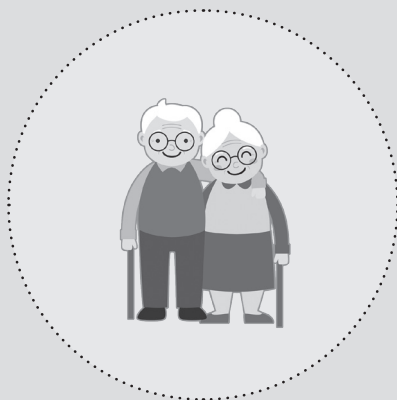




ศาสตร์และศิลป์
การบำบัดดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะซึมเศร้า

สายฝน เอกวรานุกร

ศาสตร์และศิลป์การบำบัดดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า





ศาสตร์และศิลป์การบำบัดดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

สายฝน เลกวรางกูร

 **สำนักพิมพ์**
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2564

280.-

สายฝน เอกวรารังกูร

ศาสตร์และศิลป์การบำบัดดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า/สายฝน เอกวรารังกูร

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ -- ผู้ป่วย -- การดูแล.
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ -- ผู้ป่วย -- การฟื้นฟูสมรรถภาพ.
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ -- การรักษา. 4. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.
5. ผู้สูงอายุ -- สุขภาพจิต. 6. ผู้ป่วยจิตเวช -- การดูแล. 7. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

618.9768527

ISBN (e-book) 978-974-03-4063-8

สปจ. 2474



สสคณาวิชาการศึกษา
Knowledge to All
www.cupress.chula.ac.th

สิทธิในการผลิตและพิมพ์หนังสือเล่มนี้เป็นของสำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแต่ผู้เดียว

การผลิตและการลอกเลียนหนังสือเล่มนี้ไม่ว่ารูปแบบใดทั้งสิ้น

ต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากสำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2564

www.cupress.chula.ac.th [CUB6401-009]

โทร. 0-2218-3562-3

บรรณาธิการอำนวยการ : นางอรทัย นันทนาคิตชัย

รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญ หาญสืบสาย

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ : ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.ปิยนดา บุญนาค

รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์พันธ์ เดชะคุปต์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชฌ พันธ์เจริญ รองศาสตราจารย์ ดร.วิมลวรรณ พิมพ์พันธุ์

ผู้ประสานงาน : วาสนา ชำเซ็น

พิสูจน์อักษร : นิตยา ฤกษ์ถนอม

ออกแบบปกและรูปเล่ม : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้จัดจำหน่าย ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 0-2218-7000-3, 0-2218-9872 โทรสาร 0-2254-9495

Call Center (จัดส่งทั่วประเทศ) โทร. 0-2255-4433 <http://www.chulabook.com>

แผนกขายส่ง สาขาหัวหมาก โทร. 0-2374-1375-6 โทรสาร 0-2374-1375

แรงบันดาลใจในการเรียบเรียงหนังสือ “ศาสตร์และศิลป์การบำบัดดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” เกิดจากความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกจากความร่วมมือเปิดพื้นที่ “บำบัดรักษาพยาบาล” จากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ กับการ “ดูแลช่วยเหลือ” จากผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มุ่งสื่อสารให้พยาบาลวิชาชีพทุกสาขา บุคลากรสุขภาพ อาจารย์ นักศึกษา กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง เกิดทัศนคติเชิงบวก มีความรู้ความเข้าใจ มองเห็นแนวทางการประยุกต์ใช้ “ศาสตร์” คือองค์ความรู้บนหลักการทางวิชาการ และ “ศิลป์” คือการดูแลในมิติด้านจิตใจด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ สู่ปฏิบัติการบำบัดดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกันได้อย่างสอดคล้อง ส่งผลสำคัญต่อการคืนคุณค่ากับผู้สูงอายุที่เผชิญภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มศักยภาพ

เนื้อหาหนังสือครอบคลุมองค์ประกอบหลักจำนวน 8 บท บทที่ 1 ถึงบทที่ 4 มุ่งทำความเข้าใจ “ศาสตร์” ความรู้บนหลักการทางวิชาการเกี่ยวกับสถานการณ์ ความต้องการ กระบวนการเกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงสู่หลักการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เนื้อหาบทที่ 5 ถึงบทที่ 8 นำเสนอ “ศิลป์” รูปธรรมการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าบนพื้นฐานการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ด้วยความเข้าใจมิติด้านจิตใจด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ผ่านการวิจัย การบริการวิชาการ การเรียนการสอน และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ครอบคลุมปฏิบัติการจากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาเด็กและเยาวชน และผู้สูงอายุซึ่งทำหน้าที่เติมเต็มพลังชีวิตบวกเพื่อเยียวยาจิตใจของตนเอง มุ่งเน้นการร้อยเรียงให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจและมีความไวต่อการเข้าถึง คัดกรอง ประเมิน มองเห็นรูปธรรมของปฏิบัติการบำบัดดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงในลักษณะปัจเจกบุคคลได้อย่างสอดคล้อง ทันสมัย และน่าสนใจ เป้าหมายของการเรียบเรียงหนังสือมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุพ้นหายจากภาวะซึมเศร้า สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความหมายตามครรลองของความสุขสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ขอขอบคุณสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ องค์กรที่เปี่ยมเพาะความเป็นครูพยาบาล ขอขอบคุณคุณเขมชาติ เสมแดง ผู้ออกแบบปกและเขียนภาพอธิบายเนื้อหา คุณค่าและประโยชน์ทุกประการที่เกิดขึ้นจากหนังสือเล่มนี้ ขอมอบแด่ผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญภาวะซึมเศร้า ผู้ใช้บริการทางจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มจิตอาสา และผู้เกี่ยวข้องให้สามารถข้ามผ่านภาวะวิกฤตของชีวิต ตลอดจนบิดามารดา ครูบาอาจารย์ และวิชาชีพพยาบาลที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขสร้างสุขภาวะของเพื่อนมนุษย์ทุกภาวะสุขภาพและสังคมรอบข้างอย่างเท่าเทียมและมีคุณค่ายิ่ง



คำนำ

สารบัญเนื้อหา

สารบัญภาพ

บทที่ 1 ผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า: สถานการณ์ ความต้องการ	1
และแนวทางการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือ	
1.1 สังคมสูงอายุกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า	1
1.2 อุบัติการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	3
1.3 ความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ	6
และแนวทางการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือ	
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	
บทที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	15
2.1 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	15
2.2 การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	31
บทที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	41
3.1 ปัจจัยด้านบุคคล	41
3.2 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	49
3.3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม	51
บทที่ 4 การบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	59
4.1 การรวบรวมข้อมูล : การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจสอบสภาพจิต	59
4.2 การคัดกรองและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	62
4.3 กระบวนการเข้าถึงและเชื่อมโยงใจผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	67
4.4 เป้าหมายของการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือ	68
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	
4.5 แนวทางการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือ	69
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	
4.6 องค์ประกอบของการบำบัดทางด้านจิตใจ	96

	หน้า
4.7 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ และกระบวนการทำงานร่วมกัน ของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	102
4.8 การประเมินผลการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	107
บทที่ 5 การบำบัดด้านจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: บทเรียนจากคลินิกเพื่อใจ (Smile Clinic)	119
5.1 กรณีศึกษาที่ 1 “ฉันอยู่คนเดียวท่ามกลางคนที่รักมากมาย”	120
5.2 กรณีศึกษาที่ 2 “ความดีของแม่...จึงคุ้มครองให้ลูกปลอดภัยและเป็นสุข”	127
5.3 กรณีศึกษาที่ 3 “ลูกรัก...ขออย่าจากพ่อไปอีกคน”	136
บทที่ 6 จิตอาสาเด็กและเยาวชนกับการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน: เชื่อมโยงบทเรียนเชิงพื้นที่จากงานวิจัย สู่การเรียนรู้ การสอน การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม	143
6.1 แนวคิดการดำเนินงาน : สร้างคุณค่า “การดูแลใจ” จากจิตอาสาเด็ก และเยาวชน ดันทุนทรัพยากรบุคคลของพื้นที่	144
6.2 ภาษารัก (Love Language) : เครื่องมือสร้างการดูแลใจผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน	147
6.3 จากศาสตร์สู่ศิลปะของปฏิบัติการดูแลใจผู้สูงอายุจากจิตอาสาเด็ก และเยาวชน : กระบวนการเปลี่ยนผ่านความรู้สึก	149
6.4 ผลการดำเนินงานเชื่อมโยง “การดูแลใจ” ระหว่างวัย	162
6.5 การขยายผลจากงานวิจัยสู่การเรียนรู้ การสอน การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม	167
6.6 บทเรียนการดำเนินงาน : ความหมายจากเส้นทางการทำงานดูแลใจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน	171
บทที่ 7 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการพลิกฟื้นภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า: บทเรียนจากงานวิจัยสู่งานบริการวิชาการเชิงพื้นที่	177
7.1 เส้นทางสู่การเป็น อสม. ดูแลใจผู้สูงอายุในชุมชน : การสร้างคุณค่าและพัฒนา พลังทรัพยากรต้นทุนบุคคลเชิงพื้นที่	177
7.2 เครื่องมือการดูแลใจผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดย อสม.	182

	หน้า
7.3 จากศาสตร์สู่ศิลปะการดูแลใจ : จาก อสม. ส่งต่อถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในชุมชน	184
7.4 ผลการดำเนินงานดูแลใจผู้สูงอายุในชุมชน	186
7.5 การขยายผลงานวิจัยสู่งานบริการวิชาการเชิงพื้นที่	189
7.6 บทเรียนการดำเนินงาน : ความหมายจากเส้นทางการทำงานดูแลใจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนด้วย อสม. พลังเล็กที่ยิ่งใหญ่	191
บทที่ 8 การดูแลใจตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	197
8.1 พลังชีวิตบวก : ทรัพยากรภายในกับการมีชีวิตที่เป็นสุขของผู้สูงอายุ	197
8.2 การเปิดใจ เชื่อมโยง และสัมผัสกับพลังชีวิตบวกภายในตนเองของผู้สูงอายุ	199
8.3 ปฏิบัติการเติมเต็มพลังชีวิตบวกอย่างเข้าใจและสลายภาวะซึมเศร้า ภายในตนเองของผู้สูงอายุ	199
8.4 กรณศึกษาปฏิบัติการเติมเต็มพลังชีวิตบวกภายในตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า	208
8.5 ผลการดำเนินงานเติมเต็มพลังชีวิตบวกภายในตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า	211
8.6 บทเรียนรู้จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุด้วยตนเอง	214
ดัชนี	220
INDEX	227
ประวัติผู้เรียบเรียงหนังสือ	231

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	โครงสร้างของสมองที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า	21
2.2	เซลล์ประสาทสมอง (Neuron)	25
2.3	การเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทสมอง	25
2.4	ความผิดปกติด้านการทำงานของสมองในผู้ป่วยซึมเศร้า	26
4.1	ชั้นต่าง ๆ ของภูเขาน้ำแข็ง	79
4.2-4.5	ภาพถ่ายและตัวอย่างโมเดล (Figurines) ที่ใช้ในกระบวนการบำบัด	82
4.6	กระบวนการให้การปรึกษา	88
4.7	การนั่งเยื้องกันในลักษณะตั้งฉาก	100
4.8	การนั่งตรงกันข้ามในลักษณะเข้าต่อเข้า	101
4.9	การนั่งขนานกันในลักษณะนั่งรถไฟแบบสวนทาง	101
6.1-6.2	การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมของจิตอาสาเด็กและเยาวชน	151
6.3-6.4	การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมของจิตอาสาเด็กและเยาวชน	152
6.5-6.6	จิตอาสาเด็กและเยาวชนนำภาษารักไปใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน	154
6.7-6.8	จิตอาสาเด็กและเยาวชนนำภาษารักไปใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน	155
6.9	กระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Learning)	156
6.10-6.15	การส่งต่อผลงานวิจัยสู่การบริการวิชาการผ่านการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างการทํานุบำรุงศิลปวัฒนธรรมในโรงเรียนและชุมชน	169
6.16-6.19	จิตอาสาเด็กและเยาวชนของพื้นที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลใจผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากับบุคลากรสุขภาพ	170
6.20-6.21	สื่อดูแลใจ	171
7.1-7.4	การขยายผลเพื่อส่งต่อปฏิบัติการดูแลใจผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของ อสม.	190
7.5-7.6	วิดิทัศน์ขยายผลเพื่อส่งต่อปฏิบัติการดูแลใจผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจาก อสม.	191
8.1	ภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg)	200
8.2	กระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Learning)	202
8.3	ปฏิบัติการเติมเต็มพลังชีวิตบวกภายในตนเองของผู้สูงอายุ	204



ผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า : สถานการณ์ ความต้องการ และแนวทางการบำบัดรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือ

สุขภาพคือเป้าหมายปลายทางของการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับผู้สูงอายุทุกคน ทุกระดับ และทุกภาวะสุขภาพ สภาวะดังกล่าวบ่งชี้ถึงความสุขภาวะที่ครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ผู้สูงอายุถือเป็นต้นทุนทรัพยากรบุคคล เป็นพลังชุมชนทรัพยากรทางปัญญาที่มีความสำคัญ และเป็นรากเหง้าของการเจริญเติบโตและการพัฒนาประเทศที่ก่อให้เกิดความมั่นคงถึงปัจจุบัน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) การเผชิญประสบการณ์ต่าง ๆ อย่างหลากหลายมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งถือเป็นภัยเงียบ คูกคาม ก่อให้เกิดผลกระทบในภาพกว้างอย่างเรื้อรัง ละเอียดอ่อน และซับซ้อน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) หากผู้เกี่ยวข้องสามารถมองเห็น เข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และรับผิดชอบร่วมกันในการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตต่อในช่วงปลายทางของชีวิตได้อย่างมีความสุขเต็มศักยภาพ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เนื้อหาบทแรกของหนังสือมุ่งเน้นความสำคัญของ 3 ประเด็นหลักเพื่อเชื่อมโยงให้เห็นที่มาและความสำคัญของการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ประเด็นที่ 1 สังคมสูงอายุกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ประเด็นที่ 2 อุบัติการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และแนวทางการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ประเด็นที่ 1

สังคมสูงอายุกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกอยู่ระหว่างการก้าวสู่ภาวะสังคมสูงอายุ (Aged Society) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าระหว่าง ค.ศ. 2015-2050 สัดส่วนประชากรโลกที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 แสดงให้เห็นว่าทุกประเทศทั่วโลก

กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งใหญ่ (World Health Organization, 2018) และเมื่อพิจารณากระบวนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน 10 ประเทศ พบว่าทุกประเทศมีการขยายตัวของประชากรสูงอายุ ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 18 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21 และอันดับที่ 3 คือประเทศเวียดนามที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ประเทศไทยก้าวสู่ภาวะสังคมสูงวัยตั้งแต่ พ.ศ. 2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7) และพบว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุอยู่ระหว่างการขยายตัวด้วยอัตราเร็วมากคือสูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) รายงานสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2563 พบประชากรสูงอายุจำนวน 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ขณะที่ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านประชากรพบว่าระหว่าง พ.ศ. 2553-2583 สัดส่วนประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงสวนทางกับสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ. 2583 (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, 2561) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรายงานว่าภายใน พ.ศ. 2565 ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14) และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวจะนำประเทศไทยก้าวสู่ภาวะสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ภายใน พ.ศ. 2574 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) นอกจากนี้ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบจำนวนและสัดส่วนตามกลุ่มความสูงอายุ ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) พบว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุวัยปลายสะท้อนถึงการสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุและนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยของการพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, 2561)

รายงานสถานการณ์พบว่าผู้สูงอายุไทยจำนวน 400,000 คน อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีการประมาณการว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน ใน พ.ศ. 2579 ผู้สูงอายุจำนวนมากอยู่ในภาวะเปราะบาง



หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุตรหลานซึ่งเคยเป็นแหล่งที่มาของรายได้ มีสัดส่วนลดลง ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องมีชีวิตอยู่โดยลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคอัมพาต โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคสมองเสื่อม (สุภาดา คำสุชาติ, 2560) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาทางด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพจิตจากการต้องปรับตัวกับความเสื่อมถอยและภาวะการเปลี่ยนแปลง ผลการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบอย่างร้ายแรงสำหรับผู้สูงอายุในทุกภาวะสุขภาพ คือ “ภาวะซึมเศร้า (Depression)” ที่นำสู่ความทุกข์ทรมานในระยะยาวและก่อให้เกิดเป็นความสูญเสียที่ไม่สามารถประเมินค่าความเสียหายได้ (World Health Organization, 2018) การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจเพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการเสริมสร้างสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่นำไปสู่การลดผลกระทบและความสูญเสียภาพกว้างทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ประเด็นที่ 2

อุบัติการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาหลักของระบบบริการสุขภาพที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เป็นปัญหาในลักษณะเรื้อรังที่ต้องการความร่วมมือแก้ไขจากผู้เกี่ยวข้องอย่างเร่งด่วนของทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562 ; World Health Organization, 2018) ผลการสำรวจสถานการณ์การเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้สูงอายุแถบประเทศตะวันตกพบความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าสูงสุดร้อยละ 19.47 (Volkert, Schulz, Harter, Wlodarczyk, & Andreas, 2013) ประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ ผลการสำรวจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนตั้งแต่ 2-3 โรคขึ้นไป และมีระดับความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ภาวะสุขภาพดังกล่าวนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงควบคู่กับการเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพร้อยละ 15.3 รวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 20.3 มีความสุขในระดับปานกลาง และร้อยละ 2 มีความสุขน้อยถึงไม่มีความสุขเลย ผู้สูงอายุจึงถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่ง่ายต่อการเกิดโรคซึมเศร้าตามมา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)



ผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบอย่างร้ายแรง
ทั้งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน/สังคม และระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

- **ผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของ
ภาวะซึมเศร้าที่รบกวนทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางกาย
(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การเผชิญความทุกข์ทรมานจากการมีชีวิตร่วมกับ
ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า โดดเดี่ยว สิ้นหวัง ไร้คุณค่า ก่อเกิดเป็นความปวดร้าวและบาดแผลทางใจ
(สายฝน เอกวรารุณ, และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2563) ผลการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิต
และจิตเวชพบว่าจำนวนปีที่ผู้สูงอายุสูญเสียการมีสุขภาพดีหรือเป็นปีที่มีภาวะทุพพลภาพของ
โรคซึมเศร้ามีค่าสูงสุด และเป็นค่าจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแม้จะไม่ได้มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแต่ก็ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับอาการเจ็บ
ป่วยด้วยโรคนี้เป็นระยะเวลานานกว่าโรคทางจิตชนิดอื่น ๆ (Olaya, Moneta, Koyanagi, Lara, Miret,
Ayuso-Mateou,Haro, 2016) ลักษณะความเจ็บป่วยและการเป็นโรคนำไปสู่ความทุกข์ทรมาน
สูญเสียดุลยภาพ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต นอกจากนี้ ผลการสำรวจของ National Health
and Nutrition Examination Survey จากประชากรประเทศสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 2007-2012
พบค่า C-Reactive Protein (CRP) ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดหนึ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นเพื่อตอบสนอง
ต่อกระบวนการอักเสบอยู่ในระดับสูงในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับรายงานผลกระทบ
ด้านภูมิคุ้มกันทางระบบประสาท (Neuro-Immunological Pathway) ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า
(Cepeda, Stang, & Makadia, 2016) และในระยะยาว ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความ
บกพร่องด้านการตัดสินใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สิ้นหวัง ไร้พลังอำนาจ นำไปสู่การทำร้าย
ตนเองในที่สุด (Buchan, Sunderland, Carragher, Louie, Batterham, & Slade, 2015)

- **ครอบครัว** ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลผู้ใกล้ชิดที่มีความหมายและมีความสำคัญสูงสุด
สำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของครอบครัวเป็นเรื่องยาก ละเอียดอ่อน และซับซ้อน
ความไม่เข้าใจในกระบวนการเกิด อาการ และการจัดการดูแลภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ดูแล
เกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจ ไม่ปลอดภัย และรู้สึกผิด (สายฝน เอกวรารุณ, นัยนา หนูนิล, เรวดี
เพชรศิราสันต์, และอุษา น่วมเพชร, 2559) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อ
ความสัมพันธ์กับครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องจากความไม่เข้าใจถึงกระบวนการ
เปลี่ยนแปลงของลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิต การทำงาน นิยการนอนหลับ การรับประทานอาหาร
การสื่อสาร ความสัมพันธ์ และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง (กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข, 2562) หลายครอบครัวพบว่าบุตรหลานหรือผู้ดูแลหลักต้องลาออกจากงานประจำ
เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อรายได้รวมของครอบครัวก่อให้เกิดเป็นภาวะ
ซึมเศร้าของสมาชิกหรือผู้ดูแลตามมา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ยิ่งกว่านั้น



ครอบครัวอาจได้รับการมองเชิงลบด้วยอคติ (Stigma) และถูกปฏิเสธจากสังคมเมื่อมีผู้สูงอายุในครอบครัวเกิดภาวะซึมเศร้า (สายฝน เอกวรารังกูร, และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2564)

● **ชุมชน/สังคม** ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีลักษณะเรื้อรัง รุนแรง และซับซ้อน ยากต่อการแก้ไขปัญหานำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่องของประชาชนในชุมชน สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมภาพรวมทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องถึงอนาคต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนคือตัวบ่งชี้ภาวะเสียสมดุลทางจิตวิทยาเชิงพื้นที่ (World Health Organization, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงจนเกิดการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุจำนวนมากในชุมชน/สังคมสะท้อนถึงการขาดเสถียรภาพ ความมั่นคงปลอดภัย และสุขภาวะของพื้นที่ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

● **ระบบบริการสุขภาพ** เมื่อพิจารณาภาระโรคหรือโรคที่ก่อให้เกิดภาระและการบาดเจ็บของระบบบริการสุขภาพโดยเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภทพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย พบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ของหญิงไทย และเป็นอันดับที่ 3 ของชายไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ภาวะซึมเศร้าจึงส่งผลกระทบและก่อให้เกิดความสูญเสียที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพทั้งภาพกว้าง รวมทั้งพบว่าอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จพบได้สูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (Fishleder, Gum, King-Kallimanis, & Schonfeld, 2016) โดยพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง 3 เท่า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในแง่ของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต (Morbidity and Mortality) ที่มีสาเหตุจากภาวะซึมเศร้า เป็นภาระเรื้อรัง และเป็นอุปสรรคระยะยาวที่คอยบั่นทอนความมั่นคงเข้มแข็งของชาติโดยเฉพาะในยุคของการเป็นสังคมผู้สูงอายุเช่นปัจจุบัน

จะเห็นว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบสำคัญต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน/สังคม และระบบบริการสุขภาพของประเทศ อุบัติการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องต้องดำเนินการด้านระบาดวิทยาเพื่อเฝ้าระวังติดตามโรคซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, 2561) รวมทั้งค้นหาความต้องการการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สอดคล้องกับลักษณะของสภาพปัญหาและความต้องการเพื่อให้สามารถลดผลกระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความสุขสงบภายในเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีเต็มศักยภาพของตนเอง (Deshpande, Gadkari, & Raje, 2011)



ความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และแนวทางการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ผลการศึกษาเชิงลึกกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับความต้องการการดูแลช่วยเหลือของสายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, และวณิชญา ฉันทสำราญ (2560) พบว่าผู้สูงอายุที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้าต้องการการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจในลักษณะที่มีความหมายอย่างลึกซึ้งจากผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย ความเข้าใจในข้อจำกัดของภาวะสูงอายุ การแสดงออกถึงการดูแลช่วยเหลืออย่างอบอุ่นสม่ำเสมอ การสัมผัสด้วยความรักความอ่อนโยน รวมถึงการมีเวลาสนทนาหรือทำกิจกรรมที่มีความสุขร่วมกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, เรวดี เพชรศิริสาธิต, และอุษา น่วมเพชร (2559) ที่พบว่า การได้รับความใส่ใจดูแลจากคนรอบข้างที่มีความหมายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดความสุขสงบมั่นคงภายในจิตใจ สามารถเยียวยาและลดความสูญเสียจากการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังผลการศึกษาประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในชุมชนพบว่าความรู้สึกสูญเสียและโดดเดี่ยวคือสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุให้ความหมายว่าท่ามกลางสภาวะไร้คุณค่า ไร้ความหมาย และไร้ความหวัง ความตายคืออิสรภาพเดียวของชีวิตที่ช่วยให้หลุดพ้นจากความรู้สึกสูญเสียและโดดเดี่ยว สัมพันธภาพเชิงบวกที่แสดงออกถึงความรัก ความเข้าใจ ห่วงใย เอื้ออาทร การสนับสนุนและประคับประคองจากบุคคลซึ่งเป็นที่รักและมีความสำคัญในชีวิต มีความหมายต่อความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีคุณค่า ไม่โดดเดี่ยว สามารถเยียวยาจิตใจ คลี่คลายความทุกข์ ภาวะซึมเศร้า และการทำร้ายตนเองได้ในที่สุด (Aekwarangkoon, & Noonil, 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากคนรอบข้างด้วยการประคับประคอง การเชื่อมโยงอย่างเป็นมิตร การให้กำลังใจในการมีชีวิต และการเสริมสร้างพลังใจอย่างต่อเนื่องที่แสดงออกให้ผู้สูงอายุสัมผัสได้ด้วยภาษาพูดและภาษากาย ไม่เพียงสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง แต่ยังทรงพลังต่อการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเชิงบวกในระยะยาวได้อย่างมั่นคงและมีประสิทธิภาพ (Aekwarangkoon, Noonil, & Petsirasan, 2019)

ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นในลักษณะภัยเงียบ ส่วนหนึ่งไม่รู้ตัวว่ากำลังเผชิญกับปัญหาภาวะซึมเศร้า บางส่วนที่รู้ตัวอาจเกิดความวิตกกังวลและรู้สึกยากต่อการยอมรับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เนื่องจากการรับรู้และความเข้าใจว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สังคมอาจไม่ยอมรับ อาจถูกวิพากษ์วิจารณ์ ดัดสีน และเข้าใจว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็น “ผู้ป่วยจิตเวช” หรือ “คนบ้า” หรือ “คนวิกลจริต”



รวมทั้งความเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจมีสาเหตุจากการขาดความใส่ใจดูแลหรือความบกพร่องของครอบครัวหรือผู้ดูแล (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561) การรับรู้และความเข้าใจในลักษณะดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสได้รับการดูแลช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพทั้งที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 33 ที่สามารถเข้าถึงบริการคัดกรองโรคซึมเศร้า (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงเป็นลักษณะที่ผู้สูงอายุจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญโดยไม่สามารถปกปิดเป็นความลับได้อีกต่อไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

แนวทางการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ระบบบริการสุขภาพและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญและพัฒนาให้มีความไวเพียงพอต่อกระบวนการสร้างความเข้าใจในมิติเชิงบวกเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อป้องกันอคติทางสังคม มุ่งเน้นการขยายพื้นที่และโอกาสทางสังคมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (สายฝน เอกวรารากร, นัยนา หนูนิล, เรวดี เพชรศิราสันธ์, อุษา น่วมเพชร, และเจนเนตร พลเพชร, 2560) ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การติดต่อจากด้านการดูแลใจสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อสนับสนุนให้เกิดสมรรถนะด้านการดูแลตนเอง การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสาของพื้นที่ให้มีสมรรถนะด้านการคัดกรอง การประเมิน การเข้าถึง การดูแลช่วยเหลือที่มีลักษณะเฉพาะ และการส่งต่อผู้สูงอายุที่เผชิญภาวะซึมเศร้า การพัฒนาบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทั่วไปในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีสมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะด้านการบำบัดเชิงลึกกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต การทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องส่งผลให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูและป้องกันความสูญเสียจากการเผชิญปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562 ; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดสมรรถนะด้านการดูแลตนเอง กระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องและรอบด้าน การสร้างทัศนคติเชิงบวก การพัฒนาทักษะด้านการคัดกรอง การประเมิน และการดูแลจิตใจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว ผ่านการทำงานรูปแบบต่าง ๆ อาทิ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้ข้อมูลเชิงลึกด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก การรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ การร่วมกับชุมชนจัดทำโครงการบริการวิชาการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านในกลุ่มเสี่ยง ถือเป็นกระบวนการติดต่อจากทางปัญญาที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าสูงสุด เพื่อลดอัตราการก่อตัวด้านการเกิดภาวะซึมเศร้าของ



ผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) กระบวนการดังกล่าวช่วยลดอคติเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรับผิดชอบดูแลตนเอง สามารถอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชนได้อย่างมั่นใจ ไม่จำเป็นต้องปกปิด สามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจนเกิดความปลอดภัยและฟื้นหายได้ในที่สุด (สายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, เรวดี เพชรศิริลักษณ์, อุษา น่วมเพชร, และเจนเนตร พลเพชร, 2560)

การพัฒนาสมรรถนะในการดูแลจิตใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสาเชิงพื้นที่ การพัฒนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสาของพื้นที่ให้สามารถดำเนินการคัดกรอง ประเมิน เข้าถึง รับฟัง ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเข้าใจ อบอุ่น ต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถส่งต่อข้อมูลกับบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ เบิกบานใจ จนสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (สายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, เรวดี เพชรศิริลักษณ์, อุษา น่วมเพชร, และเจนเนตร พลเพชร, 2560) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสาที่สามารถใช้สมรรถนะในการคัดกรอง การประเมิน และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องด้วยความเข้าใจ รับฟังอย่างตั้งใจ ตั้งคำถามที่เอื้อให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าของตนเอง ทรงพลังต่อการลดภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้สูงอายุที่พยายามฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้อย่างต่อเนื่องเกินระยะเวลา 2 ปี (Aekwarangkoon, Noonil, & Petsirasan, 2019) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเรื่องการรับรู้และความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการคัดกรองและการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 59 คน ของสายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, เรวดี เพชรศิริลักษณ์, อุษา น่วมเพชร, และเจนเนตร พลเพชร (2560) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับรู้ว่าการคัดกรองและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นเรื่องนามธรรม ยาก ซับซ้อน ไม่สามารถประเมินได้อย่างตรงไปตรงมา สมรรถนะการเข้าถึงเพื่อคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ไม่เพียงพอแม้จะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการ ความต้องการพัฒนาสมรรถนะเพื่อการคัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือ และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 4 เรื่องหลัก ได้แก่ 1) การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาสมรรถนะเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่อคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง การใช้เครื่องมือคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า การบอกผลการประเมินภาวะซึมเศร้ากับผู้สูงอายุและครอบครัว การช่วยเหลือเบื้องต้นตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการส่งต่อที่ถูกต้อง 3) การมีพี่เลี้ยงติดตามสนับสนุนในพื้นที่ และ 4) การประเมินผลเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายบุคคลและรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสาของพื้นที่เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าถือเป็นมาตรการสำคัญ มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการลด



การขยายตัวของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งระหว่างชุมชนกับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Olaya, Moneta, Koyanagi, Lara, Miret, Ayuso-Mateou, ...Haro, 2016) สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2562) ที่ระบุว่าปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพยายามอย่างมากในการดำเนินการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าในลักษณะเชิงรุกอย่างครอบคลุมโดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างครอบคลุม การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นปัญหาที่ต้องการความร่วมมือแก้ไขอย่างเร่งด่วน การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงนำไปสู่ประสิทธิภาพของการป้องกันซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการลดการขยายตัวของภาวะซึมเศร้าได้อย่างแท้จริง (Buchan, Sunderland, Carragher, Louie, Batterham, & Slade, 2015) ทั้งนี้ กระบวนการดูแลช่วยเหลือควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสาสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายในสถานการณ์จริง โดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การดูแลช่วยเหลือ การติดตามผล การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับสำหรับการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (Fishleder, Gum, King-Kallimanis, & Schonfeld, 2016)

การพัฒนาบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทั่วไป สมรรถนะด้านการเข้าถึง คัดกรอง ประเมิน บำบัด รักษาพยาบาล ประสานงานและเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาของพื้นที่ ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อการบำบัดรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากทีมบุคลากรวิชาชีพสุขภาพด้านแรกโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งจากพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความแม่นยำ ถูกต้อง และรวดเร็ว ช่วยให้กระบวนการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือขั้นต้นในผู้เริ่มเผชิญปัญหารวมทั้งการดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของระบบบริการสุขภาพเกิดประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุรายใหม่ รวมทั้งสามารถลดระยะเวลาการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Park & Unutzer, 2011) กระบวนการบำบัดรักษาพยาบาล การดูแลช่วยเหลือ การส่งต่อ รวมทั้งการรับกลับจากการบำบัดรักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องจนเกิดกระบวนการฟื้นฟูช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการเยียวยาอย่างเป็นระบบ สามารถกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม และชุมชนได้อย่างสมดุลและปกติสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) กระบวนการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรสุขภาพทั่วไปที่มีสมรรถนะทั้งทางด้านความรู้ มีทัศนคติเชิงบวก มีทักษะ และมีความไวเพียงพอต่อการ



ดำเนินงานในลักษณะเชิงรุก เพื่อการคัดกรอง ประเมิน ฝ้าระวัง และจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถเป็นพี่เลี้ยงติดตามสนับสนุนในลักษณะการโค้ช (Coaching) สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มจิตอาสาด้านการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของพื้นที่ที่รับผิดชอบได้ (สายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, เรวดี เพชรศิราสน์, อุษา น่วมเพชร, และ เจนเนตร พลเพชร, 2560) การดำเนินงานดังกล่าว บุคลากรสุขภาพยังต้องการการพัฒนาสมรรถนะของตนเองและทีมด้วยกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการที่มีคุณลักษณะเฉพาะเจาะจงกับหน่วยงาน และต้องการพี่เลี้ยงจากทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวชที่มีสมรรถนะด้านการโค้ชเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดความต่อเนื่องบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะของตนเองในการทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเพื่อทำการโค้ชให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มจิตอาสาในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเข้าใจและเกิดคุณภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การพัฒนาบุคลากรวิชาชีพสุขภาพเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต สมรรถนะเชิงลึกด้านการบำบัดรักษาพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิตของกลุ่มบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อาทิ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีสมรรถนะด้านการเชื่อมโยงและบำบัดด้านจิตใจได้ถึงรากลึกของปัญหามีอิทธิพลและทรงพลังอย่างยิ่งต่อกระบวนการฟื้นฟูของผู้ใช้บริการทางจิตเวชและสุขภาพจิต กระบวนการดังกล่าวสามารถสร้างความแข็งแกร่งกับโลกภายในเพื่อก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง เดิบโต และเคลื่อนย้ายสู่ทิศทางด้านบวก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ผลการศึกษาพบว่านอกจากความพยายามแก้ปัญหาข้อจำกัดด้านกำลังคนของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพจิตยังต้องการพัฒนาให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวเกิดสมรรถนะด้านมาตรฐานการบำบัดด้านจิตใจได้อย่างลึกซึ้งเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับกระบวนการบำบัดเยียวยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจนเกิดการฟื้นฟูได้อย่างสมบูรณ์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกเหนือจากการบำบัดทางด้านร่างกาย (Physical Therapy) โดยอาศัยการใช้ยาทางจิตเวชในการบำบัดด้วยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์เป็นกลุ่มสหวิชาชีพทางสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการบำบัดทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Therapy) ผ่านกระบวนการทำจิตบำบัดในลักษณะต่าง ๆ ที่สามารถตอบโจทย์เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงและสร้างกระบวนการทำงานใหม่ของสมองและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy) ให้เกิดขึ้นตลอดกระบวนการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือ (Wang, Duan, Jia, Xu, Chen, & Xie, 2015)

การมุ่งสร้างสมรรถนะและความรับผิดชอบร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือนอกจากเป็นทางออกของการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้ารวมถึงการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ยังเป็นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ทรงพลัง



(กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561) และนอกจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมีสมรรถนะตามลักษณะขอบเขต บทบาท และหน้าที่ของวิชาชีพ ยังจำเป็นอย่างยิ่งที่แต่ละวิชาชีพต้องพัฒนาศักยภาพด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีม การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สรุป

การเผชิญความเสื่อมถอยตามวัยและการอยู่ในภาวะพึ่งพิงส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะเปราะบาง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไม่ได้มีสาเหตุมาจากความอ่อนแอ เป็นปัญหา การไม่ใช้ชีวิต หรือเป็นความอ่อนแอของครอบครัว ผู้สูงอายุที่เผชิญภาวะซึมเศร้าต้องการการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง และมีประสิทธิภาพตามระดับความรุนแรง สภาพปัญหา และความต้องการ แนวทางการบำบัดรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดสมรรถนะด้านการดูแลตนเอง การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสาของพื้นที่เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทั่วไปให้มีสมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่อง และการพัฒนาบุคลากรวิชาชีพสุขภาพเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิตให้มีสมรรถนะเชิงลึกด้านการบำบัดรักษาพยาบาล ทัศนคติเชิงบวก สมรรถนะ และความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเป็นมาตรการสำคัญช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการฟื้นฟูและเกิดสุขภาวะสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในช่วงปลายทางของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2559. สืบค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2561 จาก www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge/knowledge_th_20170707092742_1.pdf
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รู้จักโรคซึมเศร้า. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2562 จาก www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1037.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2563 จาก [anamai.moph.go.th/download/2560/แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ%20\(040560\).pdf](http://anamai.moph.go.th/download/2560/แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ%20(040560).pdf)



- มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย (ด้านประชากร)*. สืบค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2561 จาก fopdev.or.th/สถานการณ์ผู้สูงอายุ/
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม : พรินเทอรี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, เรวดี เพชรศิราสันต์, และอุษา น่วมเพชร. (2559). *การป้องกันและจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ* (รายงานผลการวิจัย). นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, เรวดี เพชรศิราสันต์, อุษา น่วมเพชร, และเจนเนตร พลเพชร. (2560). การรับรู้และความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาล*, 66(2), 36-43.
- สายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล, และวณิษฐา ฉั่นสำราญ. (2560). *การพัฒนาจิตอาสาเด็กและเยาวชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน* (รายงานผลการวิจัย). นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สายฝน เอกวรังกูร, และอุจน์จิตร คุณารักษ์. (2564). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวรังกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (หน้า 219-254). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามลดา.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สาระสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2559. จาก <http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/Issue%2024-58.pdf>
- สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. องค์การหลักด้านสุขภาพจิต เพื่อประชาชนมีสุขภาพจิตดี มีความสุข.
- สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1156-1164.
- Aekwarangkoon, S., & Noonil, N. (2019). Lived experiences of severe depression and suicide attempts in older Thai-Muslims living in rural communities. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(4), 334-344.

