

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง : บทบาทที่ทำนายของพยาบาล ในการส่งเสริมสุขภาพ

จินตนา ลีละไกรวรรณ* ปร.ศ. (การพยาบาล)

นิตยา จันทบุตร** พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ)

บทคัดย่อ:

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ บทบาทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ วิธีการศึกษาเป็นการดำเนินการทบทวนแบบบรรยายจากงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในประเทศไทย จำนวน 17 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 31 เรื่อง ที่มีการเผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2568 จากแหล่งข้อมูลวิชาการที่มีการเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล และ กลไกสำคัญที่นำไปสู่ปัญหา ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ส่วนบทบาทพยาบาล ควรมีบทบาทในการคัดกรอง การให้ความรู้และทักษะ การเผชิญปัญหา การดูแลแบบองค์รวม สร้างเครือข่ายทางสังคม ผลักดันการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการทำงานแบบสหวิชาชีพ และการพัฒนานวัตกรรมดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, การอยู่ลำพัง, การพยาบาล, สุขภาวะ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

**Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ, E-mail: nittaya.c@sskru.ac.th

วันที่รับบทความ 14 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 4 ธันวาคม 2568

The Mental Health of Older Adults Living Alone: The Critical Role of Nurses in Promoting Well-Being

Chintana Leelakraiwan Ph.D. (Nursing)*

*Nittaya Chanthabut** M.N.S. (Gerontological Nursing)***

Abstract:

Elderly individuals living alone constitute a vulnerable population who are particularly susceptible to mental health challenges, including depression, loneliness, and anxiety. Therefore, nurses need specialized knowledge and skills to effectively promote the well-being of this population. This article aimed to review the literature regarding mental health issues among the elderly living alone and the roles of nurses in promoting their well-being. A narrative review was conducted using a total of 48 research articles, including 17 Thai and 31 international publications from 2015 to 2025, retrieved from online academic databases.

The findings indicate that elderly individuals living alone face a heightened risk of depression, loneliness, and anxiety. Key factors influencing these outcomes include emotional support, participation in social activities, and self-esteem. Regarding nursing roles, nurses are essential in screening, providing health education and coping skills, delivering holistic care, and establishing social networks. Furthermore, the nurse's role extends to advocating for social support, engaging in multidisciplinary collaboration, and developing care innovations to enhance the well-being and quality of life of the elderly living alone.

Keywords: Mental health, Older adults, Living alone, Nursing, Well-being

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Northern College*

***Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, E-mail: nittaya.c@sskru.ac.th*

Received October 14, 2025, Revised December 2, 2025, Accepted December 4, 2025

บทนำ

ในภูมิภาคยุโรปและอเมริกาเหนือ โครงสร้างครัวเรือนของผู้สูงอายุกำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยสถิติชี้ให้เห็นว่าในหลายประเทศมีผู้สูงอายุที่พำนักอาศัยเพียงลำพังเป็นสัดส่วนสูงกว่าหนึ่งในสามของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในบางประเทศแถบยุโรปนั้น ตัวเลขดังกล่าวได้พุ่งสูงเกินกว่าร้อยละ 30 สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยโดยลำพังที่กำลังขยายตัว¹ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ พ.ศ. 2568 จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 14,848,192 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.50 ของประชากรทั้งหมด (ประมาณ 65.90 ล้านคน) ซึ่งมากกว่า 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ² นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครัวเรือนยังเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.60 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.90 ในปี พ.ศ. 2567³ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การอยู่ครองโสด การมีบุตรน้อยลง การย้ายถิ่นฐานของบุตรหลานเพื่อประกอบอาชีพ การหย่าร้าง การสูญเสียคู่สมรส ถูกทอดทิ้ง⁴⁻⁵ ทั้งนี้ การอยู่อาศัยลำพังเมื่อประกอบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น อายุที่มากขึ้น ปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน และการขาดผู้ดูแลที่ใกล้ชิด เช่น ลูกหลานแยกบ้านและมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว⁶

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจัดเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในการดำรงชีวิต และเผชิญกับความเครียดสูงด้านสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรังหรือภาวะทุพพลภาพ⁷ แต่ยังคงถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิต อารมณ์และสังคม ที่รุนแรงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นด้วย⁸ การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁹ รวมทั้งการมีสุขภาพกายที่ไม่ดี นอนหลับไม่เพียงพอ และขาดกิจกรรมทางสังคมหรือสันทนาการ เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้¹⁰⁻¹² การอยู่ลำพังซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตหลายประการ ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ การแยกตัวทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง^{10-11,13} นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและความทุกข์ทางจิตใจ ซึ่งอาจพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในระยะยาว

ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเหงา เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทวีความสำคัญยิ่งขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ที่ทำให้จำนวนผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการอยู่อาศัยลำพังนั้นมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ ผู้ดูแลโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจสถานการณ์นี้อย่างลึกซึ้ง เพื่อหาแนวทางป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ¹⁴

แม้งานวิจัยในอดีตจะเน้นบทบาทพยาบาลในสถานพยาบาล แต่ยังพบช่องว่างขององค์ความรู้ (Knowledge gap) ที่สำคัญ กล่าวคือ ขาดการสังเคราะห์ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง อย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่มีอยู่ยังกระจัดกระจายและไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ การศึกษานี้จึงเป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย (Narrative review) โดยกำหนดขอบเขตการศึกษา

เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง เพื่อสังเคราะห์บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นรูปธรรม และนำไปสู่การพัฒนาโยบายที่เหมาะสมต่อไป

ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บทความนี้จึงทำการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายเกี่ยวกับปัญหาหลักด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และศึกษาค้นคว้ารวบรวมและสังเคราะห์ความรู้เรื่องเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อช่วยให้เข้าใจแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง เพื่อไปสู่แนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การพัฒนานวัตกรรมในการดูแล การนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง รวมทั้งเป็นการช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขมีแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ตลอดจนเป็นการส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีความรู้ทันสมัย เข้าใจบทบาทของตนเอง และสามารถปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการทบทวน

เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

วิธีการทบทวนวรรณกรรม

วิธีการศึกษาเป็นการดำเนินการทบทวนแบบบรรยาย (Narrative review) จากงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในประเทศไทย จำนวน 17 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 31 เรื่อง ที่มีการเผยแพร่ในช่วง 10 ปีล่าสุด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2568 จากฐานข้อมูล เช่น PubMed, CINAHL, Google scholar, TCI คัดเลือกและประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัย เชิงคุณภาพ และปริมาณ โดยใช้คำค้นที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัยภาษาไทย ได้แก่ สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ การอยู่ลำพัง การพยาบาล สุขภาวะ ภาษาอังกฤษ ได้แก่ Mental health, Elderly, Living alone, Nursing, Well-being

เกณฑ์ในการคัดเลือกวรรณกรรม คือ 1) บทคัดย่อและเนื้อหาหลักตรงตามเกณฑ์วัตถุประสงค์ 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ 3) เป็นบทความวิจัยฉบับเต็มที่สามารถเข้าถึงได้ 4) ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และ 5) วรรณกรรมที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ (Grey literature)

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล มีการสรุปเนื้อหาสำคัญจากวรรณกรรมแต่ละรายงานเปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และสังเคราะห์ประเด็นหลัก แนวโน้ม หรือช่องว่างขององค์ความรู้ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการทบทวนวรรณกรรม

ผลการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และ 2) บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังนี้

1.1 ข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

ปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังเป็นแนวโน้มระดับโลก (Global trend) ที่มีพลวัตแตกต่างกันตามบริบททางวัฒนธรรมและระบบสวัสดิการ กล่าวคือ ในกลุ่มประเทศตะวันตกและสมาชิกองค์กรเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development : OECD) การอยู่ลำพังถือเป็นบรรทัดฐานปกติที่สะท้อนค่านิยมปัจเจกบุคคล โดยพบสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 40 ในกลุ่มสแกนดิเนเวีย¹⁵ และร้อยละ 28 ในสหรัฐอเมริกา¹⁶ ในขณะที่กลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวที่รวดเร็วและรุนแรงกว่า ดังปรากฏในญี่ปุ่นที่มีสัดส่วนดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 29.10 และนำไปสู่ประเด็นท้าทายเรื่องการตายอย่างโดดเดี่ยวหรือ “Kodokushi”¹⁷ สอดคล้องกับประเทศเกาหลีใต้ที่มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.80 จากการเปลี่ยนแปลงค่านิยมเรื่องความกตัญญู¹⁸

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) โดยข้อมูลสถานการณ์ล่าสุดในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 14,848,192 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 ของประชากรทั้งหมด หรือมากกว่า 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ² นอกเหนือจากการเพิ่มขึ้นเชิงปริมาณ รูปแบบการอยู่อาศัยยังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.60 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.90 ในปี พ.ศ. 2567³ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนดังกล่าวเป็นผลมาจากปัจจัยที่ซับซ้อน เช่น การครองโสด การลดลงของอัตราการมีบุตร การย้ายถิ่นฐานของบุตรหลาน การหย่าร้าง และการสูญเสียคู่สมรส⁴⁻⁵ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่โสดหรือสูญเสียคู่สมรส มักมีโอกาสอาศัยอยู่ลำพังสูง อายุที่มากขึ้น ปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน และการขาดผู้ดูแลที่ใกล้ชิด จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการแยกตัวทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ออกจากบ้านน้อยลง ขาดการมีส่วนร่วมในสังคม นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและปัญหาสุขภาพกายและใจที่รุนแรงขึ้น⁶

สถานการณ์และแนวโน้มทางสถิติ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 พบพลวัตที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1) การขยายตัวเชิงปริมาณ จากข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2567 ระบุว่า จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 14.02 ล้านคน มีผู้สูงอายุอยู่ลำพัง ประมาณ 1.80 ล้านคน หรือร้อยละ 12.90

ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับร้อยละ 12.00 ในปี พ.ศ. 2564¹⁹ สอดคล้องกับแนวโน้มสังคมสูงวัยในระดับสากล

2) มิติทางเพศสภาพ โดยสถิติบ่งชี้ถึงปรากฏการณ์ “ความเป็นหญิงในสังคมสูงวัย” (Feminization of aging) โดยพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มอาศัยอยู่ลำพังมากกว่าเพศชาย เนื่องจากอายุคาดเฉลี่ย ที่สูงกว่าและสัดส่วนการเป็นหม้ายที่มากกว่า ข้อมูลยังระบุว่าหญิงสูงวัยมีความเสี่ยงเผชิญภาวะโดดเดี่ยวมากกว่าชายสูงวัยถึง 2 เท่า²⁰

3) การกระจายตัวเชิงพื้นที่พบว่า พื้นที่ที่มีความชุกของผู้สูงอายุอยู่ลำพังสูงสุดกระจุกตัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ มากกว่าเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสัมพันธ์กับการย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงาน เข้าสู่เมืองอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ครัวเรือนข้ามรุ่น หรือ “Skipped-generation households” ในพื้นที่ชนบท²⁰

นัยทางสังคมและเศรษฐกิจ การเพิ่มขึ้นของครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังส่งผลให้เกิดความเปราะบางใน 2 มิติสำคัญ คือ 1) ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะยากจนสูงกว่าผู้ที่อยู่กับครอบครัว ข้อมูลปี 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุต้องทำงานหารายได้กว่า 5.11 ล้านคน¹⁹ สะท้อนว่าระบบสวัสดิการเดิมอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ไม่มีบุตรหลานอุปการะ และ 2) ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การขาดผู้ดูแล เพิ่มความเสี่ยงกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ อุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าจากการแยกตัวทางสังคมซึ่งมีความรุนแรงในกลุ่มที่อยู่ลำพัง²⁰

ข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันว่าโครงสร้างการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง โดยมีประชากรกลุ่มเปราะบางที่ต้องดำรงชีพลำพังเกือบ 2 ล้านคน สถานการณ์นี้เรียกร้องให้รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยนกระบวนการตัดสินใจจากการพึ่งพาครอบครัวสู่การสร้างระบบสนับสนุนโดยชุมชน ควบคู่กับการพัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัย เพื่อรองรับบริบทของสังคมสูงวัยในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

1.2 ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

1) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีระดับความซึมเศร้าเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น²¹ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่มีความชุกสูง ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศจีนซึ่งสำรวจผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำนวน 1,831 คน พบว่า ร้อยละ 14.40 มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ในขณะที่ร้อยละ 55.30 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และร้อยละ 30.40 มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ²² ในอีกการศึกษาหนึ่งที่ประเทศไอร์แลนด์พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังร้อยละ 5.30 มีอาการซึมเศร้าระดับสูง ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญ²³ สำหรับผู้หญิงหม้ายสูงวัยที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชนบทของจีนพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 44²⁴ ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ลำพังร้อยละ 4 มีภาวะซึมเศร้า²⁵ อย่างไรก็ตาม อัตราความชุกดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพกาย โดยพุ่งสูงถึงร้อยละ 80.50 ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและต้องดำรงชีวิตอยู่เพียงลำพัง²⁶ จะพบในช่วง 1-3 ปีแรก และแม้จะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่า

กลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น²⁷ การอาศัยอยู่ตามลำพัง เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าโดยไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคมหรือสุขภาพโดยรวม^{23,28} นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยหรือขาดการสนับสนุนทางการเงินมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น²⁹ ผู้หญิงและผู้สูงอายุในชนบท เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น^{13,28-29}

2) ความเหงา (Loneliness) ความเหงาเป็นปัญหาที่พบได้ในวงกว้างในหมู่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยการศึกษาในประเทศจีนพบว่า ร้อยละ 8.10 ของหญิงหม้ายสูงอายุที่อยู่ลำพังมีภาวะความเหงาอย่างมีนัยสำคัญ²⁴ ในขณะที่การศึกษาในไอร์แลนด์ชี้ว่า ร้อยละ 21.60 ของผู้สูงอายุประสบกับความเหงาและการอาศัยอยู่ตามลำพังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาวะนี้ได้ดีที่สุด³⁰ นอกจากนี้ การศึกษาในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลกยังระบุว่า ร้อยละ 17-57 ของผู้สูงอายุโดยรวมเผชิญกับความเหงา โดยมีอัตราที่สูงขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้ที่อยู่ตามลำพัง³¹ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพังกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52) มีความรู้เหงาในระดับปานกลาง²⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Panyathorn³² ที่ระบุถึงปัญหาความรู้สึกเหงาในผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน อีกประเด็นที่น่าสนใจคือ ความเหงาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้และยังมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการแยกตัวทางสังคม³³⁻³⁵

3) ความวิตกกังวล (Anxiety) แม้จะมีการรายงานความชุกของความวิตกกังวลน้อยกว่าภาวะซึมเศร้าหรือความเหงา แต่เป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบว่า ร้อยละ 16.70 ของหญิงหม้ายสูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีอาการของความวิตกกังวล²⁴ ภาวะวิตกกังวล ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง ถือเป็นอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่มีความซับซ้อน แตกต่างจากความกลัวที่เป็นการตอบสนองต่อภัยตรงหน้าอย่างทันทีทันใด แต่ความวิตกกังวลเปรียบเสมือน ภาวะตื่นตัวเพื่อเตรียมรับมือกับภัยคุกคามในอนาคตที่ยังมาไม่ถึงและเต็มไปด้วยความคลุมเครือ ผลการวิเคราะห์เครือข่ายชี้ชัดว่า อาการแกนกลางที่ขับเคลื่อนระบบคือ ความกังวลที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrollable worry) ซึ่งหมายถึง กระบวนการคิดที่วนเวียนถึงเหตุการณ์เชิงลบในลักษณะ ห่วงโซ่ความคิดที่ต่อเนื่อง (Chain of negative thoughts) โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณคิดเหล่านี้รุกรานเข้ามาและยากที่จะยับยั้งหรือเบี่ยงเบนความสนใจได้ภาวะการคิดวนเวียนที่หยุดไม่ได้นี้เอง จะไปกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดสะสมเรื้อรัง จนนำไปสู่ ความบกพร่องในการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นปลายทางที่ทำให้ระบบประสาทตื่นตัวตลอดเวลา ในขณะที่เดียวกัน ความรู้สึกซึมเศร้า ก็ทำหน้าที่เป็น สะพานเชื่อม (Bridge symptom) ที่ส่งต่อความรุนแรงจากวงจรวิตกกังวลไปสู่ภาวะซึมเศร้า ดังนั้น แนวทางการดูแลจึงต้องมุ่งเน้นที่การตัดวงจรความคิดที่ควบคุมไม่ได้นี้เป็นลำดับแรก¹⁴ ซึ่งความวิตกกังวลมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า โดยระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นเช่นกัน^{12,22} สำหรับผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพังมักเผชิญภาวะวิตกกังวลด้านความปลอดภัยและกลัวการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว³² ซึ่งส่งผลให้เมื่อมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็จะรีบ ไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ทั้งนี้ ความวิตกกังวลสูงสุดของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในเขตเมือง คือปัญหาการขอความช่วยเหลือหากเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วยในเวลากลางคืน³⁶

กล่าวโดยสรุป ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีปัญหาคู่ที่แยกขาดจากกัน แต่มีปฏิสัมพันธ์เชิงซ้อน โดยมีความเหงาเป็นปัจจัยทำนายตั้งต้นที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวลเป็นแกนกลางที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพกาย จากการสังเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพบความแตกต่างที่สำคัญในบริบทของประเทศไทย กล่าวคือ แม้ตัวเลขความชุกของภาวะซึมเศร้าในภาพรวมจะดูไม่สูงมากเมื่อเทียบกับต่างประเทศ แต่ปัจจัยเรื่องโรคเรื้อรังและความกังวลด้านความปลอดภัย กลับเป็นตัวแปรเร่งที่ทำให้ความเล็งสูงชันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากบริบทตะวันตกที่มักเน้นความวิตกกังวลในเชิงนามธรรม อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยในอดีตจะชี้ให้เห็นถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน แต่ยังไม่ปรากฏ ช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญ คือ การขาดองค์ความรู้เชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับกลไกจำเพาะเหล่านี้ เช่น พยาบาลจะมีบทบาทอย่างไรในการลดความกังวลเรื่องเหตุฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรือมีแนวทางใดในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วง 1-3 ปีแรกของการเริ่มอยู่ลำพัง การทบทวนวรรณกรรมในลำดับถัดไปจึงมุ่งสังเคราะห์บทบาทเหล่านี้ให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

1.3 บทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

แนวคิด ทฤษฎีของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังของพยาบาล ดังนี้

(1) หลักการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หลักการสำคัญคือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) โดยเน้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly community)³⁷

(2) แนวคิดสำคัญ ได้แก่ Active ageing ขององค์การอนามัยโลก เน้น 3 องค์ประกอบหลักคือ สุขภาพดี (Healthy), ความมั่นคงปลอดภัย (Security), และการมีส่วนร่วม (Participation)^{37,38} แนวคิด “3 อ” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพควรคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุแต่ละราย³⁹

(3) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Ottawa charter for health promotion⁴⁰ ได้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ Health promotion model⁴¹ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยอาศัยแรงจูงใจและการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model⁴² ใช้ในการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และกำหนดบทบาทของพยาบาล โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสุขภาพ วางแผนการดูแล ให้ความรู้ และสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการประสานงานกับเครือข่ายชุมชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

1.4 บทบาทที่ทำนายของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล ซึ่งล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและมีเครือข่ายสังคมที่อ่อนแอ⁴³ การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นภารกิจที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ เนื่องจากสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องดำรงชีวิตคนเดียว ส่งผลให้ความเปราะบางด้านอารมณ์และจิตใจเพิ่มสูงขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ในระบบบริการสุขภาพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาวะด้านสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพองค์รวม (Holistic health) หากปัญหาสุขภาพจิตบกพร่อง อาจพัฒนาไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรงหรือปัญหาสุขภาพกายที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังดังนี้

1) การประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งในการป้องกันและจัดการกับปัญหาทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล ซึ่งพบความชุกสูงในกลุ่มประชากรนี้ ดังนั้น การประเมินอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรม และข้อจำกัดของผู้สูงอายุ การประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังต้องอาศัยหลักการที่เป็นระบบและครบถ้วน โดยมีแนวทางสำคัญดังต่อไปนี้

(1) การคัดกรองเบื้องต้นในชุมชนและสถานพยาบาลปฐมภูมิ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักไม่แสวงหาการรักษาเฉพาะทาง⁴⁴ การคัดกรองอย่างเป็นระบบจึงควรดำเนินการตั้งแต่ในระดับชุมชนหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถตรวจพบปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยใช้แบบสอบถามสั้น ๆ ที่มีความไวและความจำเพาะสูง เช่น Thai mental health indicator-15 (TMHI-15)⁴⁵ เป็นแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (PHQ-9)⁴⁶ สำหรับภาวะซึมเศร้าและ GAD-7⁴⁷ สำหรับความวิตกกังวล

(2) การใช้เครื่องมือเฉพาะทางและการประเมินแบบองค์รวม ควรใช้แบบประเมินที่ได้รับการพัฒนาและทดสอบความแม่นยำแล้ว เช่น CES-D-10⁴⁸ สำหรับภาวะซึมเศร้าหรือ UCLA 3-item Loneliness scale⁴⁹ สำหรับความเหงา ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การประเมินควรรวมถึงปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น สุขภาพกาย การนอนหลับ ความพึงพอใจในชีวิตและความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม^{22,50-51}

(3) การประเมินโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบเซ็นเซอร์ตรวจจับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน สามารถช่วยประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่าง

แม่นยำโดยไม่รบกวนผู้สูงอายุ⁵² นอกจากนี้ การพัฒนาแบบประเมินออนไลน์หรือแอปพลิเคชันยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการคัดกรองในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัด⁴⁴

(4) การวิเคราะห์ข้อมูลและการแบ่งกลุ่มความเสี่ยง การใช้แบบจำลองทำนายความเสี่ยง (Risk prediction model) ที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม สามารถช่วยระบุผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาอื่น ๆ ได้อย่างแม่นยำ⁵⁰ และการวิเคราะห์เครือข่าย (Network analysis) จะช่วยให้สามารถระบุอาการสำคัญและความสัมพันธ์ระหว่างอาการ เพื่อออกแบบการดูแลที่ตรงจุดยิ่งขึ้น¹⁴

(5) การประเมินซ้ำและติดตามผล การประเมินควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลเป็นระยะ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย⁵³

โดยสรุป การประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำเป็นต้องใช้แนวทางเชิงรุกและเป็นระบบ โดยมีข้อเสนอแนะสำคัญคือ ควรพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ให้มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือคัดกรองและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สร้างระบบการคัดกรองที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง พร้อมขั้นตอนการส่งต่อที่ชัดเจน เลือกใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม ของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ และประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างรอบด้านและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

2) การให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง (Holistic and continuous care) เป็นแนวทางที่สำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยเน้นการบูรณาการการดูแลในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การดูแลที่ครอบคลุมประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ประการ ได้แก่

(1) การประเมินและวางแผนดูแลแบบรายบุคคล เป็นการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุอย่างรอบด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการออกแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล⁵⁴⁻⁵⁶ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) เป็นกรอบยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มุ่งให้ “คนทุกช่วงวัยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข และอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” ผ่านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต และเน้นการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า เหงา วิตกกังวล และการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยใช้ระบบคัดกรองและเยี่ยมบ้านในชุมชน ส่งเสริมการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการยาก โดยเฉพาะในชนบทหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง

(2) การบูรณาการบริการสุขภาพกายและจิตใจ โดยการดูแลสุขภาพจิตควรดำเนินการควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกาย เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดการโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้น^{54, 57} การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมกลุ่ม โปรแกรมที่นำโดยพยาบาล เช่น กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองจิตใจ กลุ่มระลึกความหลัง การออกกำลังกาย การฝึกสมอง การให้ความรู้

ด้านโภชนาการและการจัดกิจกรรมกลุ่ม มีผลลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง⁵⁸⁻⁵⁹ การดำเนินการอย่างต่อเนื่องและหลากหลายองค์ประกอบจะให้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

(3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม งานอดิเรก หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในชุมชน จะช่วยลดความเหงาและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง^{54,57,60} การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือการติดต่อกับผู้อื่นทั้งแบบพบหน้าหรือไม่พบหน้า (เช่น โทรศัพท์) ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและความเหงา^{10,61}

(4) การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านและการติดตามผลโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินและตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันที่^{54,57}

(5) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรม เป็นการเคารพความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ เช่น การปฏิบัติศาสนกิจหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและลดความเครียด⁶²

โดยสรุป การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องถือเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยต้องมีการบูรณาการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย

3) การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลมีบทบาทในการเชื่อมโยงผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น กลุ่มเพื่อนบ้าน อาสาสมัคร หรือบริการสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างทุนทางสังคมและลดความโดดเดี่ยว การเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการดูแล²¹ รวมทั้ง เครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง ยังมีส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการอาศัยอยู่ตามลำพัง^{13,43} พยาบาลควรส่งเสริมความสัมพันธ์กับบุตรหลานเนื่องจากความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุตรหลานมีผลลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า²⁸ ได้แก่

(1) การให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต การจัดการความเครียด และการสร้างทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) เป็นอีกบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการบริการสุขภาพจิตสูง^{59,63} การเสริมสร้างทักษะเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

(2) การทำงานแบบสหวิชาชีพและการพัฒนานโยบาย พยาบาลควรทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล^{58,64} นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการผลักดันนโยบายและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

(3) การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการดูแล พยาบาลควรมีบทบาทในการวิจัยและพัฒนาแนวทางใหม่ ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การสร้างโปรแกรมเชื่อมบ้านระยะยาว และการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ^{58-59,65}

การอภิปราย

จากผลการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในประเทศไทย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เช่น จีนและไอร์แลนด์พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าสูง โดยเฉพาะในช่วงปีแรกของการอยู่ลำพัง ความเสี่ยงจะสูงสุดและเมื่อเวลาผ่านไปก็ยังสูงกว่ากลุ่มที่อยู่กับผู้อื่น ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ รายได้น้อย ขาดการสนับสนุนทางการเงิน เพศหญิง และการอยู่อาศัยในชนบท ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า การอยู่ลำพังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญโดยไม่ขึ้นกับปัจจัยอื่น เช่น การสนับสนุนทางสังคมหรือสุขภาพโดยรวม ดังนั้น การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังจึงควรได้รับความสำคัญเป็นพิเศษ ทั้งที่มีการรายงานว่า ในประเทศไทย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงเช่นเดียวกับต่างประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือมีรายได้น้อย⁶⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยในไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่อยู่กับครอบครัวหรือผู้อื่น⁶⁷ สอดคล้องกับข้อมูลจากประเทศจีนและไอร์แลนด์

ความเหงาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยมีอัตราความชุกสูงกว่ากลุ่มที่อยู่กับผู้อื่นอย่างชัดเจน งานวิจัยในหลายประเทศ เช่น จีน ไอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกาพบว่า ความเหงาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในอนาคต และมีความเชื่อมโยงกับการแยกตัวทางสังคม เป็นที่น่าสังเกตว่า ความเหงาไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยตรง แต่ยังเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้าและการแยกตัวจากสังคม ดังนั้นการป้องกันและลดความเหงาจึงเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ความเหงาเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทยที่อยู่ลำพัง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและสังคม⁶⁸ ทั้งนี้อัตราความเหงาในผู้สูงอายุไทยใกล้เคียงกับต่างประเทศ เช่น จีน ไอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา โดยการอยู่ลำพังเป็นปัจจัยทำนายความเหงาได้ดีที่สุด ถึงแม้ว่าความวิตกกังวลจะมีอัตราการเกิดน้อยกว่าภาวะซึมเศร้าหรือความเหงา แต่ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงหม้ายสูงอายุที่อยู่ลำพัง ความวิตกกังวลที่ควบคุมไม่ได้และปัญหาในการผ่อนคลายเป็นแกนกลางของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ และมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตและให้ความสำคัญว่า ความวิตกกังวลนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญที่ควรให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับเครือข่ายปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด แม้จะมีการศึกษาน้อยกว่าภาวะซึมเศร้าและความเหงา แต่พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ลำพังมีความวิตกกังวลในระดับที่น่ากังวล โดยเฉพาะกลุ่มหญิงหม้ายและผู้ที่ยังขาดการสนับสนุนทางสังคม⁶⁹ และการเฝ้าระวังลักษณะความวิตกกังวลในไทยคล้ายกับต่างประเทศ คือมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้าและความเหงา

หากเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในประเทศไทยกับต่างประเทศ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นประเด็นสากลพบได้ทั้งในไทยและต่างประเทศ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม รายได้น้อย เพศหญิง และการอยู่อาศัยในชนบท ความเชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล พบได้ในทุกประเทศ และช่องว่างขององค์ความรู้ในไทย คือ การศึกษาระยะยาวและการพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทไทย

ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง โดยเน้นการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม เช่น TMHI-15, PHQ-9 รวมถึง CES-D-10 สำหรับภาวะซึมเศร้า GAD-7 สำหรับความวิตกกังวล และ UCLA Loneliness scale สำหรับความเหงา การคัดกรองควรเริ่มตั้งแต่ระดับชุมชนหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักไม่แสวงหาการรักษาเฉพาะทาง นอกจากนี้ การประเมินควรครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย การนอนหลับ ความพึงพอใจในชีวิต และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น เซ็นเซอร์ตรวจจับพฤติกรรมหรือแอปพลิเคชันออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินและคัดกรองต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยพยาบาลควรมีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือและการสื่อสารที่เหมาะสม พร้อมทั้งสร้างระบบการส่งต่อที่ชัดเจนและประเมินแบบองค์รวม

การให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง โดยเน้นการบูรณาการการดูแลในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลประกอบด้วย การประเมินและวางแผนดูแลแบบรายบุคคล การบูรณาการบริการสุขภาพกายและจิตใจ การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมกลุ่มการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม การเยี่ยมบ้านและติดตามผลโดยทีมสหวิชาชีพ และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรม สรุปได้ว่า การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย โดยต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลมีบทบาทในการเชื่อมโยงผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น กลุ่มเพื่อนบ้าน อาสาสมัคร หรือบริการสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างทุนทางสังคมและลดความโดดเดี่ยว การเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการดูแล นอกจากนี้ พยาบาลควรส่งเสริมความสัมพันธ์กับบุตรหลาน การให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา รวมถึงการทำงานแบบสหวิชาชีพและการพัฒนานโยบายและนวัตกรรม การดูแล ดังนั้น การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดความโดดเดี่ยว และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง โดยพยาบาลควรทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผลักดันนโยบายที่เหมาะสมซึ่งนับว่าเป็นบทบาทที่ทำนายของพยาบาล

สรุป

ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด การอยู่ลำพังไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงของอาการเหล่านี้ แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม การเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและกลไกที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังครอบคลุมทั้งการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการติดตามผล และปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ความเหงา และวิตกกังวล พยาบาลจึงควรมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม รวมถึงการจัดกิจกรรมกลุ่มและสร้างเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพจิตที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับบริบทไทย พร้อมทั้งส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพและการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่ตอบ โจทย์ปัญหาเฉพาะกลุ่ม และควรมีการบูรณาการนโยบายด้านสังคมและสุขภาพเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกทางวัฒนธรรมไทยที่มีผลต่อสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อจำกัด

บทความนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา กล่าวคือ การนำเสนอนี้เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ในลักษณะการพรรณนาเชิงเนื้อหา ซึ่งมุ่งเน้นฉายภาพของกลุ่มอาการหลัก ได้แก่ ความเหงา ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า เป็นสำคัญ จึงอาจมิได้ครอบคลุมปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ อย่างรอบด้านเท่ากับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ งานวิจัยที่นำมาอ้างอิงยังมีความหลากหลายในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบการแสดงออกของอาการทางจิตใจที่แตกต่างกันไป ในผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population division. living arrangements of older persons around the world 2019. New York: United Nations; 2019.
2. Moonsom M. Number of elderly in Thailand march 2025. Bangkok: The Secretariat of the house of representatives; 2025. [cited 2025 November 30]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14156/2006890>. (in Thai)
3. National Statistical Office. The 2024 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National statistical office; 2024. [cited 2025 November 30]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_65007.pdf. (in Thai)
4. Mahem K, Pinyo P, Potjana R, Toin P, Sri-osothe P. Experiences of elderly living alone and differences between female and male: A meta-ethnography. J Nurs Health Care. 2020; 38(2): 138-47. (in Thai)
5. Wongsawang N, Jeenkawkham D, Tassanaboon P, Kitreerawutiwong N. Lived experiences of elderly living alone: A qualitative study. J Prapokklao Hosp Clin Med Educ Cent. 2019; 36(2): 124-33. (in Thai)
6. Iamtrakul P, Chayphong S. Exploring the influencing factors on living alone and social isolation among older adults in rural areas of Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(21): 13802.
7. Mulrisuk S, Thummakulsak P. The role of nurses in health promotion for Thai elderly living alone. J Siam Univ. 2022; 23(44): 104-12. (in Thai)
8. Juntapim S, Theranut A. Mental health status and factors related on mental health status of the older adults living alone in urban community, Khon Kaen Province. J Nurs Health Care. 2021; 39(3): 130-9.
9. Meemon N, Paek SC. Older adults living alone in Thailand: Socioeconomic inequality and its relation to unmet health needs. Asia Pac Soc Sci Rev. 2020; 20(4): 3.
10. Ren Z, Wang S, He M, Shi H, Zhao H, Cui L, et al. The effects of living arrangements and leisure activities on depressive symptoms of Chinese older adults: Evidence from panel data analysis. J Affect Disord. 2024; 349: 226-33.
11. Dang M, Chen Y, Ji J, Zhang Y, Chen C, Zhang Z. The association between household and family composition and mental health of the elderly: Mediating role of lifestyle. BMC Public Health. 2024; 24(1): 645.

12. Huang M, Liu K, Liang C, Wang Y, Guo Z. The relationship between living alone or not and depressive symptoms in older adults: A parallel mediation effect of sleep quality and anxiety. *BMC Geriatr.* 2023; 23(1): 506.
13. Lim Y, Baek J, Lee S, Kim J. Association between loneliness and depression among community-dwelling older women living alone in South Korea: The mediating effects of subjective physical health, resilience, and social support. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(18): 11384.
14. Chang Z, Zhang Y, Liang X, Chen Y, Guo C, Chi X, et al. A network analysis of depression and anxiety symptoms among Chinese elderly living alone: Based on the 2017-2018 Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). *BMC Psychiatry.* 2025; 25(1): 12.
15. OECD. OECD family database: HM1.4 living arrangements by age [Internet]. Paris: OECD publishing; 2023. [cited 2025 November 30]. Available from: <https://www.oecd.org/els/family/HM1-4-Living-arrangements-by-age.pdf>.
16. Administration for community living. 2023 profile of older Americans. Washington, DC: U.S. Department of health and human services; 2023.
17. Cabinet office of Japan. Annual report on the ageing society 2024 [Summary]. Tokyo: Cabinet office; 2024.
18. Statistics Korea. 2023 statistics on the aged. Daejeon: Statistics Korea; 2024.
19. National Statistical Office. The 2024 survey of the older persons in Thailand: Provincial level. Bangkok: Ministry of digital economy and society; 2025.
20. Foundation of Thai gerontology research and development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2022. Nakhon Pathom: Institute for population and social research, Mahidol University; 2023.
21. Zheng J, Ni Z. The impact of living alone on older adults' mental health and the mediating role of healthy diet. *Front Psychiatry.* 2025; 16: 1562487.
22. Hou B, Zhang H. Latent profile analysis of depression among older adults living alone in China. *J Affect Disord.* 2023; 323: 440-7.
23. Chang M, Eymundsdottir H, Sigurdardottir S, Launer L, Gudnason V, Jonsson P. Living alone and likelihood of having high depressive symptoms among older adults. *Innov Aging.* 2024; 8(Suppl 1): 190-1.
24. You H, Wang Y, Xiao L, Liu L. Prevalence of and factors associated with negative psychological symptoms among elderly widows living alone in a Chinese remote sample: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 20(1): 126.

25. Saenseeha L, Leelakraiwan J, Chantabut N, Juntapim S, Thummulapukul T, Suwanchok A. Health and psychosocial status of the elderly living alone in the community. *J Nurs Health*. 2023; 46(1): 114-27. (in Thai)
26. Boonpha R, Kraithaworn P, Piasue N. Social support and health status among community dwelling older people living alone with chronic diseases. *J Thail Nurs Midwifery Counc*. 2019; 34(2): 112-26. (in Thai)
27. Koo J, Son N, Yoo KB. Relationship between the living-alone period and depressive symptoms among the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021; 94: 104341.
28. Fang H, Duan Y, Hou Y, Chang H, Hu S, Huang R. The association between living alone and depressive symptoms in older adults population: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Front Public Health*. 2024; 12: 1289123.
29. Zheng G, Zhou B, Fang Z, Jing C, Zhu S, Liu M, et al. Living alone and the risk of depressive symptoms: A cross-sectional and cohort analysis based on the China health and retirement longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2023; 23(1): 647.
30. Sherry KM, Moloney K, Laird E, Ward M, Hoey L, Hughes C, et al. Predictors of loneliness in older Irish adults and its relationship to depression. *Age Ageing*. 2024; 53(2): afae012.
31. Berg-Weger M, Morley J. Loneliness in old age: An unaddressed health problem. *J Nutr Health Aging*. 2020; 24(3): 243-5.
32. Panyathorn K. Healthcare behaviors of the elderly living alone in Ban Tad, Muang, Udon Thani. *Nurs Health Educ J*. 2018; 1(2): 33-8. (in Thai)
33. Zhang Y, Kuang J, Xin Z, Fang J, Song R, Yang Y, et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023; 110: 104980.
34. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: A systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2021: 1-13.
35. Tavares J, Silva S, Ribeiro A, Matheus A, Sá-Couto P, Sousa L, et al. Psychometric validation of the Portuguese ALONE scale and analysis of factors associated with severe loneliness in a sample of community-dwelling older adults. *Aging Ment Health*. 2025: 1-10.
36. Jittapraneeraht S, Hathirat S, Boongird C, Kanhasing R. How do the Thai elders living alone in urban community plan for their health care: A qualitative study in Bangkok metropolitan region. *Srinagarind Med J*. 2020; 35(4): 438-44. (in Thai)

37. Research and Development Institute RBRU. Principles, concepts, and theories for promoting elderly well-being [thesis]. Chanthaburi: Rambhai Barni Rajabhat University; 2021. [cited 2025 November 30]. Available from: <https://theses.rbru.ac.th/pdf-uploads/thesis-406-file06-2021-11-26-13-43-50.pdf>. (in Thai)
38. Muangsakul W. Potential development of the elderly living alone with active aging concept. *J Soc Res.* 2015; 38(2): 93-112. (in Thai)
39. National Science and Technology Development Agency (NSTDA). Promoting health among the elderly with the “3 Os” principle [Internet]. Pathum Thani: NSTDA; 2025 [cited 2025 November 30]. Available from: <https://www.nstda.or.th/sci2pub/promoting-health-among-the-elderly/>. (in Thai)
40. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
41. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.
42. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 3rd ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing; 1999.
43. Sakurai R, Kawai H, Suzuki H, Kim H, Watanabe Y, Hirano H, et al. Poor social network, not living alone, is associated with incidence of adverse health outcomes in older adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2019; 20(11): 1438-43.
44. Tansupasiri P, Khaektao P, Panitaangkool Y. Mental health screening and digital intervention for Thai seniors citizen in primary care. *Eur Psychiatry.* 2022; 65(S1): S857.
45. Mongkol A, Wongpiromsarn Y, Tangserree T, Huttapanom W, Rompho P, Jareonvanit W. Development and testing of the Thai mental health indicator (Version 2007). Bangkok: Department of Mental Health; 2009. (in Thai)
46. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001; 16(9): 606-13.
47. López N, Morales-Asencio B, Ripoll-Córdoba D, Coronado-López J, Caldichoury N, Quispe-Ayala C, et al. Internal validity and reliability of the GAD-7 test in Latin America. *Chronic Stress (Thousand Oaks).* 2025; 9:24705470251315260.
48. González P, Nuñez A, Merz E, Brintz C, Weitzman O, Navas EL, et al. Measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D 10): Findings from HCHS/SOL. *Psychol Assess.* 2017; 29(4): 372-81.

49. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging*. 2004; 26(6): 655-72.
50. Gao S, Zhang H. Development and validation of a depression risk prediction model for rural elderly living alone. *BMC Psychiatry*. 2025; 25(1): 45.
51. Hu C, Dai Z, Liu H, Liu S, Du M, Liu T, et al. Decomposition and comparative analysis of depressive symptoms between older adults living alone and with others in China. *Front Public Health*. 2023; 11: 1088461.
52. Kim JY, Liu N, Tan H, Chu CH. Unobtrusive monitoring to detect depression for elderly with chronic illnesses. *IEEE Sens J*. 2017; 17(17): 5694-704.
53. Arora S, Kumar R, Arora M. A study to assess the psychosocial wellbeing of elderly residents residing in old age homes of Punjab. *Int J Sci Res (IJSR)*. 2023; 12(5): 1652-6.
54. Yi Y, Park YH. Structural equation model of the relationship between functional ability, mental health, and quality of life in older adults living alone. *PLoS One*. 2022; 17(8): e0269003.
55. Biering P. Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: A critical review of models of mental health care. *Eur J Ageing*. 2018; 16(2): 215-25.
56. Juntapim S, Theranut A. Mental health status and factors related on mental health status of the older adults living alone. *Work Older People*. 2022; 26(4): 387-96.
57. Lee H, Hong I, Jin Y, Hong J, Yoo S. Impact of home visit & rehabilitation programs on elderly people living alone: A systematic review. *Am J Occup Ther*. 2024; 78(2): 7802205090.
58. Song M, Boo S. Effects of a nurse-led multicomponent intervention for frail older adults living alone in a community: A quasi-experimental study. *BMC Nurs*. 2022; 21(1): 162.
59. Hasaroueyeh SG, Sattari MH, Rostami M. Effects of nursing care on improving the quality of life in the elderly: A review. *Avicenna J Aging Healthc*. 2024; 1(1): e143486.
60. Luo J, Guo Y, Tian Z. Loneliness or sociability: The impact of social participation on the mental health of the elderly living alone. *Health Soc Care Community*. 2024: 6695274.
61. Noguchi T, Nojima I, Inoue-Hirakawa T, Sugiura H. Role of non-face-to-face social contacts in moderating the association between living alone and mental health among community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Public Health*. 2021; 194: 25-8.
62. Detthipornpong S, Songwathana P, Bourbonnais A. Holistic health practices of rural Thai homebound older adults: A focused ethnographic study. *J Transcult Nurs*. 2022; 33(5): 521-8.
63. Li S, Wang Y, Xu L, Ni Y, Xi Y. Mental health service needs and mental health of old adults living alone in urban and rural areas in China: The role of coping styles. *Geriatr Nurs*. 2023; 50: 124-31.

64. Wong A, Wong F. The psychological impact of a nurse-led proactive self-care program on independent, non-frail community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2020; 110: 103724.
65. Arabacı Z, Kaçan H. The effects of a home visit-supported nursing education program on certain parameters in older adults living alone at home. *Int J Nurs Knowl.* 2024.
66. Detsakhon T, et al. Thai mental health situation through mental health check in [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; 2025. [cited 2025 November 30] Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1759>. (in Thai)
67. Sanitaya R. Factors influencing psychological health of Thai elderly population [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
68. Boontoch K, Nuntaboot K. Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the upper north region of Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2017; 63(3): 257-70. (in Thai)
69. Kititarakul T, Lee TM. Integrating quantitative and qualitative insights: Addressing mental health challenges among Thai elderly living alone in Bangkok. *SEEJPH.* 2024: 3834-47.