



การรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการและชุมชนรอบนอก อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

Perceived Stress Among Older Adults in Service-Center and Peripheral Communities in Hot District, Chiang Mai Province

รุ่งทิพย์ ต๊ะตุ้ย¹ ลีวลิ รัตนปัญญา^{1*}

Rungthip Tatui¹, Siwalee Rattanapanya^{1*}

¹ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180

¹ Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Rim District, Chiang Mai 50180, , Thailand.

ข้อมูลบทความ

ประวัติบทความ

รับเมื่อ: 30 มกราคม 2569

แก้ไขเมื่อ: 16 มีนาคม 2569

ตอบรับเมื่อ: 27 มีนาคม 2569

เผยแพร่ออนไลน์:

6 พฤษภาคม 2569

คำสำคัญ

ระดับการรับรู้ความเครียด

ผู้สูงอายุ

ชุมชนศูนย์กลางบริการ

ชุมชนรอบนอก

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล:

siwalee_rat@g.cmu.ac.th

(ลีวลิ รัตนปัญญา)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาพตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเครียดและเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการและชุมชนรอบนอก อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 200 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และจัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน แบ่งเป็นชุมชนศูนย์กลางบริการ คือ ตำบลหางดง จำนวน 100 คน และชุมชนรอบนอก คือ ตำบลบ่อหลวง จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดการรับรู้ความเครียด ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีแบบอิสระ

ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเครียดเท่ากับ 17.28 (S.D. = 4.21) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเครียดเท่ากับ 18.89 (S.D. = 4.97) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความเครียดระหว่างผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีระดับการรับรู้ความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.014) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบริบทของชุมชนมีผลต่อระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมและรูปแบบการดำเนินชีวิต ดังนั้นควรพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยเฉพาะในชุมชนศูนย์กลางบริการ

ARTICLE INFO

Article History

Received: 30 January 2026

Revised: 16 March 2026

Accepted: 27 March 2026

Available online:

6 May 2026

ABSTRACT

This cross-sectional survey aimed to examine perceived stress and compare levels of perceived stress among older adults in service-center communities and peripheral communities in Hot District, Chiang Mai Province. The sample consisted of 200 older adults selected using simple random sampling, with proportional allocation based on the population of each village. Participants were divided into two groups:

Keywords:

stress levels
older adults
service-center communities
peripheral communities

Corresponding author*Email address:**

siwalee_rat@g.cmru.ac.th
(Siwalee Rattanapanya)

100 participants from the service-center community in Hang Dong Subdistrict and 100 participants from the peripheral community in Bo Luang Subdistrict. Data were collected using the Thai version of the Perceived Stress Scale, which demonstrated a reliability coefficient of 0.70. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as an independent t-test.

The results showed that older adults in the peripheral community had a mean perceived stress score of 17.28 (S.D. = 4.21), which was at a low level. Similarly, older adults in the central service community had a mean score of 18.89 (S.D. = 4.97), also at a low level. However, when comparing the two groups, older adults in the central service community had a significantly higher level of perceived stress than those in the peripheral community (p -value = 0.014). These findings suggest that community context may be associated with stress levels among older adults, particularly in relation to environmental conditions and lifestyle patterns. Therefore, appropriate strategies for mental health surveillance and promotion tailored to community contexts, especially in service-center communities, should be developed.

1. บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 ประชากรโลกทุก ๆ 6 คน จะมี 1 คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และในปี ค.ศ. 2050 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า คิดเป็น 2.1 พันล้านคน นอกจากนี้ จำนวนประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงสามเท่าในช่วงปี ค.ศ. 2020-2050 เป็นประมาณ 426 ล้านคน [1] สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และกำลังเคลื่อนเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society)" ในช่วงทศวรรษถัดไป จากการงานกรมกิจการผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,193,247 คน จากประชากร 66,052,615 คน คิดเป็นร้อยละ 19.97 [2] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมด้านระบบสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

การเข้าสู่ผู้สูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะความเสื่อมถอยทางร่างกายและการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเผชิญกับความเครียดในระดับปานกลางจากความกังวลด้านค่าใช้จ่ายและการพึ่งพิงผู้อื่น [3] นอกจากนี้ การสูญเสียบทบาททางสังคม ข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการพึ่งพิงผู้อื่นที่เพิ่มขึ้น ยังเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความเหงา และความวิตกกังวล [4] ขณะเดียวกัน ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [5, 6] อีกทั้งบริบทพื้นที่และการเข้าถึงบริการสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญต่อระดับความเครียดโดยผู้สูงอายุในชุมชนเมืองบางพื้นที่มีระดับความเครียดต่ำ เนื่องจาก

สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและยังช่วยเหลือนตนเองได้ดี [7] ในขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทบางพื้นที่กลับมีระดับความเครียดสูงจากการต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ขาดเงินออม และไม่สามารถพึ่งพาบุตรหลานได้อย่างเพียงพอ [8]

โดยความเครียดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพและจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และการกำเริบของโรคเรื้อรัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง [9, 10] ในระดับครอบครัวอาจก่อให้เกิดภาวะในการดูแลและความตึงเครียดในความสัมพันธ์ [11] ขณะที่ในระดับชุมชนส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมสังคม [12] อย่างไรก็ตามผลกระทบดังกล่าวอาจแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ เช่น เขตเมืองที่มีความโดดเด่นทางสังคม 9, 10] และชนบทที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ [13] ดังนั้น การศึกษาความเครียดในผู้สูงอายุในบริบทเฉพาะพื้นที่จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตและการดูแลที่เหมาะสม

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุจำนวน 416,884 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของประชากรจังหวัดทั้งหมด [14] ลักษณะทางภูมิศาสตร์และสังคมของจังหวัดเชียงใหม่มีความหลากหลายทั้งพื้นที่ศูนย์กลางเมืองที่มีความเจริญและความหนาแน่นของบริการ และพื้นที่รอบนอกหรือชนบทที่ยังคงพึ่งพาเกษตรกรรมและเครือญาติเป็นหลัก [15] ความแตกต่างของบริบทดังกล่าวอาจส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และระดับความเครียดของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ได้ [16, 17]

อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ประกอบด้วยทั้งชุมชนศูนย์กลางบริการและชุมชนรอบนอก ซึ่งผู้สูงอายุมีบทบาทการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ทั้งด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โครงสร้างทางสังคม ฐานทางเศรษฐกิจ และโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการด้านสุขภาพจิต โดยชุมชนรอบนอกยังคงพึ่งพาเกษตรกรรมและ

เครือญาติเป็นหลัก ขณะที่ชุมชนศูนย์กลางบริการมีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและบริการมากกว่า ความแตกต่างเชิงบริบทดังกล่าวมีแนวโน้มส่งผลต่อความเครียดและการรับมือกับความเครียดของผู้สูงอายุโดยตรง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในบริบทใดบริบทหนึ่งแบบแยกส่วน เช่น การศึกษาเฉพาะในเขตเมืองหรือเฉพาะในชนบท โดยขาดการออกแบบการศึกษาที่เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุระหว่างบริบทที่แตกต่างกันภายในพื้นที่เดียวกัน ช่องว่างขององค์ความรู้นี้จึงมีความสำคัญ เนื่องจากอาจทำให้ไม่สามารถอธิบายอิทธิพลของบริบทพื้นที่ต่อความเครียดของผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการรับรู้ความเครียดและเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการและชุมชนรอบนอก อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง การจัดการความเครียด และการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเครียดและเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการและชุมชนรอบนอก อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่พื้นที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ชุมชนศูนย์กลางบริการ (ตำบลฮอด และตำบลหางดง) ซึ่งมีลักษณะเป็นพื้นที่ศูนย์กลางหรือกึ่งศูนย์กลางที่มีการจัดบริการสาธารณะและโครงสร้างพื้นฐานค่อนข้างดี และ กลุ่มที่ 2 ชุมชนรอบนอก (ตำบลบ้านตาล ตำบลบ่อหลวง ตำบลนาคอเรือ และตำบลบ่อสลี) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ห่างจากศูนย์กลางและมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการบางประการ

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบตามแนวคิดของ Cohen (1988) [13] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.94 และขนาดอิทธิพลปานกลาง ($d = 0.50$) การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้านี้ [19] ซึ่งรายงานค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.55 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.94 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 99 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 100 คน

ทำการสุ่มเลือกตำบลตัวแทนตำบลในแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก กลุ่มละ 1 ตำบล ได้ตำบลหางดงเป็นตัวแทนของชุมชนศูนย์กลางบริการ (13 หมู่บ้าน มีประชากรผู้สูงอายุ 1,882 คน) และตำบลบ่อหลวงเป็นตัวแทนของชุมชนรอบนอก (13 หมู่บ้าน มีประชากรผู้สูงอายุ 1,898 คน)

ภายในแต่ละตำบล ทำการสุ่มหมู่บ้านอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวนร้อยละ 30 ของหมู่บ้านทั้งหมด ได้หมู่บ้านตัวอย่างจำนวน 4 หมู่บ้าน และกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยสุ่มเก็บ 1 หลัง เว้น 1 หลัง ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลบ่อหลวง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 100 คน และตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 100 คน รวมทั้งหมด 200 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัย (Inclusion Criteria) มีคุณลักษณะดังต่อไปนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมและอาศัยอยู่ในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย หรือจิตใจรุนแรงที่ส่งผลต่อการตอบแบบสอบถาม 3) กลุ่มตัวอย่างสามารถพูดคุย สื่อสารได้ ยินดีและเต็มใจในการทำแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดเลือกลักษณะที่คัดเลือกละออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) 1) อาศัยอยู่ใน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต่ำกว่า 1 ปี 2) ผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจรุนแรงในช่วง 3-6 เดือนที่ผ่านมา เช่น การสูญเสียบุคคลในครอบครัว 3) ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และลักษณะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

2.2.2 แบบสอบถามวัดระดับการรับรู้ความเครียด

เป็นแบบสอบถามวัดการรับรู้ความเครียด 10 ข้อ (10-Item Perceived Stress Scale: PSS-10) ซึ่งสร้างขึ้นโดย Cohen, Kamarck, และ Mermelstein (1983) [20] และแปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai version of the 10-Item Perceived Stress Scale: T-PSS-10) โดย ณทชัย วงศ์ปาริณย์ และทินกร วงศ์ปาริณย์ (2553) [21] ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ทั้งหมดโดยไม่มีการดัดแปลงหรือปรับปรุงข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยการให้คะแนนอิงตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น ได้แก่ 0 = ไม่เคย 1 = แทบไม่เคย 2 = บางครั้ง 3 = บ่อย และ 4 = บ่อยมาก ในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 7 และ 8 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ โดยมีการกลับคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก

ก่อนนำมาคำนวณคะแนนรวม ทั้งนี้คะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงระดับการรับรู้ความเครียดที่สูงขึ้น

แบบสอบถามวัดการรับรู้ความเครียดมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน โดยแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ [15] ดังนี้

- คะแนน 10-20 หมายถึง การรับรู้ความเครียดระดับต่ำ
- คะแนน 21-31 หมายถึง การรับรู้ความเครียดระดับปานกลาง
- คะแนน 32-40 หมายถึง การรับรู้ความเครียดระดับสูง

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (PSS-10) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนาและตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นในประชากรไทย และถูกออกแบบเพื่อประเมินความเครียดจากการรับรู้ของบุคคล (perceived stress) ซึ่งสะท้อนประสบการณ์และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม จึงเหมาะสำหรับใช้ประเมินการรับรู้ความเครียดในผู้สูงอายุ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลหนองผึ้ง อำเภอสาร์ก จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมือง และโครงสร้างพื้นฐานค่อนข้างดี เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบพบว่า แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และสาธารณสุข

2.4 การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากเทศบาลตำบลบ่อหลวงและองค์การบริหารส่วนตำบลหางดง อำเภอสาร์ก จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังได้รับอนุญาตจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับจุดประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละชุด ขั้นตอน วิธีการเก็บข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้วและเข้าใจดีแล้ว เพื่อให้การดำเนินการเก็บข้อมูลถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ โดยขั้นตอนการเก็บข้อมูลในระดับพื้นที่คณะผู้วิจัยติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่การศึกษา ลงเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลประชาชนตามเกณฑ์คัดเข้า เมื่อเก็บรวบรวมแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกใน

ครอบครัว และลักษณะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล รวมทั้งทดสอบความเป็นเนื้อเดียวกันของกลุ่มตัวอย่าง (homogeneity) ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

- 2) วิเคราะห์ระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้ความเครียดระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการ และชุมชนรอบนอก โดยใช้สถิติทดสอบสำหรับกลุ่มอิสระ (Independent t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov

2.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ (IRBCMRU 2025/172.18.03) กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและลงนามแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น รายงานผลในภาพรวมโดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคล และทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดการวิจัย

3. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

3.1. ผลการวิจัย

3.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการและชุมชนรอบนอก อำเภอสาร์ก จังหวัดเชียงใหม่ มีลักษณะใกล้เคียงกันหลายด้าน โดยพบว่า เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และลักษณะความเป็นอยู่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม สถานภาพสมรส และการมีโรคประจำตัว พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูลทั่วไปเพิ่มเติม พบว่า มีสัดส่วนเพศใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ชุมชนรอบนอก = 72.65 ± 8.93 ปี; ชุมชนศูนย์กลางบริการ = 72.04 ± 8.51 ปี) ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีสัดส่วนของผู้ที่มีสถานภาพสมรสสูงกว่าชุมชนรอบนอก (ร้อยละ 79.00 และร้อยละ 56.00 ตามลำดับ) ขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกมีสัดส่วนของผู้ที่มีสถานภาพหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่สูงกว่าชุมชนศูนย์กลางบริการ นอกจากนี้ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีโรคประจำตัวในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอก (ร้อยละ 72.00 และ ร้อยละ 36.00 ตามลำดับ) แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมาจากสวัสดิการภาครัฐ รองลงมาคือ การ

ประกอบอาชีพและการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาด 2-5 คน และพักอาศัยร่วมกับบุตรหรือหลาน

3.1.2 ระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงภาพรวมระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีระดับความเครียดสูงกว่าชุมชนรอบนอกเล็กน้อย โดยผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับการรับรู้ความเครียดต่ำ (ร้อยละ 97.00) ขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีการรับรู้ความเครียดระดับปานกลางในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 40.00 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความเครียดระดับสูงในทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 พิจารณาระดับการรับรู้ความเครียดรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยรายงานการรับรู้ความเครียดในระดับ “บางครั้ง” ในทุกข้อคำถาม ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการรายงานการรับรู้ความเครียดในระดับ “บ่อย” และ “บ่อยมาก” ในหลายประเด็น โดยเฉพาะความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสิ่งสำคัญในชีวิต (ร้อยละ 24) ความกระวนกระวายและความเครียด (ร้อยละ 24) รู้สึกโกรธเพราะสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของคุณบ่อยแค่ไหน (ร้อยละ 17)

ตารางที่ 1 ภาพรวมของระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการและชุมชนรอบนอก

ระดับความเครียด	ชุมชนรอบนอก		ชุมชนศูนย์กลางบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดระดับต่ำ (10-20 คะแนน)	97	97.00	60	60.00
ความเครียดระดับปานกลาง (21-31 คะแนน)	3	3.00	40	40.00
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	17.28 $\pm$ 4.21 คะแนน (8, 25)		18.89 $\pm$ 4.97 คะแนน (9, 29)	

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุชุมชนชนบทและชุมชนเมืองรายข้อ

ระดับความเครียด	ชุมชนรอบนอก (N=100)					ชุมชนศูนย์กลางบริการ (N=100)				
	ไม่เคย	เกือบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก	ไม่เคย	เกือบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกอารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิดบ่อยแค่ไหน	4 (4.00)	10 (10.00)	86 (86.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (4.00)	24 (24.00)	54 (54.00)	18 (18.00)	0 (0.00)
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งที่มีค่าสำคัญในชีวิตได้	4 (4.00)	14 (14.00)	82 (82.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (9.00)	30 (30.00)	37 (37.00)	24 (24.00)	0 (0.00)
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกกระวนกระวายและเครียดบ่อยแค่ไหน	6 (6.00)	14 (14.00)	79 (79.00)	1 (1.00)	0 (0.00)	4 (4.00)	32 (32.00)	40 (40.00)	24 (24.00)	0 (0.00)
4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเชื่อมั่นกับความสามารถในการแก้ไขปัญหาส่วนตัวได้บ่อยแค่ไหน	8 (8.00)	16 (16.00)	73 (73.00)	3 (3.00)	0 (0.00)	2 (2.00)	16 (16.00)	45 (45.00)	22 (22.00)	15 (15.00)
*5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าสิ่งต่าง ๆ เป็นไปตามที่คุณต้องการบ่อยแค่ไหน	8 (8.00)	17 (17.00)	73 (73.00)	2 (2.00)	0 (0.00)	5 (5.00)	23 (23.00)	40 (40.00)	27 (27.00)	5 (5.00)
6. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณพบว่าไม่สามารถเผชิญกับทุกสิ่งที่คุณต้องการทำบ่อยแค่ไหน	6 (6.00)	21 (21.00)	70 (70.00)	3 (3.00)	0 (0.00)	4 (4.00)	27 (27.00)	52 (52.00)	9 (9.00)	1 (1.00)
*7. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณสามารถควบคุมสิ่งที่รบกวนชีวิตของคุณได้บ่อยแค่ไหน	5 (5.00)	21 (21.00)	73 (73.00)	1 (1.00)	0 (0.00)	9 (9.00)	28 (28.00)	37 (37.00)	25 (25.00)	7 (7.00)
*8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่า คุณสามารถทำทุกสิ่งทุกอย่าง ได้ตามที่กำหนดบ่อยแค่ไหน	10 (10.00)	16 (16.00)	74 (74.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (4.00)	29 (29.00)	38 (38.00)	28 (28.00)	0 (0.00)
9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกโกรธเพราะสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของคุณบ่อยแค่ไหน	5 (5.00)	15 (15.00)	80 (80.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (2.00)	32 (32.00)	46 (46.00)	17 (17.00)	0 (0.00)
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าความยุ่งยากมีมากจนคุณไม่สามารถเอาชนะมันได้บ่อยแค่ไหน	6 (6.00)	14 (14.00)	80 (80.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (5.00)	30 (30.00)	54 (54.00)	3 (3.00)	0 (0.00)

* ข้อคำถามทางบวก หมายถึง ข้อที่คะแนนระดับ “บ่อยมาก” แสดงถึงการรับรู้ความเครียดต่ำ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง (n=200)

ประเภทของชุมชน	n	Mean	S.D.	t-test	p-Value
ชุมชนรอบนอก	100	17.28	4.21	-2.472	0.014*
ชุมชนศูนย์กลางบริการ	100	18.89	4.97		

* p-value < 0.05

3.1.3 การเปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกและชุมชนศูนย์กลางบริการ

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความเครียดของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.472, p = 0.014$)

3.2. อภิปรายการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับการรับรู้ความเครียดอยู่ในช่วงต่ำเป็นส่วนใหญ่ และรองลงมา คือ ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่รายงานว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในช่วงต่ำถึงปานกลาง [5, 22, 23] ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทของปัจจัยคุกคามทางสังคม เช่น การมีครอบครัวคอยเกื้อหนุน โดยผู้สูงอายุครั้งนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาด 2-5 คน และพักอาศัยร่วมกับบุตรหรือหลาน และการดำรงชีวิตตามบทบาทวัยสูงอายุที่มีความคาดหวังทางสังคมลดลง ส่งผลให้แรงกดดันด้านบทบาทหน้าที่และการทำงานลดลงตามไปด้วย [24] นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจมีประสบการณ์ชีวิตและกลไกการเผชิญปัญหาที่ช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าวัยอื่น [25] ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของทฤษฎี Stress and Coping Theory ที่เสนอว่าบุคคลจะประเมินสถานการณ์และเลือกใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้ระดับความเครียดไม่ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์เพียงอย่างเดียว [26] จึงทำให้ระดับความเครียดโดยรวมไม่อยู่ในระดับสูง แม้จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและสังคมก็ตาม

เมื่อเปรียบเทียบระดับความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีระดับความเครียดเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย สะท้อนจากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเครียดระหว่างสองกลุ่มมีขนาดเล็ก และอาจไม่มีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติ (practical significance) แม้ว่าจะพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม จากการประเมินรายชื่อในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกส่วนใหญ่มีความเครียดบางครั้งคราวและแทบไม่พบความเครียดในระดับรุนแรง สะท้อนถึงศักยภาพในการปรับตัวและควบคุมอารมณ์ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ค่อนข้างดี ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีแนวโน้มเผชิญความเครียดบ่อยครั้งและในระดับสูงกว่า

โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกลึกซึ้งการควบคุมต่อสิ่งสำคัญในชีวิต ความกระวนกระวาย และความไม่พอใจต่อเหตุการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุม ซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความรุนแรงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความเครียดของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอายุเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมและรูปแบบการดำเนินชีวิตในชุมชนที่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนผ่านข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีสัดส่วนของผู้ที่มีโรคประจำตัวสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกอย่างชัดเจน (ร้อยละ 72.00 เทียบกับร้อยละ 36.00) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ การพึ่งพาผู้อื่น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสิ่งสำคัญในชีวิต และความกระวนกระวายได้มาก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีระดับความเครียดปานกลางถึงสูง เนื่องจากต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านร่างกาย การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และความไม่แน่นอนของภาวะสุขภาพในระยะยาว [3, 23] นอกจากนี้ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีสัดส่วนของผู้ที่มีสถานภาพสมรสสูงกว่าชุมชนรอบนอก (ร้อยละ 79.00 เทียบกับร้อยละ 56.00) ซึ่งแม้การมีคู่สมรสอาจเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ แต่ผู้สูงอายุอาจต้องแบกรับบทบาทและความรับผิดชอบในครอบครัวมากขึ้น ทั้งด้านเศรษฐกิจ การดูแลคู่สมรสที่มีปัญหาสุขภาพ หรือการช่วยเหลือบุตรหลาน ส่งผลให้เกิดแรงกดดันและความเครียดในชีวิตประจำวันมากขึ้น [27] สอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory ที่อธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและชุมชนสามารถช่วยลดผลกระทบของความเครียดและเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวของบุคคล [28] โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเมือง ที่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความเครียดจากปัจจัยด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง โดยปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ (low social support) ภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation) ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว และสภาพแวดล้อมเมือง เช่น ความแออัดและวิถีชีวิตเร่งรีบ ซึ่งล้วนส่งผลต่อความเครียดและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [9, 10] ในด้านโครงสร้างครอบครัวและลักษณะความเป็นอยู่ แม้ว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรหรือหลานและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวใกล้เคียงกัน แต่ผู้สูงอายุในชุมชนรอบนอกมักอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความใกล้ชิดและการช่วยเหลือ

เกี่ยวกันในระดับชุมชนสูงกว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ และการพึ่งพาอาศัยกันในชีวิตประจำวัน อาจช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และความตึงเครียดจากเหตุการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมได้

อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เฉพาะในชุมชนรอบนอกและชุมชนศูนย์กลางของอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมเฉพาะพื้นที่ ทำให้ผลการศึกษายังไม่สามารถสรุปแทนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการประเมินการรับรู้ความเครียดจากผู้สูงอายุเองเพียงอย่างเดียว ดังนั้นผลลัพธ์จึงอาจได้รับอิทธิพลจากความเข้าใจของผู้ตอบและสภาวะอารมณ์ในขณะตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อจำกัดทั่วไปของการเก็บข้อมูลลักษณะดังกล่าว และควรพิจารณา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สะท้อนหลักฐานเชิงบริบทที่มีนัยสำคัญต่อการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบจำเพาะพื้นที่เท่านั้น

4. สรุปผล

ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการและชุมชนรอบนอก อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านสถานภาพสมรสและการมีโรคประจำตัว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีระดับความเครียดสูงกว่าชุมชนรอบนอก โดยมีสัดส่วนความเครียดระดับปานกลางมากกว่า ขณะที่ชุมชนรอบนอกส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ การวิเคราะห์รายข้อพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์กลางบริการมีการรับรู้ความเครียดในระดับ “บ่อย” ในหลายด้าน โดยเฉพาะความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิต และความวิตกกังวล และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มชุมชนศูนย์กลางบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของบริบททางสังคมและภาวะสุขภาพต่อความเครียดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีจากความอนุเคราะห์และความร่วมมืออย่างดียิ่งของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล รวมถึงหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- [1] WHO. (1 October 2025). Ageing and health. World Health Organization (WHO), สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2568 จาก

<https://www.who.int/en/news-room/facts-sheets/detail/ageing-and-health>

- [2] กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2568 จาก https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf.
- [3] ณัฐภัสสร์ นวลสีทอง, ธวัชรัตน์ ภูงศ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และ ภักวรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ. (2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเลียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 16(2), 78-89..
- [4] นันทนิชา สิงห์เดชะวิระชัย และสรวรยา ธรรมอภิพล. (2564). การศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดด้วยกิจกรรมนันทนาการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองกระพุ่ม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารสังคมศาสตร์, 10(2), 44-51..
- [5] นกัวรรณ มานพากวี, นันทวัฒน์ พุทธิเจริญ, วรัญญศึกษา ททรัพย์ ประเสริฐ, และกรกฎ ฤทธิ์ประสม. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้สูงอายุ ตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี.วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 30(2), 64-74.
- [6] ถาวร ล่อกา, ประภัสสร ธรรมเมธา, สายหยุด มูลเพ็ชร, ศุภิสรา ดิหนองโพ, ปรีศนา นวลบุญเรือง, ประวีดา คำแดง และ พิรพรรณ อภิวงศ์วาร. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนพื้นที่สูงและพื้นที่ต่ำไกล จังหวัดเชียงใหม่, วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, (7)1, 1-13.
- [7] ดุษฎี คาวีวงศ์ และรุจิรา ดวงสงค์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 13(2), 36-46.
- [8] มณฑะชัฐ มะโนธรรม. (2561). การเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาหมู่บ้านดอยกิว ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 5(2), 50-59.
- [9] Srijai, K., & Wongsawat, P. (2023). Factors influencing the risks of depression among urban elderly people in Phitsanulok Province, Thailand. Journal of Public Health and Development, 21(3), 181-189.
- [10] สุธิกาญจน์ ไชยลาภ. (2562). สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 63(ฉบับเพิ่มเติม), S113-S122.
- [11] ปุณณิสสา อินไทย, พิษชา เครือแปง, ภาณุ โชคสมงาม และ นลินี ยิ่งชาญกุล. 2564. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ

- ในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอสันป่าตอง จังหวัด เชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร, 60(3), 383-94.
- [12] อัจฉริยา ปัญญาแก้ว, Hsiu-Yun Hsu, สุจิตพร เลอศิลป์, และ สุภาวดี พุฒิน้อย. (2563). ระดับพฤติกรรมและการใช้เวลาในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทย. วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุขไทย, 31(1), 177-188.
- [13] Iamtrakul, P., Chayphong, S., Haider, A.M., Crizzle, A.M. (2023). Older adult access to health care services in Ban Phaeo, Thailand: A case study using geospatial analysis. *Transportation research interdisciplinary perspectives*, 22, 1000946. <https://doi.org/10.1016/j.trip.2023.100946>.
- [14] กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). สถิติผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2567 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2552.
- [15] สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่. (2025). เอกสารข้อมูลจังหวัดเชียงใหม่. สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2567 จาก <http://www.chiangmai.go.th/managing/public/D8/8D22Oct2025143145.pdf>.
- [16] สายพิน เลาวัง และ วันเพ็ญ เจริญตระกูลปิติ. (2565). ชุดความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชนบท. วารสารสันติสุขปริทรรศน์, (3)2, 33-45.
- [17] กันทนา ใจสุวรรณ. (2563). วิถีชีวิตคนชนบทไทยยุค 4.0. วารสารปัญญาปนิธาน, 5(1), 29-41.
- [18] Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 55-56.
- [19] Sumala, M. (2024). A comparative study to assess the level of stress, coping strategies and quality of life among elderly people in selected rural and urban areas, Puducherry. *International Journal of Advanced Psychiatric Nursing*, 6(2), 39-45. <https://www.doi.org/10.33545/26641348.2024.v6.i2c.188>
- [20] Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- [21] Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 6. <https://doi.org/10.1186/1751-07595320>
- [22] นันทิกา อนันต์ชัยพัชรา, ดลฤดี เพชรขว้าง, และ ธาณี กล่อมใจ. (2568). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในวัยชราและความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 26(1), e276301.
- [23] สุนิสา คำขึ้น, ฤทัย กงมทา, และ วิจิตร แผ่นทอง. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(3), 150-163.
- [24] Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00004025>
- [25] Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- [26] Long, C. M. (1991). Family care of the elderly: Stress, appraisal, and coping. *Journal of Applied Gerontology*, 10(3), 311-327. <https://doi.org/10.1177/073346489101000306>
- [27] Penning, M. J., & Wu, Z. (2016). Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving relationship and gender. *The Gerontologist*, 56(6), 1102-1113. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv038>
- [28] House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146. <https://doi.org/10.1007/BF01107897>