

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย Confirmatory Factor Analysis of the Components of Positive Mental Health Literacy for Thai Elderly

ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา¹, สกอล วรเจริญศรี², มณฑิรา จารุเพ็ง^{2*}

Khwanruean Sanitwong Na Ayuttaya^{1*}, Skol Voracharoensri², Monthira Charupheng^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรการศึกษาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว แขนงวิชาจิตวิทยาแนะแนวและให้คำปรึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,

²คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹Doctor of Education Program in Education Psychology and Guidance; Guidance Psychology and Counseling,
Srinakharinwirot University,

²Faculty of Education, Srinakharinwirot University

(Received: May 19, 2025; Revised: July 12, 2025; Accepted: August 24, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี ภูมิภาค จำนวน 400 คน ด้วยการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบหลายชั้น เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการวิจัย พบว่า

โมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกผู้สูงอายุไทยสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่า $\chi^2 = 248.39$, $p\text{-value} = 0.08$, $df = 219$ ค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์ = 1.13, $GFI = 0.95$, $AGFI = 0.93$, $CFI = 1.00$, $AGFI = 0.93$, $RMSEA = 0.02$ และองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกผู้สูงอายุไทย ทั้ง 6 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหา (0.97) พฤติกรรมเอื้อต่อสังคม (0.93) ความสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (0.90) ความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต (0.90) การควบคุมตนเอง (0.87) และความเป็นตัวของตัวเอง (0.83)

ผลการวิจัยสนับสนุนองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุไทย โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเป็นบวกอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้ประเมินและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก ผู้สูงอายุไทย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: monthira@g.swu.ac.th)

Abstract

This quantitative research aimed to analyze the confirmatory factor structure of positive mental health literacy among Thai elderly people. The sample consisted of 400 elderly individuals aged 60 – 79 years, selected through a multi-stage cluster sampling method from four regions of Thailand. The research instrument was the Positive Mental Health Literacy Assessment Scale, comprising 26 behavioral indicators categorized under six core components and measured on a 5-point Likert scale. The instrument demonstrated high reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of .88. Data were analyzed using confirmatory factor analysis (CFA).

The results indicated that the model of positive mental health literacy among Thai elderly people was consistent with the empirical data: Chi-square (χ^2) = 248.39, p -value = 0.08, df = 219, relative chi-square (χ^2/df) = 1.13, GFI = 0.95, $AGFI$ = 0.93, CFI = 1.00, and $RMSEA$ = 0.02. All six components had positive and statistically significant standardized factor loadings at the .05 level. The six components were: problem-solving (0.97), prosocial behavior (0.93), relatedness and interpersonal relationships (0.90), personal satisfaction and self-actualization (0.90), self-control (0.87), and autonomy (0.83).

The findings support the components of positive mental health literacy among Thai elderly people. The model demonstrated a good fit to the empirical data, and all six components showed statistically significant positive factor loadings. This indicates the appropriateness of the scale for effectively assessing and promoting mental health in the elderly population.

Keywords: Confirmatory Factor Analysis, Positive Mental Health Literacy, Thai Elderly people

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มทางสังคมทั่วโลก มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลงและประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2001 - 2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โดยทวีปยุโรปมีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ขณะที่ทวีปเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 4 สอดคล้องกับประเทศไทย มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และเป็นอันดับสองในอาเซียน (Chewasopit, 2019) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2566 โดยมีประชากรของไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20.08 (Department of Older Persons, 2023) และคาดการณ์ในปี 2578 ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) เช่นเดียวกับญี่ปุ่น คือ มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (Maliwan, 2024) โดยการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุส่งผลต่อแนวทางการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นความท้าทายครั้งใหญ่ของประเทศที่ต้องก้าวผ่านไปได้ เพื่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ (Phulkerd, Gray, Chamrathirong, Pattaravanich, Thapsuwan, 2023) โรคที่พบมากในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease: NCD) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความเครียด และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (Department of Disease Control, 2023) จะเห็นว่าปัญหาโรคทางกายส่งผลต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ทั่วโลกต้องทนทุกข์ทรมานกับปัญหาสุขภาพจิต

หรือโรคทางระบบประสาท ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10 - 25 และภาวะวิตกกังวลร้อยละ 5 - 7 โดยผู้หญิงมีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย และความชุกสูงขึ้นในผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทยด้วยตนเอง ผ่านระบบ Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิต ในปี 2563 - 2566 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.87 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.27 มีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 0.66 (Department of Mental Health, 2023) และพบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 5.6 (Department of Mental Health, 2020) ดังนั้นการที่เป็นผู้สูงวัยที่ดีมีคุณภาพ สิ่งสำคัญคือการมีความรู้ในการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพในระดับความรู้ปานกลางถึงระดับดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ (Sithikan, Moolphate, & Jaitae, 2017) ผลลัพธ์ทางสุขภาพบุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า (Tachavijitjaru, 2018) ระดับความรู้จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งความรู้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (Tabsee, 2020) ดังนั้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการตระหนักรู้ ประเมิน และคัดเลือกข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

ความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก (Positive Mental Health Literacy: PMeHL) เป็นความรู้และความสามารถในการได้รับและรักษาสุขภาพจิตที่ดี (Bjornsen, Ringdal, Espnes, Eilertsen & Moksnes, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก ตามที่ Kutcher, Wai, & Coniglio (2016) กำหนดองค์ประกอบไว้ 2 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นการเข้าถึงข้อมูลและการทำความเข้าใจข้อมูลนั้น รวมถึงความสามารถในการได้รับและรักษาสุขภาพที่ดี ทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี และลดผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่อง (Bjornsen, Ringdal, Espnes, Eilertsen & Moksnes, 2018 ; Santini, Torres-Sahli, Hinrichsen, Meilstrup, Madsen, Rayce et al., 2020) ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกจึงเข้าใจได้ว่าเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการค้นหาความรู้และทักษะเพื่อให้ได้มาซึ่งความผาสุกทางอารมณ์ ตามสภาวะทางอารมณ์เชิงบวก เช่น ความสุข และความเป็นอยู่ที่ดีของร่างกาย เน้นที่ประสบการณ์ส่วนตัวและสังคมในเชิงบวก จากการสังเคราะห์งานวิจัยของ Carvalho, Sequeira, Querido, Tomás, Morgado, Valentim et al. (2022) พบว่า องค์ประกอบเชิงบวก ความรอบรู้สุขภาพจิต ประกอบด้วย (1) ความสามารถในการแก้ปัญหาและความสมบูรณ์ของชีวิต (Competence in Problem-Solving and Self-Actualization) (2) ความพึงพอใจในตนเอง (Personal Satisfaction) (3) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) (4) ทักษะด้านความสัมพันธ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Relatedness and Interpersonal Relationship Skills) (5) การควบคุมตนเอง (Self-Control) และ (6) ทศนคติเอื้อต่อสังคม (Prosocial Attitude)

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุ พบเพียงงานวิจัยความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุประเทศไต้หวันของ Kim, Lee, Lee, Simms, & Park (2017) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ และการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุประเทศไทยของ Boonpichachan, Panutha & Tamdee (2022) ทำการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจในการวิเคราะห์องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดจากการสังเคราะห์งานวิจัยของ Carvalho, Sequeira, Querido, Tomás, Morgado, Valentim et al. (2022) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ที่กล่าวมาข้างต้น ร่วมกับการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี 4 ภาคของไทย และสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์และในการดูแลผู้สูงอายุ ในการยืนยันองค์ประกอบ เพื่อก่อให้เกิดความชัดเจน

และถูกต้องเกี่ยวกับองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุไทย ตลอดจนได้นำองค์ประกอบที่ได้ในการวิจัยไปเป็นแนวทางช่วยเสริมสร้างพลังทางบวก ในผู้สูงอายุ ทั้งในกรณีที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ปกติ และสภาพจิตใจไม่ปกติ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตที่มีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

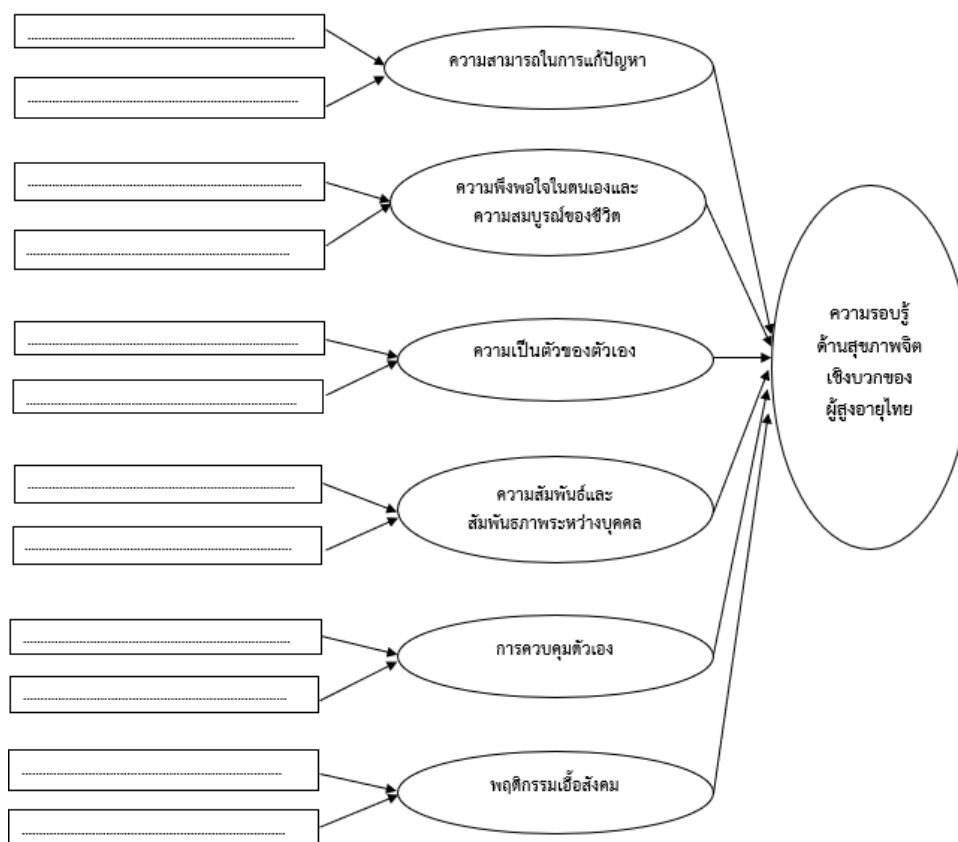
เพื่อศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย

สมมติฐานวิจัย

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Secondary Confirmatory Factor Analysis) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยพัฒนาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย จากการทบทวนวรรณกรรมและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการแก้ปัญหา 2) ความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต 3) ความเป็นตัวของตัวเอง 4) ความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) การควบคุมตนเอง และ 6) พฤติกรรมเอื้อสังคม กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุ ดังแสดงในภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบการวิจัย

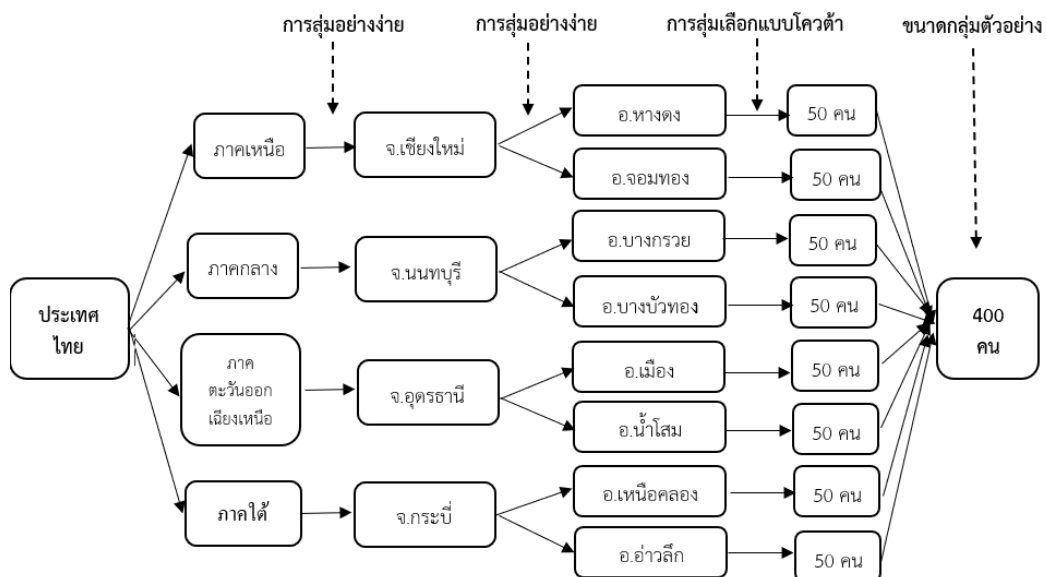
การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตอนต้นถึงตอนกลาง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 4 ภาคของประเทศไทย ซึ่งเป็นการแบ่งภูมิภาคของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ จำนวน 11,212,512 คน (Department of Older Persons, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี ที่มีภูมิลำเนาทั้ง 4 ภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 400 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าไม่มีภาวะโรคสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม ด้วยแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia Screening Tool: DST) ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง การอ่านและการเขียน และยินดีเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน ตามแนวคิดของชูมาเกอร์และโลแม็ก (Schumacker & Lomax, 2010) กล่าวว่า การวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 10 - 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ สำหรับงานวิจัยนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ 26 ตัวแปร ดังนั้นจึงต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 390 คน ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มกลุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 50 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน สอดคล้องกับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Yamane (1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน การสุ่มเลือกตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi-stage Cluster Sampling) โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เริ่มจากการจับฉลากระดับ จังหวัด ของ 4 ภูมิภาค ๆ ละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากระดับอำเภอ ของ 4 จังหวัด ๆ ละ 2 อำเภอ รวม 8 อำเภอ จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบ กำหนดโควต้า (Quota Sampling) ดังแสดง ภาพ 2



ภาพ 2 กลุ่มตัวอย่างที่นำมาการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อยืนยันองค์ประกอบ ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ จำนวน 26 ข้อ ได้แก่ 1) ความสามารถในการแก้ปัญหา จำนวน 4 ข้อ 2) ความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต จำนวน 6 ข้อ 3) ความเป็นตัวของตัวเอง จำนวน 4 ข้อ 4) ความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 4 ข้อ 5) การควบคุมตนเอง จำนวน 4 ข้อ และ 6) พฤติกรรมเอื้อสังคม จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของ Likert คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริงเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ และด้านการวัดและประเมินผล รวม 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามศัพท์ในแต่ละด้าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยข้อคำถามทั้งหมดมีดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.60 - 1.00 หลังจากนั้น ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. นำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุ ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามเป็นรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) โดยค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม .34 - .65 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมเท่ากับ .88 แยกเป็นรายด้าน พบว่าด้านความสามารถในการแก้ปัญหา เท่ากับ .81 ด้านความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต เท่ากับ .68 ด้านความเป็นตัวของตัวเอง เท่ากับ .75 ด้านความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ .70 ด้านการควบคุมตนเอง เท่ากับ .90 และด้านพฤติกรรมเอื้อสังคม เท่ากับ .73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุของสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 อำเภอ เมื่อได้รับการตอบรับความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการแจ้งเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลและหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปถึงสาธารณสุขอำเภอ และนัดหมายวัน เวลา สถานที่กับผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ วิธีการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล รวมถึงฝึกปฏิบัติเก็บข้อมูลจริงเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนเน้นย้ำจริยธรรมในการวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ โดยการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะลงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการอ่านข้อคำถาม ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้อ่านข้อคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใช้เวลาคนละ 20 นาที แบบสอบถามเก็บทั้งหมด 400 ชุด ได้คืนกลับทั้งหมด และมีความสมบูรณ์ทุกชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีการประมาณค่าความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood ซึ่งพิจารณาจากค่าไค-สแควร์ โดยค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) และค่าดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มากกว่า .90 ขึ้นไป และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของค่าความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) น้อยกว่า .05 (Schumacker & Lomax, 2010)

การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลโดยพิจารณาจากค่า Kaiser-meyer-olkin measure of sampling

adequacy (KMO) และมีค่า Barlett's test of sphericity (Schumacker & Lomax, 2010) ผลการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น พบว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของพฤติกรรมบ่งชี้ทั้ง 26 ตัวแปรไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ นั่นคือ พฤติกรรมบ่งชี้ทั้ง 26 ตัว มีความสัมพันธ์กันมากพอที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ โดยพิจารณาจากค่า Kaiser-meyer-olkin measure of sampling adequacy (KMO) ที่มีค่าเท่ากับ 0.89 และมีค่า Barlett's test of sphericity ที่มีค่าเท่ากับ 5128.78 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง : SWUEC-672195 วันที่รับรอง 26 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกตามรายองค์ประกอบ และหาค่าความพอเพียงของการเลือกตัวอย่างในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

องค์ประกอบ	PS	SA	AU	RE	SC	PB
PS	0.60					
SA	0.63**	0.76				
AU	0.56**	0.54**	0.72			
RE	0.45**	0.64**	0.44**	0.68		
SC	0.54**	0.60**	0.58**	0.53**	0.77	
PB	0.50**	0.54**	0.47**	0.52**	0.63**	0.72

** *p-value* < .01, ค่าในแนวทแยงของเมทริกซ์ คือ ค่า Measure of Sampling Adequacy (MSA)

จากตาราง 1 พบว่าองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ทุกคู่ โดยมีขนาดความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง 0.44 ถึง 0.64 โดยคู่ที่มีขนาดความสัมพันธ์กันสูงที่สุดคือ องค์ประกอบความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต (SA) กับ องค์ประกอบความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (RE) ส่วนคู่ที่มีขนาดความสัมพันธ์กันต่ำที่สุด คือ องค์ประกอบความเป็นตัวของตัวเอง (AU) กับองค์ประกอบความสัมพันธ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (RE) และเมื่อพิจารณาค่าความพอเพียงของการเลือกตัวอย่าง (Measure of Sampling Adequacy: MSA) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 0.77 ซึ่งมากกว่า 0.50 ทุกค่า แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันมากพอที่จะใช้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันได้ (Schumacker & Lomax, 2010)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second Order) ของโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก

ตาราง 2 ดัชนีความกลมกลืนและดัชนีเปรียบเทียบโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกอันดับสอง

ดัชนีความสอดคล้อง	เกณฑ์การพิจารณา ความสอดคล้อง	ค่าสถิติโมเดล หลังปรับ	ความหมาย
χ^2	$p > 0.05$	$\chi^2 = 248.39$, $df = 219$, $p = 0.08$	
χ^2/df	≤ 2	1.13	โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูล
RMSEA	≤ 0.05	0.02	เชิงประจักษ์
CFI	≥ 0.97	1.00	
GFI	≥ 0.95	0.95	
AGFI	≥ 0.90	0.93	

จากตาราง 2 โมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก (PMeHL) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความสามารถในการแก้ปัญหา (PS) ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมบ่งชี้ 2) ด้านความพึงพอใจในตนเอง และความสมบูรณ์ของชีวิต (SA) ประกอบด้วย 6 พฤติกรรมบ่งชี้ 3) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (AU) ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมบ่งชี้ 4) ด้านความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (RE) ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมบ่งชี้ 5) ด้านการควบคุมตนเอง (CT) ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมบ่งชี้ และ 6) ด้านพฤติกรรมเอื้อต่อสังคม (PA) ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมบ่งชี้ รวมจำนวนพฤติกรรมบ่งชี้ทั้งหมด 26 พฤติกรรมบ่งชี้ ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่าโมเดลไม่สอดคล้องข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก (PMeHL) หลังปรับโมเดล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจาก $\chi^2 = 248.39$, $df = 219$, $\chi^2/df = 1.13$, $p\text{-value} = 0.08$, $CFI = 1.00$, $GFI = 0.95$, $AGFI = 0.93$, $RMSEA = 0.02$ แสดงว่าโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกัน เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักของพฤติกรรมบ่งชี้ในองค์ประกอบโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก (PMeHL) ทั้ง 26 พฤติกรรมบ่งชี้ พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเป็นบวกทุกพฤติกรรมบ่งชี้ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกพฤติกรรมบ่งชี้ โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถในการแก้ปัญหา (PS) พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.33 – 0.59 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ PS2 ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ PS3 และยังพบว่าสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบความสามารถในการแก้ปัญหามีค่าร้อยละอยู่ระหว่าง 11 – 34

องค์ประกอบที่ 2 ความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต (SA) พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 6 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.36 – 0.63 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ SA2 ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ SA3 และยังพบว่าสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิตมีค่าร้อยละอยู่ระหว่าง 0.13 – 0.40

องค์ประกอบที่ 3 ความเป็นตัวของตัวเอง (AU) พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.52 – 0.64 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ AU1 ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ AU4 และยังพบว่าสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบความเป็นตัวของตัวเอง มีค่าร้อยละอยู่ระหว่าง 21 – 41

องค์ประกอบที่ 4 ความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (RE) พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.49 – 0.62 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ RE4 ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ RE2 และยังพบว่าสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบความสัมพันธ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าร้อยละอยู่ระหว่าง 24 - 39

องค์ประกอบที่ 5 การควบคุมตนเอง (CT) พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.60 – 0.76 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ CT3 ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ CT1 และยังพบว่าสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบควบคุมตนเอง มีค่าร้อยละอยู่ระหว่าง 36 - 58

องค์ประกอบที่ 6 พฤติกรรมที่เอื้อสังคม (PA) พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.49 – 0.59 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ PA1 ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ PA3 และยังพบว่าสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบพฤติกรรมที่เอื้อต่อสังคมมีค่าร้อยละอยู่ระหว่าง 24 - 35

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของโมเดลการวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก (PMeHL) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.83 – 0.97 โดยองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุด คือ ความสามารถในการแก้ปัญหา (PS) ส่วนองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุด คือ ความเป็นตัวของตัวเอง (AU) และยังพบว่าสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยโมเดลการวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกมีค่าร้อยละอยู่ระหว่าง 69 - 94 รายละเอียดดังตาราง 3 และภาพ 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของโมเดลการวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก

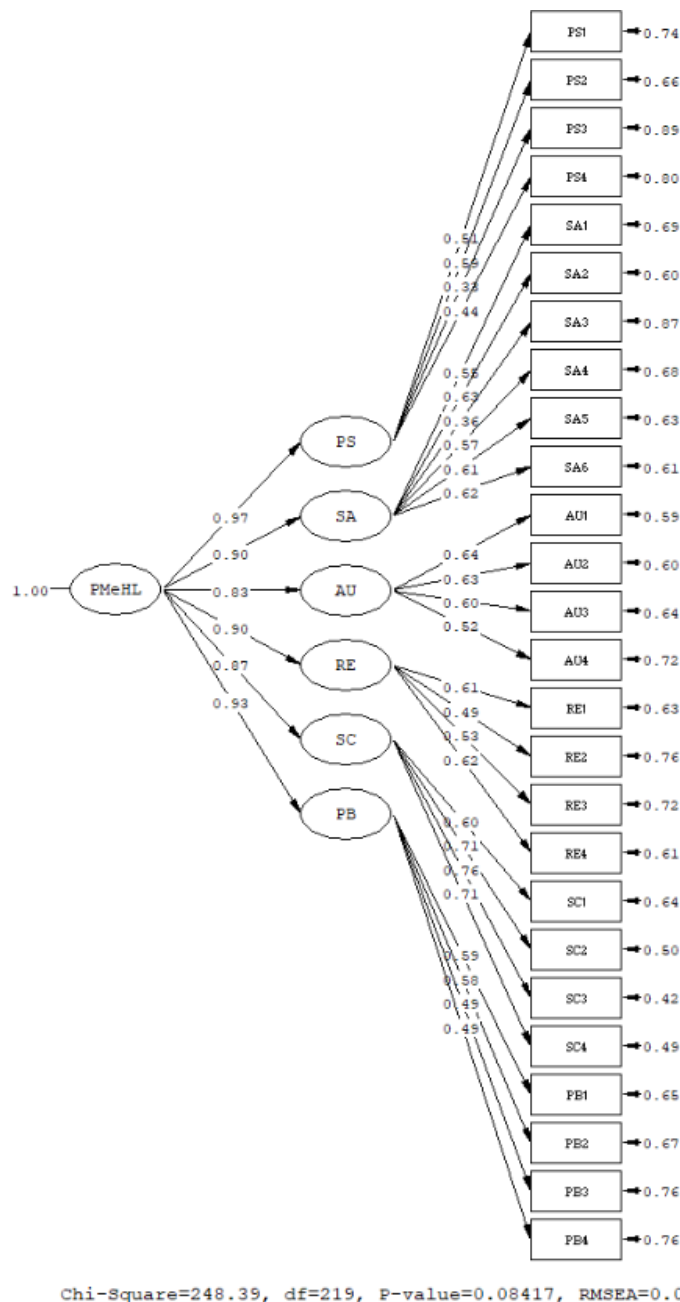
พฤติกรรมบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ		t	R ²	FS
	b (SE)	β			
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง					
ด้านความสามารถในการแก้ปัญหา (PS)					
PS1 การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน	0.32	0.51	-	0.26	0.23
PS2 การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน	0.35 (0.04)	0.59	8.61	0.34	0.23
PS3 การรับมือกับปัญหาไม่คาดคิด	0.18 (0.03)	0.33	5.43	0.11	0.10
PS4 การใช้เทคโนโลยีในการช่วยเหลือ	0.27 (0.04)	0.44	6.28	0.20	0.25
ด้านความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต (SA)					
SA1 ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงการรักษา	0.36	0.55	-	0.31	0.12
SA2 การมีที่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ดี	0.32 (0.04)	0.63	9.19	0.40	0.21
SA3 การดำรงชีวิตปัจจุบัน	0.19 (0.04)	0.36	6.21	0.13	0.21
SA4 การใช้ชีวิตที่ผ่านมาในอดีต	0.31 (0.04)	0.57	8.53	0.32	0.28
SA5 การเข้าใจชีวิต	0.42 (0.05)	0.61	8.18	0.37	0.20
SA6 การใช้ความสามารถไปในทางที่มีประโยชน์	0.39 (0.05)	0.62	8.50	0.39	0.41
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (AU)					
AU1 การตัดสินใจได้อย่างอิสระ	0.35	0.64	-	0.41	0.49
AU2 การทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	0.34 (0.04)	0.63	9.45	0.40	0.35
AU3 การทำกิจกรรมต่างๆโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป	0.36 (0.04)	0.60	8.92	0.36	0.24
AU4 สามารถเลือกกิจกรรมหรืองานที่ชอบที่ต้องการ	0.31 (0.04)	0.52	8.23	0.28	0.24

พฤติกรรมบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ		t	R ²	FS
	b (SE)	β			
ด้านความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (RE)					
RE1 สัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกครอบครัว	0.30	0.61	-	0.37	0.50
RE2 การสนับสนุนจากครอบครัว	0.27 (0.03)	0.49	10.36	0.24	0.03
RE3 การได้รับการดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน	0.32 (0.04)	0.53	8.70	0.28	0.11
RE4 การได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง	0.32 (0.03)	0.62	9.85	0.39	0.41
ด้านการควบคุมตนเอง(SC)					
SC1 การควบคุมอารมณ์	0.39	0.60	-	0.36	0.18
SC2 การรับมือกับสถานการณ์ท้าทาย	0.48 (0.04)	0.71	12.00	0.50	0.28
SC3 การจัดการเวลาในชีวิตได้อย่างสมดุล	0.44 (0.04)	0.76	11.00	0.58	0.43
SC4 การควบคุมการกระทำ	0.42 (0.04)	0.71	10.53	0.51	0.27
ด้านพฤติกรรมที่เอื้อสังคม(PB)					
PB1 ความเห็นอกเห็นใจ	0.36	0.59	-	0.35	0.21
PB2 ความห่วงใยความใส่ใจแก่บุคคลรอบข้าง	0.32 (0.04)	0.58	9.12	0.33	0.23
PB3 การช่วยเหลือแบ่งปันผู้อื่นตามกำลัง	0.27 (0.03)	0.49	8.11	0.24	0.13
PB4 การพลอยโยนให้ผู้อื่นคลายกังวล	0.28 (0.04)	0.49	8.01	0.24	0.13
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง					
PS ความสามารถในการแก้ปัญหา	0.97 (0.10)	0.97	9.56	0.94	
SA ความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต	0.90 (0.09)	0.90	10.29	0.80	
AU ความเป็นตัวของตัวเอง	0.83 (0.08)	0.83	10.75	0.69	
RE ความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	0.90 (0.08)	0.90	11.40	0.80	
SC การควบคุมตัวเอง	0.87 (0.08)	0.87	10.82	0.75	
PB พฤติกรรมเอื้อสังคม	0.93 (0.08)	0.93	11.14	0.87	

χ² = 248.39, df = 219, p-value = .08, CFI = 1.00, GFI = 0.95, AGFI = 0.93, RMSEA = 0.02

$\chi^2 = 248.39$, *df* = 219, *p-value* = .08, *CFI* = 1.00, *GFI* = 0.95, *AGFI* = 0.93, *RMSEA* = 0.02

FS หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ



ภาพ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของโมเดลการวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก

การอภิปรายผล

การวิเคราะห์องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย ผลจากการวิจัยพบว่า องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การทดสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทยมีค่า χ^2 เท่ากับ 248.39 ค่า p -value เท่ากับ .08 จะเห็นได้ว่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสามารถแปลความหมายได้ว่าข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกับโมเดล เมื่อพิจารณาค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ χ^2/df เท่ากับ 1.13 ซึ่งน้อยกว่า 2.00 แสดงว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Schumacker & Lomax, 2010) นอกจากนี้ยังพิจารณาดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าต่ำเข้าใกล้ศูนย์ ดัชนีความสอดคล้องเปรียบเทียบ

(CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีความสอดคล้องกัน (GFI) เท่ากับ 0.95 และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.93 จากดัชนีดังกล่าวแสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถในการแก้ปัญหา 2) ความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต 3) ความเป็นตัวของตัวเอง 4) ความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) การควบคุมตนเอง และ 6) พฤติกรรมเอื้อต่อสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Carvalho, Sequeira, Querido, Tomás, Morgado, Valentim, et al. (2022)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.83 – 0.97 และสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกมีค่าร้อยละอยู่ระหว่าง 69 - 94 องค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ดังกล่าวนำมาอภิปรายผลตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานตามลำดับ ดังนี้

1. องค์ประกอบความสามารถในการแก้ปัญหา (PS) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.97 พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (β) อยู่ระหว่าง 0.33 – 0.59 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ PS2 การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ PS3 การรับมือกับปัญหาไม่คาดคิด ซึ่งสอดคล้องกับการแนวคิดของ Willis (1996) และ Craik & Salthouse (1992) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของการมีอายุยืนยาวอย่างประสบความสำเร็จ คือ การรักษาความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งสามารถประเมินจากความสามารถทางปัญญาในการจัดการกิจวัตรประจำวันทั้งในยามปกติและฉุกเฉินได้ ดังนั้นการเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาก็มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ที่ต้องการทักษะในการคิดวิเคราะห์ และปรับตัว หากขาดทักษะดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ขณะที่ผู้ที่มีทักษะนี้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสุขภาพจิตเชิงบวกอย่างยั่งยืน (Cuijpers, Karyotaki, Reijnders, Purgato, Barbui, & de Beurs, 2020)

2. องค์ประกอบพฤติกรรมที่เอื้อสังคม (PA) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.93 พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.49 – 0.59 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ PA1 ความเห็นอกเห็นใจ ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ PA3 การช่วยเหลือแบ่งปันผู้อื่นตามกำลัง โดยพฤติกรรมบ่งชี้ที่โดดเด่นคือ ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของ Lockwood, Abdurahman, Gabay, Drew, Tamm, Husain, et al., (2021) พบว่าผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจเชิงเอื้อสังคมสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น และความเอื้อเพื่อช่วยลดความเหงาและส่งเสริมความเป็นอยู่ทางจิตใจที่ดีขึ้น (Inagaki, MacCormack & Muscatell, 2022) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมลักษณะนี้จึงเป็นกลไกสำคัญในการรักษาคุณค่าในตนเอง ลดความเครียด และเสริมสร้างสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุ

3. องค์ประกอบความสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (RE) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.90 พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัวพฤติกรรมบ่งชี้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.49 – 0.62 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุดคือ RE4 การได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ RE2 การสนับสนุนจากครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ความเหงา และส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจโดยรวม (Wang, Hu, Liu & Yang, 2022; Park, Kim & Lee, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Urairat & Laeheem (2018) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี บทบาทของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อนยังเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุด้วยปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมคือเพื่อน และเพื่อนมีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

4. องค์ประกอบความพึงพอใจในตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต (SA) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (B) เท่ากับ 0.90 พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 6 ตัว พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.36 – 0.63 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงสุดคือ SA2 การมีที่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ดี ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ SA3 การดำรงชีวิตในปัจจุบัน ผู้สูงอายุบางคนขาดความพึงพอใจในชีวิตประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การสูญเสียบทบาททางสังคม และข้อจำกัดด้านกิจกรรม ซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ (Smith, Brown, & Garcia, 2021; Lee & Kim, 2021) ความพึงพอใจในตนเองมีความเชื่อมโยงกับความต้องการพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการของทฤษฎีความต้องการจำเป็นลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ความรักและความสัมพันธ์ การยอมรับในสังคม และความสมบูรณ์ของชีวิต (Self-actualization) เมื่อมนุษย์สามารถเติมเต็มความต้องการในแต่ละระดับได้อย่างสมบูรณ์แล้ว เขาก็จะรู้สึกถึงความพึงพอใจในตนเองมากขึ้น (Hopper, 2024)

5. องค์ประกอบการควบคุมตนเอง (CT) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (B) เท่ากับ 0.87 พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัว พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.60 – 0.76 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงสุดคือ CT3 การจัดเวลาในชีวิตได้อย่างสมดุล ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุดคือ CT1 การควบคุมอารมณ์ การควบคุมตนเองมีความสำคัญในผู้สูงอายุ เนื่องจากผลของการควบคุมตนเอง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้ ดังนั้นการควบคุมอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมตนเอง การควบคุมการตัดสินใจ และการกำกับกับการสื่อสาร เป็นหลักการของการควบคุมตนเองในผู้สูงอายุ (Hedberg & Lutzen, 2005)

6. องค์ประกอบความเป็นตัวของตัวเอง (AU) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (B) เท่ากับ 0.83 พฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 4 ตัว พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.52 – 0.64 พฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงสุด คือ AU1 การตัดสินใจได้อิสระ ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำที่สุด คือ AU4 สามารถเลือกกิจกรรมหรืองานที่ชอบที่ต้องการ ความเป็นตัวของตัวเอง หรือรู้สึกเป็นอิสระ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่สุขสบาย เป็นความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจและดำเนินการเกี่ยวกับวิธี เวลา และสถานที่ที่จะใช้เวลาของตนเอง (Bennett, Ng-Knight & Hayes, 2017) มีอิทธิพลต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การแสดงความสามารถ การตัดสินใจตามเจตจำนง การจำกัดการกระทำ และการจำกัดสิ่งที่ดีสำหรับตนเอง (Carvalho, Sequeira, Querido, Tomás, Morgado, Valentim et al., 2022)

ผลการวิจัยชี้ว่าโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ดี องค์ประกอบทั้ง 6 ด้านมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานในระดับสูงและมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงความเป็นโครงสร้างที่น่าเชื่อถือและใช้ได้จริงในบริบทไทย ดังนั้น เครื่องมือนี้จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนใช้เป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรมหรือพัฒนานโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับบุคคล ชุมชน และสังคมได้อย่างเหมาะสมและตรงเป้าหมาย อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีสุขภาพจิตเชิงบวกอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดการวิจัยคือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 79 ปี จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนถึงผู้สูงอายุในช่วงอายุมากกว่า 79 ปี หรือในบริบทเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุในเขตเมืองใหญ่ เขตชนบท หรือเขตชายแดน ที่อาจมีลักษณะทางจิตสังคมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้อาจข้อจำกัดด้านช่วงเวลาและบริบททางสังคม ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคม วัฒนธรรม หรือสถานการณ์เฉพาะ เช่น ภาวะเศรษฐกิจ หรือผลกระทบจากโรคระบาด ซึ่งอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงเวลานั้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบความสำคัญขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุไทย 6 องค์ประกอบ การนำองค์ประกอบแต่ละด้านไปใช้อาจพิจารณาเลือกเฉพาะองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานที่มีค่าสูงในลำดับต้น ๆ หรือนำทุกองค์ประกอบไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมหรือชุดกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุ เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดีใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

2. มีการนำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุ ไปใช้เป็นเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุ และนำผลที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้สนใจนำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุ ไปใช้สำรวจความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดโครงการหรือกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนารูปแบบของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน ตามองค์ประกอบที่ศึกษา

2. การศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลไปพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไป

3. การศึกษาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพจิตเชิงบวกในกลุ่มวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

References

- Bennett, M., Ng-Knight, T., & Hayes, B. (2017). Autonomy-supportive teaching and its antecedents: Differences between teachers and teaching assistants and the predictive role of perceived competence. *European Journal of Psychology of Education, 32*(4), 643–667.
doi.org/10.1007/s10212-016-0321
- Bjornsen, H. N., Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E., and Moksnes, U. K. (2018). Exploring MEST: a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. *BMC Health Services Research, 18*, 1001. doi.org/10.1186/s12913-018-3826-5
- Boonpichachan, P., Panutha, S., & Tamdee, D. (2022). Mental health literacy and psychological well-being among dependent elders. *Nursing Journal CMU, 49*(1), 186-198. (in Thai)
- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., et al., (2022). Positive mental health literacy: A concept analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, 877611.
doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877611
- Chewasopit, W. (2019). Aging society: The changed marketing factor. *Journal of MCU Nakhondhat, 6*(1), 38-54. (in Thai)
- Craik, F. I., & Salthouse, T. (1992). *The Handbook of Aging and Cognition*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Purgato, M., Barbui, C., & de Beurs, D. (2020). Meta-analyses and mega-analyses of the effectiveness of problem-solving therapy for adult depression: A systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(1), 1–13.
- Department of Disease Control. (2023). *5 Non-Communicable Diseases Found in The Elderly*. Retrieved October 3, 2023 from <https://ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15282&deptcode=dncd>, (in Thai)
- Department of Mental Health. (2020). *National Mental Health Survey 2019*. Ministry of Public Health, Thailand. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2023). *Information on The Assessment of Mental Health of Thai People*. Retrieved October 3, 2023 from <http://checkin.dmh.go.th/dashboards>. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2023). *Situation of the Thai Elderly 2023*. Retrieved August 12, 2023 from https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=1&sub=2. (in Thai)
- Hedberg, L., & Lutzen, K. (2005). Self-care and self-regulation in older people: A nursing perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 853-861.
- Hopper, E. (2024). *Maslow's Hierarchy of Needs Explained*. Retrieved October 3, 2024 from <https://www.thoughtco.com/maslows-hierarchy-of-needs-4582571>.
- Inagaki, T. K., MacCormack, J. K., & Muscatell, K. A. (2022). Prosocial and positive health behaviors during a period of chronic stress protect socioemotional well-being. *Affect Science*, 3(1), 160–167. doi.org/10.1007/s42761-021-00052-7
- Kim, Y. S., Lee, H. Y., Lee, M. H., Simms, T., & Park, B. H. (2017). Mental health literacy in Korean older adults: A cross-sectional survey. *Journal of psychiatric and mental health Nursing*, 24(7), 523–533. doi.org/10.1111/jpm.12369
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. doi.org/10.1177/0706743715616609
- Lee, S., & Kim, H. (2021). The impact of chronic illness and social role loss on life satisfaction in older adults. *Aging & Mental Health*, 24(10), 1680–1687. doi.org/10.1080/13607863.2019.1633622
- Lockwood, P. L., Abdurahman, A., Gabay, A. S., Drew, D., Tamm, M., Husain, M., & Apps, M. A. J. (2021). Aging increases prosocial motivation for effort. *Psychological Science*, 32(1), 1–14. doi.org/10.1177/0956797620960398
- Maliwan, S. (2024). Dependency of the Thai elderly in the next 20 years: Health forecast. Anamai General Poll: Department of Health. Retrieved December 10, 2024 from <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198>. (in Thai)
- Park, S., Kim, B., & Lee, H. (2021). Social relationships and mental health among older adults in South Korea: The mediating role of loneliness. *Aging & Mental Health*, 25(5), 858–865. doi.org/10.1080/13607863.2019.1699022
- Petrova, N. N., and Khvostikova, D.A. (2021). Prevalence, Structure, and Risk Factors for Mental Disorders in Older People. *Advances in Gerontology*, 11(4), 409–415.

- Phulkerd, S., Gray, R. S., Chamratrithirong, A., Pattaravanich, U., & Thapsuwan, S. (2023). Financial satisfaction, food security, and shared meals are foundations of happiness among older persons in Thailand. *BMC geriatrics*, 23(1), 690. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04411-1>
- Santini, Z. I., Torres-Sahli, M., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., Rayce, S. B., et al. (2020). Measuring positive mental health and flourishing in Denmark: validation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) and cross-cultural comparison across three countries. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01546-2>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* (3rd ed.). Taylor & Francis Group.
- Sithikan, W., Moolphate, S., & Jaitae, S. (2017). Factors associated with health-promoting behaviors of the elderly in Ban Hong subdistrict municipality, Ban Hong district, *Lamphun. Lampang Medical Journal*, 38(2), 49–58. (in Thai)
- Smith, J. A., Brown, R. L., & Garcia, M. (2021). Factors influencing life satisfaction among older adults: A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*, 47(3), 15–23.
- Tabsee, S. (2020). Factors related to self-care behavior of the elderly in Kangkrajana district, Phetchaburi province. *Journal of Prachomklao College of Nursing*, 3(1), 14–30. (in Thai)
- Tachavijitjaru, C. (2018). Health literacy: A key indicator towards good health behavior and health outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement), 1–9. (in Thai)
- Urairat, M., & Laeheem, K. (2018). The relationship between interpersonal relationship and current self-concept with self-esteem of the elderly at Jong-Hua foundation, Songkhla province. *Parichart Journal*, 31(2), 215–230. (in Thai)
- Wang, Y., Hu, Z., Liu, Y., & Yang, J. (2022). Social support and mental health among older adults living alone during the COVID-19 pandemic: A moderated mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1653. doi.org/10.3390/ijerph19031653
- Willis, S. L. (1996). Everyday cognitive competence in elderly persons: Conceptual issues and empirical findings. *Gerontologist*, 36(5), 595–601. doi.org/10.1093/geront/36.5.595
- World Health Organization. (2023). *Mental Health of Older Adults*. Retrieved August 12, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed). New York: Harper and Row.