

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

Factors Associated with Mental Health among Older Adults in Bangnampriao District, Chachoengsao Province

นาถนภา วงษ์ศีล, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Nardnapa Wongsin, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

สนธยา มณีรัตน์, ปร.ด. (การพยาบาล)²

Sonthaya Maneerat, Ph.D. (Nursing)²

Received: September 29, 2024

Revised: December 12, 2024

Accepted: December 19, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 413 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น มีค่าความเชื่อมั่น .89 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.62 2) เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.171, p < .01$; $\chi^2 = 25.761, p < .001$; $\chi^2 = 22.462, p < .05$; $\chi^2 = 22.470, p < .05$ และ $\chi^2 = 14.494, p < .01$ ตามลำดับ) และ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุน

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

¹ Registered Nurse, Buengnamrak Sub-district Health Promoting Hospital, Chachoengsao Province

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sonthaya@bcnnv.ac.th

จากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .344$, $p < .001$ และ $r = .356$, $p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเน้นให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพจิต การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การสนับสนุนจากครอบครัว

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore mental health and to examine the relationship among personal factors, community participation, family support, and mental health among older adults. The participants were 413 older adults living in Bangnampriao District, Chachoengsao Province. The research instruments consisted of the personal factor questionnaire, the community participation assessment form with a reliability of .81, the family support assessment form with a reliability of .83, and the Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) with a reliability of .89. Data were collected from March to May 2024. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's product-moment correlation.

The research results revealed that 1) 57.62% of older adults had mental health scores better than average; 2) gender, age, education level, occupation, and underlying disease were statistically significantly related to mental health among older adults ($\chi^2 = 11.171$, $p < .01$; $\chi^2 = 25.761$, $p < .001$; $\chi^2 = 22.462$, $p < .05$; $\chi^2 = 22.470$, $p < .05$; and $\chi^2 = 14.494$, $p < .01$, respectively); and 3) community participation and family support were positively statistically significantly related to mental health among older adults ($r = .344$, $p < .001$ and $r = .356$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that healthcare providers should arrange an elderly mental health-enhancing program that emphasizes community participation and family support. This will help older adults achieve good mental health.

Keywords: Older adult, Mental health, Community participation, Family support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปี ค.ศ. 2021 เป็นปีแห่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญของไทย ที่ได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2022) ทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง เกิดการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพได้ง่าย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคดิจิทัล และวิถีชีวิตหลังการเกิดโรคโควิด 19 ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ จำนวน 9,527,054 คน ได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำนวน 7,501,688 คน คิดเป็นร้อยละ 78.74 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43 สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนานุทอง, ประภา ยุทธไธร, โสพรรณ โพทะยะ, ชรินทร์ จักรภพโยธิน, และขวัญฤติดา พิมพการ (2567) ที่พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบสามอันดับแรกในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21.60–22.80 (วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558; สุชาดา แซ่ลิ้ม, 2562) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้วยการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนถึงวัยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดโอกาสเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง (กรมอนามัย, 2565)

ภาวะสุขภาพจิต (mental health) หมายถึง สภาพสุขภาพที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถ

รับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้ (World Health Organization, 2023) โดยภาวะสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยด้านสังคม จิตใจ และชีวภาพ เช่นเดียวกับภาวะสุขภาพและโรคทั่วไป จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวชที่พบทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ความยากจน ระดับการศึกษาต่ำ และการไร้ที่อยู่อาศัย (ศุทธา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, คุชฎิ จิงศิริกุลวิทย์, และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2560) โดยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังการศึกษาที่พบว่า โรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยทำให้มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.35 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 23.97 (ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, รัชรัศม์ ภูงค์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ, 2564) มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.50 (มินตรา สาระรักษ์, จูติรัช งานฉมิง, และนันทยา กระสายทอง, 2563) และการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 53.30 (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมร่วมกันในโรงเรียน ผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 5.60 (อัญญา แพทย์ศาสตร์ และพัชรินทร์ รุจิรานุกุล, 2565) จากการประเมินสุขภาพจิตคนไทยด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านระบบ Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยมีผู้ตอบแบบสำรวจจำนวน 1,180,829 คน พบว่ามีความเครียดสูง จำนวน 7,912 คน คิดเป็นร้อยละ 0.67 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 10,863 คน คิดเป็นร้อยละ 0.92 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 3,326 คน

คิดเป็นร้อยละ 0.28 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนไม่น้อย

อำเภอบางน้ำเปรี้ยว เป็น 1 ใน 11 อำเภอ ของ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 10 ตำบล มีประชากร สูงอายุ จำนวน 15,525 คน คิดเป็นร้อยละ 19.31 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จากข้อมูลการประเมิน สุขภาพจิตคนไทยด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านระบบ Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต โดย จังหวัดฉะเชิงเทรา มีผู้ตอบแบบสำรวจ จำนวน 13,951 คน พบว่ามีความเครียดสูง จำนวน 86 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.62 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 0.59 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ส่วน ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว มีผู้ตอบแบบสำรวจ จำนวน 874 คน พบว่ามีความเครียดสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 2.06 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 4.46 และมีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 3.09 (กรมสุขภาพจิต, 2567) นอกจากนี้ จากการคัดกรอง ความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จำนวน 4,551 คน พบว่ามีความเครียด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.20 และ จากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรค ซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) จำนวน 9,681 คน พบว่ามี แนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 0.37 (ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2567ข) สะท้อนให้เห็นว่า แม้ขนาดปัญหาด้านสุขภาพจิต จะไม่ใหญ่มากนัก แต่หากเกิดปัญหาก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและก่อให้เกิดปัญหาด้านอื่นๆ ที่รุนแรง ทั้งของผู้สูงอายุและครอบครัวได้มาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าที่พบว่ามีความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย มากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น สอดคล้องกับข้อมูลของกรม สุขภาพจิตที่แสดงให้เห็นว่า สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ต่อเนื่องในช่วงหลายปี ที่ผ่านมา โดยสาเหตุสำคัญมาจากความสัมพันธ์กับ

คนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่จำเป็นต้องได้รับการ แก้ไข และเป็นปัญหาสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจาก ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมี หลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สุขภาพจิต และปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยปกป้อง ดังการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ (มินตรา สารรักษ์ และคณะ, 2563; Mazloomzadeh, Biglari, & Eskandari, 2021; Reddy, Gupta, Lohiya, & Kharya, 2013) อายุ (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563; ธีธัญรัตน์ จินเส็ง, 2562; มุสตรา ยะโกะ, พิศมัย หอมจำปา, นูรียะ ลาเตะเกะ, ฮูดา แวะหะยี, และโรซวรรณมา เซฟโฆลาม, 2563; ยษณัฐรินทร์ จรบุญมย์ และสิริกร สุรวัณัฐชา, 2563) ระดับการศึกษา (วิลาวัณย์ ชาดา และคณะ, 2567; สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, 2563; Mahmoodi, Yazdkhasti, Rostami, & Ghavidel, 2022; Mazloomzadeh et al., 2021; Reddy et al., 2013) การอยู่กับคู่สมรส (วิลาวัณย์ ชาดา และคณะ, 2567) การมีอาชีพ (ธีธัญรัตน์ จินเส็ง, 2562; สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563; สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, 2563) ความเพียงพอของรายได้ (ปณณทัต ดันชนปัญญากร, อารีย์ สงวนชื่อ, และ รัตนภรณ์ อาษา, 2562; สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563; Reddy et al., 2013) การมีโรคประจำตัว (พารินี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, สุกชัย ปิติกุลดง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 2561; สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563) การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมชุมชน (นามชัย กิตตินาคัญชา, 2561;

บัณฑิต ดันธนปัญญากร และคณะ, 2562) และการสนับสนุนจากครอบครัว (ชัยญารัตน์ จินเริง, 2562; บัณฑิต ดันธนปัญญากร และคณะ, 2562; ขจรวิรินทร์ จรบุรมย์ และสิริกร สุวัชนันฐา, 2563; Devita et al., 2024) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพจิตของมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย (VicHealth) (ศุทธา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ และคณะ, 2560) โดยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาองค์ประกอบด้านจิตใจในระดับที่แตกต่างกันตามอายุที่มากขึ้น (ปาริชาติ แวนไวยาศาสตร์, 2563) โดยสุขภาพจิตที่ดีเป็นตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (นามชัย กิตตินาคันทุพญา, 2561)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

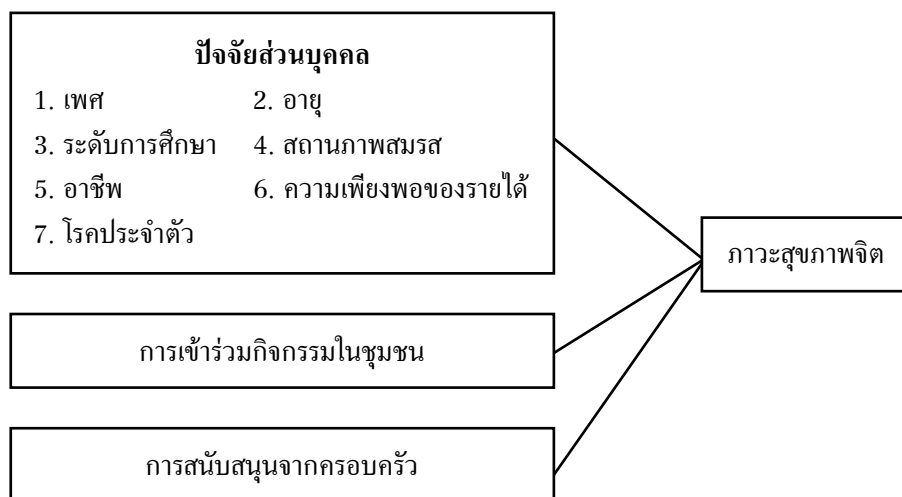
2. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา) โดยใช้กรอบแนวคิดในการปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางผลักดันงานส่งเสริมสุขภาพจิต ของมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย (The Victorian Health Promotion Foundation: VicHealth) (ศุทธา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ และคณะ, 2560) โดยมีหลักในการศึกษา ดังนี้ 1) ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพจิตและทิศทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1.1 การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (สัมพันธภาพที่เกื้อหนุน การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม และความร่วมมือของพลเมือง) 1.2 การไม่ถูกแบ่งแยกกีดกัน และปลอดภัยจากความรุนแรง (การให้คุณค่าที่หลากหลาย ความมั่นคงปลอดภัยทางร่างกาย และการตัดสินใจและควบคุมจัดการชีวิตของตนเอง) และ 1.3 การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ (การทำงาน การศึกษา ที่อยู่อาศัย และการเงิน) 2) กลุ่มประชากรและพื้นที่การดำเนินงาน ภาคส่วนและหน่วยงานในการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์ระยะกลาง และ 4) ผลลัพธ์ระยะยาว ดังนั้น การศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นการศึกษาปัจจัยเริ่มต้นที่กำหนดสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรสูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป โดยผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว 2) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และ 3) การสนับสนุน

จากกรอบครัว สรุปลเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้

ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 15,525 คน (ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2567ก) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 3)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 375 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 413 คน โดยเลือกหมู่บ้าน 1 หมู่บ้าน จากแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

ได้จำนวน 10 หมู่บ้าน และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของรัตนกาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง (2563) จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)

ในระดับปานกลาง (2.01–3.00 คะแนน) และในระดับสูง (3.01–4.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของธัญญารัตน์ จินเส็ง (2562) จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ได้แก่ ไม่เลย ต่ำ ปานกลาง และมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย (0–.75 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ (.76–1.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.51–2.25 คะแนน) และในระดับสูง (2.26–3.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool [T-GMHA-15]) ของกรมสุขภาพจิต (2566) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อยมาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน) มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43–49 คะแนน) และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (50–60 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96, .94 และ .98 ตามลำดับ ดำเนินการ

แก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเคหะหนองจอก กรุงเทพฯ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81, .83 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เอกสารรับรอง เลขที่ PH_CCO_REC 016/2567 วันที่ 12 มีนาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ที่ศึกษา หมู่บ้านละ 1 คน รวมจำนวน 10 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกอบรมวิธีการใช้แบบประเมิน กำหนดช่วงวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ นัดหมายวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาที่นัดหมาย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้เวลา 20–30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน ข้อมูลการสนับสนุนจากครอบครัว และ ข้อมูลภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจาก ครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.40 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.09 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.57 ปี ($SD = 6.76$) ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 79.66 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.33 ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50.12 มีรายได้ไม่เพียงพอ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 และส่วนใหญ่มีโรค ประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 65.86

2. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมใน ชุมชนโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 15.51, SD = 4.73$) เมื่อจำแนกเป็นรายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่ ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุด คือ “การเข้าร่วมงานของ เพื่อนบ้าน เช่น งานแต่ง งานทำบุญบ้าน หรืองานศพ” ($M = 3.43, SD = .86$) รองลงมา คือ “ร่วมกิจกรรม ทางวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน เช่น วันสำคัญ ไปวัดหรือมัสยิด” ($M = 3.28, SD = .90$) ส่วนกิจกรรม ที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อยที่สุด คือ “การเข้าร่วมเป็น อาสาสมัครหรือจิตอาสา เพื่อช่วยเหลือสังคม” ($M = 1.91, SD = 1.18$)

3. การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวใน ระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.60 และ

มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ในระดับปานกลาง ($M = 35.68, SD = 7.75$) เมื่อ จำแนกเป็นรายรายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง 3 กิจกรรมแรก ได้แก่ “บุคคลในครอบครัวพาไปพบแพทย์” “ยังคงทำงานบ้าน เนื่องจากเป็นความต้องการของตัวเอง” และ “บุคคล ในครอบครัวมาเยี่ยม” คิดเป็นร้อยละ 63.90, 62.70 และ 58.80 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับ การสนับสนุนเลย 3 กิจกรรมแรก ได้แก่ “ครอบครัว ช่วยดูแลงานบ้านให้” “มีโอกาสดูแลเลี้ยงหรืออยู่ใกล้ชิด กับหลาน” และ “บุคคลในครอบครัวชวนให้ไปอยู่ด้วยกัน หรือให้หยุดทำงานเพื่อพักผ่อน” คิดเป็นร้อยละ 15.30, 16.20 และ 24.70 ตามลำดับ

4. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.62 รองลงมา คือ มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 29.30 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 13.08 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุมีคะแนน เฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตในระดับมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ($M = 50.96, SD = 6.90$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ถ้าท่านป่วย ท่าน มั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่านเป็นอย่างดี” ($M = 3.67, SD = .57$) รองลงมา คือ “ครอบครัวของ ท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน” ($M = 3.60, SD = .57$) และ “สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน” ($M = 3.59, SD = .64$) ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.171, p < .01$; $\chi^2 = 25.761, p < .001$; $\chi^2 = 22.462, p < .05$; $\chi^2 = 22.470, p < .05$ และ $\chi^2 = 14.494, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนสถานภาพ สมรส และความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 413)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			χ^2	p
	ต่ำกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ดีกว่าคนทั่วไป		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				11.171	.004
ชาย	6 (5.26)	43 (37.72)	65 (57.02)		
หญิง	48 (16.05)	78 (26.09)	173 (57.86)		
อายุ				25.761	< .001
60-69 ปี	17 (8.06)	60 (28.43)	134 (63.51)		
70-79 ปี	26 (16.56)	39 (24.84)	92 (58.60)		
80 ปีขึ้นไป	11 (24.44)	22 (48.89)	12 (26.67)		
ระดับการศึกษา				22.462	.033
ไม่ได้เรียน	9 (21.43)	15 (35.71)	18 (42.86)		
ประถมศึกษา	39 (11.86)	89 (27.05)	201 (61.09)		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	6 (14.29)	17 (40.48)	19 (45.23)		
สถานภาพสมรส				11.140	.084
โสด	12 (17.91)	16 (23.88)	39 (58.21)		
คู่	20 (9.43)	58 (27.36)	134 (63.21)		
ม่าย/หย่า/แยก	22 (16.42)	47 (35.07)	65 (48.51)		
อาชีพ				22.470	.033
ไม่มีอาชีพ	33 (15.42)	66 (30.84)	115 (53.74)		
เกษตรกรรม	7 (7.45)	30 (31.91)	57 (60.64)		
รับจ้าง	8 (13.56)	15 (25.42)	36 (61.02)		
ค้าขาย/เลี้ยงสัตว์	6 (13.04)	10 (21.74)	30 (65.22)		
ความเพียงพอของรายได้				9.469	.050
ไม่เพียงพอ	23 (14.46)	41 (25.79)	95 (59.75)		
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	24 (15.69)	53 (34.64)	76 (49.67)		
เพียงพอ เหลือเก็บ	7 (6.93)	27 (26.73)	67 (66.34)		
โรคประจำตัว				14.494	.001
ไม่มี	15 (10.64)	58 (41.13)	68 (48.23)		
มี	39 (14.34)	63 (23.16)	170 (62.50)		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .344, p < .001$ และ $r = .356, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($n = 413$)

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพจิต	
	r	p
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	.344	< .001
การสนับสนุนจากครอบครัว	.356	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 57.62) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นวัยสูงอายุตอนต้นที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เข้าร่วมกลุ่มหรือเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง ทำให้ยังมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง หรือมีคุณค่าในตนเอง (สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยวที่จัดกิจกรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การมีวัดและมัสยิด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีแหล่งที่พึ่งทางใจตามความเชื่อและศรัทธา และยังมีสิ่งสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ เช่น การได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมในวันสำคัญ การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพริณิสกิส และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีสุขภาพจิตในเกณฑ์ปกติ ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้หญิงมักนึกถึงความต้องการของคนอื่นมากกว่าตัวเอง ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง และถูกคาดหวังว่าต้องมีความอดทน ซึ่งล้วนเป็นเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ดี สอดคล้องกับที่สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2564) ระบุว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิงอาจเกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ และการที่ผู้หญิงส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างน้อยกว่าผู้ชาย แต่มีความรับผิดชอบในงานที่มากกว่า รวมถึงต้องรับผิดชอบงานในบ้าน แต่มักไม่ได้รับการให้คุณค่า เนื่องจากถูกกำหนดจากเพศภาวะว่าเป็นหน้าที่ซึ่งพึงกระทำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา สารรักษ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 58

ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี และที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ดังการศึกษาของอิทธิพล ดวงจินดา, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, จันทร์จิรา อินจัน, และปารวีร์ มั่นพัก (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในวัยนี้จะเริ่มหาล้างชีวิตเหนียวจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การศึกษา ธรรมชาติ การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งสมาธิ หรือการไปวัดทำบุญ โดยเชื่อว่าจะทำให้จิตใจสงบ มั่นคง เข้มแข็ง และไม่เครียด มีการฝึกตนให้รู้จักรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น หรือหาวิธีผ่อนคลายจิตใจอื่นๆ เช่น การปลูกต้นไม้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข (ปาริชาติ แวนไวยาศาสตร์, เมทนี รัตนบุตร, และมาสนิ สุกดปักษ์, 2566) ในทางตรงกันข้าม วัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย เริ่มทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้น้อยลง รวมถึงการออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่า เช่นเดียวกับวัยสูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่มีโรคหรือการเจ็บป่วยมากขึ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจมากขึ้นด้วย จึงเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำที่สุด ดังการศึกษาของมุตสุรา ยะโกะ และคณะ (2563) ที่พบว่า ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยช่วงอายุ 60-69 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ จินเส็ง (2562)

ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60-64 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 51

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน และที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาสามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือแนวทางการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Reddy et al. (2013) ที่พบว่า ระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย/เลี้ยงสัตว์ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพอื่นๆ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ในการประกอบอาชีพค้าขาย/เลี้ยงสัตว์นั้น ผู้สูงอายุสามารถทำได้เองภายในบ้านหรือใกล้เคียงบริเวณบ้าน ซึ่งบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย และรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ต้องออกไปตรากตรำหรือตากแดดตากฝนเหมือนอาชีพอื่นๆ เช่น เกษตรกรรม รับจ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จันทร์สุวรรณ และคณะ (2563) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ จินเส็ง (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้

อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.86) โดยโรคที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ หากไม่ได้อยู่ในช่วงการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก แต่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ ขอมรับ และปรับตัวในการอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้มากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นมากที่สุด จึงมีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มากนัก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ยังสามารถควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ ไม่มีอาการกำเริบ รวมถึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพาริณี สุกใส และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายดีมีโอกาสมิมีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 8.30 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายไม่ดี

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น ร่วมงานแต่ง งานทำบุญบ้าน ร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม หรือประเพณีของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบปะเพื่อนในวัยเดียวกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีคุณค่า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปัญฑิต ดันธนปัญญากร และคณะ (2562) ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนที่ตนอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของนามชัย กิตตินาคบัญชา (2561) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมให้ยาวนานจึงส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ เช่น พาไปพบแพทย์ตามนัด ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความรักและยังมีคุณค่า ดังการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนผู้สูงอายุจากบุคคลในครอบครัว 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้เงิน ด้านการให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย ด้านการทำงานบ้าน ด้านการเลี้ยงหลาน ด้านการให้การศึกษาด้านการติดต่อเยี่ยมบ้าน ด้านการสนใจเอาใจใส่ และด้านการอบรมสั่งสอน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ธัญญารัตน์ จินเฮ็ง, 2562) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของปัญฑิต ดันธนปัญญากร และคณะ (2562) ที่พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Devita et al. (2024) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในเรื่องตัวแปรสถานภาพสมรส แม้ว่าการศึกษาของพาริณี สุกใส และคณะ (2561) จะพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่มีโอกาสมิมีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 2.40 เท่า ของผู้สูงอายุโสด/หม้าย/หย่า/แยก ส่วนการศึกษาของ Reddy et al. (2013) พบว่า ผู้ที่หย่าร้างมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต และการศึกษาของนามชัย กิตตินาคบัญชา (2561) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีโอกาสมิมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ ในขณะที่การศึกษาของปัญฑิต ดันธนปัญญากร และคณะ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มี

สถานภาพสมรสอื่นๆ

ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ที่มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ และที่มีรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ ก็มีภาวะสุขภาพจิตในระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอหรือไม่เงินเก็บ อาจทำให้รู้สึกว่ามีชีวิตไม่มีความมั่นคงในชีวิต มีความวิตกกังวลหากต้องใช้จ่ายในยามจำเป็น ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่นในทางตรงกันข้าม การที่ผู้สูงอายุมีรายได้เป็นของตนเอง และมีเงินเก็บ ทำให้รู้สึกว่ามีความมั่นคงในชีวิต ไม่เกิดความขัดสนในการใช้จ่ายยามจำเป็น ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นด้านการเงิน และไม่เป็นภาระของใคร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mazloomzadeh et al. (2021) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และหากผู้สูงอายุมีรายได้ลดลงหรือรายได้ไม่เพียงพออาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (ปัญหาด้านจิตเวช ปัญหาสุขภาพจิต และคณะ, 2562)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเน้นให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงควรป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน โดยบูรณาการกับงานประจำ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมทางศาสนา และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). *แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15)*. สืบค้นจาก https://www.sorpsor.com/happy2017/t_gmha_15_index.php
- กรมสุขภาพจิต. (2567). *ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย*. สืบค้นจาก <http://checkin.dmh.go.th/dashboards>
- กรมอนามัย. (2565). *คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิรดา อัสวเมธากุล, ประทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, และอริญญา นามวงศ์. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 581-595.
- ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2567ก). *จำนวนประชากร ปี 2567*. สืบค้นจาก <http://cco.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
- ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2567ข). *ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต*. สืบค้นจาก <http://cco.hdc.moph.go.th/hdc/reports>

ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ฤกษ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ. (2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 78–89.

ทัศนาศ นุญทอง, ประภา ยุทธไตร, โสพรรณ โพทะยะ, ชนินทร์ จักรภพโยธิน, และขวัญธิดา พิมพ์การ. (2567). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสภาการพยาบาล*, 39(2), 163–177.

ธัญญารัตน์ จินเส็ง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นามชัย กิตตินาคบุญชา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 34(1), 1–40.

ปิ่นมัทธ ดันชนปัญญากร, อารีย์ สงวนชื่อ, และรัตนภรณ์ อาษา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(2), 68–85.

ปาริชาติ แวนไวยศาสตร์. (2563). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์. *วารสารการพยาบาล*, 22(2), 105–117.

ปาริชาติ แวนไวยศาสตร์, เมทนี ระดาบุตร, และมาสรีน สกุลปักษ์. (2566). การรับรู้และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(1), 170–181.

พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(5), 809–818.

มินตรา สารรักษ์, จูติรัช งานฉมิง, และนันทยา กระสายทอง. (2563). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 304–310.

มุตตรา ยะโกะ, พิสมัย หอมจำปา, นุรีย์ ละตะทะ, สุธา แวะหะยี, และโรชวรรณา เขมโฆลาม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดยะลา. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 5 “วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมเพื่อสังคม”* (น. 175–190). นครศรีธรรมราช: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย.

ยชญ์วินทร์ จรบุญมย์, และสิริกร สุวัชนันฐา. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. *วารสารพยาบาล*, 69(3), 20–26.

รัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- วิชุดา อุ่นแก้ว, และปิยธิดา คูศิริณญรัตน์. (2558). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 577–589.
- วิลาวลัย ชาดา, นิรุวรรณ เทรินโปล, วิภา ชุปวา, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, เบญจพล แสงไสว, สุภาพร ชัยชาญวัฒนา, และนงลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 18(1), 84–95.
- ศุพรา เอื้ออภิสถิธีวงศ์, ดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์, และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2560). *การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2564). ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(3), 259–272.
- สุชาดา แซ่ลิ้ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(1), 193–202.
- สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเตอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 150–163.
- สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลสนามชัย จ.สุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 3(2), 42–51.
- อัฐญา แพทย์ศาสตร์, และพัชรินทร์ รุจิรานุกูล. (2565). แนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลวังใหม่ อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 16(3), 166–173.
- อิทธิพล ดวงจินดา, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, จันทร์จิรา อินจีน, และปารวีร์ มั่นฟัก. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 60–73.
- Department of Economic and Social Affairs, United Nations. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. New York: Author.
- Devita, Y., Nita, Y., Dwiguna, S., Puswati, D., Saputra, R., & Alfianur. (2024). Analysis of factors related to the mental status of elderly. *Jurnal Keperawatan Priority*, 7(1), 23–34. doi:10.34012/jukep.v7i1.4550
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. doi:10.1177/001316447003000308

- Mahmoodi, Z., Yazdkhasti, M., Rostami, M., & Ghavidel, N. (2022). Factors affecting mental health and happiness in the elderly: A structural equation model by gender differences. *Brain and Behavior*, 12(5), e2549. doi:10.1002/brb3.2549
- Mazloomzadeh, S., Biglari, S., & Eskandari, F. (2021). Mental health, quality of life and their related factors among elderly people in Zanjan health centers, 2017. *Journal of Advances in Medical & Biomedical Research*, 29(135), 230–237. doi:10.30699/jambs.29.135.230
- Reddy, V. B., Gupta, A., Lohiya, A., & Kharya, P. (2013). Mental health issues and challenges in India: A review. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 3(2), 1–3. Retrieved from <https://www.ijsrp.org/research-paper-0213/ijsrp-p14129.pdf>
- World Health Organization. (2023). *Mental health of older adults*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
-