉลิมชัย บัญญาดี. (2531). "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของผู้ย้ายถิ่นชาวชนบท ภาค  
ตะวันออกเฉียงเหนือที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร", วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต  
สาขาประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ชื่น เตชามหาชัย. (เมษายน - มิถุนายน, 2540). งานผู้สูงอายุในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 และโครงการต่างๆของกรมอนามัย. วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม, 92 - 99.

ทัศนาศ บุญทอง. (มิถุนายน, 2536). การพยาบาลแบบองค์รวมกับการดูแลสุขภาพตนเอง. สารสภากาการพยาบาล, 8 (2), 8 - 14.

\_\_\_\_\_ . (2541). ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์, 16 (1), 34 - 45.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41 (1), 2 - 17.

ธัชดนัย สิทธิศาสตร์. (2540). วิถีชีวิตของแรงงานก่อสร้างอีสานในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาโครงการก่อสร้างแห่งหนึ่งย่านรามคำแหง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

นพวรรณ จงวัฒนา. (2531). เอกสารวิชาการฉบับพิเศษหมายเลข 9 อภิธานศัพท์ประชากรศาสตร์. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ. (2538). ผู้สูงอายุไทยถูกทอดทิ้งมากจริงหรือ?. วารสารประชากรศาสตร์, 11 (1), 49 - 55.

นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา พิริยะธรรมวงศ์. (กุมภาพันธ์ - มีนาคม, 2537). คนหนุ่มสาวเลี้ยงดูผู้สูงอายุอย่างไร. ประชากรและการพัฒนา, 4 (3), 1 - 2.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2525). รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สามติการพิมพ์.

- \_\_\_\_\_ . (2541). 20 ปัญหาของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- ประคอง กรรณสูตร. (2535). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤกษศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม โททกานนท์. (2538). การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย : บทวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยระบบสาธารณสุข. วารสารพยาบาลศาสตร์, 7 (2), 1 - 13.
- ประนอม โททกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2537). รายงานการวิจัย เรื่อง ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชน และสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. ม.ป.ท.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่า และ แบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2531). แหล่งบริการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาล, 15 (1), 60 - 61.
- ประเวศ วะสี. (2538). การดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมสมัยใหม่. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปริศนา โกละสุด. (2534). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน : ศึกษาเปรียบเทียบผู้เคยย้ายถิ่นและผู้ไม่เคยย้ายถิ่น. วิทยานิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (มกราคม - มีนาคม, 2540). แนวคิดสุขภาพและการพยาบาล. สารสาการพยาบาล, 11 (1), 1 - 12.
- พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ และคณะ. (2539). สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยและแนวโน้มในอนาคต. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4 (4), 236 - 248.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). ระบาดวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : พี. เอ. ลิฟวิง .

พัชร ดันศิริ, พัสมนธ์ คุ่มทวีพร และกันยา ออประเสริฐ. (กรกฎาคม - กันยายน, 2539).

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับสัมพันธ์ภาพในสังคมของผู้สูงอายุ.  
สารสาการพยาบาล, 11 (3), 65 - 71.

พิชญากรณ์ มุลศิลป์ และคณะ. (2536). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังการเกษียณ. รายงานการวิจัยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. (มกราคม - เมษายน, 2541). พฤติกรรมเสี่ยง สภาวะแวดล้อมในการอยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และลักษณะการทำงานที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ : กรณีศึกษาในจังหวัดสมุทรสาคร.  
วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 28 (1), 44 - 53.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแสง. (2539). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : เทมการพิมพ์.

เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์. (2527). ประชากรศาสตร์. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ม.ป.ท.

\_\_\_\_\_. (กันยายน, 2535). พัฒนาการนิยามเขตเมือง. วารสารประชากรศาสตร์, 8 (2), 1 - 18.

ภาณี แสนเจริญ. (2527). การปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

มยุรา นพพรพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

มานัส วุฒิววัฒน์. (มกราคม, 2539). การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์, 21 (1), 13 - 19.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2537). ศักยภาพของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ข้อมูลจากงานวิจัย. วารสารประชากรศาสตร์, 10 (1), 43 - 69.

- ไมตรี ดิยะรัตนกุล. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอ เมือง จังหวัดสระบุรี. กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- รพีพรรณ สุวรรณรัฐโชติ. (2532). สังคมวิทยา และวัฒนธรรมไทย. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ม.ป.ท.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, ชาญชัย ยามะรัตน์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (มกราคม - เมษายน, 2540). การ ศึกษาบทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพศึกษา, 20 (75), 40 - 54.
- รมจักร พัฒนศิริ. (2538). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการย้ายเข้าสู่ถิ่นปลายทาง : ศึกษาเฉพาะผู้ย้าย ถิ่นที่ต้องการหางานทำในเมืองหลัก นครราชสีมา ชลบุรี และสงขลา-หาดใหญ่. กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เรณู พุกบุญมี. (2539). นันทนาการกับการมีชีวิตอยู่กับผู้สูงอายุ. สารสภากาพย์พยาบาล, 11 (3), 75 - 85.
- วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพผู้สูงอายุ. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.



วชิราภรณ์ สุมวงศ์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วิภาวี คงอินทร์. (ตุลาคม - ธันวาคม, 2532). การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์, 9 (4), 10 - 16.

\_\_\_\_\_. (2537). การพยาบาลผู้สูงอายุ. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.

วิโรจน์ สารรัตนะ. (2532). การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาชนบทไทย. กรุงเทพฯ : อักษรภาพิพัฒนา.

วิไล วงศ์ลีปชาติ. (2534). สังคมวิทยาเมือง. วารสารประชากรศาสตร์, 7 (2), 1 - 15.

\_\_\_\_\_. (2535). สภาวะแวดล้อมเพื่อคุณภาพชีวิต. วารสารประชากรศาสตร์, 8 (2), 33 - 47.

\_\_\_\_\_. (มีนาคม, 2536). การมีลักษณะแบบเมือง : จากอดีตสู่อนาคต. วารสาร ประชากรศาสตร์, 9 (1), 47 - 66.

\_\_\_\_\_. (2539). วิถีชีวิตแบบเมือง : ทางเลือกที่ไม่อาจเลี่ยง. วารสารประชากร ศาสตร์, 12 (1), 1 - 20.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2539). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุ ปัญหา และการ แก้ไข. สารสภากาพยาบาล, 11 (3), 31 - 38.

\_\_\_\_\_. (2539). มโนทัศน์การพยาบาลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14 (3), 9 - 13.

วันทนา กลิ่นงาม. (2528). ประชากรศึกษาและการวางแผนครอบครัว. สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีน้อย มาศเกษม และคณะ. (ตุลาคม - ธันวาคม, 2535). พฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพศึกษา, 15 (60), 22 - 34.

ศรีญา บุญนาค. (2536). ตัวกำหนดการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยในเขต กทม. วารสารประชากรศาสตร์, 9 (2), 23 - 46.

ศิริพร ชัมภลลิขิต. (2539). แบบแผนสุขภาพ และการเก็บรวบรวมข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : เทมการพิมพ์.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (สิงหาคม, 2531). การย้ายถิ่นของประชากรและความเป็นเมือง. จดหมายข่าวประชากร สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ฉบับที่ 40, 1 - 5.

ศุภชัย ศรีหล้า. (2534). การศึกษา สาเหตุ รูปแบบ และผลสืบเนื่องของการย้ายถิ่นเพื่อขอทานศึกษาเฉพาะกรณีบ้านม่วง อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด. กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2533). การสัมมนา เรื่อง นโยบายการย้ายถิ่นในประเทศไทย : การสัมมนาข้อมูลที่สำคัญ. มหาวิทยาลัยมหิดล. ม.ป.ท.

\_\_\_\_\_. (มกราคม, 2541). สถิติประชากร เมื่อ 1 มกราคม 2541. สารประชากร, 6 (2), 1 - 2.

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์. (กรกฎาคม - กันยายน, 2538). การศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุ. วารสารพยาบาล, 44 (3), 182 - 190.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). สังคมวิทยาภาวะความสูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกัญญา รำพึงกิจ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (กุมภาพันธ์, 1994). ภาวะทุพพลภาพ : ปัญหาของผู้สูงอายุ.  
จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 38 (2), 67 - 75.
- สุพรรณณี นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเหว่และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุพรรณณี เจริญวิศิษฐ์ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์. (เมษายน - มิถุนายน, 2540). เปรียบเทียบ  
ภาวะสุขภาพและความจำเหว่ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท ในภาคเหนือ  
ตอนบน. วารสารพยาบาล, 46 (2), 109 - 120.
- สุพัตรา เพชรมณี, เพ็ญพักตร์ ทองแท้ และประวิจิ เสงฆ์ขาว. (2527). ปัญหาการว่างงานกับการ  
ย้ายถิ่นในเขตเมืองหลัก เมืองรองของภาคใต้. ม.ป.ท.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. (2538). รายงานการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพอนามัย และการ  
ดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง).  
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ บุญญาอนุพงศ์. (2534). สภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง. โครงการชราภาพศึกษา  
สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มปท.
- สันศักดิ์ เสริมศรี และจิราพร เขียวอยู่. (2540). คุณลักษณะของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจาก  
ครอบครัวต่อกิจกรรมการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพอนามัยของสังคมไทย. วารสาร  
ประชากรศาสตร์, 13 (2), 1 - 24.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2537). รายงานการสำรวจการย้ายถิ่นของ  
ประชากร พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ. เริงสะพานเนาจำเนียร.
- \_\_\_\_\_ . (2538). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537.  
กรุงเทพฯ : ห.จ.ก.เอเคียสแควร์.

- อภิทยา นวลศรี. (2528). การปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาชุมชนแออัดเชื้อเพลิงพัฒนา. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยา มนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และกฤติยา อาชวนิจกุล. (2524). "ประชากรศาสตร์" ใน เอกสารการ สอนชุดวิชา มนุษย์กับสังคม. สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อภา ใจงาม. (2533). ผู้สูงอายุไทยในยุคนี้. วารสารพยาบาล, 39 (4), 288 - 295.
- อารมณ วุฒิปุทฺธ และคณะ. (มกราคม - เมษายน, 2532). การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 3 (1), 36 - 47.
- อำนาจ กาจินะ และจินตนา ศรีวงษา. (ตุลาคม - ธันวาคม, 2541). สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย : ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 21 (4), 95 - 108.
- อัมพร โอตระกุล และคณะ. (ตุลาคม, 2536). ความเข็มแข็งของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท. วารสารกรมการแพทย์, 18 (10), 503 - 507.
- อัมพร โอตระกุล. (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : นานอักษรการพิมพ์.
- Aillinger, R.L., Dear, M.R. & Wilcox, P.H. (July - August, 1993). Predictors of Function Among Older Hispanic Immigrants : A Five-year Follow up. Nursing Research, 42 (4), 240 - 244.
- Aillinger, R.L. & Causey, M.E. (December, 1995). Health concept of older hispanic Immigrants. Western Journal of Nursing Research, 17 (6), 605 - 613.
- Anderson, R. et al., (March, 1981). Access to Medical Care among the Hispanic Population of the Southwestern United States. Journal of Health and Social Behavior, 22 (3), 78 - 89.

- Aroian, K.J., Spitzer, A. & Bell, M. (December, 1996). Family stress and support among former Soviet immigrants. Western Journal of Nursing, 18 (6) : 655 - 674.
- Baker, C., Arseneault, A.M. & Gallant, G. (1994). Resettlement without the support of an ethnocultural community. Journal Advanced Nursing , 20, 1064 – 1072.
- Balcazar, H., Peterson, G. & Cobas, J.A. (November - December, 1996). Acculturation and health-related risk behaviors among Mexican American pregnant youth. American Journal of Health Behavior ,20 (6), 425 - 433.
- Bhatnagar, K. & Frank, J. (September, 1997). Psychiatric disorders in elderly from the Indian sub-continent living in Bradford. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12 (9), 907 - 912.
- Binstock, R.H. & Shanas, E. (1985). Handbook of Aging and The Social Sciences. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Van Nostrand Reinhold Company.
- Bowling, A., Farquhar, M. & Leaver, J. (1992). Jewish People and aging : their emotional well – being ; physical health status and use of services. Nursing Practice, 5 (4), 5 – 16.
- Burke, M.M. & Walsh, M.B. (1992). Gerontologic Nursing : Care of The Frail Elderly . St.Louis : Mosby Year Book.
- Ciesielski, S. et al. (November, 1994). The incidence of tuberculosis among North Carolina migrant farmworkers, 1991. American Journal of Public Health, 84 (11) : 1836.
- Clark, M.J. (1992). Nursing in the Community. Norwalk : Appleton & Lange.
- Cohan, S. & Syme, S.L. (1985). Social Support and Health. London : Academic Press.

- Cookfair J.M. (1996). Nursing Care in the Community. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis : Mosby.
- Chamratrithirong, A. et al. (1995). National Migration Survey of Thailand.  
Nakonpathom (Salaya) : Mahidol University.
- Danermark, B.D., Ekstrom, M.E. & Bodin, L.L. (September, 1996). Effects of residential relocation on mortality and morbidity among elderly people. European Journal of Public Health, 6 (3), 212 - 217.
- De Jong, G.F. et al. (November, 1995). Motive and Geographic mobility of very old Americans. Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences (Washington DC), 50 (6) : s395 – 404.
- Delgado, M. & Tennstedt, S. (November, 1997). Making the case for culturally appropriate community services : Puerto Rican elders and their caregivers. Health and Social Work, 22 (4) : 246 – 255.
- Eliopoulos, C. (1993). Gerontological Nursing. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Friedrich, K. (November – December, 1994). Residential mobility in the elderly. Current results of geographic mobility research in unified Germany. Zeitschrift Fur Gerontologie (Darmstadt), 27 (6) : 410 – 418.
- Halter, P.M. & Meleis, A.I. (October, 1995). The stress of immigration and the daily lived experiences of Jordanian immigration women in the United State. Western Journal of Nursing Research, 17 (5), 521 - 523.
- Herlitz, C. (1997). Functional status of the non-institutionalized elderly in Sweden. Journal of Gerontological Social Work, 27 (4), 41 - 55.

- Hurh, W.M. & Kim, K.C. (Fall, 1990). Adaptation stages and Mental health of Korean Male Immigrants in the United States. International Migration Review, 24, 456 - 479.
- Hyduk, C.A. (1996). The dynamic relationship between social support and health in older adults : assessment implications. Journal of Gerontological and Social Work., 27 (1/2), 149 - 163.
- Jones, P.S. & Meleis, A.I. (1993). Health is empowerment. Advanced in Nursing Science, 15 (33), 1 - 14.
- Kamaya, H.A. (March, 1997). African immigrants in the United States : the challenge for research and practice. Social Work Journal of The National Association of Social Workers, 42 (2), 154 - 165.
- Kauffman, K.S. (July - August, 1995). Center as haven : findings of urban ethnography. Nursing Research, 44 (4), 231 - 236.
- Krach, P. et al. (September, 1996). Functional status of the oldest-old in home setting. Journal of Advanced Nursing. (3), 456 - 464.
- King, I.M. (1981). A Theory for Nursing : Systemms, Concepts, Process. New York : A Wiley Medical Publication.
- Lam, R.E., Pacala, J.T. & Smith, S.L. (1997). Factors related to depressive symptoms in elderly Chinese American sample. Clinical Gerontologist, 17 (4), 57 - 70.
- Linn, M.W. & Linn, B.S. (1984). Self evaluation of life Function (SELF) Scale : A Short, Comprehensive Self-Report of Health for Elderly Adults. Journal of Gerontology, 39 (5), 603 - 612.
- Lipson, J.G. & Omidian, P.A. ( February, 1997). Afgan refugee issues in the U.S. social environment. Western Journal Nursing Research, 19 (1), 110 - 126.

- Litvinjenko, S. (July - August, 1997). Migration and Health. Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo (Beograd), 125 (7 - 8), 191 - 196.
- Mainous, A.G. & Kohrs, F.P. (October, 1995). A comparison of Health Status between Rural and Urban Adults. Journal of community health, 20 (5), 423 - 431.
- Martsof, D.S. (1991). The relation between adjustment, health and perception of care in two groups of cross-cultural student migrants. Univesity of Pittsbergh.
- Matteson, M.A. & McConnell, E.S. (1988). Gerontological Nursing : Concepts and Practice. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Matterson, M.A., McConnell, E.S. & Linton, A.D. (1997). Gerontological Nursing : Concepts and Practice. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Miller, C.A. (1995). Nursing Care of the Older Adults : Theory and Practice. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Monison, S.D., Rienzo, B.A. & Frazee, C. (July - August, 1995). Developing health education for Hispanic migrant preschool youth. Journal of Health Education, 26 (4), 207 - 210.
- Mui, A.C. (November, 1996). Depression among elder Chinese immigrations : an exporatory study. Social Work Journal of The National Association of Social Workers, 41 (6), 633 - 645.
- Nicholson, B.L. (March, 1997). The influence of pre-immigration and post-migration stressors on mental health : a study of Southeast Asia refugee. Social Work Research, 21 (1), 19 - 31.
- NOH, S. & Avison, W.R. (June, 1996). Asian Immigrants and the stress process : A Study of Koreans in Canada. Journal of health and Social Behavior, 37, 192 - 206.



- Nordenfelt, L. (1993). Quality of life, Health and Happiness. Aldershot : Avebury.
- Nwadiora, E. & McAdoo, H. (Summer, 1996). Acculturative stress among Amerasian refugees : gender and racial differences. Adolescence,31 (122), 477 - 487.
- Orem, D.E. (1995). Nursing Concepts and Practice. St. Louis : Mosby.
- Pender, N.J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. Connecticut : Appleton & Lange.
- Pernice, R. & Brook, J. (August, 1996). Refugees' and immigrants' mental health : Association of demographic and post-immigration factors. Journal of Psychology,136 (4), 511 - 519.
- \_\_\_\_\_ (Spring, 1996). The mental health pattern of migrants : is there a euphoric period followed by a mental crisis? International Journal of Psychiatry, 42 (1), 18 - 27.
- Pham, C.T. & McPhee, S.J. (Winter, 1992). Knowledge, attitudes and practices of breast and cervical cancer screening among Vietnamese women. Journal of Cancer Education, 7 (4) : 305 – 310.
- Pollara, M.H. & Meleis, A.I. (1995). The Stress of Immigration and the Daily lived Experiences of Jordanian Immigrant Women in the United States. Western Journal of Nursing Research, 17 (5), 521 - 539.
- Pongpaew, P. et al. (September, 1994). Socio-Demographic Characteristics and Health Status of Urban Thai Elderly. Southeast Asian Journal Medical Public Health. 25 (3), 583 - 589.
- Preston, D.B. (1995). Marital status, gender, roles, stress and health in the elderly. Health Care for Women International, 16, 149 - 165.

- Rassool, G.H. (1995). The Health Status and Health Care of Ethno-Cultural Minorities in The United Kingdom : An Agenda for Action. Journal of Advanced Nursing ,21, 199 - 201.
- Reimer, T.T. (1984). Reconceptualizing the Construct of Health : Integrating Emic and Etic Perspectives. Research in Nursing and Health,7, 101 -109.
- Reilly, F.E. (October, 1994). An ecological approach to health risk: a case study of urban elderly homeless people. Public Health Nursing,11 (5), 305 - 314.
- Ren, X.S. & Chang, K. (May, 1998). Evaluation health status of elderly Chinese in Boston. Journal of Clinical Epidemiology, 51 (5) : 429 – 435.
- Ritsner, M. et al. (January - February, 1996). Effects of immigration on the mental ill – does it produce psychological distress? Comprehensive Psychiatry, 37 (1) : 17 – 22.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A. & Ginath, Y. (1997). Changing patterns of distress during the adjustment of recent immigrants : a 1- year follow-up study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 95, 494 - 499.
- Roy, C. (1984). Introduction to nursing : An adaptation model. 2<sup>nd</sup> ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice - Hall.
- Shan, S. (February, 1997). In practice. Preventing Coronary heart disease among people of Asian origin. Health Visitor, 70 (2) : 77 – 79.
- Shetterly, S.M. et al. (December, 1996). Self - rated health among Hispanic VS non - Hispanic White adults : The San Luis Valley Health and Aging study. American Journal of Public Health ,86 (12), 1789 - 1801.
- Siem, H. (May, 1997). Migration and Health : The international perspective. Schweizerische Rundschau Fur Medizin Praxis, 86 (19), 788 – 793.

- Smith, J.A. (1983). The Idea of Health : Implication for Nursing Profession. New York : Teacher college.
- Smith, L. (Fall, 1996). New Russian immigrants : Health problems, practices and values. Journal of Cultural Diversity, 3 (3), 68 - 73.
- Spalding, A.D. (1995). Racial minorities and other high-risk groups with HIV and AIDS at increased risk for psychological adjustment problems in association with health locus of control orientation. Social Work in Health Care, 21 (3), 81 - 114.
- Speake, D.L., Cowart, M.E. & Stephen, R. (January - February, 1991). Healthy Lifestyle Practices of Rural and Urban Elderly. Health Values, 15 (1), 45 - 51.
- Stewart, A.L. & Ware, J.E. (1992). Measuring Functioning and Well-Being : The Medical Outcomes Study Approach. Durham : Duke University Press.
- Teresa, C.J. (January/February, 1995). Access to Health Care for Hispanic Women : A Primary Health Care Perspective. Nursing Outlook, 43 (1), 23 - 28.
- Tobora, B. & Flaskerud, J.H. (1994). Depression among Chinese Americans : A Review of the literature. Issue in Mental Health Nursing, 15, 569 - 584.
- Tran, T.V. & Dhooper, S.S. (1997). Poverty, chronic stress, ethnicity and psychological distress among elderly Hispanics. Journal of Gerontological Social Work, 27 (4), 3 -19.
- Travis, S.S & Clark, W.G. (1996). Metropolitan / nonmetropolitan gero-psychiatric patients : a comparison of levels of functioning, family support, and care migration patterns. Journal of Gerontological Social Work, 25 (3/4), 107 - 20.
- United Nation. (1993). The sex and Age Distribution of the World Populations. The 1992 Revision. New York : United Nation.

Whittle, H & Goldberg, D. (February, 1996). Functional health status and instrumental activities of daily living performance in non-institutionalized elderly people. Journal of Advanced Nursing, 23 (2), 220 - 227.

Wold, G. (1993). Basic Geriatric Nursing. St,louis : Mosby.

World Health Organization. (1993). The Urban Health Crisis : Strategies for health for all in the face of rapid urbanization. Geneva : WHO.

Yamane, T. (1967). Statistics : An Introductory Analysis. Singapore : Harper International Education.

Yang, R.J. et al. (December, 1995). Perceive Health Status of the elderly in self-paid car homes (China). Nursing Research (China), 3 (4), 353 - 364.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.  
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางฤดีดาว ช่างसान เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น และไม่ย้ายถิ่น เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริม และจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณ..... ตอบแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที คุณมีสิทธิ์จะตอบรับ หรือปฏิเสธก็ได้ ในระหว่างการสัมภาษณ์ คุณอาจขอยกเลิกการสัมภาษณ์ก็ได้ตามต้องการ คำตอบของคุณดิฉันจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือ

ฤดีดาว ช่างसान

ภาคผนวก ข.  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตอนที่ 1      ข้อมูลส่วนบุคคล  
คำชี้แจง      โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับคำตอบ  
จากการสัมภาษณ์และสิ่งที่สังเกตเห็น

1. เพศ
  - (    )      1. ชาย
  - (    )      2. หญิง
2. อายุ
  - (    )      1. 60 – 74 ปี
  - (    )      2. 75 – 84 ปี
  - (    )      3. ตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป
3. ศาสนา
  - (    )      1. พุทธ
  - (    )      2. อิสลาม
  - (    )      3. คริสต์
  - (    )      4. อื่นๆระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
  - (    )      1. โสด
  - (    )      2. คู่
  - (    )      3. หม้าย/หย่า/แยก
5. ระดับการศึกษา
  - (    )      1. ไม่ได้รับการศึกษา
  - (    )      2. ประถมศึกษา
  - (    )      3. มัธยมศึกษาขึ้นไป
6. อาชีพหลัก
  - (    )      1. ไม่มี
  - (    )      2. มี

7. ความเพียงพอของรายได้  
 ( ) 1. ไม่เพียงพอ  
 ( ) 2. เพียงพอแต่ไม่มีเหลือไว้เก็บออม  
 ( ) 3. เพียงพอและมีเหลือไว้เก็บออม
8. แหล่งรายได้หลัก  
 ( ) 1. การทำงาน  
 ( ) 2. เงินบำนาญ  
 ( ) 3. บุตรหลาน  
 ( ) 4. แหล่งอื่นๆ ระบุ.....
9. บุคคลที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุดเมื่อมีปัญหาหรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือในทุกด้าน  
 ( ) 1. ไม่มี  
 ( ) 2. มี ระบุความเกี่ยวข้อง.....
10. บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ( ) 1. อยู่คนเดียว  
 ( ) 2. อยู่กับคู่สมรส  
 ( ) 3. อยู่กับบุคคลอื่น ระบุความเกี่ยวข้อง.....
11. โดยปกติท่านเป็นคนมีอุปนิสัย  
 ( ) 1. สุขุมเยือกเย็น  
 ( ) 2. ใจร้อน  
 ( ) 3. อื่นๆ ระบุ.....
12. สิ่งเสพติดที่ใช้เป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ( ) 1. ไม่มี  
 ( ) 2. บุหรี่  
 ( ) 3. เหล้า  
 ( ) 4. หมาก/พสุ  
 ( ) 5. กัญชา
13. สวัสดิการในการรักษาพยาบาล  
 ( ) 1. ไม่มี  
 ( ) 2. บัตรสุขภาพ  
 ( ) 3. บัตรผู้สูงอายุ  
 ( ) 4. บัตรประกันสุขภาพเอกชน  
 ( ) 5. สิทธิข้าราชการ



14. ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ

( ) 1. ไม่สะดวก

( ) 2. สะดวก

15. ความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ

( ) 1. ไม่สะดวก

( ) 2. สะดวก

หมายเหตุ ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

1. ท่านที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่อย่างต่อเนื่องให้ข้ามไปตอบตอนที่ 2

2. ท่านที่ย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ให้ตอบข้อ 16 - 18

16. ระยะเวลาในการย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

( ) 1. น้อยกว่า 3 เดือน

( ) 2. ตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี

( ) 3. มากกว่า 3 ปีจนถึง 5 ปี

17. เหตุผลในการย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

( ) 1. ทำงาน

( ) 2. ติดตามบุคคลในครอบครัว

( ) 3. ปัญหาสุขภาพ

( ) 4. คูแผลหลาน

( ) 5. เยี่ยมบุตรหลาน

( ) 6. ความสะดวกในการอยู่อาศัย

18. สถานที่อยู่อาศัยก่อนย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

( ) 1. เขตเทศบาล/สุขาภิบาล ภาค.....

( ) 2. นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล ภาค.....

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ  
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์

1. ด้านสภาวะทางคลินิก

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ/ อาการแสดงต่อไปนี้หรือไม่และรุนแรงเพียงใด

อาการ	ไม่มี	มี (ระดับความรุนแรง)		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
1.1 หัวใจ น้ำมูกไหล				
1.2 ไข้				
1.3 นอนไม่หลับ				
1.4 อาการทางผิวหนัง เช่น คัน เป็นแผล				
1.5 หกล้ม				
1.6 กระตุกหัก				
1.7 ตามัว				
1.8 หูตึง				
1.9 หน้ำมืดเป็นลม				
1.10 เวียนศีรษะ				
1.11 เบื่ออาหาร				
1.12 ท้องเสีย				
1.13 ท้องอืด				
1.14 ซ้ำตามร่างกาย				

2. ท่านมีข้อจำกัด หรือความบกพร่องของร่างกายที่ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่

( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี

2. ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

ประเภทของการปวด	ไม่มี	มี	
		นานๆ ครั้ง	บ่อย
1.1 ปวดศีรษะ			
1.2 ปวดเมื่อย			
1.3 ปวดข้อ			
1.4 ปวดเข่า			
1.5 ปวดหลัง			
1.6 ปวดเสียดท้อง			
1.7 ปวดฟัน			

2. อาการปวดที่เกิดขึ้นมีผลต่อตัวท่านในเรื่องต่อไปนี้เพียงใด

ผลกระทบ	ไม่มี	มี		
		น้อย	ปาน กลาง	มาก
2.1 อารมณ์				
2.2 การเดิน				
2.3 การพักผ่อน				
2.4 การนอนหลับ				
2.5 งานที่ทำในแต่ละวัน				

3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่อไปนี้เพียงใด

กิจกรรม	ไม่มี	มี		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
3.1 การยกหรือเคลื่อนย้ายของ				
3.2 การวิ่ง				
3.3 การเดิน				
3.4 การอาบน้ำ แต่งตัว				
3.5 การขึ้นบันได				

4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในการเดินทางไปไหนมาไหนนอกบ้าน ท่านไปคนเดียวหรือมีคนอื่นช่วย

- ( ) 1. ไปคนเดียว  
 ( ) 2. มีคนคอยช่วยนาน ๆ ครั้ง  
 ( ) 3. มีคนคอยช่วยบ่อยครั้ง  
 ( ) 4. มีคนคอยช่วยทุกครั้ง

5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้เกิดขึ้นกับตัวท่านบ่อยเพียงใด

ความรู้สึก	ไม่มี	มี	
		นาน ๆ ครั้ง	บ่อย
5.1 อ่อนเพลีย			
5.2 มีแรงที่จะทำในสิ่งที่ต้องการ			
5.3 เหนื่อยง่าย			

6. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านนอนหลับในเวลากลางคืนโดยเฉลี่ยคืนละ.....ชั่วโมง

7. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา การนอนของท่านเป็นอย่างไร

เหตุการณ์	ไม่มี	มี	
		นานๆ ครั้ง	บ่อย
7.1 นอนหลับไม่สนิท			
7.2 ใช้เวลานานกว่าจะหลับ			
7.3 ตื่นกลางดึกแล้วหลับยาก			

3. ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยเพียงใด

เหตุการณ์	ไม่มี	มี	
		นานๆ ครั้ง	บ่อย
1.1 มีปัญหาในการตัดสินใจและเรียนรู้ สิ่งใหม่ๆ			
1.2 ไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมและคิด สิ่งต่างๆ			
1.3 รู้สึกเป็นคนขี้หลง			
1.4 รู้สึกเป็นคนขี้ลืม			
1.5 รู้สึกว่าพูดและทำสิ่งต่างๆได้ช้าลง			

2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการ หรืออาการแสดง หรือความรู้สึกต่อไปนี้เกิดขึ้นกับตัวท่านบ่อยเพียงใด

อาการ อาการแสดง ความรู้สึก	ไม่มี	มี	
		นานๆ ครั้ง	บ่อย
2.1 ชอบในสิ่งที่ได้ทำ			
2.2 มีสิ่งที่ทำให้ท่านสนใจมากมาย			
2.3 อบอุ่นใจ			
2.4 มีความสุขสขชื่น			
2.5 ชีก็จวล			
2.6 ทำใจยาก			
2.7 ภาระนกรววย			
2.8 เครียดง่าย			
2.9 หลหุใจ			
2.10 ไม่มีอะไรเหลือในชีวิต			
2.11 อยากร้องไห้			
2.12 ท้อแท้			
2.13 อารมณขึ้นๆลงๆ			
2.14 ชีวิตตกต่ำไม่มีใครช่วยได้			
2.15 ไม่ต้องการพบผู้คน			
2.16 ได้รับความรักจากบุคคลอื่น			
2.17 ต้องการความรักจากบุคคลอื่น			

3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทำให้ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้เกิดขึ้นหรือไม่เพียงใด

ความรู้สึก	ไม่มี	มี	
		นานๆ ครั้ง	บ่อย
3.1 ท้อใจ			
3.2 รู้สึกหมอมลง			
3.3 ทุกข์ใจ			
3.4 หมลหวัง			
3.5 ด้บข้งใจ			
3.6 กลัว			

4. ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายและสุขภาพจิตใจทำให้การทำงานของท่านเปลี่ยนแปลงไป  
ดังนี้หรือไม่

กิจกรรม	ไม่จริง	จริง
1.1 ต้องหยุดพักระหว่างทำงานบ่อยๆ		
1.2 ทำงานได้น้อยลง		
1.3 ทำได้เฉพาะงานบางอย่าง		
1.4 ทำงานที่เคยทำได้ลำบากขึ้น		
1.5 ระมัดระวังในการทำงานมากขึ้น		
1.6 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงาน		
1.7 ช่วงเวลาในการทำงานลดลง		
1.8 แสดงอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวต่อ คนอื่นขณะทำงาน		

2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายและจิตใจมีผลต่อการทำกิจกรรมต่อไปนี้ของท่าน  
จริงหรือไม่

กิจกรรม	ไม่จริง	จริง
2.1 การพบปะพูดคุยเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ญาติ		
2.2 การไปวัด หรือโบสถ์ หรือมีสยิด		
2.3 กิจกรรมยามว่างที่ท่านชอบ		
2.4 การร่วมงานกุศล เช่น งาน สงเคราะห์ต่างๆ		
2.5 การร่วมงานประเพณี เช่น งาน สงกรานต์ งานบวช งานศพ		

3. สุขภาพกายและจิตใจมีผลต่อการทำกิจกรรมต่อไปนี้ของท่านเมื่อเทียบกับ 6 เดือนก่อนอย่างไร

กิจกรรม	ระดับผลกระทบ		
	น้อย ลง	เหมือน เดิม	มาก ขึ้น
3.1 การพบปะพูดคุยเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ญาติ			
3.2 การไปวัด หรือโบสถ์ หรือมัสยิด			
3.3 กิจกรรมยามว่างที่ท่านชอบ			
3.4 การร่วมงานกุศล เช่น งานสงเคราะห์ต่างๆ			
3.5 การร่วมงานประเพณี เช่น งานสงกรานต์ งานบวช งานศพ			

4. การทำกิจกรรมต่อไปนี้ของท่านเมื่อเปรียบเทียบกับคนใกล้เคียงที่รุ่นราวคราวเดียวกันเป็นอย่างไร

กิจกรรม	ระดับการเปรียบเทียบ		
	น้อยกว่า	เท่ากัน	มากกว่า
4.1 การพบปะพูดคุยเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ญาติ			
4.2 การไปวัด หรือโบสถ์ หรือมัสยิด			
4.3 กิจกรรมยามว่างที่ท่านชอบ			
4.4 การร่วมงานกุศล เช่น งานสงเคราะห์ต่างๆ			
4.5 การร่วมงานประเพณี เช่น งานสงกรานต์ งานบวช งานศพ			



5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความพึงพอใจต่อชีวิตครอบครัวของท่านในเรื่องต่อไปนี้มากเพียงใด

ชีวิตครอบครัว	ระดับความพึงพอใจ			
	ไม่มีเลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
5.1 การใช้ชีวิตร่วมกันและความใกล้ชิดกัน				
5.2 การช่วยเหลือและความเข้าใจซึ่งกันและกัน				
5.3 ความสุขในครอบครัว				

6. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับคู่สมรส/บุคคลใกล้ชิด(กรณีที่ไม่คู่สมรส) มีลักษณะดังต่อไปนี้หรือไม่

ความสัมพันธ์กับคู่สมรส/บุคคลใกล้ชิด	จริง	ไม่จริง
6.1 พูดคุยต่อกันได้ทุกเรื่อง		
6.2 ไม่เข้าใจความรู้สึกกัน		
6.3 ยากที่จะลดโทสะของกันและกัน		
6.4 รู้สึกอยากอยู่ใกล้		
6.5 ให้ความช่วยเหลือแก่ท่าน		
6.6 ไว้วางใจคนอื่นมากกว่า		

### 5. การรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ

#### 1. ข้อความต่อไปนี้ เป็นจริงหรือไม่กับตัวท่าน

ข้อความ	ระดับการรับรู้	
	ไม่จริง	จริง
1.1 รู้สึกว่าร่างกายยังแข็งแรงคืออยู่		
1.2 เป็นคนมีสุขภาพดีมาก		
1.3 เป็นคนมีสุขภาพดีเหมือนคนอื่น ๆ		
1.4 สนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง		
1.5 สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต		
1.6 คิดถึงสุขภาพของตนเมื่อต้องพบแพทย์ เท่านั้น		
1.7 ไม่เคยป่วยหนัก		
1.8 เจ็บออกๆแอดๆมานานแล้ว		
1.9 อนาคตจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง		
1.10 อนาคตจะมีสุขภาพแข็งแรงกว่าคน อื่นๆ		
1.11 ค่อนข้างเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ		
1.12 เป็นคนมีภูมิคุ้มกันโรคร้าย		

ภาคผนวก ค.  
 ตารางแสดงการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 5 จำนวนร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n = 100)		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น (n = 200)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
เพศ					.009 <sup>NS</sup>	0.926
ชาย	26	26.0	53	26.5		
หญิง	74	74.0	147	73.5		
อายุ					1.918 <sup>NS</sup>	0.383
60 - 74 ปี	71	71.0	127	63.8		
75 - 84 ปี	21	21.0	48	24.1		
85 ปีขึ้นไป	8	8.0	24	12.1		
ศาสนา					2.619 <sup>NS</sup>	0.270
พุทธ	95	95.0	179	89.5		
คริสต์	4	4.0	18	9.0		
อิสลาม	1	1.0	3	1.5		
สถานภาพสมรส					0.775 <sup>NS</sup>	0.679
โสด	1	1.0	5	2.5		
คู่	37	37.0	74	37.0		
หม้าย,หย่า,แยก	62	62.0	121	60.5		
ระดับการศึกษา					1.059 <sup>NS</sup>	0.589
ไม่ได้รับการศึกษา	39	39.0	90	45.0		
ประถมศึกษา	50	50.0	92	46.0		
มัธยมศึกษา	11	11.0	18	9.0		
อาชีพหลัก					3.659 <sup>NS</sup>	0.056
ไม่มี	88	88.0	158	79.0		
มี	11	11.0	42	21.0		
ความเพียงพอของรายได้					1.608 <sup>NS</sup>	0.448
ไม่เพียงพอ	10	10.0	29	14.5		
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือไว้เก็บ	64	64.0	115	57.5		
ออม						
เพียงพอและมีเหลือไว้เก็บ	26	26.0	56	28.0		
ออม						

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n = 100)		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น (n = 200)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
แหล่งรายได้หลัก					5.585 <sup>NS</sup>	0.232
การทำงาน	9	9.0	32	16.0		
เงินบำนาญ	7	7.0	7	3.5		
บุตรหลาน	73	73.0	145	72.5		
แหล่งอื่นๆ	11	11.0	16	8.0		
บุคคลที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด					1.125 <sup>NS</sup>	0.771
ไม่มี	6	6.0	10	5.0		
มี	94	94.0	190	95.0		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					0.347 <sup>NS</sup>	0.556
อยู่คนเดียว	5	5.0	7	2.7		
อยู่กับคู่สมรส	23	23.0	67	26.0		
อยู่กับบุคคลอื่น (บุตรหลาน)	89	89.0	174	67.4		
อุปนิสัย					1.821 <sup>NS</sup>	0.177
สุขุมเยือกเย็น	76	76.0	137	68.5		
ใจร้อน	24	24.0	63	31.5		
สิ่งเสพติดที่ใช้เป็นประจำ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					1.075 <sup>NS</sup>	0.3
ไม่มี	56	47.9	100	41.5		
มี	61	52.1	141	58.5		
หมากพลุ	24	20.5	35	14.5		
บุหรี่	12	10.3	24	10.0		
กาแฟน้ำชา	19	16.2	73	30.3		
เหล้า	6	5.1	9	3.7		

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการ สุขภาพ	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น (n = 100)		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น (n = 200)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
สวัสดิการในการรักษาพยาบาล					9.073 <sup>NS</sup>	0.106
ไม่มี	42	42.0	60	30.0		
มี	58	58.0	140	70.0		
บัตรสุขภาพ	3	3.0	10	5.0		
บัตรผู้สูงอายุ	26	26.0	77	38.5		
บัตรประกันสุขภาพเอกชน	1	1.0	-	-		
สิทธิข้าราชการ	28	28.0	53	26.5		
ความสะดวกในการเดินทางไปรับ บริการสุขภาพ					1.000 <sup>NS</sup>	0.651
ไม่สะดวก	2	2.0	4	2.0		
สะดวก	98	98.0	196	98.0		
ความสะดวกในการรับบริการ สุขภาพ					0.347 <sup>NS</sup>	0.229
ไม่สะดวก	2	2.0	9	4.5		
สะดวก	98	98.0	191	95.5		

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตาม  
สภาวะทางคลินิก

สภาวะทางคลินิก	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. <u>อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย</u>				
1.1 หัวัด น้ำมูกไหล	3.5	0.7	3.5	0.8
1.2 ไข้	3.8	0.5	3.9	0.4
1.3 นอนไม่หลับ	1.8	1.2	1.7	1.2
1.4 อาการทางผิวหนัง เช่น คัน เป็นแผล	2.7	0.5	2.7	0.7
1.5 หกล้ม	3.2	2.9	2.9	0.4
1.6 กระดูกหัก	3.0	0.3	3.0	0.2
1.7 ตามัว	2.0	0.9	2.0	0.9
1.8 หูตึง	2.8	0.5	2.8	0.6
1.9 หน้ามืดเป็นลม	3.6	0.7	3.5	0.8
1.10 เวียนศีรษะ	3.4	0.8	3.4	0.9
1.11 เบื่ออาหาร	3.3	1.0	3.5	0.9
1.12 ท้องเสีย	3.9	0.3	3.9	0.3
1.13 ท้องอืด	3.8	0.7	3.8	0.6
1.14 ซาตามร่างกาย	3.6	0.6	3.5	0.8
2. <u>ข้อจำกัดหรือความบกพร่องของร่างกาย</u>	1.9	0.3	1.8	0.4

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตาม  
การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย

การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>1. อาการปวด</b>				
1.1 ปวดศีรษะ	1.9	0.4	1.9	0.3
1.2 ปวดเมื่อย	1.7	0.5	1.6	0.5
1.3 ปวดข้อ	1.8	0.4	1.9	0.3
1.4 ปวดเข่า	1.8	0.5	1.7	0.5
1.5 ปวดหลัง	1.7	0.5	1.7	0.5
1.6 ปวดเสียดท้อง	1.9	0.4	2.0	0.2
1.7 ปวดฟัน	1.9	0.4	1.9	0.3
<b>2. ผลกระทบจากอาการปวด</b>				
2.1 อารมณ์	3.6	0.8	3.5	0.8
2.2 การเดิน	3.4	1.1	3.2	1.1
2.3 การพักผ่อน	3.6	0.8	3.4	1.0
2.4 การนอนหลับ	3.5	0.9	3.5	1.0
2.5 งานที่ทำในแต่ละวัน	3.3	1.1	3.3	1.0
<b>3. ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม</b>				
3.1 การยกหรือเคลื่อนย้ายของ	2.8	1.2	2.4	1.3
3.2 การวิ่ง	1.8	1.2	1.5	1.0
3.3 การเดิน	3.4	1.0	2.8	1.1
3.4 การอาบน้ำ แต่งตัว	3.8	0.6	3.6	0.9
3.5 การขึ้นบันได	3.3	1.1	2.7	1.3
<b>4. การเดินทางนอกบ้าน</b>	2.8	1.2	2.7	1.3
<b>5. ความรู้สึกมีกำลังหรืออ่อนล้า</b>				
5.1 อ่อนเพลีย	2.9	0.3	2.8	0.4
5.2 มีแรงที่จะทำในสิ่งที่ต้องการ	2.9	0.3	2.8	0.4
5.3 เหนื่อยง่าย	2.7	0.5	2.6	0.5
<b>6. ปริมาณการนอนหลับ</b>	1.4	0.5	1.5	0.5
<b>7. คุณภาพการนอนหลับ</b>				
7.1 นอนหลับไม่สนิท	2.2	0.9	2.3	0.8
7.2 ใช้เวลานานกว่าจะหลับ	1.9	0.9	1.9	0.9
7.3 ตื่นกลางดึกแล้วหลับยาก	1.9	0.9	1.9	0.9

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตาม การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต

การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>1. ความจำ</b>				
3.1 มีปัญหาในการตัดสินใจและเรียนรู้ สิ่งใหม่ๆ	2.4	0.7	2.5	0.7
3.2 ไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมและคิด สิ่งต่างๆ	2.7	0.7	2.8	0.5
1.3 รู้สึกเป็นคนขี้หลง	3.0	0.7	3.0	0.2
1.4 รู้สึกเป็นคนขี้ลืม	1.8	0.8	1.9	0.9
1.5 รู้สึกว่าพูดและทำสิ่งต่างๆได้ช้าลง	2.3	0.8	2.3	0.8
<b>2. ความรู้สึก</b>				
2.1 ชอบในสิ่งที่ได้ทำ	2.5	0.7	2.6	0.7
2.2 มีสิ่งที่ทำให้ท่านสนใจมากมาย	2.3	0.8	2.3	0.8
2.3 อบอุนใจ	2.5	0.7	2.5	0.6
2.4 มีความสุขสดชื่น	2.5	0.7	2.5	0.6
2.5 ขี้กังวล	2.1	0.9	2.2	0.8
2.6 ทำใจยาก	2.6	0.8	2.6	0.7
2.7 กระวนกระวาย	2.6	0.7	2.7	0.6
2.8 เครียดง่าย	2.3	0.9	2.3	0.8
2.9 หดหู่ใจ	2.4	0.8	2.5	0.8
2.10 ไม่มีอะไรเหลือในชีวิต	2.6	0.7	2.7	0.7
2.11 อยากร้องไห้	2.6	0.8	2.6	0.8
2.12 ห้อแท้	2.6	0.7	2.6	0.7
2.13 อารมณ์ขึ้นๆลงๆ	2.7	0.6	2.7	0.6
2.14 ชีวิตตกต่ำไม่มีใครช่วยได้	2.7	0.7	2.7	0.7
2.15 ไม่ต้องการพบผู้คน	2.8	0.6	2.8	0.5
2.16 ได้รับความรักจากบุคคลอื่น	2.7	0.7	2.7	0.6
2.17 ต้องการความรักจากบุคคลอื่น	2.8	0.5	2.8	0.6



ตาราง 9 (ต่อ)

การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>3. ความทุกข์ใจจากสุขภาพ</b>				
3.1 ท้อใจ	2.6	0.8	2.6	0.8
3.2 รู้สึกท้อใจ	2.8	0.6	2.7	0.7
3.3 ทุกข์ใจ	2.5	0.8	2.5	0.8
3.4 หมดหวัง	2.8	0.6	2.7	0.7
3.5 คับข้องใจ	2.5	0.8	2.6	0.7
3.6 กลัว	2.9	0.5	2.9	0.5

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตามการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม

การทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>1. การทำงาน</b>				
1.1 ต้องหยุดพักระหว่างทำงานบ่อยๆ	1.5	0.5	1.4	0.5
1.2 ทำงานได้น้อยลง	1.5	0.5	1.4	0.5
1.3 ทำได้เฉพาะงานบางอย่าง	1.4	0.5	1.3	0.4
1.4 ทำงานที่เคยทำได้ลำบากขึ้น	1.7	0.4	1.6	0.5
1.5 หมดหวังในการทำงานมากขึ้น	1.8	0.4	1.7	0.5
1.6 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงาน	1.8	0.4	1.7	0.5
1.7 ช่วงเวลาในการทำงานลดลง	1.8	0.4	1.7	0.8
1.8 แสดงอาการหงุดหงิดคุณเดียวต่อ คนอื่นขณะทำงาน	1.9	0.3	1.9	0.3
<b>2. กิจกรรมในสังคมในปัจจุบัน</b>				
2.1 การพบปะพูดคุยเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ญาติ	1.7	0.5	1.5	0.5
2.2 การไปวัด หรือโบสถ์ หรือมัสยิด	1.6	0.5	1.5	0.5
2.3 กิจกรรมยามว่างที่ท่านชอบ	1.7	0.5	1.7	0.5
2.4 การร่วมงานกุศล เช่น งาน สงเคราะห์ต่างๆ	1.6	0.5	1.5	0.5
2.5 การร่วมงานประเพณี เช่น งาน สงกรานต์ งานบวช งานศพ	1.6	0.5	1.5	0.5

## ตาราง 10 (ต่อ)

การทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>3. กิจกรรมในสังคมในอดีต (6 เดือนที่ผ่านมา)</b>				
3.1 การพบปะพูดคุยเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ญาติ	1.8	0.6	1.8	0.4
3.2 การไปวัด หรือโบสถ์ หรือมัสยิด	1.8	0.6	1.8	0.4
3.3 กิจกรรมยามว่างที่ทำนชอบ	1.8	0.6	1.8	0.5
3.4 การร่วมงานกุศล เช่น งาน สงเคราะห์ต่างๆ	1.8	0.6	1.8	0.4
3.5 การร่วมงานประเพณี เช่น งาน สงกรานต์ งานบวช งานศพ	1.8	0.6	1.8	0.4
<b>4. กิจกรรมในสังคมเปรียบเทียบกับผู้สูง อายุอื่นๆ</b>				
4.1 การพบปะพูดคุยเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ญาติ	1.8	0.8	1.8	0.8
4.2 การไปวัด หรือโบสถ์ หรือมัสยิด	1.8	0.8	1.8	0.8
4.3 กิจกรรมยามว่างที่ทำนชอบ	1.8	0.6	1.8	0.5
4.4 การร่วมงานกุศล เช่น งาน สงเคราะห์ต่างๆ	1.7	0.8	1.7	0.8
4.5 การร่วมงานประเพณี เช่น งาน สงกรานต์ งานบวช งานศพ	1.8	0.8	1.8	0.8
<b>5. ความพึงพอใจต่อชีวิตครอบครัว</b>				
5.1 การใช้ชีวิตร่วมกันและความใกล้ชิดกัน	3.5	0.9	3.6	0.7
5.2 การช่วยเหลือและความเข้าใจซึ่งกัน และกัน	3.5	0.8	3.6	0.7
5.3 ความสุขในครอบครัว	3.4	0.9	3.5	0.8
<b>6. ความสัมพันธ์กับคู่สมรส/บุคคลใกล้ชิด</b>				
6.1 พุดคุยต่อกันได้ทุกเรื่อง	1.9	0.3	1.9	0.3
6.2 ไม่เข้าใจความรู้สึกกัน	1.8	0.4	1.9	0.7
6.3 ยากที่จะลดโทสะของกันและกัน	1.9	0.3	1.9	0.3
6.4 รู้สึกอยากอยู่ใกล้	1.8	0.4	1.9	0.4
6.5 ให้ความช่วยเหลือแก่ท่าน	1.9	0.4	1.9	0.4
6.6 ไว้วางใจคนอื่นมากกว่า	1.9	0.3	2.0	0.6

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ	ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น		ผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. รู้สึกว่าร่างกายยังแข็งแรงคืออยู่	1.7	0.5	1.5	0.5
2. เป็นคนมีสุขภาพดีมาก	1.5	0.5	1.3	0.5
3. เป็นคนมีสุขภาพดีเหมือนคนอื่น ๆ	1.8	0.4	1.6	0.5
4. สนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง	1.8	0.4	1.8	0.4
5. สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต	1.9	0.2	2.0	0.7
6. คิดถึงสุขภาพของตนเมื่อต้องพบแพทย์เท่านั้น	1.5	0.5	1.7	0.5
7. ไม่เคยป่วยหนัก	1.6	0.5	1.6	0.5
8. เจ็บออกๆ แอคๆมานานแล้ว	1.7	0.4	1.6	0.5
9. อนาคตจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง	1.5	0.5	1.5	0.5
10. อนาคตจะมีสุขภาพแข็งแรงกว่าคนอื่น ๆ	1.6	0.5	1.3	0.5
11. ค่อนข้างเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ	1.8	0.4	1.9	0.3
12. เป็นคนมีภูมิคุ้มกันโรคร้าย	1.9	0.4	1.9	0.3

ภาคผนวก ง.  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์ นพ. วรัญ ตันชัยสวัสดิ์  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ดร. สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง  
ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาล และบริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นามสกุล	นางฤดีดาว ช่างสาน	
วัน เดือน ปี เกิด	5 กรกฎาคม 2504	
วุฒิการศึกษา	ชื่อสถานศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วุฒิ		
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2526
เศรษฐศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2530

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง	อาจารย์
สถานที่ทำงาน	สถาบันราชภัฏสงขลา โทรศัพท์ (074) 312726, 325007