

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก

สุรรัตน์ ฌ วิเชียร, พย.ม.*, ปิยพงศ์ สอนลบ, ประ.ด.*

เบญญาภา พรหมพุก, พย.ด.*, นันทา พิริยะกุลกิจ, พย.บ.** และสายชล จันทร์วิจิตร, พย.ด.*

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก โดยการคัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน อายุ 60-104 ปี เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาค่าความสัมพันธ์ของระดับคุณภาพชีวิต และระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ($M=97.36$, $SD=14.75$) อยู่ในคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 58.61 คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 41.11 และคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 0.28 เมื่อจำแนกประเภทคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านกาย มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ($M=26.63$, $SD=4.28$) ด้านจิตใจคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($M=23.48$, $SD=3.94$) ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ($M=10.44$, $SD=2.01$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($M=29.52$, $SD=4.99$) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.61 ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 6.39 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r=-.535$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตรายด้านองค์ประกอบ พบว่า ด้านกาย ($r=-.534$) ด้านจิตใจ ($r=-.555$) ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ($r=-.348$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($r=-.442$) มีความสัมพันธ์กันเชิงลบกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ปัจจัยคุณภาพชีวิต โรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** ศูนย์สุขภาพพมทานุภาพ เทศบาลนครพิษณุโลก

Corresponding author: Piyapong@bcnb.ac.th

(Received: January 31, 2024; Revised: March 25, 2024; Accepted: June 1, 2024)

The quality-of-life factors related to depression among older adults in Phitsanulok municipality

Sureerat Na-Wichian, M.N.S.* , Piyapong Sornlob, Ph.D.*

Benyapa Prompuk, Ph.D.* , Nantha Phiriyakulkit, B.N.S.** & Saichol Janwijit, Ph.D.*

Abstract

Depression is a common problem that affects quality of life in the elderly. This study was a correlation descriptive research. The objectives were to study the quality of life of the elderly, prevalence of the elderly with depression, and quality of life (QOL) factors associated with depression among the elderly in Phitsanulok municipal area. The 360 elderly aged between 60-104 years were enrolled by a random sampling. The instruments composed of a personal information questionnaire, the summary of the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHOQOL-BREF-THAI) and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, and mean. The Pearson's Correlation statistics were used to evaluate the relationship between QOL factors and depression.

The results showed that 58.61% of the elderly had overall quality of life in the level of good quality of life ($M=97.36$, $SD=14.75$), the moderate quality of life was 41.11% and the poor quality of life was 0.28%. The quality of life, categorized by components, showed moderate physical aspect ($M=26.63$, $SD=4.28$), good mental aspect ($M=23.48$, $SD=3.94$), moderate social relationship aspect ($M=10.44$, $SD=2.01$) and moderate environmental aspects ($M=29.52$, $SD=4.99$). 93.61% of the elderly had no depression. The elderly had mild depression for 6.39%. The relationship between quality of life and depression found that overall quality of life has a negative relationship with depression ($r=-.535$) with statistical significance at the .05 level. Then analyzing depression and quality of life in terms of components, the physical aspect ($r=-.534$), the mental aspect ($r=-.555$), the social relationship aspect ($r=-.348$), and the environmental aspect ($r=-.442$) were negatively related with statistically significant at the .05 level.

Research findings and recommendations, the research results can be used as basic information for elderly care planning in order to create a good quality of life and reduce depression in the elderly.

Key words: quality of life factors depression older persons

* Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health **Mahanuphap Health Center, Phitsanulok Municipality Office

บทนำ

ในปัจจุบันมีความเจริญทางด้านเทคโนโลยีทำให้ประชาชนมีอายุเฉลี่ยมากขึ้น และจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2563) รวมทั้งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2566 เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ สัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 20 ดังสถิติจำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทย ในปี 2565 รวม 12,519,926 คน จากประชากรจำนวน 66,090,475 คน คิดเป็นร้อยละ 18.94 และในปี 2566 รวม 13,064,929 คน จากประชากรจำนวน 65,061,190 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 จำแนกเป็นเพศชาย ร้อยละ 44 และ เพศหญิง ร้อยละ 56 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จากสถิติจำนวนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกในการดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ ได้ทำการสำรวจเมื่อ มกราคม 2565 พบจำนวนผู้สูงอายุ เพศชาย จำนวน 1,531 คน เพศหญิง จำนวน 2,283 คน รวมทั้งหมด 3,814 คน (ศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ, 2565)

คุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า คุณภาพชีวิต (quality of life : QoL) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยหลายมิติของการรับรู้ที่มีความแตกต่างเฉพาะของบุคคลในแต่ละหน้าที่ ตำแหน่ง และบริบทของชีวิต นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและค่านิยมของบุคคล และสัมพันธ์กับการมีชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีความคาดหวัง และความต้องการมีมาตรฐานในการดำเนินชีวิต และยังประกอบไปด้วยองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย และจิตใจของบุคคล (Pequeno, Cabral, Marchioni, Lima, & Lyra, 2020) กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังมีด้านการสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพอย่างทันสมัย ความรอบรู้ทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารในการนำมาดูแลสุขภาพ (Baraković, Baraković Husić, van Hoof, Krejcar, Maresova, Akhtar, & Melero, 2020) องค์การอนามัยโลก (The world health organization) ได้จำแนกการประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต The world health organization quality of life assessment (WHOQOL) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย องค์ประกอบด้านจิตใจ องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม สามารถนำไปประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างครอบคลุม (The World Health Organization, 2012; สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2565)

ภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินคัดกรองและแยกระดับความรุนแรงได้หลายระดับ ได้แก่ ระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง นำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย และปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพการเกิดโรคเรื้อรัง ปัจจัยจากการเกิดความเสื่อมสภาพทางร่างกาย การมีความรู้ในการใช้ยาไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม (Cahoon, 2012) กลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องด้วยจากภาวะการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตใจและ

สังคม (ชาญศักดิ์ วิชิต, 2564) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดความคิดในการฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง 3 เท่า (รวีพรดิ พลุลาก, 2560) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญ

จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จากสถานพยาบาล 20 แห่งทั่วประเทศ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชในปี 2563 จำนวน 1,080,512 คน ปี 2564 จำนวน 1,080,303 คน และในปี 2565 จำนวน 1,129,404 คน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2565 จำนวน 71,394 คน (กรมสุขภาพจิต, 2565) สำหรับในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 2 คาดว่าจะมีผู้ป่วยจิตเวชประมาณ 5 แสนคนจากประชากรที่มีประมาณ 3.5 กว่าล้านคน และโรคที่เข้ารับการรักษาที่กรมสุขภาพจิตเป็นลำดับต้นๆ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วประเทศมีคนป่วยประมาณ 1.5 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, 2561) นอกจากนี้โรคซึมเศร้านักเกิดในผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังจากการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในการป้องกันโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรครื้อรังในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทจังหวัดพิษณุโลก พบผู้สูงอายุมีโรคซึมเศร้า ร้อยละ 11.18 และมีแนวโน้มจะเกิดโรคซึมเศร้าได้ เพราะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ มากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป (ยุพาพัทธ์ เอลเกนต์, 2562) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.9 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.17 นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า (สุหทัย โทสังวาล, 2563)

จากโครงสร้างของประชากร การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เกิดโรคเรื้อรังมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านปัญหาเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน และผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล โดยเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า และการเกิดคุณภาพที่ไม่ดีในผู้สูงอายุได้ (Ma, Li, Deng, Wang, Wang, Wang, & Xiang, 2020; ประสบสุข ศรีแสนปาง, 2561) และจากการสำรวจข้อมูลในพื้นที่เทศบาลเมืองพิษณุโลกยังไม่เคยมีการสำรวจและหาความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมือง พิษณุโลก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมือง พิษณุโลก เพื่อจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับท้องถิ่นและชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและให้บริการเชิงรุก กำหนดมาตรการและการป้องกันเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

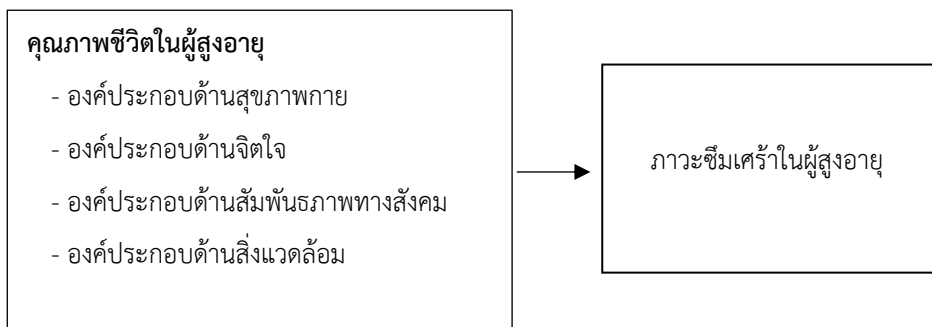
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคซึมเศร้าในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา (population) คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่เทศบาลเมือง พิษณุโลก จำนวน 3,814 คน (เทศบาลนครพิษณุโลก, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง พิษณุโลก

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ จากจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก จำนวน 3,814 คน (เทศบาลนครพิษณุโลก, 2565) กำหนดขนาดตัวอย่างของแอสกินและคอตตอน (Askin, H. & Colton, R., 1963) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ระดับความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 299 คน และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% (Polit & Beck, 2004) รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้เท่ากับ 360 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 60 ปี อาศัยอยู่ในเทศบาลนคร พิษณุโลก โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากประชากรโดยการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองพิษณุโลก จำนวน 360 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) การศึกษาในครั้งนี้คือ

1) เป็นผู้มีระดับความรู้สึกตัวดี 2) สื่อสารเข้าใจ 3) อายุ 60 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เมื่อมีอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

1) มีอาการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 2) ปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) จำนวน 26 คำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ คือ 1) ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ไม่เลย 1 คะแนน, เล็กน้อย 2 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, มาก 4 คะแนน และมากที่สุด 5 คะแนน 2) ข้อที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 เกณฑ์การให้คะแนน ไม่เลย 5 คะแนน, เล็กน้อย 4 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, มาก 2 คะแนน, มากที่สุด 1 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนรวมในส่วนที่ 2 คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถแยกแปลผลเป็นรายองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .97 (สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเพื่อคัดกรองการมีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) จำนวน 30 คำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีข้อคำถามทางบวกและทางลบ การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนรวมแปลผลได้ 4 ระดับ คือ 0-12 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 19-24 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) 25-30 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ค่าความเชื่อมั่นทดสอบโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำได้ค่า $r=1.00$; $p<.01$ (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเครื่องมือ ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจำนวน 20 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .80 และ .84 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เลขที่โครงการวิจัย 001/2566 เอกสารรับรอง CoA No. 001/2566 REC No 001/2566 วันที่ 31 มีนาคม 2566 หลังจากได้รับรองจริยธรรม ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตนายกเทศมนตรีนครพิบูลย์โลก เพื่อความเข้าเก็บข้อมูล
2. เข้าพบผู้นำชุมชนและศูนย์สุขภาพในเขตเทศบาลนครพิบูลย์โลก เพื่อขอเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลตลอดจนขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าถึงอาสาสมัครโดยผู้วิจัยสุ่มศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดพิบูลย์โลก หลังจากนั้นติดต่อศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการสุ่มเพื่อขอเข้าไปเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุในชุมชน
4. ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านผู้ประสานในงานพื้นที่ ขออนุญาตผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มรายชื่อเข้ารับการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน
5. ดำเนินการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านหนังสือและเขียนไม่ได้ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลด้วยตนเอง
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 360 คน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. จำแนกกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยหาค่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ
4. หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และใช้สถิติหาค่าความสัมพันธ์ของข้อมูลคุณภาพชีวิตและข้อมูลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) โดยผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของตัวแปร คือ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่ม ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 กลุ่มที่มีการวัดอยู่ในระดับช่วง การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และตัวแปรมีความสัมพันธ์แบบเส้นตรง หลังจากนั้นจึงหาความสัมพันธ์โดยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยกำหนดระดับความสัมพันธ์ของค่าสหสัมพันธ์ คือ ค่า $r=0.00-0.30$ ระดับต่ำมาก, $r=0.31-0.50$ ระดับต่ำ, $r=0.51-0.70$ ระดับปานกลาง, $0.71-0.90$ ระดับสูง และ $r=0.91-1.00$ ระดับสูงมาก (Hinkle, Wiersma, & Jurs, 2003)

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน เพศชาย 129 คน ร้อยละ 35.83 เพศหญิง 231 คน ร้อยละ 64.17 ช่วงอายุ 60-104 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.72 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 58.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ จบการศึกษา สถานภาพ (n=360)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=360)			
	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย			129	35.83
หญิง			231	64.17
อายุ (ปี) (range =60-104ปี)	70.38	7.28		
จบการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา			5	1.39
ประถมศึกษา			161	44.72
มัธยมศึกษาตอนต้น			65	18.06
มัธยมศึกษาตอนปลาย			30	8.33
อนุปริญญา/ปวส.			21	5.83
ปริญญาตรี			78	21.67

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=360)		
	M	SD	ร้อยละ
สถานภาพ			
โสด			60
คู่			210
หม้ายหรือหย่าร้าง			86
แยกกันอยู่			4

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 58.61 คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 41.11 และคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 0.28 และจำแนกประเภทคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านกาย จิตใจ สัมพันธภาพ และ สิ่งแวดล้อม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลคุณภาพชีวิต การแปลผลรายองค์ประกอบ (n=360)

รายละเอียด	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี		M	SD	แปลค่า
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	1	0.28	148	41.11	211	58.61	97.36	14.75	ดี
- องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	3	0.83	357	99.17	0	0	26.63	4.28	ปานกลาง
- องค์ประกอบด้านจิตใจ	7	1.94	353	98.06	0	0	23.48	3.94	ดี
- องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	30	8.33	330	91.67	0	0	10.44	2.01	ปานกลาง
- องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	0	0	360	100	0	0	29.52	4.99	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 93.61 ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 6.39 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การแปลผลรายองค์ประกอบ (n=360)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ผู้สูงอายุปกติ	337	93.61
ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย	23	6.39

ส่วนที่ 4 หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล และหาค่าความสัมพันธ์ของข้อมูลคุณภาพชีวิต และข้อมูลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r=-.535$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อวิเคราะห์ผลภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตรายด้านองค์ประกอบ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบ คือ ด้านกาย ($r=-.534$) ด้านจิตใจ ($r=-.555$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($r=-.348$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($r=-.442$) มีความสัมพันธ์กันในเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์	ด้านกาย	ด้านจิตใจ	ด้านสัมพันธภาพ	ด้านสิ่งแวดล้อม	ภาวะซึมเศร้า
ด้านกาย		.816**	.622**	.767**	-.534**
ด้านจิตใจ			.576**	.806**	-.555**
ด้านสัมพันธภาพ				.622**	-.348**
ด้านสิ่งแวดล้อม					-.442**
คุณภาพชีวิตโดยรวม					-.535**

NS $p > .05$, ** $p < .05$

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบดังนี้

1) ผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณภาพชีวิตโดยรวม ($M=97.36$, $SD=14.75$) อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 58.61 คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 41.11 และคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 0.28 และจำแนกประเภทคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านกาย ($M=26.63$, $SD=4.28$) ด้านจิตใจ ($M=23.48$, $SD=3.94$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M=10.44$, $SD=2.01$) และ ด้านสิ่งแวดล้อม ($M=29.52$, $SD=4.99$) ด้วยเหตุผลที่ว่าคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อยู่เขตเมืองมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 93.61 ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 6.39 ทำนองเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.9 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.17 นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า (สุหชัย โตสังวาล, 2563)

3) ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกแยกตามองค์ประกอบ คือ คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านกาย ($r=.917$) ด้านจิตใจ ($r=.922$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($r=.730$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($r=.928$) ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และมีสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้สูงอายุที่ดีและปลอดภัยจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ ในขณะที่คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r=-.535$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อวิเคราะห์ผลภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตรายด้านองค์ประกอบ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับด้านกาย ($r=-.534$) ด้านจิตใจ ($r=-.555$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($r=-.348$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($r=-.442$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันในเชิงลบกับทุกด้านของคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผลการหาค่าความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้า พบว่า สถานภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r=-.126$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่เพศ อายุ และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับการเกิดคุณภาพชีวิตต่ำ มีปัญหาทางด้านร่างกายจิตใจ ไม่แข็งแรง และมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลง (กองสุขศึกษา, 2563) ส่งผลต่อผู้สูงอายุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การแยกตัวออกจากสังคม อาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย (ชาญศักดิ์ วิจิต, 2564) ในขณะเดียวกันระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทำนองเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นชุมชนที่อยู่ใกล้ตัวเมืองและมีสภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 244 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราความชุกในการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 26.2 พบในเพศหญิง ร้อยละ 29.3 เพศชาย ร้อยละ 22.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส การมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว การออกกำลังกาย ความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง การทะเลาะกับครอบครัว ความพึงพอใจที่อยู่อาศัย การมีเพื่อน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (พิทยุทธิ์ คงพวง, พิมพ์พรรณ อัมพันธ์ทอง, วิชรี เพ็ชรวงษ์, และสุนันทรา ขำนวนทอง, 2564) ยังพบอีกว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า (ปติตตา ทรวงโพธิ์ และสุพร วงศ์ประทุม, 2564)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่เขตเมือง โดยรวมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ยังพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด หม้ายหรือหย่าร้าง ทำให้ไม่ต้องการเข้าสู่สังคม แต่ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกไม่มีภาวะซึมเศร้าด้วยเหตุผลคือมีหน่วยงานที่เข้ามาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง พบการจัดกิจกรรมทางสังคม การมีส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและสังคม เช่น การออกกำลังกายด้วยรูปแบบต่างๆ การนันทนาการ การมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุที่ทางหน่วยงานของรัฐจัดให้ การมีส่วนร่วมในการเป็นกรรมการของชุมชน และกิจกรรมการส่งเสริมทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริม ป้องกันและเป็นแนวทางกำหนดมาตรการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านกาย จิตใจ สัมพันธภาพและด้านสิ่งแวดล้อม และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของประชาชนเทศบาลนครพิษณุโลก

2. ด้านการบริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนแนวทางในการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และกำหนดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในด้านกาย จิตใจ สัมพันธภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุ

3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4. ด้านการเรียนการสอน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์พยาบาลในการสอนนักศึกษาพยาบาล เรื่องภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อยอดในผู้สูงอายุที่พบภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า โดยมีปัจจัยที่มากกว่าคุณภาพชีวิต เพื่อขยายผลลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุ*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *กรมสุขภาพจิต เปิดศูนย์เชี่ยวชาญโรคจิตเวชแห่งที่ 20 ที่ จ.พิษณุโลก ดูแลประชาชน 5 จ.ภาคเหนือตอนล่าง*. <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/116874/>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเรื้อรัง ต้นเหตุซึมเศร้าในผู้สูงวัยผู้สูงอายุ*. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29993>
- กองสุขศึกษา. (2563). *ครอบครัวไทยใส่ใจผู้สูงอายุ*. http://healthyde.moph.go.th/view_article.php?id=693
- ชาญศักดิ์ วิจิต. (2564). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคอีสาน*, 36(1), 24-36.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS). *Siriraj Medical Journal*. 46(1), 1-9.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 19(38), 105-118.

- เทศบาลนครพิษณุโลก. (2565). *รายงานสถิติจำนวนผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง พิษณุโลก เขต 2 ณ ปี พ.ศ. 2565*. พิษณุโลก: เทศบาลนครพิษณุโลก.
- ปัทิตตา ทรวงโพธิ์, และสุพร วงศ์ประทุม. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 4(2), 72-92.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความลุ่มลึกในการพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 41(1), 129-140.
- พิทยุตม์ คงพ่วง, พิมพ์พรรณ อัมพันธ์ทอง, วชิรี เพ็ชรวงษ์, & สุนันทรา ข่านวนทอง. (2564). ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 4(11), 338-348.
- ยุพาพักตร์ เอลเกนต์. (2562). *รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในการป้องกันโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดพิษณุโลก* [วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- รวีพรดี พลุลาก. (2560). ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำจ้ำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 4(2), 72-85.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2563). การพยาบาลแบบประคับประคองผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาร*, 47(1), 454-466.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ. (2565). *รายงานสถิติจำนวนผู้สูงอายุในเขต 2 เทศบาลเมืองพิษณุโลก*. พิษณุโลก: ศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ.
- สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-24.
- สุหชัย โตสังวาล. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 24(2), 175-188.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง
- Askin, H. & Colton, R. (1963). *Tables for Statisticians*. (3rd ed.). New York: Barnes & Noble Inc.
- Baraković, S., Baraković Husić, J., van Hoof, J., Krejcar, O., Maresova, P., Akhtar, Z., & Melero, F. J. (2020). Quality of life framework for personalised ageing: A systematic review of ICT solutions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2940.
- Cahoon, C. G. (2012). Depression in older adults. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(11), 22-30.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences (Vol. 663)*. Boston: Houghton Mifflin.

- Ma, Y. F., Li, W., Deng, H. B., Wang, L., Wang, Y., Wang, P. H., ... & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. *Journal of affective disorders, 275*, 145-148.
- Pequeno, N. P. F., Cabral, N. L. D. A., Marchioni, D. M., Lima, S. C. V. C., & Lyra, C. D. O. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and quality of life outcomes, 18*(1), 1-13.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods. 7th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- The World Health Organization. (2012). *The world health organization quality of life (WHOQOL)*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>