

7-1-2011

Mental health problem of older persons in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons

P Kochsiripong

S. Suppapitiporn

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Kochsiripong, P and Suppapitiporn, S. (2011) "Mental health problem of older persons in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 55: Iss. 4, Article 8.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol55/iss4/8>

This Modern Medicine is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

พัชญา คชศิริพงศ์*
ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร**

Kochsiripong P, Suppapatiporn S. Mental health problem of older persons in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons. Chula Med J 2011 Jul - Aug; 55(4): 399 - 410

- Objective** : *To determine the prevalence of mental health problem and factors associated with mental health problems of the elderly at Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons.*
- Design** : *Cross-sectional descriptive study*
- Setting** : *Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons*
- Materials and Method** : *Ninety-nine subjects who stay in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons since August 2010 to October 2010 were recruited. The instruments consisted of demographic data questionnaires, Thai General Health Questionnaire-28 and The Self-Esteem scale. Descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's Exact test, Multiple Logistic Regression and Pearson's Correlation Coefficient were used for data analysis.*

* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- Results** : *About 67.7% of the samples were female. Their mean age was 77.41 ± 7.32 years old; their duration of stay at the center less than 5 years was 64.6%. The research findings were as follows: 1) 22% of the sample had mental health problem; 2) factors significantly associated with mental health were age more than 70 years, graduated below bachelor degree, having health problem, having no visitor, very low to medium level of satisfaction with Ban Bangkhae, low or medium level of self-esteem ($p < 0.05$); 3) The Thai-GHQ scores were significantly related to self-esteem in negative direction ($r = -0.437$) at $p < 0.01$.*
- Conclusions** : *Twenty-two percent of older persons in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center had mental health problems. Finding the factors associated with mental health problem, realizing to help and concern about psycho-social factors are important in the care of mental health of the elderly.*
- Keywords** : *Mental Health Problem, Older persons.*

Reprint request: Suppakitiporn S. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. December 26, 2010.

พัชญา ศขศิริพงศ์, ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2554 ก.ค. - ส.ค.; 55(4): 399 - 410

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

สถานที่ศึกษา : ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและพำนักอยู่ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2553 ถึง ตุลาคม 2553 จำนวน 99 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28 และแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ Chi-square test, Fisher's Exact Test, Multiple Logistic Regression และ Pearson's Correlation Coefficient

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ 67.7 อายุเฉลี่ย 77.41 ± 7.32 ปี กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.6 มีระยะเวลาที่พำนักในบ้านบางแค น้อยกว่า 5 ปี ผลการวิจัยพบปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 22.2 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี การมีโรคประจำตัว การไม่มีผู้มาเยี่ยม ความพึงพอใจต่อบ้านบางแค น้อยมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง และพบว่าคะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -0.437$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป : ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคพบได้ร้อยละ 22.2 การทราบถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและตระหนักในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและให้การดูแลในปัจจัยด้านจิตสังคมดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ปัญหาสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ.

ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้มนุษย์สามารถควบคุมการเกิดและชะลอการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาการทางด้านระบบการศึกษาทำให้ประชากรไทยมีโอกาสเข้าถึงการศึกษาได้ง่ายขึ้น ประชากรในวัยเจริญพันธุ์จึงนิยมแต่งงานสร้างครอบครัวช้าและมีบุตรจำนวนลดลงกว่าในอดีต ดังนั้นผู้สูงอายุและอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^(1,2) ภาวะเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องไปอยู่สถานสงเคราะห์คนชราซึ่งมีเป้าหมายหลักคือการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น⁽³⁾ อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุคือการดูแลทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในหลายด้าน งานวิจัยของจิราลักษณ์ จงสถิตมันและคณะพบว่าสถานสงเคราะห์สามารถตอบสนองความต้องการด้านปัจจัย 4 หรือด้านร่างกายได้ แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจได้⁽⁴⁾ งานวิจัยของเรืองรอง ชาญวุฒิชิธรรมพบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มักประสบปัญหาในการยอมรับกับสถานภาพใหม่ของตนเองนำไปสู่การขาดความมั่นใจในตัวเอง⁽⁵⁾ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ และจากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในกรุงเทพมหานครเมื่อปีพ.ศ. 2542 โดยอนุรักษ์ บัณฑิตยชาติและคณะ พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ร้อยละ 37.6 มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งในงานวิจัยกล่าวว่ายังขาดการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและมีข้อจำกัดในด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย⁽⁶⁾ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีผู้ที่ทำวิจัยในเรื่องดังกล่าวเป็นจำนวนน้อย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค และศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีสถิติสัมพัทธ์สมบูรณ์สามารถสื่อสารพูดคุยและให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้, มีความยินยอมและเต็มใจร่วมมือในการวิจัย, ไม่มีโรคทางจิตเวชหรืออยู่ในระหว่างได้รับการรักษา และ พำนักอยู่ที่บ้านบางแคในระหว่างเดือนสิงหาคม 2553 ถึง ตุลาคม 2553 จำนวน 99 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถาม เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเองที่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อมีการคิดคะแนนแบบ GHQ score (0-0-1-1) โดยมีจุดตัดคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ แบบวัดนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94, ความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7⁽⁷⁾ และแบบวัดความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งยาวลักษณะมหาสิทธิวิวัฒน์ แปลจากแบบประเมินของ Rosenberg แบบประเมินนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ การแปลผลคิดจากคะแนนเฉลี่ยโดยแบ่งผลการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 4.00 หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99 หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ แบบวัดนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87⁽⁸⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในการบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact Test เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต และ นำตัวแปรที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ต่อโดยใช้ Multiple

Logistic Regression และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, อายุ และระยะเวลาที่พำนักในบ้านบางแค

ร้อยละ 32.3 หญิงร้อยละ 67.7 อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 77.41 ± 7.32 ปี มีโรคประจำตัวร้อยละ 74.7 ระยะเวลาที่อยู่ในบ้านบางแคเฉลี่ย 6.02 ± 6.47 ปี ส่วนใหญ่พักอยู่ในอาคารสามัญ ร้อยละ 67.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.8 มีความพึงพอใจโดยรวมต่อบ้านบางแคในระดับมากถึงมากที่สุดและร้อยละ 53.5 มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 99 ราย เป็นชาย

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 99)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน [คน]	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	67	67.7
ชาย	32	32.3
อายุ (เฉลี่ย = 77.41 ปี / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.32 / สูงสุด = 91 ปี / ต่ำสุด = 61 ปี)		
มากกว่า 70 ปี	79	79.8
60-70 ปี	20	20.2
โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	25	25.3
มีโรคประจำตัว	74	74.7
แหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบัน (ไม่รวมเงินบริจาค)		
ไม่มีรายได้	37	37.4
มีรายได้	62	62.6
ระยะเวลาที่อยู่ในบ้านบางแค (เฉลี่ย = 6.02 ปี / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.47)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	64	64.6
มากกว่า 5 ปี	35	35.4
ลักษณะที่พัก		
อาคารสามัญ	67	67.7
บังกะไลหรือหอพัก	32	32.3
ความถี่ของผู้มาเยี่ยมใน 6 เดือน		
ไม่มีผู้มาเยี่ยม	37	37.4
มีผู้มาเยี่ยม	62	62.6
ความพึงพอใจโดยรวมต่อบ้านบางแค		
น้อยมากถึงปานกลาง	24	24.2
มากถึงมากที่สุด	75	75.8
การเห็นคุณค่าในตัวเอง (เฉลี่ย = 29.54 คะแนน / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.48 / สูงสุด = 39 / ต่ำสุด = 16 คะแนน)		
ต่ำหรือปานกลาง	46	46.5
สูง	53	53.5

ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน (ร้อยละ 22.2) มีปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ Chi-square และ Fisher's Exact Test ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี, การมีโรคประจำตัว, การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแค่น้อยมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง ดังตารางที่ 2 จากการวิเคราะห์ทางสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้มาเยี่ยม

พบว่า มีความสัมพันธ์กับตัวแปร คือ เพศชาย ไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นและพักอยู่ในอาคารบังกะไลหรือหอพัก จากการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อสถานที่พัก พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีรายได้ โดยพบว่าผู้ที่มีความพึงพอใจน้อยมากถึงปานกลางมีความสัมพันธ์กับการมีรายได้จากแหล่งอื่นและจากการวิเคราะห์ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองพบว่ามีความสัมพันธ์กับรายได้และอาคารที่พัก กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นและพักในอาคารสามัญ

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's Exact Test

ข้อมูลทั่วไป	สุขภาพจิต				X ² / Fisher's Exact Test	p-value
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา			
	จำนวน [คน]	ร้อยละ	จำนวน [คน]	ร้อยละ		
อายุ (เฉลี่ย = 77.41 ปี / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.316)						
60-70 ปี	19	95.0	1	5.0	4.031	0.038*
มากกว่า 70 ปี	58	73.0	21	27.0		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	65	84.42	22	15.58	3.901	0.048*
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	100.0	0	0		
โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ						
ไม่มีโรคประจำตัว	23	92.0	2	8.0	3.914	0.048*
มีโรคประจำตัว	54	73.0	20	27.0		
การมีผู้มาเยี่ยม						
ไม่มีผู้มาเยี่ยม	24	64.9	13	35.1	5.70	0.017*
มีผู้มาเยี่ยม	53	85.5	9	14.5		
ความพึงพอใจโดยรวมต่อบ้านบางแค						
น้อยมากถึงปานกลาง	15	62.5	9	37.5	4.278	0.039*
มากถึงมากที่สุด	62	82.7	13	17.3		
การเห็นคุณค่าในตัวเอง						
ต่ำหรือปานกลาง	31	67.4	15	32.6	5.363	0.02*
สูง	46	86.8	7	13.2		

* p < 0.05

เมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Multiple Logistic Regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแค น้อยมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง (ตารางที่ 3)

นอกจากนี้เมื่อนำคะแนนดิบจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's

Correlation Coefficient) พบว่า คะแนนจาก Thai GHQ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -0.437$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยผู้ที่ได้คะแนนจาก Thai GHQ สูง พบว่ามีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ส่วนปัจจัยเรื่องอายุและระยะเวลาที่พำนักในบ้านบางแค พบว่าไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนนจาก Thai GHQ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ Multiple Logistic Regression.

	B	S.E.	Wald	df	p-value	Adjusted Odds Ratio	95% C.I. of OR	
							Lower	Upper
เห็นคุณค่าต่ำหรือปานกลาง	1.158	0.545	4.515	1	0.034*	3.183	1.094	9.259
พึงพอใจน้อยมากถึงปานกลาง	1.241	0.565	4.824	1	0.028*	3.460	1.143	10.475
ไม่มีผู้มาเยี่ยม	1.097	0.530	4.291	1	0.038*	2.996	1.061	8.461
constant	-2.760	0.574	23.120	1	0.000	0.063		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 4. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, อายุ และระยะเวลาที่พำนักในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางบางแค กับคะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28

	คะแนนจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28	
	Pearson's Correlation Coefficient	p-value
การเห็นคุณค่าในตนเอง	-0.437	< 0.001**
อายุ	0.107	0.29
ระยะเวลาที่พำนัก	0.126	0.214

** $p < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยนี้พบร้อยละ 22.22 สอดคล้องกับงานวิจัยสถานสงเคราะห์ในประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์ ที่พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.2 และ 21.0 ตามลำดับ^(9,10) แต่ความชุกที่พบในการวิจัยนี้น้อยกว่าที่พบในงานวิจัยของอนุรักษ บัณฑิตยชาติ และคณะ⁽⁶⁾ ซึ่งทำการศึกษาในสถานสงเคราะห์นครราชสีมา 3 แห่ง คือ บ้านบางแค 1, บางแค 2 และ ดินแดงพบปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 37.6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในบ้านบางแค 1 เท่านั้น ซึ่งที่นี่เป็นศูนย์ต้นแบบในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนอกจากนี้ยังเป็นสถานที่ดูงานและเป็นต้นแบบของการจัดการด้านสถานสงเคราะห์ให้แก่สถานสงเคราะห์แห่งอื่น ๆ⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้สถานสงเคราะห์จะเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้วก็ตามก็ยังสามารถพบปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราลักษณ์ จงสถิตมันและคณะที่พบว่าการบริหารของสถานสงเคราะห์มีจุดแข็งคือ สามารถตอบสนองความต้องการด้านกายภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี แต่ข้อจำกัดก็คือไม่อาจตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้⁽⁴⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยสถานสงเคราะห์ในหลาย ๆ ประเทศที่พบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่ถูกละเลยสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่มีเพียงแพทย์ทั่วไปเท่านั้นที่เข้ามาดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽¹²⁻¹⁴⁾ จากการวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่พบเพียงร้อยละ 13.8 ถึง 20.7⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนได้รับแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจจากครอบครัวและคนรอบข้างร่วมด้วย ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จึงควรมีการประเมินปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งมีระบบให้คำปรึกษาและประดับประคองทางด้านจิตใจอันเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี, การมีโรคประจำตัว, การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแคน้อยมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆไม่พบความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในด้านอายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีมักประสบกับปัญหาด้านสุขภาพอันเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นสาเหตุของความรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิตและนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ เช่นเดียวกับผู้ที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันความไม่ปกติสุขทางกายย่อมนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตได้ สุขภาพจิตที่ดีก็จะอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์ ดังคำกล่าวที่ว่า “a sound mind is in a sound body⁽¹⁸⁾” ด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีพบปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าระดับการศึกษาและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน นั่นคือผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า⁽¹⁹⁾ ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพรวมถึงวิธีการค้นหาข้อมูล มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีและรู้จักหาวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดหรือวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีกว่า

ด้านการมีผู้มาเยี่ยม ในที่นี้หมายถึงผู้มาเยี่ยมที่เป็นญาติพี่น้องหรือคนรู้จักของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่นับรวมถึงบุคคลภายนอกที่เข้ามาบริจาค หรือมาจัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้มาเยี่ยมพบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้มาเยี่ยมประมาณ 3 เท่าและในการวิจัยนี้พบว่า ร้อยละ 37.4 ของผู้สูงอายุไม่มีผู้มาเยี่ยมในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้นจึงควรส่งเสริม

เสริมให้มีกิจกรรมการมาเยี่ยมผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และให้ความเข้าใจกับญาติถึงความสำคัญในการมาเยี่ยม เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความว่าเหว และรู้สึกว่าคุณยังเป็นที่ต้องการของลูกหลานหรือญาติ และสังคม นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้มาเยี่ยมมักเป็นผู้สูงอายุเพศชาย, ผู้ที่ไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นและเป็นผู้ที่พักอยู่ในอาคารหอพักและบังกะโล ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการพิจารณาในการให้ความช่วยเหลือหรือดูแลเพิ่มเติม

ในด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบ้านบางแค พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมต่อสถานสงเคราะห์ที่พำนักอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีจำนวนน้อยที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามจากการวิจัยพบว่าผู้ที่มีความพึงพอใจน้อยมากถึงปานกลาง พบปัญหาสุขภาพจิตเป็น 3.46 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด เนื่องจากความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างไร⁽²⁰⁾ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลาย, การได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น และให้เกียรติจากคนรอบข้าง ความรู้สึกไม่พึงพอใจหรือไม่มีความสุขเท่าที่ควรอาจเป็นปัจจัยเครียดที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตได้ แต่ในทางกลับกันอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือมีทัศนคติในแง่ลบต่อสิ่งรอบตัว ดังนั้นในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและการสร้างความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่จึงเป็นสิ่งที่ต้องดูแลควบคู่กันไป เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีความพึงพอใจน้อยมากถึงปานกลางมักเป็นผู้ที่มีรายได้จากแหล่งอื่น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีความคาดหวังสูงต่อการได้รับการดูแลจากสถานสงเคราะห์ในขณะที่กลุ่มของผู้ที่ไม่มีรายได้อาจจะพอใจและสามารถยอมรับกับสภาพของการเป็นผู้ได้รับการอุปการะจากสถานสงเคราะห์

ส่วนปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเองพบว่าผู้ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางพบปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็น 3.18 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มี

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers ที่ว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี คือ บุคคลที่ยอมรับตนเอง และปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง⁽²¹⁾ ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลางมักเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นและพักอยู่ในอาคารสามัญซึ่งข้อมูลทั้งสองมีความสอดคล้องกันเนื่องจากอาคารสามัญเป็นอาคารที่ไม่เสียค่าบริการซึ่งต่างจากอาคารหอพักและบังกะโล ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีรายได้ ไม่มีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น ไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพิงสถานสงเคราะห์ในการดำรงชีวิตจึงเกิดเป็นความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ ดังนั้นการพัฒนาความรู้สึกยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยมีแนวทางต่าง ๆ เช่น การเสริมแรงและให้กำลังใจโดยการหากิจกรรมเสริมที่ตรงกับความชอบของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น งานอาชีพะบำบัด, ศิลปะบำบัด, ดนตรีบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลินและเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ช่วยให้รู้สึกว่าตนเองยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีคุณค่าได้ นอกจากนี้ชิ้นงานที่ผู้สูงอายุประดิษฐ์ขึ้นอาจส่งเสริมให้มีการจำหน่ายเพื่อเพิ่มรายได้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งยังมีส่วนช่วยให้เกิดความภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่ง^(22, 23)

จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของคะแนนดิบจากแบบสอบถาม พบว่า คะแนนจาก Thai GHQ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ได้คะแนนจาก Thai GHQ สูง พบว่ามีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีคะแนนแสดงถึงภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล อาการทางกายสูงกว่าและมีภาวะทุพพลภาพมากกว่า⁽²⁴⁾ และมีการศึกษา พบว่า สุขภาพจิตขึ้นอยู่กับประเด็นหลัก ๆ คือ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตหรือศาสนา^(25, 26)

ความสุขในชีวิตซึ่งเกิดจากความพอใจในชีวิต และมีชีวิตที่มีความหมาย และพลังที่จะมีชีวิตอยู่ซึ่งเป็นผลจากการมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิต⁽²⁶⁾ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของ Maslow ที่ว่าคนทุกคนมีความปรารถนาที่จะได้รับความสำเร็จในตนเองและต้องการให้ผู้อื่นยอมรับนับถือในความสำเร็จของตนถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจก็จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ และมีประโยชน์ต่อสังคม⁽²⁷⁾

อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่ได้ศึกษาถึงรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการมาเยี่ยมแต่ละครั้งและกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้มาเยี่ยมและ การศึกษาความพึงพอใจต่อสถานที่พักเป็นเพียงการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์การจัดรูปแบบกิจกรรมของการมาเยี่ยมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการพำนักในสถานสงเคราะห์

สรุป

จากการวิจัยสรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางแคพบได้ร้อยละ 22.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี, การมีโรคประจำตัว, การไม่มีผู้มาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อบ้านบางแคน้อยมากถึงปานกลางและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง การทราบถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง และตระหนักในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและให้การดูแลในปัจจัยด้านจิตสังคมดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้โดยได้รับความ

ช่วยเหลืออย่างดีจากบุคคลหลาย ๆ ท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางแคและคุณ อุมารภรณ์ ผ่องจิตต์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมอบทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยและความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

อ้างอิง

- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2550
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. 2552 [วันที่เข้าถึง 12 ธ.ค. 2552]. แหล่งที่มา: <http://www.oppo.opp.go.th/info/network.htm>
- จिरาลักษณ์ จงสถิตมัน. การประเมินสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณีสถานสงเคราะห์ 3 แห่ง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543
- เรื่องรอง ชาญวุฒิธรรม. คนชราในสถานสงเคราะห์: ชีวิตและตัวตน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547
- อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ. รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ปีพ.ศ. 2542. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General

- Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 ม.ค.-มี.ค.;41(1):2-17
8. เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529
 9. Aris MAM, Draman S. Physical and mental health problems of the elderly in nursing homes in Kuantan, Pahang. *Int Med J* [online] 2007 Jun [cited 2011 Jan 5]; 6(1): [9 screen]. Available from: www.eimjm.com/Vol6-No1/Vol6-No1-B4.htm
 10. Yap LK, Au SY, Ang YH, Kwan KY, Ng SC, Ee CH. Who are the residents of nursing home in Singapore? *Singapore Med J* 2003 Feb; 44 (2): 65-73
 11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. ผลการดำเนินงานศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552
 12. Barbera EF. Improving the treatment of mental health issues in nursing homes [online] 2010 [cited 2011 Jan 5]. Available from: <http://www.mcknights.com/improving-the-treatment-of-mental-health-issues-in-nursing-homes/article/171434/>
 13. Burns BJ, Wagner HR, Taube JE, Magaziner J, Permutt T, Landerman LR. Mental health service use by the elderly in nursing homes. *Am J Public Health* 1993 Mar;83(3):331-7
 14. Lie D. Mental health issues in Australian nursing homes. *Aust Fam Physician* 2003 Jul;32(7): 519-22
 15. วันเพ็ญ เซาว์เชิง. การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. การสัมมนาวิชาการแห่งชาติ ครั้งที่ 15. วันที่ 22-24 พ.ค 2545. กรุงเทพมหานคร, 2545:52-3
 16. ปราณ ศรีสงคราม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่. บทความวิจัยของงานวิชาการในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2551, วันที่ 28-30 พ.ค 2551 ณ โรงแรมปรินทร์พาเลซ, 2551:394
 17. Qiu WQ, Dean M, Liu T, George L, Gann M, Cohen J, Bruce ML. Physical and mental health of homebound older adults: an overlooked population. *J Am Geriatr Soc* 2010 Dec;58(12):2423-8
 18. เทเวศน์ พิริยะพจนท์. การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต [ออนไลน์]. 2542. [วันที่เข้าถึง 16 มี.ค. 2554]. แหล่งที่มา: <http://www.swu.ac.th/royal/book6/index.html>.
 19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลสำรวจ'ชาย'สุขภาพจิตดีกว่า'หญิง'ได้แชมป์สูงสุด [ออนไลน์]. 2542. [วันที่เข้าถึง 16 มี.ค. 2554]. แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/newsmental.jsp>
 20. วิรุฬห์ พรหมเทวี. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของหน่วยงานกระทรวงมหาดไทยในอำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน [วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542
 21. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ. การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543
 22. เกียรติวรรณ อมาตยกุล. สู้ด้วยจิตวิทยา. กรุงเทพ-

มหานคร: ภาพพิมพ์, 2531

23. ขวัญฤทัย อิ่มสมโภช. ผลของศิลปะเพื่อการบำบัดต่อการเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549
24. Hunter KI, Linn WW, Harris R. Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. *Int J Aging Hum Dev* 1981-1982; 14(2): 117-26
25. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: A review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006 Sep; 28(3): 242-50
26. วัลภา คุณทรงเกียรติ. สุขภาพจิตของคนไทย. *Thai Journal of Nursing Research* 2004 Jan-Mar; 8(1):64-82
27. Maslow A. *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row, 1970