

## บทที่ 5

### สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต และความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตอีสานใต้ กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากชุมชนคัดสรร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต และความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดยโสธร จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลภาวะสุขภาพทางร่างกาย แบบสัมภาษณ์สุขภาพทางจิตใจ แบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์ความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจากการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

#### สรุปผลการวิจัย

##### ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 49.8 และเป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลางอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 40.0 มีอายุเฉลี่ย 70.47 ปี (SD = 7.03) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.8 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 เรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.0 รองลงไปคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.2 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 61.8 (Mean = 7,556.12, SD = 11,205.49) ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ร้อยละ 59.6 มีรายได้ไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่คนเดียว อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน และอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 37.8 และ 26.8 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.5 และ 72.0 ตามลำดับ กิจกรรมที่ทำเมื่อมีเวลาว่าง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ดูโทรทัศน์ ปลูกพืชผักสวนครัว และดูแลสัตว์เลี้ยง ร้อยละ 51.0, 36.0 และ 33.0 ตามลำดับ มีการไปมาหาสู่พบปะเพื่อนฝูง ร้อยละ 81.8 โดยจำนวนครั้งเฉลี่ยของการพบปะเพื่อนฝูงต่อสัปดาห์เท่ากับ 4.60 ครั้ง (SD = 2.90) ผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.8 มีการไปมาหาสู่ พบปะญาติพี่น้อง โดยจำนวนครั้งเฉลี่ยของการพบปะญาติพี่น้องต่อสัปดาห์เท่ากับ 4.60 ครั้ง (SD = 2.90) มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 78.5 เมื่อต้องการความช่วยเหลือ บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องการให้ช่วยคือลูกหลาน ร้อยละ 78.0 มีสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก และระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 36.8 เท่ากัน

##### ข้อมูลสุขภาพทางร่างกาย

สุขภาพทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุจนต้องไปรับการตรวจรักษา ร้อยละ 71.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.0 โดยโรค

ที่พบ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ต้องใช้ยา  
รับประทานเพื่อการรักษาโรคเป็นประจำ ร้อยละ 49.5 มีลูกหลานเป็นผู้ดูแลในยามเจ็บป่วย ร้อยละ 60.5  
มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และระดับดีปานกลาง ร้อยละ 37.6 และ  
31.5 ตามลำดับ (Mean = 6.90, SD = 1.97)

### ข้อมูลสุขภาพทางจิตใจ

สุขภาพทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีสุขภาพทางจิตใจปกติ ร้อยละ 75.0  
และมีความผิดปกติทางจิตใจหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 25.0 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพทางจิตใจ  
ปกติ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.2 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น  
ร้อยละ 49.0 และเป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 41.7 มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวอย่างละ  
ครึ่ง เรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.0 ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่  
ไม่ได้อยู่คนเดียว อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน และอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 36.8 และ 27.8 ตามลำดับ มี  
สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดีมากที่สุดและระดับดีมาก ร้อยละ 43.7 และ 36.0  
ตามลำดับ และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมระดับดีมากและระดับดีมากที่สุดร้อยละ 67.0

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพทางจิตใจผิดปกติหรือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า เป็น  
เพศหญิง (ร้อยละ 59) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 41) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.0 รองลงไป  
ได้แก่ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 27.0 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี พบปัญหา  
สุขภาพจิต ร้อยละ 52.0 รองลงไปคือวัยผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 70-79 ปี พบร้อยละ 35.0 เป็น  
ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66) มากกว่าไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 34) เรียนจบระดับ  
ประถมศึกษา ร้อยละ 85.0 ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) มีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว รายได้ไม่  
เพียงพอ ต้องกู้ยืมเงินสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 41.0 อาศัยอยู่กับ  
บุตร/หลาน และร้อยละ 25 อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ใน  
ระดับดีมากร้อยละ 39.0 และระดับดีปานกลาง ร้อยละ 36.0 และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีการรับรู้ภาวะ  
สุขภาพด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 40.0 และระดับดีน้อย ร้อยละ 25.0

สำหรับข้อมูลความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย  
ร้อยละ 85.8 มีความเครียดมาก ร้อยละ 2.3 และมีความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 1.5

ส่วนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)  
พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการคัดกรองเป็นลบ (negative) คือไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ร้อยละ  
85.25 (341 คน) และร้อยละ 14.75 (59 คน) ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก (positive)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม  
(2Q) จำนวน 341 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.4 เป็นวัย  
ผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 49.9 และเป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 40.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.5  
และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 47.5 เรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.0 และร้อยละ 61.3 ไม่มี  
ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่คนเดียว อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน และอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ  
36.1 และ 27.6 ตามลำดับ มีสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดีมากที่สุดและระดับดีมาก  
ร้อยละ 39.3 และ 37.2 ตามลำดับ และร้อยละ 62.4 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมอยู่ใน  
ระดับดีมากและระดับดีมากที่สุด

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) จำนวน 59 คน พบว่าเพศหญิงพบภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 71.2) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 28.8) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.2 รองลงไปได้แก่ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่ ร้อยละ 42.4 พบว่าวัย ผู้สูงอายุตอนต้น มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.2 รองลงไปคือวัยผู้สูงอายุตอนกลาง พบร้อยละ 39.0 เป็น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.7) มากกว่าไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 35.6) เรียนจบระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 84.7 พบว่าร้อยละ 45.8 มีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว รายได้ไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืม เงินสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 47.5 อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน และร้อยละ 22.0 อยู่กับคู่สมรส มีสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 33.9 และระดับดีปาน กลาง ร้อยละ 32.2 และร้อยละ 66.0 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.9 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดีน้อย และระดับดีปานกลาง พบร้อยละ 27.1

ผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการคัดกรองโรค ซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) positive จำนวน 59 คน เพื่อวัดระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มี อาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 9.3 และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าโดยมี อาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อย ร้อยละ 4.8 (19 คน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.6 (2 คน) และระดับ รุนแรง ร้อยละ 0.3 (1 คน) และเพศหญิงมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อย และระดับปานกลางมากกว่า เพศชาย แต่ในเพศชายพบอาการของโรคซึมเศร่าระดับรุนแรง 1 คน และพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรค ประจำตัวมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับปานกลาง และอาการของโรคซึมเศร่าระดับรุนแรงมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

ผลการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) ในกลุ่มตัวอย่าง 22 คน ที่มีอาการของ โรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 17 คน ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน และมีกลุ่มตัวอย่าง 5 คนที่ มีคะแนน 1 คะแนน ในข้อคำถามข้อ 1.ในเดือนที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะ ดีกว่า ซึ่งเป็นผู้ที่แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย จากการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 5 คนที่มี แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย พบว่าเป็นเพศหญิง (3 คน) มากกว่าเพศชาย (2 คน) เป็น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (3 คน) มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (2 คน)

#### ข้อมูลภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสมองเสื่อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีภาวะ สมองเสื่อม ร้อยละ 32.00 กลุ่มตัวอย่างที่เรียนระดับประถมศึกษามีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 19.62 และ กลุ่มตัวอย่างที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษามีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.78 และผลการวิเคราะห์ภาวะ สมองเสื่อมตามอายุ โดยจำแนกภาวะสมองเสื่อมตามระดับการศึกษาแล้ว พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายมีภาวะ สมองเสื่อมจำนวน 21 คน ร้อยละ 51.22 จากจำนวน 41 คน ส่วนผู้สูงอายุตอนกลาง และผู้สูงอายุ ตอนต้น มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 17.5 และ 12.56 ตามลำดับ

#### ข้อมูลความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิต ที่ครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/ อารมณ์ ด้านความคิด ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ ความต้องการการเข้าวัด ทำบุญ(Mean = 4.05, SD = .91)การสวดมนต์ ไหว้พระ(Mean = 3.97, SD = .95) การทำบุญ ตักบาตร (Mean = 3.96, SD = 1.01) การรวมกลุ่มพบปะเพื่อนฝูง(Mean = 3.94, SD = .93) และการรับบริการ

สุขภาพ (Mean = 3.93, SD = .93) รวมถึงต้องการการได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน และการได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 73.7 โดยกิจกรรมที่ต้องการให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ การออกกำลังกาย การทำบุญร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ไปเที่ยวฯ ทำกิจกรรมในวันสำคัญร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน เช่น วันสงกรานต์ฯ ทำกิจกรรมนันทนาการ/ผ่อนคลายความเครียดและการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

### อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

#### สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตใจปกติ ร้อยละ 75.0 และมีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 85.8 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตปกติส่วนหนึ่งมีอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 49.0 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นช่วงที่ยังคงมีพลัง และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยทั่วไปยังเป็นคนที่มีความแข็งแรง แต่อาจพึ่งพิงผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว อย่างไรก็ตามช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่จะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนวัยหนุ่มสาวมาก แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสรีระทางด้านร่างกายบ้างแต่ก็ไม่มากนัก ยังเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัวได้ (ไพจิตร ล้อสกุลทอง, 2545) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.8 ไม่ได้อยู่คนเดียว มีคู่สมรส และบุตรหลานคอยดูแล ประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว มีสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดีมากและระดับดีมาก ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ และได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ลดความตึงเครียด ช่วยแก้ปัญหาและสภาพการณ์ต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดีมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของนริสา วงศ์พนารักษ์และคณะ (2556) ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 65.5 ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต และการศึกษาของชินจิตต์ ยานทรัพย์และคณะ (2552) ที่พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 มีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป และร้อยละ 27 มีสุขภาพจิตดีมากกว่าคนทั่วไป อีกทั้งการศึกษาของมนสิชา ชุมแก้วและคณะ (2552) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 51.12 รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของมนทกาญจน์ ทองจินดา (2552) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 83.5

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตที่ผิดปกติ ร้อยละ 25.0 และมีความเครียดมาก ร้อยละ 2.8 ความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 1.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีโรคประจำตัวมากกว่าไม่มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขข้ออักเสบในเลือดสูง ต้องใช้ยารับประทานเพื่อการรักษาโรคเป็นประจำ ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี ส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา และประมาณครึ่งหนึ่งมีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว รายได้ไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมเงินสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 41.0 อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน และร้อยละ 25 อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน และมีสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.0 และร้อยละ 66.0

ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับดีน้อย และระดับดีน้อยที่สุด ซึ่งปัญหาทางจิตใจของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากผู้สูงอายุจะรู้สึกสูญเสีย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง เนื่องมาจากสาเหตุหลาย ๆ อย่าง เช่น การเสื่อมสภาพด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น เป็นภาระต่อบุตรหลาน ทำให้สิ้นหวัง ท้อแท้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองด้อยความสำคัญ บุตรหลานไม่ให้ความเคารพนับถือ เกิดความรู้สึกน้อยใจ นอกจากนี้ ยังเกิดการเปลี่ยนแปลงในสถานภาพ หน้าที่ การเกษียณอายุ ผลจากการที่ต้องออกจากงาน ทำให้สูญเสียตำแหน่งทางสังคม สูญเสียรายได้ประจำ การลดความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและสังคม การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุดังที่กล่าวมา ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสวงดี และสุภาพพร อรุณรักษ์สมบัติ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด และหลังกำเนิดเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่พิการ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย และสอดคล้องกับ ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2553) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเพราะผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพ คือมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ เกิดภาวะพึ่งพา ซึ่งอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตนี้แตกต่างกันไป โดยการศึกษาของ Kamble และคณะ (2012) จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยแบบคัดกรองความสุขภาพ 15 ข้อ ในปี 2554 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และคำนึงต่อสูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง ส่วน Latiffah, et al. (2005) พบว่าความชุกในการเกิดปัญหาทางอารมณ์ในผู้สูงอายุมีร้อยละ 18

ส่วนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.75 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 3 คน และระดับรุนแรง 1 คน และมีผู้สูงอายุ 5 คน ที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุเนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดกลุ่มอาการซึมเศร้าได้ คือการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การสูญเสียคู่สมรส ญาติพี่น้อง การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย การสูญเสียบทบาทในสังคม ในครอบครัว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อดุลยภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลใกล้เคียงกับการศึกษาของ นภา พวงรอด (2558) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีมีภาวะซึมเศร้าน้อยละ 15.3 ส่วน Miller (2007) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าพบในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Bruce และคณะ (2002) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน Home Health Care Patient ร้อยละ 13.5 และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออก มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 33.3) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 21.8 และ 12.9 ตามลำดับ (นภา พวงรอด, 2558) รวมทั้งโรคทางกาย (Bruce, et al., 2002) และการศึกษาของ ลอทิพย์ เจตยานุวัตร (2556) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า คือ

ความกังวลใจกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุขหรือซึมเศร้าตามมา และเนื่องจากผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว อันเกิด จากพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือพันธุกรรม หรือ ความเสื่อมถอยของสุขภาพ ร่างกาย ดังการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 33.33 (ชิตเจณ จันทรพัฒน์, 2543) ใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับปาน กลาง ร้อยละ 71.2 (จันจิรา กิจแก้ว รวีวรรณ เผ่ากัณหา รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ และนัยนา พิพัฒน์ วณิชชา, 2554)

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็น ร้อยละ 32.00 กลุ่มตัวอย่างที่เรียนระดับประถมศึกษามีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 19.62 และกลุ่ม ตัวอย่างที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษามีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 6.78 และจากการวิเคราะห์ ภาวะสมองเสื่อมตามอายุ โดยจำแนกภาวะสมองเสื่อมตามระดับการศึกษาแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุตอนปลาย มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 21 คนจากจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 51.22 ส่วน ผู้สูงอายุตอนกลาง และผู้สูงอายุตอนต้นมีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 17.5 และ 12.56 เนื่องจากเมื่อ มีอายุมากขึ้น เซลล์สมองก็จะเสื่อมลง โดยเฉพาะส่วนเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) ประสิทธิภาพการ ทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้ลดน้อยถอยลง อันเป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการ สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น ทำให้ความชุกของภาวะ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบประมาณร้อยละ 2-10 เพิ่มขึ้นตามอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปี และ 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 2.35 และ 3.82 ตามลำดับ ถ้าอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปพบถึงร้อยละ 25 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552) อัตราชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการศึกษาของรวีวรรณ เผ่ากัณหา สุทธิ กิตติวรเวช และสมจิตต์ ลุประสงค์ (2557) ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 18.2 และ การศึกษาของณัชชา ตระการจันทร์ รวีวรรณ เผ่ากัณหา และ นิตยา จันทบุตร (2558) พบอัตราชุก ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี เท่ากับร้อยละ 22 แสดงให้เห็นว่าภาวะสมอง เสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2552) พบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 และอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกที่พบร้อยละ 5.00 - 7.00 (Prince, et al., 2013) ส่วนระดับการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสเกิดโรคภาวะสมอง เสื่อมได้น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการใช้ชีวิตที่มีการคิดด้วย สติปัญญาและผู้สูงอายุที่มีภูมิหลังการศึกษาสูงจะป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อมเมื่ออายุมาก และมีความรุนแรง น้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ในทางตรงข้ามจากการศึกษายังพบว่าคนที่มีการศึกษาสูงจะไม่แสดงอาการผิดปกติ จนกว่าโรคจะเป็นมาก ซึ่งเกิดจากสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ในเรื่องของอาหารและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ง่ายกว่า

#### **ความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ**

ความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการส่งเสริม สุขภาพจิตที่ครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ ด้านความคิด ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ใน

5 ลำดับแรก ได้แก่ ความต้องการการเข้าวัดทำบุญ การสวดมนต์ ไหว้พระ การรวมกลุ่มพบปะเพื่อนฝูง การทำบุญ ตักบาตร และการรับบริการสุขภาพ รวมถึงการได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว การทำทาน และการได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่ต้องการให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ การออกกำลังกาย การทำบุญร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ไปเที่ยวๆ การทำกิจกรรมในวันสำคัญร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน เช่น วันสงกรานต์ฯ และการทำกิจกรรมนันทนาการ/ผ่อนคลายความเครียด ซึ่งความต้องการเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการจากคนในครอบครัว และชุมชน ตรงกับแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการของมาสโลว์ โดยมนุษย์มีความต้องการ 5 ขั้นคือ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ ความต้องการการยอมรับนับถือจากผู้อื่น และความต้องการความเป็นตัวตนอันแท้จริงของตนเอง ซึ่งจะ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและความรักความผูกพันที่มีต่อกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิต นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ และได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ลดความตึงเครียด ช่วยแก้ปัญหาและสภาพการณ์ต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในทางที่เสื่อมลง การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน สังคม รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น คำปรึกษา กำลังใจ ซึ่งสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ทำให้เกิดความภูมิใจ เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัทธิ จันทรโณกุล (2550) พบว่าความต้องการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลสุขภาพ ธรรมะในศาสนาที่นับถือ และการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจและมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา ซึ่งเป็นเครื่องชี้แนวปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ มีความเข้าใจในธรรมชาติ และความจริงที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยง การเข้าใจโลกตามความจริง ทำให้บุคคลอยู่อย่างมีสติปัญญา รำลึกถึงความตายด้วยความไม่ประมาท ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ประกอบแต่สิ่งดีงาม (พระธรรมปิฎก, 2539) สอดคล้องกับงานวิจัยของชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551) พบว่าผู้สูงอายุมีการเน้นหนักในเรื่องการทำจิตใจให้สงบมากกว่าเรื่องอื่นๆและให้ความสำคัญกับการทำบุญ การปล่อยวาง และการสวดมนต์ ทั้งนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ปฏิบัติตามคำสอนทางพระพุทธศาสนา ยึดหลักศาสนาในการดำเนินชีวิต รวมถึงการพูดคุยกันหรือปรับทุกข์กัน การร่วมกิจกรรมกับเพื่อนร่วมรุ่นหรือเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน จะช่วยให้ได้ร่วมกันทบทวนและรำลึกถึงคืนวันแห่งความสุข สนุกสนาน และประสบการณ์สำคัญในชีวิต จะช่วยให้ภาวะสุขภาพจิตใจดี มีความสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องการของผู้สูงอายุ

#### **รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน**

พบว่า แนวทางหรือวิธีการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้นที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน 2) การส่งเสริมให้อยู่ร่วมกันในวันสำคัญของครอบครัว และ/หรือวันสำคัญตามประเพณี 3) การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ 4) การส่งเสริมการร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อน การเยี่ยมเยียนพบปะเพื่อนฝูง 5) การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน 6) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้

ถ่ายทอดภูมิปัญญาที่มีให้ลูกหลาน 7) การส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 8) การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลอารมณ์ เป็นต้น 9) การส่งเสริมการมีกิจกรรมเพื่อเสริมรายได้ให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ต่อครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ต่างๆกับเพื่อน และร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น ทำให้เกิดการพบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ จน ก่อให้เกิดการยอมรับในตัวของผู้สูงอายุ รวมถึงช่วยส่งเสริมบทบาท และสถานภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิด ความรู้สึกภาคภูมิใจ และเห็นว่าตนเองมีคุณค่า เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเองในด้านบวก จึงส่งผลให้เกิด สุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในชีวิต สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อครอบครัวและต่อสังคม กิจกรรมเหล่านี้เมื่อมีการปฏิบัติจะทำให้ ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ตนเองยังเป็นประโยชน์ และยังมีบทบาทต่อสังคมอยู่ ทั้งๆที่ภาวะร่างกาย ทำให้มีการถอยห่างออกจากสังคม การมีกิจกรรมต่อสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ พึงพอใจในชีวิต (ประนอม โอทกานนท์, 2554) ซึ่งกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาส่วนต่างๆ ของร่างกายให้สมวัย ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมจึงมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพทาง จิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีอิทธิพลต่อความพึง พอใจในชีวิตหรือความสุขของผู้สูงอายุ (รักษพล สนิทยา และวิราภรณ์ โพธิศิริ, 2554; มนพัทธ์ อาร์มภ์ วิโรจน์ และคณะ, 2554) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sriruecha (2002) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จะมีระดับความสุขในชีวิตที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่า การมีความสุขของผู้สูงอายุเกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมี สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ชุตินิกร ตันติชัยวนิช, 2551; สมพร โพธินาม และคณะ, 2552) การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ (ธิดา ทองวิเชียร, 2550) การปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา การมีจิตสาธารณะ การทำประโยชน์ให้กับ ส่วนรวม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หมู่บ้าน ยังมีมากผู้สูงอายุก็จะมีสุขมาก (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2553) โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่ ได้ทำสิ่งต่างๆได้ตามศักยภาพ (วิทธีลักษณ์ จันทรัตนสมบัติ, 2552) ส่วนเรื่องการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ ถ่ายทอดภูมิปัญญาที่มีให้แก่ลูกหลาน การมีกิจกรรมเพื่อเสริมรายได้ สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความ ภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนั้นการถ่ายทอดภูมิปัญญาของ ผู้สูงอายุให้แก่ลูกหลาน ยังเป็นการสานสายสัมพันธ์ระหว่างคนต่างรุ่นให้มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันและ เข้าใจกันมากขึ้น และเป็นการสืบสานภูมิปัญญาและอนุรักษ์วัฒนธรรมที่ดีงามให้มีความต่อเนื่องยืนยาว ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปพัฒนาวิธีการในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเน้นให้มีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงให้ครอบคลุมตามความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ ด้านความคิด ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยมีครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับบริการสุขภาพ ฯลฯ

2. ด้านจิตใจ/อารมณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลรักษาสุขภาพจิต ให้สามารถยอมรับและจัดการการเปลี่ยนแปลงได้ ควรมีการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ให้สมาชิกในครอบครัวร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ การอยู่ร่วมกันในวันสำคัญของครอบครัว และ/หรือวันสำคัญตามประเพณี ส่งเสริมการการดูแลอารมณ์ การทำกิจกรรมนันทนาการ/ผ่อนคลาย ความเครียด การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาที่มีให้แก่ลูกหลาน

3. ด้านความคิด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีมุมมองความคิดที่เป็นประโยชน์ ในสถานการณ์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปรับมุมมองความคิด การมองโลกในแง่บวก และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด เพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น โดยการมีกิจกรรมเพื่อเสริมรายได้ให้กับผู้สูงอายุ

4. ด้านสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงบทบาท การมีคุณค่า และสัมพันธภาพในสังคม ควรมีการส่งเสริมการรวมกลุ่มพบปะเพื่อนฝูง ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมต่างๆ ที่มีในชุมชน

5. ด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีกำลังใจ มีเป้าหมายในชีวิตและมีความหวัง ควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การเข้าวัดทำบุญ ตักบาตร การสวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น

นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาระบบบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การจัดบริการสุขภาพจิตเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล และการช่วยเหลือที่รวดเร็ว

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนารูปแบบ/โปรแกรม/วิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตอีสานใต้

2. ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายชนิดต่างๆ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาดังกล่าว

3. การรับรู้/บทบาทของครอบครัวและชุมชนต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ