



สุขภาพจิต ปัญหา ความต้องการ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

Mental Health, Challenges, the Needs, and Mental Health Promoting

Approaches for the Older Adults

สนธยา มณีรัตน์¹ นาดนภา วงษ์สีล² ประไพจิตร โสมกีร์^{3*}
Sonthaya Maneerat¹ Nardnapa Wongsin² Prapaichit Sompee³

¹ดร. อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วัชรระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Dr., Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา Registered Nurse, Bungnumrak Health Promotion Hospital, Bang Nam Prieo District, Chachoengsao Province

³อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วัชรระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author, Prapaichit Sompee, Email: eadlangkadang@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา (ระยะที่ 1) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิต ปัญหา ความต้องการ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บจากผู้สูงอายุ จำนวน 413 คน เลือกรandom sampling แบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 40 คน และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม จำนวน 45 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 57.62 มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาส่วนบุคคล เช่น การเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน การขาดปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ปัญหาด้านสุขภาพ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และจำนวนกิจกรรมหรือแกนนำไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ความต้องการและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยความต้องการที่จำเป็น ได้แก่ มีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน มีการคัดกรองและดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งส่งเสริมให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดูแล มีกิจกรรมร่วมกันทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน ส่วนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการส่งเสริมสุขภาพกายและใจระดับบุคคล ระดับครอบครัว โดยส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจ ใส่ใจ สร้างความรู้สึกมีคุณค่า และทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุ ส่วนระดับชุมชนโดยการจัดกิจกรรมหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมในชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต ส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This survey research, part of a community-based mental health promotion model development for older adults, Bang Nam Prio district, Chachoengsao Province (phase 1), investigated the mental health status, problems, needs, and approaches for promoting mental health among the elderly. Both quantitative and qualitative data were collected. Quantitative data were collected from 413 elderly participants via multi-stage random sampling, using a personal information questionnaire and Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool, analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were gathered from stakeholders involved in elderly health promotion—40 in-depth interviewees and 45 focus group participants, analyzed using content analysis.

The findings revealed that 57.62% of the elderly had better mental health than the general population. Challenges in promoting mental health included individual issues such as being homebound, lack of community interaction, health problems, insufficient family support, and limited coverage of activities or community leaders across all areas. The needs and approaches for promoting mental health among the elderly were categorized into three levels: individual, family, and community. Essential needs included personalized care, home-based health screening and care, and fostering participation from all stakeholders. Activities were emphasized at both the family and community levels. Approaches for mental health promotion included enhancing physical and mental well-being at the individual level, fostering understanding, attention, self-worth, and shared activities within families, and organizing community-level activities or creating age-friendly environments. These findings provide insights for developing appropriate mental health promotion models in communities, aiming to enhance the quality of life for the elderly in all dimensions.

Keywords older adults, mental health, health promotion

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันพบจำนวนประชากรและแนวโน้มผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้น รวมถึงสัดส่วนผู้สูงอายุต่อวัยทำงานและอัตราส่วนการเป็นภาระวัยผู้สูงอายุที่สูงขึ้นเช่นกัน โดยคาดว่าภายในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566) จากรายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมในปี 2564 พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็น

77 ปี (ชาย 73.5 ปี หญิง 80.5 ปี) ซึ่งการเพิ่มขึ้นจำนวนและอายุที่ยืนยาวขึ้นดังกล่าว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น เกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม การเกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น เกิดความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และทำให้มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2567; กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข, 2562; สุนิสา คำขึ้น, หลุทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, 2563) สอดคล้องกับผลจากการประเมิน สุขภาพจิตคนไทยด้วยตนเอง ผ่านระบบ Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี 2563-2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเครียดสูง ร้อยละ 0.67 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.92 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.28 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และสอดคล้องกับผลการสำรวจผู้สูงอายุ จำนวน 13,951 คนในจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความเครียดสูง ร้อยละ 0.62 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 0.59 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.51 และเมื่อพิจารณาผลการประเมินของผู้สูงอายุในอำเภอ บางน้ำเปรี้ยว 874 คน พบว่า มีความเครียดสูง ร้อยละ 2.06 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 4.46 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.09 นอกจากนี้จากผลการคัดกรอง ด้วยแบบประเมินความเครียดสวนปรง (ST5) พบว่า มีความเครียด ร้อยละ 0.20 และมีแนวโน้ม เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 0.37 (ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2567) ซึ่งเป็นสถิติที่ ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าระดับประเทศ และระดับจังหวัด

ยุคของการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันส่งผล ให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการปรับตัวในหลาย ๆ ด้านเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ชีวิตตามช่วงวัยใน ยุคที่ผ่านมา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสุขภาพที่เป็น ไปในทางที่เสื่อมลงส่งผลต่อ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสุขภาพจิตเป็น ตัวกำหนดความสุขและคุณภาพชีวิตโดยรวม หาก มีสุขภาพจิตดีย่อมทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นสามารถปรับตัว

และใช้ชีวิตตามปกติได้ แต่หากมีสุขภาพจิตไม่ดีก็ จะส่งผลต่อการปรับตัวและอาจนำไปสู่ ความเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้าได้ ภาวะ สุขภาพจิต (mental health) คือ สภาวะที่บุคคล รับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับ ความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิด ประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำ ประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้ (World Health Organization [WHO], 2023) สุขภาพจิตที่ดีเป็น ตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ (นามชัย กิตตินาคบัญญัติ, 2561) ทั้งนี้ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัย หลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าโรคเรื้อรังเป็น ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยทำให้มี ความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.35 มี ภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 23.97 (ฉัฐภักดิ์ นวลสีทอง, รัชรัสมิ์ ภูงศ์ชัย, อ้อย ทิพย์ บัวจันทร์, และภักวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์, 2564) และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.50 (มินตรา สาระรักษ์, ฐิติรัช งานฉม้ง, และนันทยา กระสวยทอง, 2563) นอกจากนี้ยัง พบว่าปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน โดยผู้สูงอายุที่มี สุขภาพร่างกายแข็งแรงจะส่งเสริมให้มีสุขภาพจิต ที่ดี แต่หากมีปัญหาสุขภาพกาย เช่น มีโรค ประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ยากต่อการรักษา จะ ส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดี เกิดความเครียด เป็นคน ที่ไม่มีความสุข (พาริณี, สุกใส, สุธรรม นันทม กุลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 25561) จาก

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป พบผลการศึกษามีความแตกต่างกัน โดยพบทั้งมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) ดีกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 57.75) (สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563) และเท่ากับคนทั่วไป (สุกัญญา แก่นงูเหล็กอม, 2563; อัฐฉญา แพทย์ศาสตร์ และพัชรินทร์ รุจิรานุกูล, 2565) ซึ่งอาจเกิดจากบริบทสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้นการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่แตกต่างกัน จึงยังคงเป็นประเด็นที่จำเป็น เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบท และความต้องการ นอกจากนี้ข้อมูลดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอาจก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ที่รุนแรงทั้งของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีการศึกษา พบว่าความสำเร็จในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น ๆ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบได้มากถึงร้อยละ 10 - 20 โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และเมื่ออายุมากขึ้นก็จะพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะโรคเรื้อรัง และนำไปสู่สาเหตุของการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ และความคิดฆ่าตัวตาย (Li, Ge, Greene, & Dunbar-Jacob, 2018) ในประเทศไทย พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และพบความชุกสูงขึ้นตามอายุ โดยในกลุ่มอายุ 60-79

ปี พบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 2 เท่า ส่วนในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (สแกนต์ บุนนาค, วิชัย เอกพลากร, กฤษณา ตรียมณีรัตน์, และนิสสรา แผ่นศิลา, 2563) และยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 31.60 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, ม.ป.ป.) สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตที่แสดงให้เห็นว่า สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา สาเหตุสำคัญมาจากความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้า ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และเป็นปัญหาสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม รวมทั้งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งมีความซับซ้อนเกี่ยวพันหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และมีการดำเนินการในชุมชนหลายรูปแบบ โดยเป็นการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังเช่นการศึกษาของนรินทิพย์ ฤทธิลลิต (2564) ที่พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความรู้ สร้างความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเอง 2) การ

ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองอย่างมีคุณค่า 3) การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ เพื่อจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น 4) การกระตุ้นการทำงานของสมอง เพื่อช่วยในการบริหารสมอง และ 5) การส่งเสริมและสร้างความสุขทางใจ เพื่อลดความตึงเครียดของจิตใจ โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าวัดปฏิบัติธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี บุญมี (2560) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยมี 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลภายในครอบครัว 2) การดูแลในสถาบัน 3) การดูแลโดยชุมชน และ 4) การดูแลในสถานการณืพิเศษ และผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ความเครียดลดลง และมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป (นรินทิพย์ ฤทธิจิตติ, 2564)

จากแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมตามสถานะและบริบทสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาความต้องการ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่าพื้นที่อื่น ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะสามารถใช้ยืนยันปัญหาสำคัญที่พบในพื้นที่ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา (ระยะที่ 1) ใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางผลักดันงานส่งเสริมสุขภาพจิตของมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐ วิคตอเรีย (The Victorian Health Promotion Foundation: VicHealth) (WHO, 2002) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน มุ่งเน้นการพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคส่วน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้เกิดการกระทำที่ทุกคนสามารถทำได้ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน องค์กร หรือรัฐบาล รวมถึงการสร้างสถานที่ พื้นที่ เพื่อนบ้าน และชุมชนที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีและการช่วยให้ผู้คนค้นพบวิธีที่จะมีความสุขและมีชีวิตที่มีสุขภาพดี กรอบแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย 1) ศึกษาปัจจัยที่กำหนดสุขภาพจิตและทิศทางการดำเนินงาน ซึ่ง

ประกอบด้วย 1.1) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (สัมพันธภาพที่เกื้อหนุน การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม และความร่วมมือของพลเมือง) 1.2) การไม่ถูกแบ่งแยกกีดกัน และปลอดภัยจากความรุนแรง (การให้คุณค่าที่หลากหลาย ความมั่นคงปลอดภัยทางร่างกาย และการตัดสินใจและควบคุมจัดการชีวิตของตนเอง) 1.3) การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ (การทำงาน การศึกษา ที่อยู่อาศัย และการเงิน) 2) ศึกษากลุ่มประชากรและพื้นที่การดำเนินงาน ภาคส่วนและหน่วยงานในการดำเนินงาน 3) ศึกษาผลลัพธ์ระยะกลาง และ 4) ศึกษาผลดีระยะยาว โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าว มาดำเนินการศึกษากลุ่มประชากรและพื้นที่การดำเนินงาน ภาคส่วนและหน่วยงานในการดำเนินงาน ดังนั้นการศึกษากว้างสุขภาพจิต ความต้องการที่จำเป็น และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จึงเป็นการศึกษาย่อยด้านกลุ่มประชากรและพื้นที่การดำเนินงาน ภาคส่วนและหน่วยงานในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสุขภาพจิต ปัญหา ความต้องการที่จำเป็น และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

เปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 15,525 คน และ 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling technique) จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตำบล หมู่บ้าน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน จากนั้นใช้การสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ จากทั้งหมด 10 ตำบลของอำเภอบางน้ำเปรี้ยว สุ่มตัวอย่างตำบลละ 5 หมู่บ้าน สุ่มผู้สูงอายุจากหมู่บ้านตัวอย่างหมู่บ้านละ 8 คน และสุ่มเพิ่มจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่คำนวณได้จากสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ซึ่งกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 375 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 413 คน และ 2) ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 2.1) กลุ่มผู้บริหารที่รับผิดชอบงานสูงอายุนโยบาย ได้แก่



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยวหรือผู้แทน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2.2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และ 2.3) ตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม 15, 15 และ 10 คน ตามลำดับ รวม 40 คน ส่วนการสนทนากลุ่ม มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม 14, 13 และ 18 คน ตามลำดับ รวม 45 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่รับรอง PH_CCO_REC 016/2567 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ประสานงานขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา สาธารณสุขอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ควรจะได้รับจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อผลการวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: T-GMHA-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2566) จำนวน 15 ข้อ เกือบทุกข้อเป็นข้อคำถามทางบวก ยกเว้นข้อ 3 เป็นข้อคำถามทางลบ คะแนนรวม 15-60 คะแนน ลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน) โดยข้อคำถามทางลบให้คะแนนกลับกับข้อคำถามทางบวก เกณฑ์การแปลผลตามผลรวมของคะแนนทุกข้อ ดังนี้ 50-60 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 43-49 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

2. แบบสัมภาษณ์ ด้านปัญหา ความต้องการที่จำเป็น และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตของ VicHealth (WHO, 2002) ข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความหมายของสุขภาพจิต ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพจิต ปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีอยู่ในชุมชน และรูปแบบที่ควรจะเป็น

3. แนวทางสนทนากลุ่ม ด้านปัญหา ความต้องการที่จำเป็น และแนวทางการส่งเสริม

สุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้คำถามชุดเดียวกันกับแบบสัมภาษณ์ และได้นำข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์มายืนยัน ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม รวมถึงร่วมกันออกแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบท

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 และนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางสนทนากลุ่มด้านปัญหา ความต้องการ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (กลุ่มเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแบบประเมินสุขภาพจิตระยะสั้น) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเนื้อหา แต่ให้สลับข้อคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต่อเนื่องกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดยทำหนังสือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านการเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย มีการ

ดำเนินการ ดังนี้ 1) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบล ละ 1 คน รวม 10 คน 2) ประชุมผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมตอบข้อซักถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นมีการทดลองรวบรวมข้อมูล เปรียบเทียบทำความเข้าใจและซักถามความคิดเห็นจากผู้ช่วยวิจัยทั้ง 10 คน จนเข้าใจตรงกัน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน 2567

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 10 -20 นาที ต่อ 1 คนดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ดังนี้ 2.1) การสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน อสม. ตัวแทนผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ต่อ 1 คน และ 2.2) การสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10-15 คน ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล ดำเนินการสนทนากลุ่ม ๆ ละ 1 ครั้ง ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที มีเป้าหมายเพื่อค้นหาข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม และยืนยันประเด็นปัญหา ความต้องการ และร่วมกันให้ความคิดเห็นในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการจัดระเบียบเนื้อหา (data organization) วิเคราะห์ข้อมูลภาคสนาม (field note) และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.40 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 51.09 อายุเฉลี่ย 69.57 ปี (SD = 6.76) มี การ ศึ ก ษ า ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 79.66 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 50.12 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 38.50 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.90 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n=413)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	114 (27.60)
หญิง	299 (72.40)
อายุ (M =69.57, SD =6.76)	
60-69	211 (51.10)
70-79	157 (38.00)
80 ปีขึ้นไป	45 (10.90)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา และต่ำกว่า	367 (89.90)
ปวส และต่ำกว่า	31 (7.50)
ปริญญาตรี และสูงกว่า	11 (2.60)
อาชีพ	
มีอาชีพ	206 (49.90)
ไม่มีอาชีพ	207 (50.10)
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอ	159 (38.50)
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	153 (37.00)
เพียงพอเหลือเก็บ	101 (24.50)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	141 (34.10)
มี	273 (65.90)



2. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 57.62 รองลงมา คือ มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 29.30 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 13.08 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มที่มี

สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เป็นผู้ที่มียุ 60 -69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.30 และในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นผู้ที่มีอายุ 70 -79 ปี ร้อยละ 48.14 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ (n=413)

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	238	57.62
อายุ 60 -69 ปี	134	56.30
อายุ 70 -79 ปี	92	38.64
อายุ 80 ปีหรือมากกว่า	12	5.04
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	121	29.30
อายุ 60 -69 ปี	60	49.58
อายุ 70 -79 ปี	39	32.23
อายุ 80 ปีหรือมากกว่า	22	18.18
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	54	13.08
อายุ 60 -69 ปี	17	31.48
อายุ 70 -79 ปี	26	48.14
อายุ 80 ปีหรือมากกว่า	11	20.37

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 40 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.50

2. ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม จำนวน 45 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.44 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00

3. ปัญหาและความต้องการที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิต

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนปัญหาส่วนบุคคล ปัญหาด้านสุขภาพ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวนกิจกรรม/แกนนำ

ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังนี้

1) ปัญหาส่วนบุคคล ได้แก่ การเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน บุคลิกส่วนตัว ไม่ชอบพูดคุย ชอบเก็บตัว ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน

“บางคน ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ไม่ชอบรวมกลุ่ม บางคนอายุ ไม่มีเพื่อน” (ผู้ดูแล 2)

“ไม่อยากออกไป มีงานนุ่น งานนี้ต้องทำเยอะ ไม่ชอบคุย ไม่ชอบร้องเพลง รำวง” (ผู้ดูแล 5)

2) ปัญหาด้านสุขภาพ

“ผู้สูงอายุมีร่างกายไม่แข็งแรง เดินทางลำบาก หากต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน” (ผอ. รพ.สต. 1)

“บางคนตามองไม่เห็น อ่านไม่ออก ไม่เข้าใจ ความหมายคำบางคำ มากก็ไม่สนุก ทำให้ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม” (ผู้ดูแล 3)

3) ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

“บุตรหลาน ต้องทำงาน ไม่มีเวลาในการดูแล บางครั้งทำให้มาส่งผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมไม่ได้” (ผู้ดูแล 6)

4) จำนวนกิจกรรม/แกนนำไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

“งบประมาณในตำบลมีจำกัด อาจมีทำแค่กลุ่มเล็ก ๆ ผู้ที่ไม่มาเข้าร่วม คือผู้ที่ขาดโอกาส (อส. 2)”

“ความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ ก็เป็นประเด็นที่สำคัญ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วม หรือ ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีแกนนำไปชักชวน หรือ ไม่มีเพื่อนที่อยู่ใกล้เข้ามาร่วม” (ผอ. รพ.สต. 3)

4. ความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับบุคคล โดยมีความต้องการดังนี้

1.1) ใช้วิธีการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ให้มีอิสระสามารถเลือกทำในสิ่งที่ชอบ

“ใช้การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ลดซึมเศร้า อารมณ์ดีขึ้นได้ และการเลี้ยงสัตว์

สุนัขหรือแมว เพื่อให้อบอุ่น ไม่เหงา ส่งผลต่อจิตใจผู้สูงอายุได้” (อส. 10)

“ต้องไม่ลดคุณค่าตนเอง และได้ทำในสิ่งที่ตนชอบ” (อส. 9)

“กิจกรรมที่สมควรเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ด้านเวลา ความสะดวกของผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นสุขภาพจิตดีขึ้น สามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้” (ผู้ปฏิบัติ 4)

1.2) ให้มีบุคลากร/เจ้าหน้าที่มาคัดกรอง และดูแลสุขภาพที่บ้าน

“ผู้สูงอายุต้องได้รับการตรวจประเมินปัญหา และแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง” (เจ้าหน้าที่ 1)

“ผู้สูงอายุบางคนมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ไม่รู้ตัว มีอารมณ์แปรปรวน เหงา ท้อแท้” (อส. 6)

“ให้มีการติดตาม เยี่ยมบ้าน มอบของ พูดคุย ให้กำลังใจ แก่ผู้สูงอายุ ติดเตียง และให้รวมเป็นกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ” (อส. 7)

“ควรให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ ให้ความรู้รายบุคคล เช่น จัดการความเครียด การออกกำลังกายที่เหมาะสม” (เจ้าหน้าที่ 3)

1.3) ให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดูแล “ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ต้องให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” (ผอ. รพ. สต. 3)

“แนะนำเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย ให้ความรู้ ให้สมาชิกในชมรมมีความรักผูกพันกัน เห็นคุณค่าเอาใจใส่กัน” (อส. 11)

“ให้มีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ส่งเสริมป้องกัน และดูแลสุขภาพจิตรายบุคคล โดยแยกกิจกรรมตามกลุ่ม เช่น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย” (ผู้ปฏิบัติ 8)

2) ระดับครอบครัว

2.1) ส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว

“มีการสอบถามพูดคุยบ่อย ๆ รับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน” (ผู้สูงอายุ 8)

“ใช้เวลาด้วยกันกับครอบครัว เช่น ทานอาหาร
พูดคุยกัน ดูทีวี ไปเที่ยว” (ผู้ดูแล 9)

“การเล่นเกมส์ฝึกสมอง ฝึกการใช้ภาษา ใช้
ความจำ จดจ้อ เช่น เล่นกับหลาน ๆ เกมส์ต่อจิ๊กซอว์ ชู
โดกุ ระบายสี ทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว สร้าง
สัมพันธ์ที่ดีต่อกัน” (อสม. 11)

2.2) สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม
ทางสังคม

“ให้บุตรหลานพาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน การ
พบปะพูดคุยเยี่ยมญาติ เพื่อนบ้าน หรือร่วมกิจกรรมตาม
ประเพณี/ศาสนา” (ผู้สูงอายุ 7)

“ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุเป็น
ต้นแบบให้คนรุ่นหลัง สร้างจิตสำนึกเคารพ สร้าง
สัมพันธ์ในครอบครัว” (อสม. 1)

3) ระดับชุมชน

3.1) มีแกนนำที่มีศักยภาพ

“ต้องหาแกนนำที่พร้อมมีจิตอาสา มีแนวคิด
ดำเนินงานร่วมกัน ดูแลผู้สูงอายุผ่านชมรม” (ผู้สูงอายุ 8)

“ควรทำกิจกรรมต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบงาน
ชัดเจน ฝึกทักษะให้ผู้นำกิจกรรม และต้องเป็นผู้ฟังที่ดี”
(อสม. 5)

3.2) มีกิจกรรมในชุมชนต่อเนื่อง มี
การประชาสัมพันธ์ มีสิ่งจูงใจในการเข้าร่วม
กิจกรรม

“ให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย
ให้มากขึ้น” (อสม. 11)

“กระตุ้นทุกชมรมมีกิจกรรมด้านสุขภาพจิต
เป็นรูปธรรม และวัดผลหรือกำหนดกิจกรรม” (ผู้ปฏิบัติ 3)

“เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เป็นตัวแทน
ร่วมจิตอาสาในชุมชน ศูนย์เด็กเล็ก เล่านิทาน ให้เด็กฟัง
หรือรวมกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน” (ผู้ปฏิบัติ 10)

“ต้องประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมให้ทราบ
ทั่วกัน บ่อยครั้ง ต้องมีของจูงใจในการเข้าร่วม เช่น
น้ำตาล น้ำมันพืช” (อสม. 10)

3.3) ให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม

“สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน เห็นความสำคัญ
ของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ” (ผอ.รพ.สต. 3)

“การสร้างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนควร
สร้างเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากคนในชุมชน”
(ผอ.รพ.สต. 5)

“มีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน โครงการสร้าง
เสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุ อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ทุกภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ นำของไปเยี่ยม
ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มเปราะบาง (ผู้ปฏิบัติ 6)

“จัดหาสถานที่ออกกำลังกาย เช่น ที่เทศบาล
วัด ร.ร. สนับสนุนการทำกิจกรรม เช่น ประกวด
ผู้สูงอายุ” (อสม. 11)

“อยากให้อปท.สนับสนุนงบประมาณในการ
จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุในชุมชน
(ผู้ปฏิบัติ 12)

“เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายต้องระดมสมองในการคิดวิธี
ส่งเสริมสุขภาพจิตร่วมกัน การของบประมาณ สปสช. มี
ส่วนร่วม ขอจาก NGO สนับสนุนให้ชมรมผส.มีความ
เข้มแข็งทุกตำบล” (สสอ.)

“เน้นส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุก พัฒนาระบบ
การบริการสุขภาพจิตที่เข้าถึงง่าย ปลอดภัย มีคุณภาพ
ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี พัฒนาแอปพลิเคชันให้
เข้าถึง” (ผอ.รพ. สต. 4)

5. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ในชุมชน

รูปแบบเดิมที่ใช้ในการส่งเสริม
สุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวมี 3
รูปแบบ ได้แก่ 1) ชมรมผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบการ
รวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมหลายรูปแบบร่วมกัน
เช่น การฝึกอาชีพ แปรรูปอาหาร สมุนไพร ร้อง
เพลง เล่นดนตรี ออกกำลังกาย เพื่อนเยี่ยมเพื่อน
จิตอาสาในศูนย์เด็กเล็ก แข่งกีฬา ซึ่งมีจุดเด่นใน
ด้านการมีกิจกรรมที่หลากหลาย สร้างคุณค่าใน
ตนเอง มีการฝึกสมาธิ และสามารถทำกิจกรรม

ร่วมกันภายใต้พหุวัฒนธรรมสองศาสนา 2) โรงเรียนผู้สูงอายุ มีหลักสูตร วิทยากร สอนแก่ผู้สูงอายุที่สนใจสมัครเรียน ทำให้ได้รับความรู้ตามที่หลักสูตรกำหนด และ 3) การคัดกรองสุขภาพจิต และการจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ จาก การสนทนากลุ่ม พบว่า แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ควรแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับบุคคล เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายुरายบุคคลให้มีสุขภาพกายที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีวิธีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง โดยจะต้องจัดให้มีรูปแบบ การประเมิน คัดกรองสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และจำแนกประเภทของผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และให้การดูแลที่เหมาะสม รวมถึงการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต

2. ระดับครอบครัว โดยการให้สมาชิกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ 2) สร้างความรู้สึกมีคุณค่าและเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และ 3) ทำกิจกรรมร่วมกัน

3. ระดับชุมชน เป็นการจัดกิจกรรม/สิ่งแวดลอมในชุมชน ที่สามารถให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการต่อเนื่องตามนโยบาย กิจกรรมสอดคล้องบริบทพหุวัฒนธรรม 2 ศาสนา (พุทธและอิสลาม) รวมถึงควรมีการตั้งกลุ่มหรือชมรมในชุมชนในระดับที่มีการรวมตัวกันทำร่วมกันหลายตำบล กิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมี

ความรู้ มีอาชีพ มีรายได้เสริม แหล่งสนับสนุนกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมตามประเพณี/ศาสนา กิจกรรมเยี่ยมบ้าน การมีอาสาสมัครประจำครอบครัว กิจกรรมไม่ลืม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย และกิจกรรมสร้างสุขในผู้สูงอายุ

การอภิปรายผล

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.62 มีระดับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (51.10%) ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้นที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือเข้าร่วมกลุ่มหรือเดินทางได้ด้วยตัวเอง ทำให้ยังมีความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (พาริณี สุกใส และคณะ, 2561; สุนิศา คำขึ้น และคณะ, 2563) และมีความสุขอยู่ในระดับมีความสุขมาก ร้อยละ 53.7 มีความสุขในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.1 มีความสุขมากที่สุด ร้อยละ 11.0 และผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีความสุขน้อยถึงไม่มีความสุขเลยมีเพียงร้อยละ 0.4 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ปัญหา ความต้องการ และแนวการส่งเสริมสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมักมีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตซึ่งเกิดจากบุคลิกภาพส่วนตัว ไม่ชอบคุยกับผู้อื่น ไม่มีสัมพันธภาพกับชุมชน ไม่มีเพื่อน สอดคล้องกับ

การศึกษาของกรจรงค์ ชาตรูปภิวิน (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ การมีภาระที่บ้าน และบางรายอาจสืบเนื่องจากวิถีชีวิตก่อนวัยเกษียณที่ไม่เคยร่วมกิจกรรมกับชุมชนมาก่อน ทำให้ไม่รู้จักใครจึงกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านไปโดยปริยาย

การสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการที่จำเป็นและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นตรงกัน คือ ควรแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพกายและใจระดับบุคคล ระดับครอบครัวโดยส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจใส่ใจ สร้างความรู้สึกร่วมกัน และทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุ ส่วนระดับชุมชนโดยการจัดการกิจกรรมหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไทย ซึ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่ต้องดำเนินการในหลายรูปแบบและอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยควรมีหลายรูปแบบประกอบกัน ได้แก่ การดูแลภายในครอบครัว การดูแลในสถาบัน การดูแลโดยชุมชน และการดูแลในสถานการณพิเศษ (สุปราณี บุญมี, 2560) และการศึกษาของ สุณาลักษณ์ สุรภักดิ์ (2560) ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องประกอบด้วยความร่วมมือจากตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัคร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาครัฐ ร่วมกันให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจริงจัง ซึ่งการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน โดยเฉพาะชุมชนนับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุผ่านการดำเนินงานหลายแนวทาง ทั้งกิจกรรมสันตนาการและสังคม กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การจัดตั้งกลุ่มต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบและสนทนากับผู้อื่น และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด/ตัดสินใจ/วางแผนการจัดกิจกรรมของชุมชน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง (ลำดวน วงศ์ทองแก้ว, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภักทรนันท์ อุ๋นอ่อน (2564) ที่พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ รองจากปัจจัยด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรมีการประเมินและแบ่งระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป การดำเนินงานควรบูรณาการกับงานประจำ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมทางศาสนา และส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มี

สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และต่ำกว่าคนทั่วไป เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการดูแลต่อไป

2. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแต่ละระดับ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์คอร์ปอเรชันส์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15)*. สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2567, จาก https://www.sorpsor.com/happy2017/t_gmha15_index.php

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย*. สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2567, จาก <http://checkin.dmh.go.th/dashboards>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุ*. ใน *อรรถรรณี อนันตรสุชาติ (บ.ก.), คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย (หน้า 11-13)*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิรดา อัสวเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญญา พิสัยพันธุ์, และอรัญญา นามวงศ์. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารวิชาการ*

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 17(2), 581-596.

กรจรงค์ ชาติรูปปฏิวิน. (2561). ปัญหาของผู้สูงอายุกับการจัดสวัสดิการชุมชนในเขตเมือง: ศึกษากรณี 2 ชุมชน ในเขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยสังคม*, 41(2), 67-96.

ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2567). *ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต*. สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2567, จาก <http://cco.hdc.moph.go.th/hdc/reports>

ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง, ธัญรัศม์ ภูซงค์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์.

(2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเสียว อำเภอมือทอง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 78-89.

นรินทิพย์ ฤทธิจิตติ. (2564). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(3), 1-18.

นามชัย กิตตินาคบัญญัติ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 34(1), 1-40.

พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(5), 810-822.

มินตรา สารระรักษ, จูติรัช งานฉมั่ง, และนันทยา กระสวยทอง. (2563). ภาวะสุขภาพและ

- พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอลำดวน จังหวัดอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 304-311.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). แนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564. สืบค้น 25 พฤศจิกายน 2567, จาก <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/276>
- ศุภมาลัักษณ์ สุรศักดิ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 1(1), 29-37.
- ศกานต์ บุนนาค, วิชัย เอกพลากร, กฤษณา ตรียมณีรัตน์, และนิสสรุา แผ่นศิลา. (2563). รายงานการวิจัยการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย. สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2567, จาก <https://thaitgri.org/?p=39577>
- ศุภัญญา แก่นงูเหลือม. (2563). อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุปราณี บุญมี. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และปรามทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 150-163.
- อัฐมญา แพทย์ศาสตร์, และพัชรินทร์ รุจิรานุกูล. (2565). แนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลวังใหม่ อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 16(3), 166-178.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Li H., Ge S., Greene, B., & Dunbar-Jacob, J. (2018). Depression in the context of chronic diseases in the United States and China. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 117-122.
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization [WHO]. (2002). Prevention and promotion in mental health. Retrieved November 25, 2024, from <https://iris.who.int/handle/10665/42539>
- World Health Organization [WHO]. (2023). Mental health of older adults. Retrieved November 25, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>