

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอพนมดงรัก Factors Related to Mental Health Status of the Elderly in Phanomdongruk District

ไกรฤกษ์ ไพลินทิ, พ.บ.*
Krairoek Paisanit, M.D.*

*โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32140
*Phanom Dong Rak Community Hospital Commemorating His Majesty the king's 80th Birthday
Anniversary, Surin Province, Thailand, 32140

Corresponding author, E-mail address: krairoek542@gmail.com

Received: 08 Nov 2024 Revised: 29 Dec 2024 Accepted: 29 Jan 2025.

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมและภาวะถดถอยของร่างกายในหลายด้าน ทำให้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่าย
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอพนมดงรัก
- วิธีการศึกษา** : การศึกษาภาคตัดขวางในผู้สูงอายุ 390 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก
- ผลการศึกษา** : ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 57.7) รองลงมาสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 27.9) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์ 62.60 เท่า (95% CI: 2.30-1707.14) ผู้ที่รับจ้างมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็น 3.55 เท่า (95% CI: 1.13-11.13) ผู้ที่เป็นโสดมีความสัมพันธ์ 7.47 เท่า (95% CI: 1.12-49.71) ผู้ที่มีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็น 8.12 เท่า (95% CI: 2.21-29.86) และผู้ที่เคยหกล้มมีความสัมพันธ์สูงถึง 225.54 เท่า (95% CI: 58.77-865.59)
- สรุป** : ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ควรมีการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง
- คำสำคัญ** : ภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

ABSTRACT

- Background** : Thailand has officially entered a fully-fledged aging society, a stage of life characterized by physical decline and various degenerative conditions. This demographic is particularly vulnerable to the development of mental health issues due to these multifaceted challenges.
- Objective** : To study mental health status and factors related to mental health status among elderly people in Phanom Dong Rak District.
- Methods** : A cross-sectional study was conducted among 390 elderly participants. Data were collected using personal information questionnaires and the Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool short version (T-GMHA-15). Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.
- Results** : Most elderly people had mental health status equal to the general population (57.7%), followed by below-average mental health status (27.9%). Factors significantly associated with below-average mental health status included insufficient income, (adj OR: 62.60 ,95% CI: 2.30-1707.14), hired labor (adj.OR:3.55 ,95% CI: 1.13-11.13), being single (adj.OR:7.47,95% CI: 1.12-49.71), having a caregiver (adj.OR:8.12 ,95% CI: 2.21-29.86), and a history of falls (adj.OR:225.54, 95% CI: 58.77-865.59).
- Conclusion** : Socioeconomic factors are significantly associated with elderly mental health status. Mental health monitoring and promotion should focus on high-risk groups, particularly those with insufficient income, living alone, and having a history of falls.
- Keywords** : Mental Health Status, Elderly, Related Factors.

หลักการและเหตุผล

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรสูงอายุประมาณ 1.4 พันล้านคน และเพิ่มเป็น 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 โดยทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก ประเทศไทยมีอัตราการเติบโตของประชากรสูงอายุเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองจากประเทศเกาหลีใต้และประเทศญี่ปุ่น⁽¹⁾ ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" (Ageing society) อย่างสมบูรณ์ เนื่องมาจากอัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มลดลง สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า

ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²⁾ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมและภาวะถดถอยของร่างกายในหลายด้าน ทำให้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่าย โดยปัญหาที่พบได้บ่อยได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล สมองเสื่อม และซึมเศร้า บางรายอาจมีภาวะพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ด้วยอายุที่ยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากและยาวนานขึ้น รวมถึงมีภาวะทุพพลภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽³⁾ การเรียนรู้และเข้าใจ

ถึงปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและใจที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงวิธีป้องกันและการดูแลและช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁴⁾

ในปี ค.ศ.2020 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุทั่วโลก มีความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังคิดเป็นร้อยละ 10.6 ของปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการ (DALYs)⁽⁵⁾ การวิเคราะห์ห่อภิมาณในปี ค.ศ.2024 พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 19.2 ความวิตกกังวลร้อยละ 16.5 และความเครียดร้อยละ 13.9⁽⁶⁾ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 2Q ร้อยละ 0.44 มีภาวะซึมเศร้า 9Q ร้อยละ 14.24 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ร้อยละ 18.99⁽⁷⁾ ในจังหวัดสุรินทร์ได้มีการศึกษาผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลศิครณี พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 17.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 5.5 โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน⁽⁸⁾ อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ มีประชากรทั้งหมด 26,268 คน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,082 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 กระจายอยู่ในพื้นที่ 4 ตำบล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 55 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี⁽⁹⁾ และจากการประเมินภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลพนมดงรัก เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 105 คน โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 26.9 (ข้อมูลจากโรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอพนมดงรัก ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁾ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง cross sectional study ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพจิตใจและอารมณ์ ที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ประเมินด้วยแบบทดสอบ T-GMHA-15 ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูงกว่าคนทั่วไป (50-60 คะแนน) เท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน) และ ต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 42 คะแนน)
2. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
3. เครื่องมือ T-GMHA-15 หมายถึงแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment-15) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีทั้งหมด 15 ข้อ คำถามที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การรับรู้ และความสัมพันธ์ทางสังคม⁽¹¹⁾
4. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง ความสามารถของรายได้ทั้งจากครอบครัวและตัวผู้สูงอายุ ในการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล เพื่อดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมั่นคงทางการเงินในปัจจุบันและอนาคต

กลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาที่ผ่านมาของพาริณี สุกใส⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 20.7 คำนวณโดยใช้การประมาณค่าประชากรกลุ่มเดียว กำหนด $Z(0.975) = 1.96$, $p = 0.20$, $d = 0.04$ ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 385 ราย การศึกษาครั้งนี้จึงเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 390 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไปสามารถพูด ฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้ ผลการประเมินจากแบบทดสอบ MMSE (Mini-Mental State Examination) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) คะแนน ≤ 14 เต็ม 23 คะแนน ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนน ≤ 17 และ ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คะแนน ≤ 22 เต็ม 30 คะแนน) ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมวิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงในระหว่างการตอบแบบสอบถามจะถูกคัดออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ แหล่งรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกันสุขภาพ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่ต้องดูแลบุตรหลาน โรคประจำตัว (ประวัติเคยหกล้มในรอบ 6 เดือน หมายถึงการล้มโดยไม่ได้ตั้งใจจนตัวสัมผัสพื้นโดยไม่มีสาเหตุ) พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check-List)

2. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool หรือ T-GMHA-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ การแปลผลระดับคะแนนสุขภาพจิตสามารถแบ่งออก 3 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด ดังนี้ 50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตสูงกว่า

คนทั่วไป 43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การวัดคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทย (T-GMHA-15)⁽¹¹⁾ ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมีการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา ซึ่งพบผลการวัดคุณภาพเครื่องมือดังนี้ ความเที่ยง (Reliability) ค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมิน T-GMHA เท่ากับ 0.94 ความตรง (Validity) ความตรงเชิงสอดคล้อง (Convergent validity) ค่าสหสัมพันธ์ที่ 0.70 ระหว่าง T-GMHA กับแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BRIEF-THAI)⁽¹³⁾

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า ผู้เก็บข้อมูลดำเนินการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินสุขภาพจิต เช่น T-GMHA-15 ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามเองได้ และแบบสอบถามจะถูกแจกให้ผู้สูงอายุกรอกเองในกรณีที่สามารถอ่านและเขียนได้ดี

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติอนุมาณการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) และถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) คัดตัวแปรเข้าด้วยวิธี Backward Elimination โดยกำหนดให้ตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} > 0.05$ คัดเลือกออกจากโมเดล ใช้โปรแกรม STATA Version 14 สำหรับประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองผ่านการประเมินด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่โครงการวิจัย 48/2566 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 390 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.4) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.6) ด้านเศรษฐกิจพบว่า แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุมาจากการทำงาน (ร้อยละ 33.6) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.2) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46.7) ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 74.1)

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 89.0) การประกันสุขภาพสวัสดิการด้วยบัตรทอง (ร้อยละ 91.0) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 80.8) ไม่มีหน้าที่ดูแลบุตรหลาน (ร้อยละ 67.4) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.8) เคยมีประวัติหกล้มในรอบ 6 เดือน (ร้อยละ 78.5) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 86.4) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 79.2) และเมื่อแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (คะแนน 43-49) จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 (95% CI: 52.62-62.65) รองลงมาคือ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (คะแนน ≤ 42) จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 (95% CI: 23.55-32.69) และมีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป (คะแนน 50-60) จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 (95% CI: 11.03-18.24) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=390)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน (ร้อยละ)			
	รวม	ต่ำกว่าคนปกติ	ปกติ	สูงกว่าคนปกติ
1. เพศ				
ชาย	170 (43.6%)	23 (41.1%)	51 (46.8%)	96 (42.7%)
หญิง	220 (56.4%)	33 (58.9%)	58 (53.2%)	129 (57.3%)
2. อายุ (ปี)				
60-69 ปี	213 (54.6%)	28 (50.0%)	34 (31.2%)	151 (67.1%)
70-79 ปี	121 (31.0%)	24 (42.9%)	41 (37.6%)	56 (24.9%)
80 ปีขึ้นไป	56 (14.4%)	4 (7.1%)	34 (31.2%)	18 (8.0%)
3. แหล่งรายได้หลัก				
การทำงาน	131 (33.6%)	15 (26.8%)	19 (17.4%)	97 (43.1%)
คู่สมรส	1 (0.3%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)
บำนาญ บำนาญ	9 (2.3%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)	8 (3.6%)
บุตร	121 (31.0%)	17 (30.4%)	49 (45.0%)	55 (24.4%)
พี่น้อง/ญาติ	8 (2.1%)	2 (3.6%)	2 (1.8%)	4 (1.8%)
เบี้ยผู้พิการ	3 (0.7%)	0 (0.0%)	3 (2.8%)	0 (0.0%)
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	117 (30.0%)	21 (37.5%)	35 (32.1%)	61 (27.1%)
4. ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอเหลือเก็บ	23 (5.9%)	2 (3.6%)	1 (0.9%)	20 (8.9%)
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	183 (46.9%)	22 (39.3%)	41 (37.6%)	120 (53.3%)
ไม่เพียงพอ	184 (47.2%)	32 (57.1%)	67 (61.5%)	85 (37.8%)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=390) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน (ร้อยละ)			
	รวม	ต่ำกว่าคนปกติ	ปกติ	สูงกว่าคนปกติ
5. อาชีพ				
ข้าราชการบำนาญ	14 (3.6%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)	13 (5.8%)
ค้าขาย	56 (14.4%)	5 (8.9%)	5 (4.6%)	46 (20.4%)
ธุรกิจส่วนตัว	4 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (1.8%)
รับจ้าง	52 (13.3%)	5 (8.9%)	19 (17.4%)	28 (12.4%)
เกษตรกร	82 (21.0%)	15 (26.8%)	16 (14.7%)	51 (22.7%)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	182 (46.7%)	30 (53.6%)	69 (63.3%)	83 (36.9%)
6. สถานภาพสมรส				
คู่	289 (74.1%)	48 (85.7%)	51 (46.8%)	190 (84.4%)
หม้าย	84 (21.5%)	3 (5.4%)	52 (47.7%)	29 (12.9%)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4 (1.0%)	2 (3.6%)	1 (0.9%)	1 (0.4%)
โสด	13 (3.4%)	3 (5.4%)	5 (4.6%)	5 (2.2%)
7. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	347 (89.0%)	49 (87.5%)	104 (95.4%)	194 (86.2%)
มัธยมศึกษา	11 (2.8%)	3 (5.4%)	0 (0.0%)	8 (3.6%)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15 (3.8%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)	14 (6.2%)
ไม่ได้รับการศึกษา	17 (4.4%)	3 (5.4%)	5 (4.6%)	9 (4.0%)
8. การประกันสุขภาพสวัสดิการข้าราชการ	35 (9.0%)	1 (1.8%)	9 (8.3%)	25 (11.1%)
9. มีผู้ดูแล	315 (80.8%)	40 (71.4%)	99 (90.8%)	176 (78.2%)
10. มีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย	33 (8.5%)	5 (8.9%)	7 (6.4%)	21 (9.3%)
11. มีหน้าที่ต้องดูแลบุตรหลาน	127 (32.6%)	15 (26.8%)	20 (18.4%)	92 (40.9%)
12. มีโรคประจำตัว	188 (48.2%)	37 (66.1%)	47 (43.1%)	104 (46.2%)
13. เคยมีประวัติหกล้มในรอบ 6 เดือน	84 (21.5%)	1 (1.8%)	76 (69.7%)	7 (3.1%)
14. มีพฤติกรรมมารยาทสุบหูรี	53 (13.6%)	10 (17.9%)	18 (16.5%)	25 (11.1%)
15. มีพฤติกรรมมารยาทดีสุรา	81 (20.8%)	11 (19.6%)	13 (11.9%)	57 (25.3%)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็น 2.70 เท่า (95% CI: 1.60-4.56) และ 8.14 เท่า (95% CI: 4.25-15.58) ตามลำดับ ผู้ที่มีรายได้จากบุตร/คู่/พี่น้อง/ญาติ และจากเบี้ยผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/บำนาญข้าราชการ มีความสัมพันธ์เป็น 3.93 เท่า (95% CI: 2.16-7.16) และ 2.46 เท่า (95% CI: 1.33-4.56) ตามลำดับ ผู้ที่รับจ้างและไม่ได้ประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์เป็น 2.38 เท่า (95% CI: 1.08-5.21) และ 2.52 เท่า

(95% CI: 1.35-4.70) ตามลำดับ ผู้ที่โสดและเป็นหม้าย/หย่า/แยก มีความสัมพันธ์เป็น 2.92 เท่า (95% CI: 0.92-9.28) และ 7.07 (95% CI: 4.19-11.92) ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลบุตรหลาน มีความสัมพันธ์น้อยกว่าผู้ที่ไม่ มีหน้าที่ดูแล 0.37 เท่า (95% CI: 0.21-0.63) ผู้ที่เคยหกล้มในรอบ 6 เดือน มีความสัมพันธ์ 78.59 เท่า (95% CI: 34.85-177.22) ผู้ที่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บและไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์เป็น 6.35 เท่า (95% CI: 0.83-48.56) และ 12.60 เท่า (95% CI: 1.66-95.58) ตามลำดับ ผู้ที่มีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์เป็น 2.98 เท่า (95% CI: 1.47-6.04) ผู้ที่ดื่มสุรามีความสัมพันธ์น้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม 0.42 เท่า (95% CI: 0.22-0.81) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปของผู้สูงอายุการวิเคราะห์ถดถอย
 โลกิสถิติอย่างง่าย (n=390)

ปัจจัย	Number	Number	Crude OR	95% CI	p-value
1. เพศ					0.428
ชาย	170	51 (30.0%)	Ref.		
หญิง	220	58 (26.4%)	0.84	0.54 to 1.30	
2. อายุ (ปี)					< 0.001**
60-69 ปี	213	34 (16.0%)	Ref.		
70-79 ปี	121	41 (33.9%)	2.70	1.60 to 4.56	
80 ปีขึ้นไป	56	34 (60.7%)	8.14	4.25 to 15.58	
3. แหล่งรายได้หลัก					< 0.001**
การทำงาน	131	19 (14.5%)	Ref.		
บุตร/คู่/พี่น้อง/ญาติ	130	52 (40.0%)	3.93	2.16 to 7.16	
เบี้ยผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/บำนาญ บำนาญ	129	38 (29.5%)	2.46	1.33 to 4.56	
4. ความเพียงพอของรายได้					0.001*
เพียงพอเหลือเก็บ	23	1 (4.3%)	Ref.		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	183	41 (22.4%)	6.35	0.83 to 48.56	
ไม่เพียงพอ	184	67 (36.4%)	12.60	1.66 to 95.58	
5. อาชีพ					< 0.001**
เกษตรกร	82	16 (19.5%)	Ref.		
ข้าราชการบำนาญ	14	0 (0.0%)	0.00	n/a	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	60	5 (8.3%)	0.38	0.13 to 1.09	
รับจ้าง	52	19 (36.5%)	2.38	1.08 to 5.21	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	182	69 (37.9%)	2.52	1.35 to 4.70	
6. สถานภาพสมรส					< 0.001**
คู่	289	51 (17.6%)	Ref.		
โสด	13	5 (38.5)	2.92	0.92 to 9.28	
หม้าย/หย่า/แยก	88	53 (60.2%)	7.07	4.19 to 11.92	
7. ระดับการศึกษา					1.000
ประถมศึกษา	347	104 (30.0%)	Ref.		
มัธยมศึกษา	11	0 (0.0%)	n/a	n/a	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15	0 (0.0%)	n/a	n/a	
ปริญญาตรี					
ไม่ได้รับการศึกษา	17	5 (29.4%)	0.97	0.34 to 2.83	
8. การประกันสุขภาพสวัสดิการข้าราชการ	35	9 (25.7%)	0.88	0.40 to 1.95	0.758
9. มีผู้ดูแล	315	99 (31.4%)	2.98	1.47 to 6.04	0.002*
10. มีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย	33	7 (21.2%)	0.67	0.28 to 1.60	0.370
11. มีหน้าที่ต้องดูแลบุตรหลาน	127	20 (15.7%)	0.37	0.21 to 0.63	< 0.001**
12. มีโรคประจำตัว	188	47 (25.0%)	0.75	0.48 to 1.18	0.211
13. เคยมีประวัติหกล้มในรอบ 6 เดือน	84	76 (90.5%)	78.59	34.85 to 177.22	< 0.001**
14. มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่	53	18 (34.0%)	1.39	0.75 to 2.58	0.295
15. มีพฤติกรรมการดื่มสุรา	81	13 (16.0%)	0.42	0.22 to 0.81	0.009*

*p-value < 0.05, **p-value < 0.001, n/a = not available

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปรระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร คัดตัวแปรด้วยวิธี Stepwise พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ 36.14 เท่า (95% CI: 1.35-964.73) ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็น 62.60 เท่า

(95% CI: 2.30-1707.14) ผู้ที่รับจ้างมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็น 3.55 เท่า (95% CI: 1.13-11.13) ผู้ที่เป็นโสดมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็น 7.47 เท่า (95% CI: 1.12-49.71) ผู้ที่เป็นหม้าย/หย่า/แยก มีความสัมพันธ์ 6.72 เท่า (95% CI: 2.74-16.49) ผู้ที่มีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็น 8.12 เท่า (95% CI: 2.21-29.86) และผู้ที่เคยหกล้มมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็น 225.54 เท่า (95% CI: 58.77-865.59) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (n=390) Backward Elimination

ปัจจัย	Number	% of Number	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
1. ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอเหลือเก็บ	23	4.3%	Ref.	Ref.		0.030*
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	183	22.4%	6.35	36.14	1.35 to 964.73	
ไม่เพียงพอ	184	36.4%	12.60	62.60	2.30 to 1707.14	
2. อาชีพ						
เกษตรกรรวม	82	19.5%	Ref.	Ref.		0.023*
ข้าราชการบำนาญ	14	0.0%	0.00	0.03	n/a	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	60	8.3%	0.38	0.34	0.06 to 1.96	
รับจ้าง	52	36.5%	2.38	3.55	1.13 to 11.13	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	182	37.9%	2.52	0.86	0.29 to 2.52	
3. สถานภาพสมรส						
คู่	289	17.6%	Ref.	Ref.		< 0.001**
โสด	13	38.5%	2.92	7.47	1.12 to 49.71	
หม้าย/หย่า/แยก	88	60.2%	7.07	6.72	2.74 to 16.49	
4. การมีผู้ดูแล						
	315	31.4%	2.98	8.12	2.21 to 29.86	0.002*
5. เคยหกล้มในรอบ 6 เดือน						
	84	90.5%	78.59	225.54	58.77 to 865.59	< 0.001**

*p-value < 0.05, **p-value < 0.001, n/a = not available

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 27.9 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในสงขลาของ สุดตมา สุวรรณณณี⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 20.8 สูงกว่าการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาของ สุนิศา คำชื่น⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 8.2 เป็นไปได้ว่าความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความแตกต่างของสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้าน

ประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ อีกทั้ง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคม ในแต่ละพื้นที่อาจแตกต่างกัน ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษามีความหลากหลาย นอกจากนี้ยังอาจมีความแตกต่างในวิธีการประเมินสุขภาพจิต หรือเกณฑ์ที่ใช้ในการจำแนกสุขภาพจิตผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บมีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้นเป็น

36.14 เท่า ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้น เป็น 62.60 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้เพียงพอเหลือเกิน ซึ่งสอดคล้องกับ C W Lam⁽¹⁶⁾ ที่ใช้ Geriatric Depression Scale (GDS-15) ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมืองของฮ่องกง พบว่า ความเครียดจากความไม่มั่นคงทางการเงินสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีภาวะขาดแคลนรายได้มักมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ สอดคล้องกับ Lu Fan และ Shan Le⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจีนและพบว่า ผู้ที่มีปัญหาทางการเงินมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีฐานะมั่นคง ซึ่งอาจอธิบายได้โดย ทฤษฎีความต้องการของ Maslow⁽¹⁸⁾ ที่ระบุว่า การขาดรายได้ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานและความมั่นคงในชีวิต นำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล และความรู้สึกไม่มั่นคง อีกทั้งยังลดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยรวม นอกจากนี้พบว่าผู้ที่รับจ้างมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 3.55 เท่า เมื่อเทียบกับเกษตรกร เนื่องจากแรงงานรับจ้างมักเผชิญความไม่มั่นคงทางการจ้างงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิตกกังวล ซึ่งข้อมูลจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 แสดงให้เห็นถึงความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในกลุ่มวัยแรงงาน อายุ 20-59 ปี ที่ประสบกับปัญหาความเครียด วิตกกังวล และไม่มีความสุขในการทำงาน โดยพบว่ามีสายที่ติดต่อขอคำปรึกษาจำนวน 6,337 สาย คิดเป็นสัดส่วนสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับสายที่เข้ามาทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นว่าความต้องการในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในวัยแรงงานกำลังเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁹⁾ การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็น 7.47 เท่า ผู้ที่เป็นหม้าย/หย่า/แยก มีความสัมพันธ์ 6.72 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่สมรสคู่ สอดคล้องกับ Sommerlad et al. (2017)⁽²⁰⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคหรือหม้ายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่สมรสอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยแต่งงานมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่สมรสถึง 1.42 เท่า สอดคล้องกับ X-Y Yan⁽²¹⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายมีความเสี่ยงซึมเศร้ามากกว่าผู้สมรส 1.49 เท่า และ

ผู้ที่หย่าหรือแยกทางมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.14 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าการสมรสมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ ช่วยลดความเสี่ยงซึมเศร้าและวิตกกังวล นอกจากนี้ผู้ที่เป็นโรคหรือหม้ายยังมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมสูงขึ้น⁽²²⁾ อีกทั้งยังพบว่า ผู้ที่มีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้นเป็น 8.12 เท่า ซึ่งอาจขัดแย้งกับแนวคิดเดิมที่ว่า การมีผู้ดูแลช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้อาจสะท้อนถึงความรู้สึกพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอิสระ ลดความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าเป็นภาระ ส่งผลให้เกิดความโดดเดี่ยวและวิตกกังวล ดังนั้นควรมีการอบรมผู้ดูแลให้สามารถสนับสนุนด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ เช่น การออกกำลังกายและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่เคยหกล้มมีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นต่อการมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็น 225.54 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยหกล้ม สอดคล้องกับ Kim Delbaere⁽²³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล แม้มีความเสี่ยงทางกายต่ำ ก็มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า การหกล้มอาจไม่ได้นำไปสู่ Fear of Falling ในทุกราย แต่ผลกระทบทางกายและจิตใจ เช่น การสูญเสียความมั่นใจและการพึ่งพาผู้อื่น อาจเพิ่มความเครียดและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ การหกล้มอาจเป็นสัญญาณของโรคสมองเสื่อมหรือภาวะกระดูกพรุน ซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ⁽²⁴⁾

สรุป

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 57.7 ขณะที่ร้อยละ 27.9 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และเพียงร้อยละ 14.4 มีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ยังแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยหลายประการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีรายได้ไม่เพียงพอ การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล และประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือน

ที่ผ่านมาแสดงความสัมพันธ์กับความเครียดต่อสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปการให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านี้ เช่น การจัดสวัสดิการด้านเศรษฐกิจ การฝึกอบรมผู้ดูแล และการป้องกันการทกล้ม อาจช่วยลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กิตต์กวี โพธิ์โน. แนวครอบครัวใช้ "5 สุข 5 มอบ" สร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL:https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29705.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่ "สังคมผู้สูงอายุ" อย่างสมบูรณ์แบบ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476
3. ชัชวาล วงศ์สารี. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อม ระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2561;4(2):102-11.
4. สายพิน ไซยันทน์. ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพทางใจ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL:https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27565.
5. World Health Organization. Mental health of older adults. [Internet]. [cited 2025 Jan 4]. Available from:URL:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults.
6. Jalali A, Ziapour A, Karimi Z, Rezaei M, Emami B, Kalhori RP, et al. Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr 2024;24(1):809. doi: 10.1186/s12877-024-05311-8.
7. Department of Older Persons. Situation of The Thai Older Persons 2022. Bangkok : Amarin Corporations Public Company Limited ; 2023.
8. นันทิตา ทองอ้อม. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิครินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2565;37(2):311-20.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) 2566. สุรินทร์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ; 2566.
10. World Health Organization. Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Geneva : World Health Organization ; 2004.
11. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15). คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2567]. ค้นได้จาก:URL:https://dmh-elibrary.org/items/show/1454.
12. พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(5):809-18.
13. ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ศิระ กิตติวัฒน์โชติ, สุวดี ศรีวิเศษ, ไพรวลัย รมช้าย และคณะ. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558;60(1):35-48.

14. Suwanmanee S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Taechaboonsermsak P. Factors influencing the mental health of the elderly in Songkhla, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2012;95(SUPPL 6):S8-S15.
15. สุนิสา คำชื่น, หลุย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล* 2563;36(3):150-63.
16. Lam CW, Boey KW. The psychological well-being of the Chinese elderly living in old urban reas of Hong Kong: a social perspective. *Aging Ment Health* 2005;9(2):162-6. doi: 10.1080/13607860412331336823.
17. Fan Lu, Lei Shan. Financial well-being, family financial support and depression of older adults in China. *Int J Bank Mark* 2023;41(6):1261-81. DOI:10.1108/IJBM-05-2022-0214
18. McLeod S. Psychology Maslow's Hierarchy of Needs. [Internet]. [cited 2025 Jan 8]. Available from:URL:<https://www.simplypsychology.org/maslow.html>.
19. Sanne B, Mykletun A, Moen BE, Dahl AA, Tell GS. Farmers are at risk for anxiety and epression: the Hordaland Health Study. *Occup Med (Lond)* 2004;54(2):92-100. doi: 10.1093/occmed/kqh007.
20. Sommerlad A, Ruegger J, Singh-Manoux A, Lewis G, Livingston G. Marriage and risk of ementia: systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2018;89(3):231-8. doi: 10.1136/jnnp-2017-316274.
21. Yan XY, Huang SM, Huang CQ, Wu WH, Qin Y. Marital status and risk for late life epression: a meta-analysis of the published literature. *J Int Med Res* 2011;39(4):1142-54. doi: 10.1177/147323001103900402.
22. Liu H, Zhang Z, Choi SW, Langa KM. Marital Status and Dementia: Evidence from the Health and Retirement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2020;75(8): 1783-95. doi: 10.1093/geronb/gbz087.
23. Delbaere K, Close JC, Brodaty H, Sachdev P, Lord SR. Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. *BMJ* 2010;341:c4165. doi: 10.1136/bmj.
24. Coulter JS, Randazzo J, Kary EE, Samar H. Falls in Older Adults: Approach and Prevention. *Am Fam Physician* 2024;109(5): 447-56. PMID: 38804759.