

Mental Well-Being and Associated Factors among Older Adults in Uttaradit Province

Wasana Khrutmuang^{*}, Seubtrakul Tantalanutkul^{1*}, Bhakbhumi Choktaweeapanich^{**}

(Received: January 17, 2025, Revised: June 4, 2025, Accepted: June 9, 2025)

Abstract

This descriptive research aims to 1) evaluate mental well-being levels and 2) investigate the correlations between personal and social factors and mental well-being levels among older individuals in Uttaradit Province. The sample was composed of 1,195 individuals aged 60 years and older, who were selected through multistage random sampling. We gathered data using the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in Thai and a personal information questionnaire. The data analysis utilized descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, Spearman's rank correlation coefficient, and point-biserial correlation coefficient.

The results indicated that the average total mental well-being score was 46.8 (SD = 7.9), signifying a moderate level of mental well-being, with interpersonal relationships and societal acceptability exhibiting the highest mean scores. Factors significantly correlated with mental well-being levels included age ($r = -0.18$, $p = 0.002$), education level ($r_s = 0.21$, $p = 0.008$), income ($r = 0.25$, $p < 0.001$), marital status ($p = 0.021$), living arrangements ($p = 0.013$), community participation ($r = 0.32$, $p < 0.001$), and social support ($r = 0.38$, $p < 0.001$). These findings indicate that strategies to improve mental well-being should prioritize the fortification of social networks and community engagement, especially for socioeconomically vulnerable older individuals.

Keywords: Community Participation; Mental Well-Being; Older Adults; Social Support

^{*}Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{**}Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

¹Corresponding Author: seubtrakul@unc.ac.th

ความผาสุกทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

วาสนา ครุฑเมือง*, สืบตระกูล ต้นตาลนุกูล¹, ภาควิทยา โขศทวีพานิชย์**

(วันรับบทความ: 17 มกราคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 4 มิถุนายน 2568, วันตอบรับบทความ: 9 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,195 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความผาสุกทางจิตใจออร์วิก เอดินบะระฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความผาสุกทางจิตใจเท่ากับ 46.8 (SD = 7.9) อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการได้รับการยอมรับมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = -0.18, p = 0.002$) ระดับการศึกษา ($r_s = 0.21, p = 0.008$) รายได้ ($r = 0.25, p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($p = 0.021$) ลักษณะการอยู่อาศัย ($p = 0.013$) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ($r = 0.32, p < 0.001$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.38, p < 0.001$) จากผลการศึกษาดังกล่าว ควรมีการพัฒนาแนวทางส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในชุมชน; ความผาสุกทางจิตใจ; ผู้สูงอายุ; การสนับสนุนทางสังคม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: seubtrakul@unc.ac.th

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งหมด (Ministry of Social Development and Human Security, 2022) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้นำมาซึ่งความท้าทายในการดูแลสุขภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Steptoe et al., 2015) ความผาสุกทางจิตใจ (Mental Well-being) เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ถึงความสุข ความพึงพอใจในชีวิต มีความสามารถในการจัดการปัญหา พัฒนาศักยภาพตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Keyes, 2002) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตใจต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพสูงกว่าผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจสูงอย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงและต้องได้รับการบริการสุขภาพมากขึ้น (Netuveli et al., 2006)

จังหวัดอุดรธานีเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2567 พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 22.4 ของประชากรในจังหวัด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2024) โดยผู้สูงอายุในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองใหญ่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและกิจกรรมทางสังคม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความผาสุกทางจิตใจ (Pinquart & Sörensen, 2000) ทำให้ผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมและการเชื่อมโยงกับชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ (Cramm & Nieboer, 2015) แม้ว่าการศึกษาด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีจำนวนมาก แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล แต่กลับพบว่าการประเมินความผาสุกทางจิตใจเชิงบวก (positive mental well-being) ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยระดับจังหวัด ทำให้เกิดช่องว่างความรู้ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Keyes, 2002) การขาดข้อมูลด้านความผาสุกทางจิตใจเชิงบวกทำให้การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนยังคงเน้นการแก้ไขปัญหามากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งการประเมินความผาสุกทางจิตใจในผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลคือ แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอร์วิกเอดินบะระ (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS) (Tennant et al., 2007) นอกจากนั้นยังพบว่าการประเมินความผาสุกทางจิตใจเชิงบวกสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ล่วงหน้า โดยผู้ที่มีคะแนนความผาสุกทางจิตใจต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (Steptoe et al., 2015)

แบบประเมิน WEMWBS มีความไวในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของความผาสุกทางจิตใจในผู้สูงอายุสูงกว่าเครื่องมือประเมินทั่วไป และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว (Tennant et al., 2007) การศึกษาพบว่า WEMWBS สามารถสะท้อนมิติทางวัฒนธรรมของความผาสุกทางจิตใจในบริบทเอเชียได้ดี โดยเฉพาะในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและการเชื่อมโยงกับชุมชน (Windle et al., 2011) อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน WEMWBS กับอัตราการเจ็บป่วยทางกาย และความต้องการการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (Netuveli et al., 2006) ซึ่งการใช้ WEMWBS ในประเทศไทยจะช่วยให้เข้าใจความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุไทยได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าการศึกษาความผาสุกทางจิตใจเชิงบวกในผู้สูงอายุไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทอย่างจังหวัดอุดรธานี เป็นผลทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับ



การพัฒนาแนวทางส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีโดยใช้แบบประเมิน WEMWBS เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจอันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของประเทศไทย (Ministry of Social Development and Human Security, 2022)

คำถามการวิจัย

1. ระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการอยู่อาศัย) มีความสัมพันธ์กับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยทางสังคม (การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์กับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิด

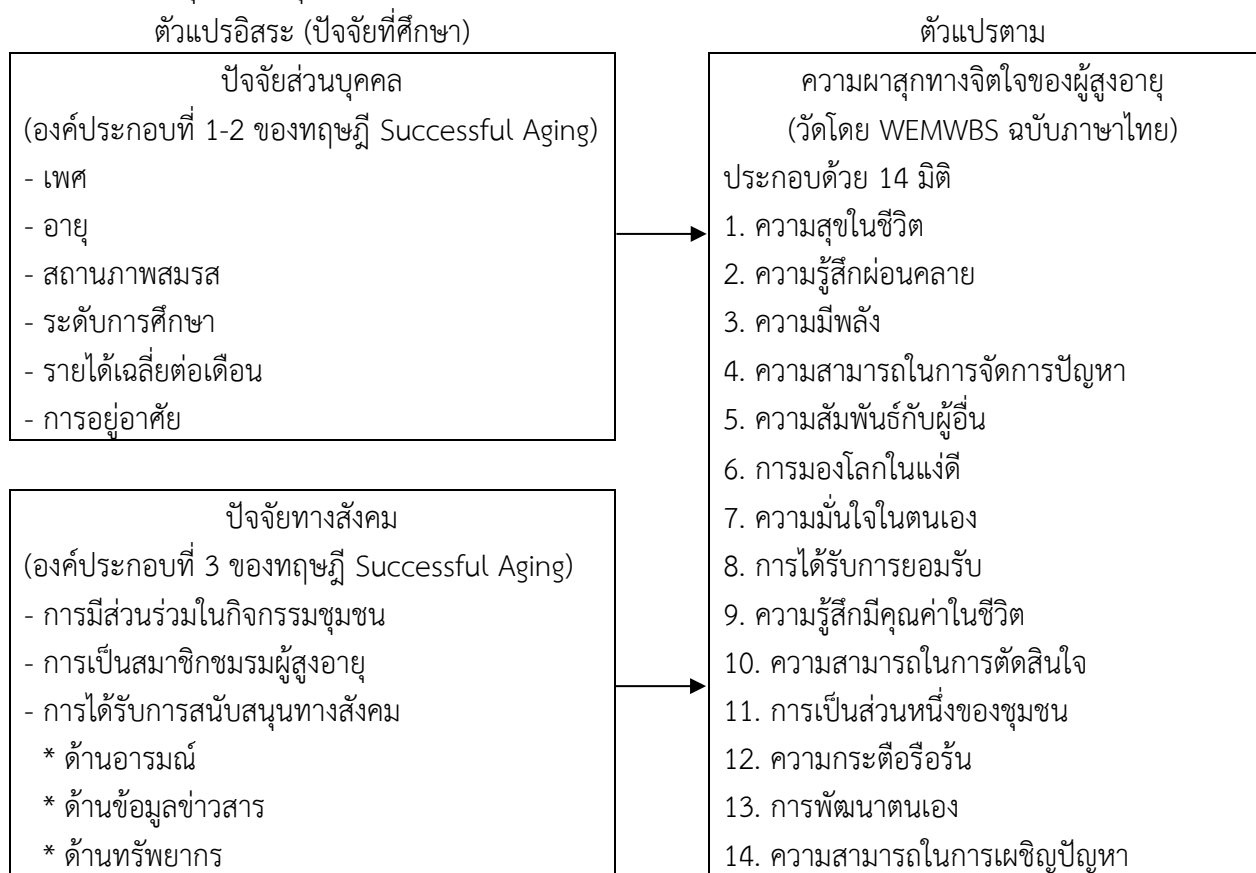
กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging Theory) ของโรว์และคาห์น (Rowe & Kahn, 1997) ที่อธิบายว่าการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคและความพิการ (2) การมีสมรรถภาพทางกายและสมองที่ดี และ (3) การมีส่วนร่วมกับสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจโดยรวม การศึกษานี้ยังประยุกต์ใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตใจของเทนนันท์และคณะ (Tennant et al., 2007) ที่นิยามความผาสุกทางจิตใจว่าเป็นสถานะที่บุคคลสามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ มีความพึงพอใจในชีวิต มีการเจริญเติบโตทางจิตวิญญาณ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนวคิดนี้ประกอบด้วย 14 มิติหลัก ได้แก่ (1) ความสุขในชีวิต (2) ความรู้สึกผ่อนคลาย (3) ความมีพลัง (4) ความสามารถในการจัดการปัญหา (5) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (6) การมองโลกในแง่ดี (7) ความมั่นใจในตนเอง (8) การได้รับการยอมรับ (9) ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (10) ความสามารถในการตัดสินใจ (11) การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (12) ความกระตือรือร้น (13) การพัฒนาตนเอง และ (14) ความสามารถในการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการอยู่อาศัย ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับองค์ประกอบที่ 1 และ 2 ของทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ คือ การมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคและความพิการและการมีสมรรถภาพทางกายและสมองที่ดี โดยการศึกษาพบว่าปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดสำคัญของความผาสุกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระดับการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตใจ (Pinquart & Sörensen, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่า

ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเข้าถึงทรัพยากรและโอกาสในการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตและความผาสุกในวัยสูงอายุ (Netuveli et al., 2006)

2. ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์โดยตรงกับองค์ประกอบที่ 3 ของทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ทางสังคม การมีเครือข่ายสนับสนุน และความสามารถในการปรับตัวทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ (Pinquart & Sörensen, 2000) นอกจากนี้ การศึกษายังแสดงให้เห็นว่าความเป็นปึกแผ่นทางสังคมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนสามารถทำนายความผาสุกของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนได้ (Cramm & Nieboer, 2015) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีคุณภาพและการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมต่อการดำรงอยู่อย่างมีความสุขในวัยสูงอายุ กรอบแนวคิดการวิจัยนี้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม (ตัวแปรอิสระ) กับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ (ตัวแปรตาม) โดยอิงจากทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จที่เชื่อมโยงทั้ง 3 องค์ประกอบเข้าด้วยกันเพื่อบรรลุความผาสุกทางจิตใจ ดังแสดงใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) และการศึกษาความสัมพันธ์ (Correlational Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 89,426 คน (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2024)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) น้อยกว่า 23 คะแนน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวชที่รุนแรง หรืออยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาทางจิตเวช
2. มีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างรุนแรง เช่น ไม่สามารถได้ยิน หรือพูดไม่ได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $\pm 3\%$

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N = ขนาดของประชากร (89,426), e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.03)

$$\text{แทนค่าในสูตร: } n = 89,426 / (1 + 89,426 \times 0.03^2) = 1,086 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% รวมเป็น 1,195 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยได้ดำเนินการจริง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยได้แบ่งพื้นที่ตามเขตการปกครอง 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ อำเภอลับแล อำเภอพิชัย อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอตรอน อำเภอท่าปลา อำเภอพากทำ และอำเภอบ้านโคก จากนั้นได้สุ่มเลือกตำบลจากแต่ละอำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลาก โดยเลือกร้อยละ 30 ของจำนวนตำบลทั้งหมดในแต่ละอำเภอ ซึ่งได้ตำบลรวมทั้งสิ้น 27 ตำบล จากทั้งหมด 90 ตำบล

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกหมู่บ้าน/ชุมชน จากตำบลที่สุ่มได้ในขั้นที่ 1 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เลือกร้อยละ 30 ของจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งหมดในแต่ละตำบล การกำหนดร้อยละ 30 นี้อ้างอิงตามแนวทางของ Krejcie & Morgan (1970) ที่แนะนำให้ใช้สัดส่วนการสุ่มร้อยละ 30 เมื่อประชากรมีการกระจายตัวในพื้นที่ที่หลากหลาย ผลการสุ่มได้หมู่บ้าน/ชุมชนรวมทั้งสิ้น 81 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 270 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยได้กำหนดโควตาของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน ตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (Proportional to Size) โดยหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุมากจะได้รับโควตามากกว่าหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุน้อย ซึ่งผลการกำหนดโควตาอยู่ในช่วง 8-25 คน ต่อหมู่บ้าน

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน โดยคำนวณช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval) จากจำนวน

ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดหารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งช่วงการสุ่มอยู่ระหว่าง 3-8 คน ในระหว่างการเก็บข้อมูล พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ จำนวน 127 คน (เช่น ไม่อยู่บ้าน จำนวน 45 คน ปฏิเสธการเข้าร่วม จำนวน 38 คน และไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าจากการประเมิน TMSE จำนวน 44 คน) ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกรายชื่อสำรองลำดับถัดไปในบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด จำนวน 1,195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และออกแบบให้สอดคล้องกับทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging Theory) ของโรว์และคาห์น (Rowe & Kahn, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (6 ตัวแปร) สะท้อนองค์ประกอบที่ 1-2 ของทฤษฎี Successful Aging (การมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคและความพิการ และการมีสมรรถภาพทางกายและสมองที่ดี) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ

2. ข้อมูลทางสังคม (3 ตัวแปร) สะท้อนองค์ประกอบที่ 3 ของทฤษฎี Successful Aging (การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน วัดระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น งานบุญ งานประเพณี กิจกรรมจิตอาสา การประชุมหมู่บ้าน เป็นต้น ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคยเข้าร่วม, 2 = นาน ๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง, 5 = เป็นประจำ) มีคำถาม 5 ข้อ คะแนนรวม 5-25 คะแนน (2) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ เป็นสมาชิก และไม่เป็นสมาชิก (3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม วัดการได้รับการสนับสนุนใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด) มีคำถาม 15 ข้อ คะแนนรวม 15-75 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการแปลจากแบบประเมิน Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) (Tennant et al., 2007) โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและผ่านกระบวนการแปลกลับ (back translation) ตามมาตรฐาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 1 = ไม่เคยเลย, 2 = น้อยมาก, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง, 5 = ตลอดเวลา การให้คะแนนและการแปลผล คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 14-70 คะแนน คะแนน 14-32 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตใจระดับต่ำ คะแนน 33-51 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตใจระดับปานกลาง คะแนน 52-70 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตใจระดับสูง การคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train the Brain Forum Committee, 1993) ใช้สำหรับคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดออก ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ orientation, registration, attention, calculation, language และ recall รวม 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 24-30 คะแนน หมายถึง สภาพสมองปกติ คะแนน 23 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีภาวะสงสัยสมองเสื่อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตใจฉบับภาษาไทย ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และนักวิชาการด้านการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน ทำให้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.85 และ 0.92 ตามลำดับ

2. การทดสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินความพึงพอใจเวอร์ชันวัดเดนิบะระฉบับภาษาไทย (Thai version of WEMWBS) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า α เท่ากับ 0.87 ทดสอบความเที่ยงของการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) โดยเว้นระยะ 2 สัปดาห์ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

2. หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ อำเภอลับแล อำเภอฟิชัย อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอตรอน อำเภอท่าปลา อำเภอพาคทำ และอำเภอบ้านโคก รวม 9 อำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 4 คน ที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูล รวมทั้งการใช้แบบประเมิน TMSE ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลใน 27 ตำบล 81 หมู่บ้าน โดยในขั้นแรกได้ใช้แบบประเมิน TMSE เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผลปรากฏว่าผู้สูงอายุทั้งหมด 1,195 คน มีคะแนน TMSE ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป และเข้าเกณฑ์คัดเข้าครบถ้วน จึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามต่อไป

4. ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ และสิทธิต่าง ๆ ในการเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้สูงอายุทุกคนได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความสะดวกของผู้สูงอายุ ใช้เวลาเฉลี่ย 35 นาทีต่อราย (ระหว่าง 25-50 นาที)

6. ได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ผลปรากฏว่าแบบสอบถามจำนวน 18 ชุด (ร้อยละ 1.5) มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมทันทีในวันเดียวกัน โดยไม่มีแบบสอบถามที่ต้องกลับไปเก็บข้อมูลซ้ำในภายหลัง

7. ได้รวบรวมแบบสอบถามครบถ้วนทั้งหมด 1,195 ชุด และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจโดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงความถี่และร้อยละตามระดับคะแนน (ต่ำ ปานกลาง สูง) โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้สถิติพารามิเตอร์หรือนอนพารามิเตอร์ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับ

ตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ รายได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม กับระดับความผาสุกทางจิตใจ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) สำหรับตัวแปรระดับเรียงลำดับ ได้แก่ ระดับการศึกษา กับระดับความผาสุกทางจิตใจ และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล (Point-biserial correlation coefficient) สำหรับตัวแปรไดโคโตมัส ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กับระดับความผาสุกทางจิตใจ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เลขที่ COA No. 034/2567 URU-REC No.033/2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการหลังจากได้รับการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=1,195)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	485	40.6
หญิง	710	59.4
อายุ (ปี)		
60-69	623	52.1
70-79	402	33.6
80 ขึ้นไป	170	14.3
Mean = 71.3, SD = 8.4, Min = 60, Max = 94		
สถานภาพสมรส		
โสด	98	8.2
สมรส	685	57.3
หม้าย/หย่า/แยก	412	34.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	145	12.1
ประถมศึกษา	725	60.7
มัธยมศึกษา	218	18.2
สูงกว่ามัธยมศึกษา	107	9.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	423	35.4
5,000-10,000	512	42.8
มากกว่า 10,000	260	21.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=1,195) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	187	15.6
อยู่กับคู่สมรส	428	35.8
อยู่กับครอบครัว	580	48.6

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 1,195 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.4) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 52.1) โดยมีอายุเฉลี่ย 71.3 ปี (SD = 8.4) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 34.5) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 42.8) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 48.6) รองลงมาคืออยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 35.8)

ระดับความพึงพอใจทางจิตใจของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความพึงพอใจทางจิตใจโดยรวม (n=1,195)

ระดับความพึงพอใจทางจิตใจ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	14-32	178	14.9
ระดับปานกลาง	33-51	826	69.1
ระดับสูง	52-70	191	16.0
รวม		1,195	100.0

คะแนนเฉลี่ยรวม = 46.8, SD = 7.9, Min = 21, Max = 68

จากตารางที่ 2 แสดงว่าผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.1) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 16.0) และระดับต่ำ (ร้อยละ 14.9) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 46.8 (SD = 7.9) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจทางจิตใจของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับระดับความพึงพอใจทางจิตใจของผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน (n=1,195)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ ^a	r = -0.18	0.002*
รายได้ ^a	r = 0.25	<0.001**
ระดับการศึกษา ^b	rs = 0.21	0.008**
ปัจจัยทางสังคม		
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ^a	r = 0.32	<0.001**
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ^c	rpb = 0.11	<0.001*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ^a	r = 0.38	<0.001**

^a Pearson's correlation coefficient, ^b Spearman's rank correlation coefficient

^c Point-biserial correlation coefficient, *p < 0.05, **p < 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ ($r = 0.25, p < 0.001$) ระดับการศึกษา ($r = 0.21, p = 0.008$) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ($r = 0.32, p < 0.001$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.38, p < 0.001$) โดย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงที่สุด การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.11, p < 0.001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมมีแนวโน้มที่จะมีระดับความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิก ในขณะที่อายุเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.18, p = 0.002$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีระดับความผาสุกทางจิตใจลดลง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมิตีย่อยของการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ ($n=1,195$)

มิติการสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	SD	ช่วงคะแนน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ด้านอารมณ์	17.8	3.2	8-25	$r = 0.41$	$<0.001^{**}$
ด้านข้อมูลข่าวสาร	15.6	3.8	5-25	$r = 0.28$	$<0.001^{**}$
ด้านทรัพยากร	14.2	4.1	5-25	$r = 0.24$	$<0.001^{**}$
การสนับสนุนทางสังคม	47.6	9.8	18-75	$r = 0.38$	$<0.001^*$
รวม					

*หมายเหตุ: $p < 0.01$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (17.8, SD = 3.2) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตใจสูงที่สุด ($r = 0.41, p < 0.001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($r = 0.28, p < 0.001$) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ($r = 0.24, p < 0.001$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การศึกษาความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุตรดิตถ์ครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 46.8, SD = 7.9) โดยร้อยละ 69.1 อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สะท้อนความเป็นจริงของผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ซึ่งข้อค้นพบนี้สะท้อนข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 42.8) และจบประถมศึกษา (ร้อยละ 60.7) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตใจตามทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จของโรว์และคาห์น (Rowe & Kahn, 1997) การศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและการศึกษามีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ (Pinquart & Sörensen, 2000) ซึ่งมิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การได้รับการยอมรับ และความสุขในชีวิต ซึ่งสะท้อนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการยอมรับจากผู้อื่นเป็นจุดแข็งของสังคมไทยที่ยังคงให้ความสำคัญกับการดูแลและเคารพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งลักษณะเด่นของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุและการแสดงความกตัญญูอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมและการเชื่อมโยงกับชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ (Cramm & Nieboer, 2015) นอกจากนี้ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยยังให้ความสำคัญกับการอยู่

รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ การเคารพผู้อาวุโส และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ดังการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 48.6) หรืออยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 35.8) ในทางตรงกันข้าม มิติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การพัฒนาตนเอง ความกระตือรือร้น และความมั่นใจในตนเอง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ การเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุในพื้นที่ กิ่งเมืองกิ่งชนบทในการเข้าถึงโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีโอกาสนในการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ (Netuveli et al., 2006) ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท อย่างจังหวัดอุดรดิตถ์ทำให้เกิดการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจในมิติที่ยังขาดแคลน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผาสุกทางจิตใจ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และการอยู่อาศัย ซึ่งสะท้อนองค์ประกอบที่ 1-2 ของทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ คือ การมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคและความพิการ และการมีสมรรถภาพทางกายและสมองที่ดี (Rowe & Kahn, 1997) อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกทางจิตใจ ($r = -0.18, p = 0.002$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีระดับความผาสุกทางจิตใจลดลง ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาและสังคมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุตอนปลาย โดยเฉพาะการสูญเสียบทบาททางสังคมและเพิ่มการพึ่งพา ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเพิ่มขึ้นของอายุมีผลต่อการลดลงของความผาสุกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ (Pinquart & Sörensen, 2000)

ระดับการศึกษา ($r = 0.21, p = 0.008$) และรายได้ ($r = 0.25, p < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความผาสุกทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบที่ 2 (Successful Aging Theory) เกี่ยวกับการมีสมรรถภาพทางสมองที่ดี ดังการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสถานะทางสังคมเศรษฐกิจรวมถึงระดับการศึกษาและรายได้ เป็นปัจจัย กำหนดสำคัญของความผาสุกในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีการศึกษาและรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีเครือข่ายสังคมที่ แข็งแกร่ง มีความสามารถในการปรับตัว และมีการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ (Pinquart & Sörensen, 2000) นอกจากนี้ การมีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจที่ดียังส่งผลต่อการเข้าถึง บริการสุขภาพและกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจ (Netuveli et al., 2006)

สถานภาพสมรสและการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่ มีสถานภาพสมรสและอยู่กับคู่สมรสหรือครอบครัวมีระดับความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว ซึ่งสะท้อนให้ เห็นถึงความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่าการมีคู่ครองและการอยู่ร่วมกับครอบครัวให้การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัย ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (Cramm & Nieboer, 2015) ดังข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.3) และอยู่กับคู่สมรสหรือครอบครัว (ร้อยละ 84.4) ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุน ที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตใจในบริบทของสังคมไทย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับความผาสุกทางจิตใจ

ปัจจัยทางสังคมทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมี ส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ($r = 0.32, p < 0.001$) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.11, p < 0.001$) และ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.38, p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนองค์ประกอบที่ 3 ของทฤษฎีการสูงวัย อย่างประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง (Rowe & Kahn, 1997) โดยการได้รับการ สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงที่สุดกับความผาสุกทางจิตใจ แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการทาง

สังคมผ่านการมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในชุมชนช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าเครือข่ายสังคมและความสามารถในการปรับตัวทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ (Pinquart & Sörensen, 2000)

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีระดับความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงบทบาทสำคัญของชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจ การเป็นสมาชิกชมรมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายและใจ และยังพบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่า (Cramm & Nieboer, 2015) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการปรับตัวทางจิตใจและมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่าและสามารถเผชิญกับความท้าทายในชีวิตได้ดีกว่า (Windle et al., 2011) นอกจากนี้การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งยังช่วยในการเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพ และการดำรงชีวิตจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ (Netuveli et al., 2006)

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโอกาสทางเศรษฐกิจแต่การส่งเสริมเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชนสามารถยกระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Aging) ที่เน้นการมีส่วนร่วมในสังคมและการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าการลงทุนในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมและกิจกรรมชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ (Ministry of Social Development and Human Security, 2022)

4. การสนับสนุนทางสังคมแยกตามมิตีย่อย

ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตใจสูงสุด ($r = 0.41, p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับความเอาใจใส่ การรับฟัง และการให้กำลังใจจากผู้อื่นต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับลักษณะของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่กันในครอบครัวและชุมชน การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุ (Cramm & Nieboer, 2015) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.28, p < 0.001$) ดังนั้นข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับข้อมูลที่เหมาะสมช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Pinquart & Sörensen, 2000) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าการสนับสนุนด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่ำสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.24, p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ เงินทอง หรือบริการต่าง ๆ มีส่วนสนับสนุนความผาสุกทางจิตใจ แม้จะไม่มากเท่ากับมิติอื่น ๆ ข้อค้นพบนี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาจะมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ แต่การสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญมากกว่าการสนับสนุนด้านทรัพยากรในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจ อย่างไรก็ตาม การมีทรัพยากรที่เพียงพอยังคงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตและความมั่นคงของผู้สูงอายุ (Netuveli et al., 2006)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจสำหรับผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นลำดับแรก เช่น การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์

ที่อบอุ่นระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชน การฝึกอบรมอาสาสมัครในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลที่เน้นความเอาใจใส่และการรับฟังอย่างมีคุณภาพ รองลงมาควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตได้อย่างง่ายดายและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนานโยบายสร้างเสริมความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจแบบองค์รวม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้มีรายได้น้อย และผู้มีการศึกษาดำ

2. การส่งเสริมการรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พร้อมสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสนใจและศักยภาพของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย การถ่ายทอดภูมิปัญญา และกิจกรรมจิตอาสา

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ควรส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวและการสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ ควรทำการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความผาสุกทางจิตใจตลอดช่วงวัยสูงอายุ อันจะช่วยให้เข้าใจพลวัตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตใจ รวมทั้งระบุจุดเปลี่ยนสำคัญในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ

2. การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจความผาสุกทางจิตใจในมุมมองของผู้สูงอายุไทย ควรศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุต่อความผาสุกทางจิตใจในเชิงลึก เพื่อเข้าใจมิติทางวัฒนธรรมและบริบทเฉพาะของสังคมไทย ซึ่งอาจแตกต่างจากบริบทตะวันตกที่แนวคิดความผาสุกทางจิตใจพัฒนาขึ้น

3. การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

เอกสารอ้างอิง

- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2015). Social cohesion and belonging predict the well-being of community-dwelling older people. *BMC Geriatrics*, 15, 30.
<https://doi.org/10.1186/s12877-015-0027-y>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Ministry of Social Development and Human Security. (2022). Strategic plan for elderly quality of life development 2022–2026. <https://olderfund.dop.go.th/wp-content/uploads/2022/09/แผนปฏิบัติการกองบริหารกองทุนผู้สูงอายุ-2565-2569.pdf>
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (ELSA). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357–363. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040071>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Train the Brain Forum Committee. (1993). Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*, 45(6), 359–374.
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2024). Uttaradit provincial elderly situation report 2024. Ministry of Public Health. <https://utoapp3.moph.go.th/app2/portfolio/docdtl?id=TVRrPQ==>
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>