สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

MENTAL HEALTH OF THE OLDER PEOPLE AT CHARABARNVUTTI WITTAYALAI SCHOOL, DOI SAKET DISTRICT, CHIANG MAI PROVINCE

*มธุรส สว่างบำรุง, กศ.ม. (Maturose Sawangbumrung, M.Ed.)**
*รุ่งกานต์ ใจวงค์ยะ, วท.ม. (Rungkarn Jaiwongya, M.S.)***
*สุวรี ฤกษ์จารี, ปร.ด. (Suwaree Rerkjaree, Ph.D.)****

Abstract

Objectives: 1) To explore mental health of the older people and 2) To compare mental health of the older people based on the following factors: demography, personal health, social factors of community, and psychological and social factors of the Charabarnvuttiwittayalai school.

Methods: This study was a survey research. Subjects were 214 older people from Charabarnvuttiwittayalai school. The research instrument was the Thai Mental Health Indicator test (TMHI-55). Data were analyzed by using descriptive statistics, t-test, F-test, and LSD.

Results: 1) 45.79% of older people in this study had normal mental health. 2) The comparison of mental health based on 4 main factors, were found: 1) demographic factors included occupation, debt burden, and family relationship; 2) personal health factors included health problems and chronic distress, a level of self- reliance, and health information perception; 3) social factors of the community included a level of relationship with friends of the same age in the community, a level of relationship with social network in the community, a level of religion participation, tradition and community activities; and 4) psychological and social factors of the older people school included a level of the participation in curriculum management and activities, a level of relationship with friends of the same age and social network, and a level of satisfaction and happiness with the school. The difference in these 12 factors had an effect on the difference in mental health with a statistical significance level at .05.

Keywords: Mental health, Older people, Charabamvuttiwittayalai school

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ (Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Liberal Arts, Maejo University), E-mail: marosesom@yahoo.com*
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ (Assistant Professor, Faculty of Science, Maejo University),*
****รองศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Associate Professor, Faculty of Education, Khon Kaen University)*

วันที่รับ (received) 21 พฤศจิกายน 2560 วันที่แก้ไข (revised) 21 ตุลาคม 2561 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 ธันวาคม 2561

-20-0608(001)P3.indd 99 4/9/2563 BE 13:12

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 2) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยประชากรศาสตร์ ปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน และปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมของโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย

วิธีการศึกษา: วิจัยเชิงสำรวจกับกลุ่มผู้สูงอายุโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 214 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบทดสอบสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (55ข้อ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา t-test, F-test และ LSD

ผลการศึกษา:

1. ภาวะสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 45.79

2. ผลการเปรียบเทียบสุขภาพจิต จำแนกตาม 4 ปัจจัยหลักพบว่า 1) ปัจจัยประชากรศาสตร์ ได้แก่ อาชีพ ภาระหนี้สินและสัมพันธภาพในครอบครัว 2)ปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคลได้แก่ สภาวะปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังระดับการช่วยเหลือพึ่งพาตนเอง และ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ 3) ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน ได้แก่ ระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยในชุมชนระดับความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ในชุมชน และระดับการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น และกิจกรรมชุมชน และ 4) ปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมของโรงเรียน ได้แก่ ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมและการจัดการหลักสูตรระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยและเครือข่ายทางสังคม และระดับความพึงพอใจและความสุขต่อโรงเรียน ความแตกต่างของ 12 ปัจจัยนี้ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ โรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย

ความสำคัญของปัญหา

ในทศวรรษนี้ การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เพิ่มขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559) ขณะที่วัยผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของวัยในทุกด้าน ดังเช่น องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2017) ระบุว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ด้านร่างกายและจิตใจ มากกว่า 20% ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ต้องเจ็บปวดจากจิตใจหรือความผิดปกติด้านประสาทวิทยา (neurological disorder) (ไม่รวมอาการผิดปกติปวดศีรษะ) และ 6.6% ของ DALYs ในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี มีลักษณะผิดปกติด้านประสาทวิทยาและด้านจิตใจ ความผิดปกติของผู้สูงอายุเหล่านี้ จำนวน 17.4 % ของ YLDs ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติด้านประสาทวิทยาและด้านจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ โรคสมองเสื่อม (dementia) และซึมเศร้า (depression)

ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) ของประเทศไทยที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็น การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ในมิติการเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย การวางรากฐานการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ เพื่อให้คนไทยมีทัศนคติและพฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม ได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพสูงตามมาตรฐานสากล และสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีสุขภาวะที่ดีขึ้น คนทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้นรวมทั้งสถาบันทางสังคมมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศเพิ่มขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ทำให้มีความเสี่ยง หรือส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะทางประชากรและสังคม (Lee & Lee, 2019) เครือข่ายทางสังคม ความมั่นคงของรายได้ ความศรัทธาของศาสนา การทำงานและอาสา (Zamir, Granek, & Carmel, 2018) ปัจจัยปัญหาสุขภาพร่างกายและผลข้างเคียงของยา การขาดวัตถุประสงค์ และความเบื่อหน่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน และการใช้เวลา และความขัดแย้ง และการสูญเสียที่มีต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อน (Lai, Chan, Xie, & Daoust, 2019) ปัจจัยด้านบรรยากาศในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่ง Ramsey และคณะ (2016) ระบุว่า บรรยากาศของโรงเรียนเชิงบวก สามารถสนับสนุนและรักษาความเป็นกลุ่ม สิ่งเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะสุขภาพจิตนั้นก็ส่งผลต่อผู้สูงอายุก็ส่งผลต่อผู้สูงอายุหลายด้าน Polacsek, Boardman และ McCann (2019) พบว่า มุมมองของผู้สูงอายุและสุขภาพจิตมีอิทธิพลต่อวิธีการจัดการตนเอง (self – management) ความสามารถในการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ส่วน Puvill, Lindenberg, de Craen, Slaets และ Westendorp (2016) ชี้ว่า สุขภาพจิต มีผลที่ยิ่งใหญ่ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาผู้สูงอายุในทุกมิติโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต ให้เกิดความยั่งยืน และความผาสุกชีวิตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาฯ การศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย

2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย จำแนกตามปัจจัยประชากรศาสตร์ปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน และ ปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมของโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีทางด้านอารมณ์ของ Robert Plutchik ปี ค.ศ.1980 (Plutchik & Kellerman, 1980) ที่อธิบาย ว่า อารมณ์มี 4 มิติ 1) เชิงบวก

เชิงลบ 2) มีแบบปฐมภูมิและแบบผสม 3) มีแบบตรงกันข้ามสุดโลก และ 4) มีความรุนแรงแตกต่างกันไป (Santrock, 2003) แนวคิดผู้สูงอายุ ทฤษฎีกิจกรรม และแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุสมัยใหม่เพื่อสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจต่อภาพรวมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทุกมิติที่เกี่ยวข้องและบูรณาการ ได้แก่ **1) ปัจจัยประชากรศาสตร์** (เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ภาระหนี้สิน ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว) **2) ปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล** (ระดับสภาวะปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง ระดับการช่วยเหลือพึ่งพาตนเอง ระดับการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ) **3) ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน** (ระดับความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยในชุมชน ระดับความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมในชุมชน ระดับการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น และกิจกรรมของชุมชน) และ **4) ปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียนชราบาลฯ** (ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมและการจัดการหลักสูตร ระดับความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัย และเครือข่ายทางสังคมในโรงเรียน)

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัยที่มีปัจจัยประชากรศาสตร์ ปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน และ ปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียนที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย (โรงเรียนผู้สูงอายุแห่งแรกของประเทศไทย) จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าอบรมรุ่นปี พ.ศ.2560 ทั้งหมด จำนวน 400 คน โดยจะเข้าอบรมพร้อมกันใน 4 หลักสูตร ได้แก่ วิชาการส่งเสริมสุขภาพ วิชาการส่งเสริมอาชีพ วิชาวัฒนธรรมภูมิปัญญา และวิชาเทคโนโลยี กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการสุ่มบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุ ในโรงเรียน ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 214 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 (ส่วนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น) ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และส่วนที่ 2 แบบทดสอบสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (55 ข้อ) (Thai Mental Health Indicators = TMHI - 55) version 2009 ที่สร้างและพัฒนาขึ้นโดย อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 42 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 13 ข้อ เมื่อนำมาทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) .89

-20-0608(001)P3.indd 102 4/9/2563 BE 13:12

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. พัฒนาประยุกต์จากเครื่องมือแบบทดสอบสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (55 ข้อ) (Thai Mental Health Indicators = TMHI - 55) version 2009 เพิ่มเติมในส่วนของข้อมูลทั่วไปที่ต้องการศึกษา นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่มีคุณสมบัติเทียบเคียงกันก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัย ทีมผู้วิจัยติดต่อส่งจดหมายเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากเทศบาลตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ประธานผู้สูงอายุ ในแต่ละเขตหมู่บ้านของพื้นที่ และผู้สูงอายุที่กำลังศึกษา ณ โรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัย การได้รับอนุญาตจากเทศบาลตำบลเชิงดอย เชียงใหม่ ประธานผู้สูงอายุระดับหมู่บ้านตำบล และผู้สูงอายุ โรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม และผู้วิจัยได้รับประกาศนียบัตรจากการเข้าอบรมเรื่อง “จริยธรรมการวิจัยในคนสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์” จากมหาวิทยาลัยแม่โจ้ ปี 2561 และอบรม เรื่อง “การดำเนินงานพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์” จากมหาวิทยาลัยแม่โจ้ ปี 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติอนุมานโดยใช้สถิติในการทดสอบสมมติฐาน คือ t - test, F – test และการทดสอบค่าเฉลี่ยโดยวิธีผลต่างน้อยที่สุด (Least Significant Difference: LSD)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.5 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 66.4 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีรายได้อยู่ในช่วง 1 – 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.4 และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 61.2

2. ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพจิต (n=214)

คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ภาวะสุขภาพจิต
179 – 220	86	40.19	ดีกว่าคนทั่วไป
158 – 178	98	45.79	เท่ากับคนทั่วไป
157 หรือน้อยกว่า	30	14.02	ต่ำกว่าคนทั่วไป
รวม	214	100.00	

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.79 มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป รองลงมามีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 40.19 และ 14.02 ตามลำดับ

3. ความแตกต่างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยต่างๆ

3.1 ผลการทดสอบความแตกต่างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยประชากรศาสตร์

ในส่วนนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบ t - test และ F - test โดยผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ t - test แล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และเมื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ F - test เกี่ยวกับการแจกแจกปกติและการเท่ากันของความแปรปรวนของแต่ละตัวแปรพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยประชากรศาสตร์ (n = 214)

ปัจจัยประชากรศาสตร์		ค่าเฉลี่ย	SD	t / F	p - value
เพศ	หญิง	173. 74	17.97	.985[a]	.326
	ชาย	176.57	14.27		
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	171.44	17.87	2.916[a]	.004
	ประกอบอาชีพ	178.27	15.63		
ภาระหนี้สิน	ไม่มี	172.22	16.28	2.433* [a]	.016
	มี	178.13	18.37		
สัมพันธภาพ	มีความสุข	175. 32	16.61	3.172 [a]	.002
ในครอบครัว	ไม่มีความสุข	160.50	20.83		

[a] ใช้สถิติ t – test, [b] ใช้สถิติ F - test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยประชากรศาสตร์ (n = 214) (ต่อ)

ปัจจัยประชากรศาสตร์		ค่าเฉลี่ย	SD	t / F	p - value
อายุ	50 – 59 ปี	175.71	22.43		
	60 – 69 ปี	175.54	16.79	1.356[b]	.257
	70 – 79 ปี	170.26	14.82		
	ตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป	177.00	24.69		
ศาสนา	พุทธ	174.36	17.04		
	คริสต์	164.40	21.69	2.756[b]	.066
	อิสลาม	198.00	7.07		
สถานภาพสมรส	โสด	179.37	15.20		
	สมรส	175.44	16.22		
	หม้าย	172.73	17.19	1.804 [b]	.129
	หย่าร้าง	167.36	22.75		
	แยกกันอยู่	180.50	3.54		
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	167.38	19.49		
	ประถมศึกษา	173.09	16.76		
	มัธยมศึกษา	176.98	18.07	1.257 [b]	.284
	ปวช./ปวส.	184.60	11.85		
	ปริญญาตรี	178.25	17.86		
	ปริญญาโท/เอก	184.33	23.44		
รายได้ต่อเดือน	ไม่มีรายได้	160. 00	.00		
	1 – 3,000 บาท	173.69	17.01	2.235 [b]	.085
	3,001 – 6,000 บาท	171.85	17.97		
	6,001 บาทขึ้นไป	180.78	16.55		
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	174.89	16.57		
	ครอบครัวขยาย	177.08	14.55	1.142 [b]	.333
	อยู่ตามลำพัง	171.00	26.29		
	อยู่กับญาติ	170.07	16.53		

[a] ใช้สถิติ t – test, [b] ใช้สถิติ F - test

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพ ภาระหนี้สิน และสัมพันธภาพในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ผลการทดสอบความแตกต่างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคลปัจจัยเชิงสังคมของชุมชนและปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย

ในส่วนนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบ t - test และ F - test โดยผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ t - test แล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และเมื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ F - test เกี่ยวกับการแจกแจกปกติและการเท่ากันของความแปรปรวนของแต่ละตัวแปรพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของสุขภาพจิต จำแนกตามปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชนและปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย (n = 214)

ปัจจัย		ค่าเฉลี่ย	SD	t / F	P-Value
ปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล					
- ระดับสภาวะปัญหาสุขภาพ	ระดับน้อย	178.48	15.54		
และโรคเรื้อรัง	ระดับปานกลาง	169.05	16.18	7.660[b]	.001
	ระดับมาก	174.05	24.04		
- ระดับการช่วยเหลือ	ระดับน้อย	169.94	21.89		
พึ่งพาตนเอง	ระดับปานกลาง	172.01	16.14	5.165 [b]	.006
	ระดับมาก	179.17	15.74		
- ระดับการได้รับข่าวสาร	ระดับน้อย	165.26	24.73		
ด้านสุขภาพ	ระดับปานกลาง	172.68	13.95	8.920 [b]	.000
	ระดับมาก	180.78	17.97		

[a] ใช้สถิติ t - test , [b] ใช้สถิติ F - test

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของสุขภาพจิต จำแนกตามปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชนและปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย (n = 214) (ต่อ)

ปัจจัย		ค่าเฉลี่ย	SD	t / F	p-value
ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน					
- ระดับความสัมพันธ์กับ	ระดับน้อย	148.83	14.80		
กลุ่มเพื่อนร่วมวัยในชุมชน	ระดับปานกลาง	170.17	15.89	16.703 [b]	.000
	ระดับมาก	179.63	16.36		
- ระดับความสัมพันธ์กับ	ระดับน้อย	161.14	24.18		
เครือข่ายทางสังคมในชุมชน	ระดับปานกลาง	170.30	16.41	11.394 [b]	.000
	ระดับมาก	180.08	15.92		
- ระดับการเข้าร่วมพิธีกรรม	ระดับน้อย	150.78	24.08		
ทางศาสนา วัฒนธรรม	ระดับปานกลาง	170.98	16.02	19.531 [b]	.000
ประเพณีท้องถิ่น และ	ระดับมาก	180.57	14.89		
กิจกรรมของชุมชน					
ปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียน					
- ระดับการเข้าร่วมกิจกรรม	เกิน 60%	175.85	16.85	2.584 a	.010
และการจัดการหลักสูตร	ต่ำกว่า 60%	168.35	17.72		
- ระดับความสัมพันธ์กับ	ระดับน้อย	169.26	24.11		
กลุ่มเพื่อนร่วมวัยและ	ระดับปานกลาง	170.48	15.66	9.143 [b]	.000
เครือข่ายทางสังคม	ระดับมาก	180.09	15.36		
ของโรงเรียน					
- ระดับความพึงพอใจและ	ระดับน้อย	161.86	18.51		
ความสุขต่อโรงเรียน	ระดับปานกลาง	165.05	20.21	10.946 [b]	.000
	ระดับมาก	177.17	15.38		

[a] ใช้สถิติ t - test , [b] ใช้สถิติ F - test

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับสภาวะปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง ระดับการช่วยเหลือพึ่งพาตนเอง ระดับการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยในชุมชน ระดับความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมในชุมชนระดับการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น และกิจกรรมของชุมชนระดับการเข้าร่วมกิจกรรมและการจัดการหลักสูตร ระดับความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยและเครือข่ายทางสังคม และระดับความพึงพอใจและความสุขต่อโรงเรียนที่แตกต่างมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธีผลต่างน้อยที่สุด ได้ผลปรากฏดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน และปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียน

ปัจจัย	ระดับ	Mean Difference
ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล		
สภาวะปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง	น้อย – ปานกลาง	9.43*
	น้อย – มาก	4.42*
	ปานกลาง – มาก	-5.01
การช่วยเหลือพึ่งพาตนเอง	น้อย – ปานกลาง	-2.07
	น้อย – มาก	-9.23*
	ปานกลาง – มาก	-7.16*
การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ	น้อย – ปานกลาง	-7.42
	น้อย – มาก	-15.52*
	ปานกลาง – มาก	-8.10*
ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน		
ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยในชุมชน	น้อย – ปานกลาง	-21.34*
	น้อย – มาก	-30.80*
	ปานกลาง – มาก	-9.46*
ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมในชุมชน	น้อย – ปานกลาง	-9.16
	น้อย – มาก	-18.94*
	ปานกลาง – มาก	-9.78*

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน และปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียน (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับ	Mean Difference
การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม	น้อย – ปานกลาง	-20.20*
ประเพณี ท้องถิ่น และกิจกรรมของชุมชน	น้อย – มาก	-29.80*
	ปานกลาง – มาก	-9.59*
ปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียน		
ระดับความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัย	น้อย – ปานกลาง	-1.22
และเครือข่ายทางสังคมของโรงเรียน	น้อย – มาก	-10.83*
	ปานกลาง – มาก	-9.61*
ระดับความพึงพอใจและความสุขต่อโรงเรียน	น้อย – ปานกลาง	-3.19
	น้อย – มาก	-15.31*
	ปานกลาง – มาก	-12.12*

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบ**ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาวะปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังในระดับน้อยและระดับปานกลาง และระดับน้อยและระดับมาก จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้สูงอายุที่มีสภาวะปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังในระดับปานกลางและระดับมาก มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือพึ่งพาตนเองในระดับน้อยและระดับปานกลาง จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือพึ่งพาตนเองในระดับน้อยและระดับมาก และ ระดับปานกลางและระดับมาก มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับน้อยและปานกลาง จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับน้อยและมาก และ ผู้สูงอายุที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับปานกลางและมาก จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

สำหรับปัจจัยเชิงสังคมของชุมชน ผลการเปรียบเทียบ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยในชุมชนระดับน้อยและระดับปานกลาง ระดับน้อยและระดับมาก และ ระดับปานกลางและระดับมาก จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมในชุมชนระดับน้อยและระดับปานกลาง จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ในชุมชนระดับน้อยและระดับมาก และระดับปานกลางและมาก จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น และกิจกรรมของชุมชนระดับน้อยและระดับปานกลาง ระดับน้อยและระดับมาก และ ระดับปานกลางและระดับมาก จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียน ผลการเปรียบเทียบ พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัย และเครือข่ายทางสังคมของโรงเรียนระดับน้อยและระดับปานกลาง จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัย และเครือข่ายทางสังคมของโรงเรียนระดับน้อยและระดับมาก และระดับปานกลางและระดับมาก จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่มีระดับความพึงพอใจและความสุขต่อโรงเรียนระดับน้อยและระดับปานกลาง จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัย และเครือข่ายทางสังคมของโรงเรียนระดับน้อยและระดับมาก และระดับปานกลางและระดับมาก จะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากงานวิจัยนี้ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานปกติ ตามธรรมชาติของจิตมนุษย์ที่สามารถปรับสุขภาพจิตไปในทิศทางให้เกิดความสมดุลแก่ชีวิตตนเอง สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558) ระบุว่า ในปี 2558 สุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 31.44 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาวดี ไชยเดชาธร, ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน และกชกร แก้วพรหม (2558) พบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำชมรมฯ ส่วนใหญ่ 48.3% มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

ส่วนผลการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรงเรียนชราบาลวุฒิวิทยาลัย จำแนกตาม 4 ปัจจัย สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยประชากรศาสตร์ซึ่งเป็นมิติส่วนภูมิหลังของผู้สูงอายุ งานวิจัยพบว่า มี 3 ปัจจัยที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1.1 ปัจจัยอาชีพการเกษียณอาชีพมีนัยยะความสำคัญต่อฐานะทางเศรษฐกิจคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจลดลงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตด้านลบของผู้สูงอายุ เนื่องจากการขาดรายได้อย่างเพียงพอเพื่อนำมาใช้ยังชีพในช่วงบั้นปลายชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Vo et al. (2015) พบว่า บุคคลที่เกษียณโดยสมบูรณ์หรือว่างงาน มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress) ในระดับสูงดังนั้น ปัจจัยอาชีพ จึงสะท้อนถึงหลักประกันความมั่นคง

ด้านรายได้และความมั่นคงของชีวิตผู้สูงอายุ และมีคุณค่าต่อจิตใจ และสุขภาพจิต

1.2 ปัจจัยภาระหนี้สิน มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงรายได้จากครอบครัวเป็นหลัก แต่สถานการณ์ครอบครัวไทยปัจจุบันนี้กลับพบว่า มีภาวะหนี้สินทุกครัวเรือน สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) สรุปว่าหนี้สินของครัวเรือน (ปี 2560) จากครัวเรือนทั่วประเทศประมาณ 21 ล้านครัวเรือน พบว่าเป็นครัวเรือนที่มีหนี้สินประมาณ 10.8 ล้านครัวเรือนหรือร้อยละ 50.7 โดยมีจำนวนหนี้สินเฉลี่ย 178,994 บาท ต่อครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการก่อหนี้เพื่อใช้ในครัวเรือน (ร้อยละ 76.9) และ ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น (2556) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความอยู่ดีมีสุขทางด้านเศรษฐกิจในระดับค่อนข้างต่ำ เนื่องจากมีปัญหาความมั่นคงของแหล่งรายได้ ปัญหาการมีเงินออมต่ำ และปัญหาหนี้สิน ดังนั้น ปัจจัยภาระหนี้สินจึงน่าจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1.3 ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวมีความใกล้ชิดที่สุดกับผู้สูงอายุ แต่ครอบครัวเริ่มมีความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุลดลงด้วยเงื่อนไขของระบบครอบครัวไทยสมัยใหม่ยุคเศรษฐกิจสังคมปัจจุบันนี้ อย่างไรก็ตาม พยายามการดี, พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ (2559) พบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจ และต้องใช้ใจในการดูแลทั้งด้านความต้องการและการตอบสนอง พบแรงสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ ครอบครัว คือศูนย์รวมความรัก วัด คือ ศูนย์กลางพักใจ และโรงพยาบาล คือ ศูนย์รวมความช่วยเหลือ

ส่วนตัวแปรอีก 7 ปัจจัย พบว่า ปัจจัย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง งานวิจัยของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม

2. ปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า ทั้งหมด 3 ปัจจัย ที่แตกต่างกันมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

2.1 ปัจจัยระดับสภาวะปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง คือปัญหาหลักที่บั่นทอนความสุขด้านจิตใจของผู้สูงอายุเพราะมีนัยยะต้องพบกับความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของสภาวะโรคที่เพิ่มขึ้นพร้อม ๆ กับการเกิดอารมณ์เชิงลบบั่นทอนสุขภาพจิตโดย Lee, Choi, Lee และ Nam (2017) สรุปว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง (health status) ส่วน Lorem, Schirmer, Wang และ Emaus (2018) พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากระหว่างพยาธิสภาพทางจิต กับความเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือปัจจัยที่มีนัยสำคัญสำหรับอารมณ์เศร้า คือ การมีสถานะสุขภาพทั่วไปในระดับไม่ดี (Manaf, Mastafa, Rahman, Yusof, & Aziz, 2016) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้สถานะสุขภาพและมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความซึมเศร้า และอารมณ์เหงา (Han et al., 2015)

2.2 ระดับการช่วยเหลือพึ่งพาตนเอง เกี่ยวเนื่องจากระดับการพึ่งพาตนเอง หรือการดูแลตนเอง (self-care) ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

มีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นยิ่งดูแลตนเองได้น้อยย่อมมีผลต่อสุขภาพจิตมากขึ้นสอดคล้องกับ Goudarzian, Bagheri, Zamani, Nasiri และ Beik (2017) พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการดูแลตนเองกับความซึมเศร้า และงานวิจัยของ Mardan, Hamid, Redzuan และ Ibrahim (2014) พบว่ามีนัยความสำคัญ 2 ตัวแปร ระหว่างการดูแลตนเอง กับการสูญเสียตนเอง (self- neglect) อีกนัยยะหนึ่ง กรณีผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากย่อมมีสุขภาพจิตที่ดีกว่า ดังที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับความภาคภูมิใจตนเอง (Bagheri-Nesami, Goudarzian, Mirani, Jouybari, & Nasiri, 2016) ผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือพึ่งพาตนเองต่างกันจึงมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน

2.3 ระดับการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยุคเทคโนโลยีข่าวสาร ต้องปรับตัวต่อการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพทุกรูปแบบจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งมีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพดังที่ Hurst (2016) ระบุว่า การควบคุมตนเอง (regulating self) การจัดการตนเอง (self-managing) และพลวัตรตนเอง (self- mobilisation) รูปแบบเหล่านี้เป็นพื้นฐานของทฤษฎีที่เรียกว่า “Navigation Later Life” และการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Jacobs, Amuta, & Jeon, 2017) รวมถึง มีความผาสุกด้านจิตใจ (Forsman et al., 2018)

3. ปัจจัยเชิงสังคมของชุมชนซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทเชิงสังคมมิติต่าง ๆ ของชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่และมีอิทธิพลอย่างมากต่อจิตใจของผู้สูงอายุเช่นกัน โดยพบว่า ทั้งหมด 3 ปัจจัยที่แตกต่างกันมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

3.1 ระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยในชุมชน เพื่อนร่วมวัยในชุมชนมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพราะความใกล้ชิดผูกพันเป็นระยะเวลายาวนานซึ่ง Chen (2017) ระบุว่า มิตรภาพ (friendship) มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ มีงานศึกษาต่างๆ ยืนยันว่าผลประโยชน์ในเชิงบวกของมิตรภาพ ต่อสังคม อารมณ์ และความผาสุกทางสรีระวัฏจักรของเพื่อนมีความเข้มแข็งที่สามารถช่วยส่งเสริมด้านจิตใจของผู้สูงอายุ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยในชุมชนที่ต่างกัน น่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน

3.2 ระดับความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมในชุมชน ล้วนส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในมิติของการแลกเปลี่ยนข่าวสารต่อกัน ความร่วมมือทางสังคม สอดคล้องกับ García และ Navarro (2018) พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกที่กำหนดความผาสุกในชีวิต และพนิดา เที่ยงสันเทียะ, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และบัณฑิต วรรณประพันธ์ (2561) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เหมาะสมคือ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการดังนั้น ปัจจัยนี้จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโรงเรียน

3.3 ระดับการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น และกิจกรรมของชุมชนคือพลังทางสังคมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างดียิ่ง สอดคล้องกับ Shaw, Gullifer และ Wood (2016) พบว่าศาสนาและจิตวิญญาณ มีบทบาทสำคัญที่ชี้นำชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยเหลือในการค้นหาความหมาย

ของชีวิต และจัดการกับสถานการณ์ที่ผันผวน และมีความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาในระดับสูง กับคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Heydari-Fard, Bagheri-Nesami, Shirvani,& Mohammadpour, 2014)

4. ปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมต่อโรงเรียน บรรยากาศทางสังคมของโรงเรียนมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งพบว่า ทั้งหมด 3 ปัจจัย ที่แตกต่างกันมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

4.1 ปัจจัยระดับการเข้าร่วมกิจกรรมและการจัดการหลักสูตร การศึกษาเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของมนุษย์แม้แต่วัยผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุนี้ ก่อประโยชน์ต่อสุขภาพจิต และกลุ่มทางสังคมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Chao และ Chen (2019) พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สูงกว่ามีสุขภาพจิตที่ดีกว่าและองค์กรอนามัยโลก (WHO, 2017) ระบุว่าการดูแลสุขภาพจิตขั้นปฐมภูมิระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุมีความสำคัญมาก มีความสำคัญเท่าเทียมต่อการมุ่งการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (long-term care) ที่ได้รับการกระทบกระเทือนจากปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการจัดผู้ดูแลทางด้านการศึกษาการฝึกอบรม และการสนับสนุนต่าง ๆ ดังนั้น ปัจจัยนี้จึงน่าจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.2 ระดับความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยและเครือข่ายทางสังคมในโรงเรียน การเข้าเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น เปิดโอกาสทางสังคมให้ผู้สูงอายุได้พบกับมิตรภาพกลุ่มเพื่อนร่วมวัย และเครือข่ายทางสังคมระดับหมู่บ้านต่าง ๆ ทั้งกลุ่มใหม่และกลุ่มเก่าซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับNicolaisen และ Thorsen (2017) พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมช่วยปกป้องบุคคลในการต่อต้านอารมณ์เหงา คุณภาพของมิตรภาพ ความใกล้ชิด การติดต่อกันบ่อย ๆ อาจมีความแตกต่างตลอดช่วงชีวิต อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้สูงอายุรายงานว่า มีความพึงพอใจระดับสูง ที่ได้ติดต่อกับเพื่อน ๆ ของผู้สูงอายุ

4.3 ระดับความพึงพอใจและความสุขต่อโรงเรียน ผลจากการพัฒนาผู้สูงอายุในยุคศตวรรษที่ 21 นี้ ด้วยการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตามบริบทวิถีชุมชน สะท้อนถึงการดูแลผู้สูงอายุในระดับสังคมอีกส่วนหนึ่งซึ่งปัจจัยความพึงพอใจและความสุขต่อโรงเรียน มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ในมิติความบันเทิงแห่งชีวิต สร้างความสุขแบบระยะยาว ลดปัญหาการเกิดโรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อมและปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ Chei, Lee, Ma และ Malhotra (2018) พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์กับความเป็นไปได้ในการลดลงของปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิตและการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาการพัฒนาอาชีพวัยหลังเกษียณและอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและภาครัฐควรกำหนดกรอบแนวคิดหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุให้เป็นระบบมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบพระคุณ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ผู้สูงอายุ โรงเรียนชราบาลวุฒิ

วิทยาลัยทุกท่าน เทศบาลตำบลเชิงดอย จังหวัดเชียงใหม่ ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อำนวยประโยชน์ให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จและเกิดคุณค่าต่อสังคม

เอกสารอ้างอิง

บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

พนิดา เที่ยงสันเทียะ, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และบัณฑิต วรรณประพันธ์. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค, 24*(1), 65-75.

พยายาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาวเวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 24*(1), 40-51.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559.* กรุงเทพฯ: พริ้นเทอรี่.

ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น. (2556). ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงวัยในประเทศไทย. *วารสารปัญญาภิวัฒน์, 4*(2), 92-103.

สุภาวดี ไชยเดชาธร, ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน และ กชกร แก้วพรหม.(2558). สุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมแกนนำ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 21*(1), 31-40.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564).* สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2561, จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=6420

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *บทสรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558.* สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2561, จาก http://service.nso.go.th/nso/nspublish/themes/files/mental-healthm_Exc_58.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2560.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2552). *แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์(55ข้อ).* สืบค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2559, จาก http://www.jvkk.go.th/jvkkfirst/test/qtnew/qselect.asp

Bagheri-Nesami, M., Goudarzian, A. H., Mirani, H., Jouybari, S. S., & Nasiri, D. (2016). Association between self-care behaviors and self-esteem of rural elderlies; Necessity of health promotion. *Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina, 28*(1), 41-45. doi:

10.5455/msm. 2016.28.41-45

Chao, S. F., & Chen,Y. C. (2019). Environment patterns and mental health of older adults in long-term care facilities: The role of activity profiles. *Aging & Mental Health, 23*(10), 1307-1316. doi:10.1080/13607863. 2018.1484889

Chei, C. L., Lee, J. M., Ma, S., & Malhotra, R. (2018). Happy older people live longer. *Age and Ageing, 47*(6), 860-866. doi: 10.1093/ ageing/afy128

Chen, N. (2017). *Friendship is important to older adults.* Retrieved November 25, 2018, from http://missourifamilies.org/features/ agingarticles/agingfeature11.htm

Forsman, A. K., Nordmyr, J., Matosevic, T., Park, A. L., Wahlbeck, K.,& McDaid, D. (2018). Promoting mental wellbeing among older people: Technology-based interventions. *Health Promotion International, 33*(6), 1042-1054. doi: 10.1093/heapro/dax047

García, L. M. R. & Navarro, J. M. R. (2018). The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *Journal of Aging Research, 16,* 1-7. doi:10.1155/2018/4086294

Goudarzian, A. H., Bagheri, N. M., Zamani, F., Nasiri, A., & Beik, S. (2017). Relationship between depression and self-care in Iranian patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 18*(1), 101-106. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.1.101

Han, K., Lee, Y., Gu, J., Oh, H., Han, J., & Kim, K. (2015). Psychosocial factors for influencing health aging in adults in Korea. *Health Quality of Life Outcomes, 13*(31). doi: 10.1186/s12955-015-0225-5

Heydari-Fard, J., Bagheri-Nesami, M., Shirvani, M. A., & Mohammadpour, R. A. (2014). Association between quality of life and religious coping in older people. *Nursing Older People*, 26(3), 24-29. doi:10.7748/ nop2014.03.26.3.24.e496

Hurst, G. (2016). *An exploration of the health information seeking behaviors of older people.* Retrieved December 1, 2018, from https://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/

Huxhold, O., Miche, M., & Schuz, B. (2014). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology (Series B), Psychological Sciences and Social Sconces, 69*(3), 366-375. doi:10.1093/ geronb/gbt029.

Jacobs, W., Amuta, A. O., & Jeon, K. C. (2017). Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Journal Cogent Social Sciences, 3*(1). doi:10.1080/ 23311886.2017.1302785

Lai, D.W.L., Chan, K.C., Xie, X. J., & Daoust, G. D. (2019). The experience of growing old in chronic mental health patients. *Aging*

and Mental Health. 1-9. doi.org/10.1080/13607863.2019.1609903

Lee, H. J., & Lee, D. K. (2019). Do sociodemographic factors and urban green space affect mental health outcomes among the urban elderly population? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(5), 789. doi: 10.3390/ijerph16050789

Lee, S. S., Choi,Y. S., Lee, D. S., & Nam, S. H. (2017). A Study on the health literacy of the elderly in rural area. *Biomedical Research, 28*(17), 7567-7573. Retrieved November 25, 2018, from https://www.biomedres.info/biomedical-research

Lorem, G. F., Schirmer, H., Wang, C. E. A., & Emaus, N. (2018). Ageing and mental health: Changes in self-reported health due to physical illness and mental health status with consecutive cross-sectional analyses. *BMJ Journals, 7*(1). doi: 10.1136/bmjopen-2016-013629

Manaf, M. R. A., Mustafa, M., Rahman, M. R. A., Yusof, K. H., & Aziz, N. A. A. (2016). Factor influencing the prevalence of mental health problems among Malay elderly residing in rural community: A cross-sectional study, *PLoS One, 11*(6). doi: 10.1371/journal.pone.0156937

Mardan, H., Hamid, T., Redzuan, M., & Ibrahim, R. (2014). Correlate of self-care and self – neglect among community-dwelling older adults. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 19*(7), 71-76. Retrieved December 5, 2018, from http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC4402991

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2017). What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan from 18 to 79 years. *The International Journal of Aging and Human Development, 84*(2), 126-158. doi: 10.1177/0091415016655166

Plutchik, R., & Kellerman, H. (1980). *Emotion theory, research, and experience: Volume 1 theories of emotion.* New York: Academic Press.

Polacsek, M., Boardman, G. H., & McCann, T. V. (2019). Factors influencing self-management of depression in older adults: A qualitative study. *Aging and Mental Health, 9,* 1-8. doi:10.1080/13607863.2018.1562538

Puvill, T., Lindenberg, J., de Craen, A. J. M., Slaets, J. P. J., & Westendorp, R. G. J. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: A population based observational study. *BMC Geriatrics, 16*, 194 doi.org/10.1186/s12877-016-0365-4

Ramsey, C. M., Parisi, J. M., Rebox, G. W., Gross, A.,Tanner, E. K., & Carlson, M. C. (2016). Attendance and retention of older adults in school-based volunteer activities: The role of school climate. *Journal of Inter-*

generational Relationship, 14(1), 27 - 42. doi:10.1080/15350770.2016.1138274

Santrock, J. W. (2003). *Psychology* (7th ed). Texas: McGraw-Hill.

Shaw, R., Gullifer, J., & Wood, K. (2016). Religion and spirituality: A qualitative study of older adults. *Ageing International, 41*(3), 311-330. doi: 10.1007/s12126-016-9245-7

Van, D. D., Teychenne, M., McNaughton, S. A., De Bourdeaudhuij, I., & Salmon, J. (2015). Relationship of the perceived social and physical environment with mental health-related quality of life in middle aged and older adults: Mediating effects of physical activity. *PloS One, 10*(3). doi: 10.1371/journal.pone.0120475

Vo, K., Forder, P. M., Tavener, M., Rodgers, B., Banks, E., Bauman, A., et al. (2015). Retirement, age, gender and mental health: Findings from the 45 and up study. *Aging & Mental Health, 19*(7), 647-657. doi: 10.1080/13607863.2014.962002

World Health Organization (WHO). (2017). *Mental health of older adults.* Retrieved November 25, 2018, From http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

Zamir, A., Granek, L., & Carmel, S. (2018). Factors affecting the will to live among elderly Jews living in Israel. *Aging and Mental Health, 24*(4), 550-556.