วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS
ISSN 2672-9148 (print) ISSN 2651-1711 (online)

ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับความรู้สึกว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Prevalence and Associated Factors of Loneliness among Older Adults in Outpatient Department, Phramongkutklao Hospital

นิพนธ์ต้นฉบับ
Received : Sept. 29, 2025
Revised : Apr. 17, 2026
Accepted : Apr. 21, 2026
Published : May. 22, 2026

ชิดชนก ชุมทอง, กรวีร์ เมธิสริยพงศ์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ
กองตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
Chidchanok Chumthong, Korawee Matesareyapong, Patsri Srisuwan
Department of Family medicine, Phramongkutklao hospital

บทคัดย่อ

ความรู้สึกว้าเหว่ เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะนี้ได้ถูกพูดถึงมาก โดยเฉพาะในยุคหลังจากที่มีการระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสังคมในระยะยาว โดยภาวะนี้เชื่อมโยงกับผลกระทบด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการศึกษาภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของความรู้สึกว้าเหว่และปัจจัยสัมพันธ์กับความรู้สึกว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มอย่างง่าย ประกอบด้วยผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป และมีความสามารถในการสื่อสารได้ จำนวนทั้งหมด 250 คน ทั้งหมด จะได้รับประเมินความรู้สึกว้าเหว่ด้วยแบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ยูซีแอลเอฉบับ 6 ข้อ และภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) พร้อมเก็บข้อมูลด้านประชากร สุขภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์เพื่อหาความชุกของภาวะความรู้สึกว้าเหว่ และวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 42.8 มีความรู้สึกว้าเหว่ และพบปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยยะสำคัญ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (AOR 28.93, p-value 0.004), อายุ ≥70 ปี (AOR 25.99, p-value < 0.001), เพศชาย (AOR 9.44, p-value 0.019) และมีปัญหาสุขภาพ (AOR 26.75, p-value 0.001) ในทางกลับกันพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมขึ้นไป (AOR 0.11, p-value 0.026) ผู้ที่มีงานอดิเรก (AOR 0.04, p-value 0.001) และผู้ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม (AOR 0.08, p-value 0.003) ถือเป็นปัจจัยป้องกันอย่างมีนัยยะสำคัญ สรุปได้ว่า ความรู้สึกว้าเหว่ในผู้สูงอายุมีความชุกที่สูงและมีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมและมีกิจกรรมยามว่าง อาจสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดความรู้สึกว้าเหว่ได้

คำสำคัญ: ความรู้สึกว้าเหว่, ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, ปัจจัยทางสังคม, ผู้ป่วยนอก

Corresponding Author: ชิดชนก ชุมทอง E-mail: phon.humbrella@gmail.com

ISSN 2672-9148 (print) ISSN 2651-1711 (online)

Abstract

This study aimed to determine the prevalence of loneliness and its associated factors among older adults, as loneliness has become an increasing public health concern, particularly following the COVID-19 pandemic, which has had long-term effects on social behaviors. This research employed a cross-sectional descriptive and analytic design and was conducted among 250 older adults aged 60 years and above attending the outpatient department at Phramongkutklao Hospital. Loneliness was assessed using the 6-item UCLA Loneliness Scale, and depression was evaluated using the 15-item Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15). Demographic characteristics, health status, and social interaction data were also collected.

The results showed that 42.8% of participants experienced loneliness. Factors significantly associated with increased risk of loneliness included depression (Adjust OR = 28.93, p = 0.004), age ≥70 years (Adjust OR = 25.99, p < 0.001), male gender (Adjust OR = 9.44, p = 0.019), and the presence of health problems (Adjust OR = 26.75, p = 0.001). Conversely, protective factors included having at least a secondary level of education (Adjust OR = 0.11, p = 0.026), having hobbies (Adjust OR = 0.04, p = 0.001), and participating in social activities (Adjust OR = 0.08, p = 0.003), all of which were statistically significant in conclusion, loneliness among older adults is highly prevalent and is strongly associated with depression as well as health and social factors. Promoting social engagement, encouraging hobbies, and addressing mental health in older adults may help reduce the risk of loneliness

Key words: Loneliness, Older adults, Depression, Social factors, Outpatient setting

Corresponding Author: Chidchanok Chumthong E-mail: phon.humbrella@gmail.com

บทนำ

ภาวะความรู้สึกว้าเหว่ได้เป็นภาวะที่พบได้มากถึง 1 ใน 6 หรือประมาณ 16% ของประชากรโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น วัยรุ่นหรือผู้สูงอายุ อาจพบได้สูงถึง 20% หรือมากกว่า จากหลายการศึกษาพบว่ามีภาวะที่ความรู้สึกว้าเหว่ ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหลังจากที่มีการระบาดใหญ่ทั่วโลกของไวรัสโควิด 19 โดยมีอัตราแยกจากสังคม (Social isolation) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อติดตามจึงพบว่ามีอัตราแยกสังคมจาก 19.2% เป็น 21.8% ในปี 2562 ถึงปี 2567 ซึ่งจะเห็นได้กว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แม้จะผ่านช่วงระบาดครั้งใหญ่ไปแล้ว อันเป็นผลมาจากมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาด เช่น การกักตัว (Self quarantines) หลังจากมีการติดเชื้อหรือมีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโควิด 19 หรือการเว้นระยะห่างแยกตัวจากสังคม (Social distancing) ซึ่งมีผลทำให้มีพฤติกรรมทางสังคมที่เปลี่ยนไปและมีการลดลงของกิจกรรมทางสังคมได้อย่างชัดเจนในระยะยาว และแม้ว่าโลกในปัจจุบันจะมีการเชื่อมต่อออนไลน์มากขึ้น แต่ดูเหมือนจะไม่ได้ช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

โดยพฤติกรรมทางสังคมที่เปลี่ยนไปในระยะแรกหลังมีภาวะไวรัสโควิด 19 ระบาด ส่งผลต่อเนื่องในระยะยาว รวมถึงการเปลี่ยนไปทางวัฒนธรรมสังคม ที่มีความเป็นชุมชนเมืองมากขึ้น ทำให้มีการอยู่อย่างสันโดษและไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งได้มีการศึกษาต่อเนื่องจนพบว่า ภาวะความรู้สึกว้าเหว่ที่มีอย่างต่อเนื่อง สามารถส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น รวมถึงส่งผลต่อสุขภาพทางกาย เช่น ทำให้การควบคุมโรคประจำตัวเรื้อรังมีการถดถอยแย่ลง เพิ่มอัตราตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งยังส่งผลเชื่อมโยงกับภาวะอักเสบเรื้อรังในร่างกายที่สูงขึ้น โดยมีการประเมินว่ามีผู้เสียชีวิตก่อนวัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะว้าเหว่มากถึงประมาณ 871,000 คน/ปี จากข้อมูลการสำรวจในประชากรโลก ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลมากโดยเฉพาะกับกลุ่มคนเปราะบาง ยิ่งในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) แล้วตั้งแต่ปี 2565 และมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุขั้นสุด (Super-Aged society) ในปี 2574 ส่งผลให้ยิ่งต้องเพิ่มความตระหนักปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและถูกมองข้ามในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น

โดยปัจจุบันยังมีข้อจำกัดด้านข้อมูลทั้งทางด้านความชุกของภาวะว้าเหว่รวมถึงปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวในประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีข้อด้อยตรงที่ยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเดียวในการวัดความรู้สึกว้าเหว่ ทั้งยังเปรียบเทียบความชุกของแต่ละกลุ่มประชากรยาก เนื่องจากความชุกอาจมีความต่างกันมากแม้จะศึกษาในประชากรคล้ายกันแต่ต่างพื้นที่และวัฒนธรรม และเนื่องจากการศึกษาก่อนหน้ามีการศึกษาในสังคมที่แตกต่างกันและประเมินปัจจัยสัมพันธ์ไม่ครอบคลุม ทางผู้จัดทำจึงสนใจศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อสำรวจความชุกและรวบรวมปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกว้าเหว่ เพื่อสามารถนำผลวิจัยสะท้อนภาพรวมของประชากรที่รับผิดชอบดูแลรักษา รวมถึงสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มารับบริการ รวมทั้งสามารถออกแบบการดูแลแบบปฐมภูมิเพื่อคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งเสริมการดูแลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของความรู้สึกว้าเหว่ในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับความรู้สึกว้าเหว่ในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีระยะเวลาดำเนินงานวิจัยในช่วง 6 มีนาคม 2567 ถึง 30 มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ที่มาเข้ารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากการสำรวจพบว่ามีจำนวน 9,864 คน ในช่วง 3 เดือน ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2567
2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 314 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ภาวะที่มีความรู้สึกหว่าเว้และภาวะซึมเศร้าได้
3. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมทำการวิจัยและได้ลงนามในใบแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะโรคสมองเสื่อม (Dementia) หรือมีพัฒนาการทางสมองผิดปกติ
2. ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
3. ผู้ที่ไม่สมัครใจ และ/หรือไม่ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย
4. ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี

กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มอย่างง่ายโดยจะมีการกำหนดรายชื่อตามเลขที่ที่มารับบริการและจะถูกสุ่มเข้าห้องตรวจที่กำหนด โดยประชากรมีโอกาสเลือกเท่ากันและมีอิสระต่อกัน

โดยพิจารณาเพื่อหาความชุกของความรู้สึกว้าเหว่ โดยจากการศึกษา Loneliness in primary care patients: A prevalence study (Ann Fam med. 2019 Mar; 17(2): 108-115.) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1,235 คน พบว่ามีความชุกของความรู้สึกว้าเหว่ 246 คิดเป็นร้อยละ 20

ดังนั้นจึงได้คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}\, p(1-p)}{d^2}$$

= 245.86 คน

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 246 คน

หมายเหตุ ระดับความเชื่อมั่น 95%, $\alpha = 0.05$

Z = 1.96

p = อัตราส่วนความรู้สึกว้าเหว่ (ร้อยละ 20)

d = ค่าความผิดพลาดของร้อยละ 5

โดยในการดำเนินงานวิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีแบบสอบถามโดยถูกออกแบบเพื่อหาข้อมูลประชากร ปัจจัยทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และส่วนของแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้สึกว้าเหว่ที่ได้รับการแปลไทย โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ถูกออกแบบโดยคำนึงถึงปัจจัยสัมพันธ์กับความรู้สึกว้าเหว่ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้สึกว้าเหว่ ได้มีการออกแบบโดยเทียบกับเครื่องมือที่ใช้ศึกษาจากงานวิจัยก่อนหน้า

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพ
4. อาชีพ
5. ประวัติการเกษียณอายุในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
6. ระดับการศึกษา
7. ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ

1. ปัญหาด้านการมองเห็น
2. ปัญหาด้านการได้ยิน
3. ปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่
4. ประวัติโรคประจำตัวเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมสังคมและงานอดิเรก

1. การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media)
2. งานอดิเรก
3. การเข้าสังคมและ/หรือเข้าร่วมกิจกรรมสังคม

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ยูซีแอลเอฉบับ 6 ข้อ (RULS-6)

แปลโดย ศ.นพ.ทินกร - ศ.พญ.ณหทัย วงศ์ปการันย์ ปรับปรุงใหม่ 2563 จาก 6-item UCLA Loneliness Scale (Daniel W. Russell 1996) และผู้แปลนำมาดัดแปลงและปรับให้เหมาะสม ได้รับการคำนวณความเที่ยงของแบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 (Burns & Grove, 1997)

<u>การแปลผล</u>

< P25 - P75 หมายถึง ไม่มีหรือมีความรู้สึกว้าเหว่ระดับน้อย

> P75 หมายถึง มีความรู้สึกว้าเหว่

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15)

แปลโดย ศ.พญ.ณหทัย วงศ์ปการันย์ จาก 15-Item Geriatric Depression Scale และผู้แปลนำมาดัดแปลงและปรับให้เหมาะสม โดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุ 130 คน ได้รับการคำนวณความเที่ยงของแบบ วัดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85 (Burns & Grove, 1997)

การแปลผล

0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า
6-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า
11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลจะถูกรวบรวมโดยผู้จัดทำผ่านการสัมภาษณ์ตัวต่อตัว โดยทำการเก็บข้อมูล ณ ห้องตรวจกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลประมาณ 15 นาที โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยอย่างละเอียด รวมถึงแจ้งขอเปิดเผยข้อมูลในการนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์ โดยมีการลงหนังสือแสดงเจตนายินยอมผ่านทางลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA/MP 12 จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่อแสดงผลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแสดงความชุกของความรู้สึกว้าเหว่ในผู้สูงอายุ

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Analytic statistics) ได้แก่ สถิติ Chi-square test เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สนใจกับความรู้สึกว้าเหว่ และใช้สถิติ Multivariate logistic regression เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความรู้สึกว้าเหว่ในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาว่ามีนัยสำคัญทางสถิติต่อเมื่อมีค่า $p < 0.05$

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2567 เลขที่ IRBRTA 0617/2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวนทั้งหมด 250 คน โดยสัดส่วนเพศใกล้เคียงกัน มีเพศชาย 128 คน (51.2%) และเพศหญิง 122 คน (48.8%) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี จำนวน 216 คน และมีผู้เข้าร่วม 34 คน (13.6%) อายุ 80 ปีขึ้นไป

ข้อมูลทั่วไปอื่นในด้านสถานภาพสมรส ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่แต่งงานหรืออยู่ร่วมกับคู่ชีวิต โดยมีจำนวนร้อยละ 56 ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด ขณะที่ร้อยละ 44 จะประกอบด้วยผู้ที่ไม่มีคู่ชีวิต เป็นหม้าย มีประวัติหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ และเป็นโสด ตามลำดับ ในด้านข้อมูลระดับการศึกษา พบว่าร้อยละ 47.6 มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ในขณะที่มีร้อยละ 31.6 และ 20.8 จบระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ตามลำดับ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ยังพบว่าร้อยละ 60 รายงานว่ามีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 ปัญหา โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และการได้ยินลดลง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรายงานว่ามีรายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ ในด้านปัจจัยทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพเป็นส่วนมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 90.4 ระบุว่ามีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค เมื่อประเมินด้านปัจจัยทางสังคม เรื่องการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่าร้อยละ 48.4 มีใช้สื่อสังคมออนไลน์ 5–7 วันต่อสัปดาห์ ในขณะที่ร้อยละ 51.6 ใช้น้อยกว่า 4 วันต่อเดือน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีงานอดิเรกหรือกิจกรรมทำในเวลาว่างเป็นจำนวนถึง

ร้อยละ 52.4 ในส่วนของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดย ร้อยละ 54 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าเดือนละครั้ง จำนวนร้อยละ 25.6 เข้าร่วมเพียงปีละครั้ง และมีจำนวนถึงร้อยละ 20.4 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่าปีละครั้ง

จากข้อมูลทั้งหมดพบว่ามีความชุกของภาวะความรู้สึกว้าเหว่ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 และพบว่ามีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 จากจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของประชาการกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความชุกของภาวะความรู้สึกว้าเหว่และระดับคะแนนความเศร้า

	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ			
ชาย	128	51.20	
หญิง	122	48.80	
อายุ (ปี)			
60-70	183	73.20	
70-80	35	14.00	
≥ 80	32	12.80	
สถานภาพ			
โสด	3	1.20	
หม้าย	59	23.60	
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	140	56.00	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	48	19.20	
การประกอบอาชีพ			
กำลังประกอบอาชีพ	7	2.80	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	243	97.20	
ประวัติการเกษียณ			
ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา	-	-	
มากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	250	100	
ระดับการศึกษา			
ไม่เคยรับการศึกษา	-	-	
ระดับประถมศึกษา	52	20.80	
ระดับมัธยม	79	31.60	
ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	119	47.60	

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของประชาการกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความชุกของภาวะความรู้สึกว้าเหว่และระดับคะแนนความเศร้า (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ปัญหาสุขภาพ			
ไม่มี	100	40.00	
ด้านการมองเห็น	-	-	
ด้านการได้ยิน	26	10.40	
ด้านการกลั้นปัสสาวะ	124	49.60	
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ	250	100.00	
ไม่เพียงพอ	-	-	
โรคประจำตัวเรื้อรัง			
มีอย่างน้อย 1 โรค	226	90.40	
ไม่มี	24	9.60	
การใช้สื่อสังคมออนไลน์			
น้อยกว่า 4 วัน/เดือน	129	51.60	
1-2 วัน/สัปดาห์	-		
3-4 วัน/สัปดาห์	-		
5-7 วัน/สัปดาห์	121	48.40	
งานอดิเรก			
ไม่มี	119	47.60	
มี	131	52.40	
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม			
ไม่เคยเข้าร่วม	51	20.40	
เข้าร่วมปีละหนึ่งครั้ง	64	25.60	
อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี	-	-	
เดือนละ 1 ครั้ง	-	-	
มากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	135	54.00	
ความรู้สึกว้าเหว่ (UCLA score)			8.02 ± 2.46
ไม่มี (< 9 คะแนน, P 0-75)	143	57.2	
มี (≥ 9 คะแนน, P75)	107	42.8	
ความรู้สึกเศร้า (TSDS-15)			1.71 ± 2
ไม่มี (คะแนน < 6)	226	90.4	
มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 6-10)	24	9.6	

จากการวิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะความรู้สึกว้าเหว่ ทั้งปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ ระดับความรู้สึกเศร้า ปัญหาสุขภาพ อายุ และเพศ ตามลำดับ รวมทั้งปัจจัยเชิงป้องกัน ได้แก่ การมีงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และระดับการศึกษา ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้สึกเศร้าฉบับภาษาไทยแล้วพบว่าความเสี่ยงความรู้สึกเศร้า มีความเสี่ยงในเกิดความรู้สึกว้าเหว่มากขึ้นถึง 28.93 เท่า (AOR = 28.93, 95% CI = 2.98-280.88, p-value 0.004) รวมถึงผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและมีอายุมากกว่า 70 ปี เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะความรู้สึกว้าเหว่มากถึง 26.75 เท่า (AOR 26.75, 95% CI = 3.73-191.94, p = 0.001) และเกือบ 26 เท่า (AOR =25.99, 95% CI = 5.59-120.83, p < 0.001) ตามลำดับ และปัจจัยสุดท้าย พบว่า เพศชายเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความรู้สึกว้าเหว่กว่าเพศหญิง 9.4 เท่า (AOR = 9.44, 95% CI = 1.45-61.29, p = 0.019)

ทางกลับกัน ปัจจัยเชิงป้องกันที่พบว่าลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะความรู้สึกว้าเหว่อย่างมีนัยยะสำคัญ ได้แก่ การมีงานอดิเรก (AOR 0.04, p-value 0.001) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (AOR 0.078, p-value 0.003) และระดับการศึกษา (AOR 0.11, p-value 0.026)

ในส่วนของตัวแปรอื่น ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ และความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่าไม่ได้สัมพันธ์กับภาวะรู้สึกว้าเหว่อย่างมีนัยยะสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะความรู้สึกว้าเหว่ โดยใช้ Multivariate logistic regression

		Crude OR (95% CI)	Adjust OR (95% CI)	P-VALUE
เพศ	ชาย	1.668 (1.006-2.764)	9.441 (1.454-61.293)	0.019
อายุ (ปี)	≥ 70	9.306 (3.836-22.589)	25.993 (5.592-120.834)	<0.001
สถานภาพ	กลุ่มอยู่คนเดียว/ แยกกันอยู่	1.583 (0.954-2.626)	2.778 (0.179-43.218)	0.465
การศึกษา	ตั้งแต่มัธยมขึ้นไป	0.295 (0.174-0.502)	0.111 (0.016-0.773)	0.026
ปัญหาสุขภาพ	มี	2.125 (1.253-3.604)	26.751 (3.728-191.942)	0.001
งานอดิเรก	มี	0.006 (0.002-0.023)	0.04 (0.005-0.288)	0.001
กิจกรรมสังคม	> 1 ครั้ง/ เดือน	0.004 (0.002-0.014)	0.078 (0.015-0.414)	0.003
ระดับความเศร้า	มีความเสี่ยงขึ้นไป	1.25 (1.096-1.431)	28.933 (2.98-280.875)	0.004

*Significant if p-value < 0.05

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของภาวะความรู้สึกว้าเหว่ และปัจจัยสัมพันธ์กับความรู้สึกว้าเหว่ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของภาวะความรู้สึกว้าเหว่มากถึงร้อยละ 42.8 โดยเมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยก่อนหน้าที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่ามีความชุกที่สูงกว่ามาก ซึ่งอาจมีผลมาจากปัจจัยทางสังคมที่แตกต่างกัน รวมถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาซึ่งมีขนาดเล็กกว่า รวมทั้งการศึกษานี้ ได้ทำการศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมักมีปัญหาสุขภาพร่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่ โดยอาจมีผลต่อความชุกของภาวะความรู้สึกว้าเหว่ที่อาจสูงกว่าผู้สูงอายุสุขภาพดีในสังคมทั่วไป

นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ ได้แก่ ภาวะความรู้สึกเศร้า อายุที่มากกว่า 70 ปี เพศชาย และกลุ่มคนที่ไม่มีงานอดิเรก ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีการศึกษาก่อนหน้า โดยหากกล่าวถึงภาวะความรู้สึกเศร้า มักส่งผลต่อทั้งอารมณ์และความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะความรู้สึกว้าเหว่ที่มากขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้การที่มีความรู้สึกว้าเหว่ ก็อาจส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าได้ เนื่องจากทำให้รู้สึกขาดและลดบทบาททางสังคม ทั้งยังอาจทำให้รู้สึกไร้ที่พึ่งหรือขาดความสัมพันธ์ทางอารมณ์กับผู้คน

ในส่วนของอายุที่มากขึ้น (≥70 ปี) ก็เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความรู้สึกว้าเหว่ โดยปัจจัยนี้เป็นจุดสะท้อนสำคัญ ที่บ่งบอกถึงการสูญเสียบทบาททางสังคม ความสามารถในการเคลื่อนไหวที่จำกัดมากขึ้น และมีปัญหาสุขภาพที่พบได้มากขึ้นในช่วงวัยสูงอายุ และยังพบว่า เพศชายเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาความรู้สึกว้าเหว่มากกว่าผู้หญิงเกือบ 9.5 เท่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงวัฒนธรรมและบริบททางสังคมที่ผู้ชายสูงอายุมักมีส่วนร่วมในเครือข่ายชุมชนหรือขอความช่วยเหลือในการขอการสนับสนุนทางอารมณ์น้อยกว่า

ในทางกลับกัน ยังพบปัจจัยเชิงป้องกัน ได้แก่ มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมขึ้นไป การมีงานอดิเรก และการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม ซึ่งอาจช่วยเพิ่มการตระหนักและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มโอกาสการมีส่วนร่วมและมีบทบาททางสังคม

โดยงานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยแรกๆ ในประเทศไทยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะความรู้สึกว้าเหว่และปัจจัยสัมพันธ์ต่างๆ ซึ่งได้ให้ความสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากการศึกษานี้ ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ทำให้ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดี ที่สามารถใช้ชีวิตในสังคมมีบทบาททางสังคมได้ปกติ ดังนั้น ในการศึกษาในอนาคต แนะนำให้มีการขยายขอบเขตการศึกษาในหลายพื้นที่และหลายบริบท เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่จะสะท้อนประชากรได้อย่างแท้จริง และจากรูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบภาคตัดขวางแบบพรรณนา ทำให้ไม่สามารถบอกรายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสัมพันธ์ที่พบและภาวะรู้สึกว้าเหว่ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่าความชุกของภาวะความรู้สึกว้าเหว่มีมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ และอาจเป็นปัญหาสุขภาพที่อาจมองข้าม จึงสามารถเพิ่มความตระหนักให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในหน่วยปฐมภูมิ (Primary care unit)

2. การให้คำปรึกษาและการดูแลทางคลินิก บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ผลการวิจัยนี้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปี กลุ่มเพศชาย กลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมสังคม และวางแผนเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเพื่อติดตามและป้องกันผลกระทบในอนาคต

3. การให้ความรู้แก่ครอบครัว ผู้ดูแล รวมถึงชุมชน ให้เข้าใจถึงความสำคัญและปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง รวมถึงปัจจัยเชิงป้องกันที่เราสามารถปรับได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย โดยขยายกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม และสถานบริการ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความทั่วไปมากขึ้น

2. ศึกษาเชิงยาว (Longitudinal Study) มีการติดตามผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานานเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของภาวะความรู้สึกว้าเหว่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งยังสามารถช่วยชี้สาเหตุและทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะความรู้สึกว้าเหว่ได้

3. อาจมีการประยุกต์นำผลการวิจัยไปใช้ในทางคลินิก และมีการติดตามผลความเปลี่ยนแปลงของภาวะความรู้สึกว้าเหว่ ซึ่งจะสะท้อนการนำไปใช้จริงและประโยชน์ทางคลินิกได้มากขึ้น

4. อาจมีการปรับเพิ่มเติมเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะความรู้สึกว้าเหว่ อาจจะทำให้พบปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมที่ไม่สามารถวัดด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณได้

5. การศึกษาเรื่องปัจจัยป้องกันเพิ่มเติม โดยขยายการสำรวจใหญ่ขึ้นในส่วนของบทบาทของครอบครัว ชุมชน

References

Aylaz, R., Akturk, U., Erci, B., Ozturk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 55*(3), 548–554.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426. doi:10.1016/S0140-6736(18)30142-9

Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: *A scoping review. Health & Social Care in the Community, 25*(3), 799–812. doi:10.1111/hsc.12311

Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Review and commentary of a national academies report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 28*(12), 1233–1244. doi:10.1016/j.jagp.2020.08.005

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 227–237. doi:10.1177/1745691614568352

Huang, P., Chi, M. J., Kuo, C. L., Wu, S. V., & Chuang, Y. H. (2021). Prevalence of loneliness and related factors among older adults in Taiwan: Evidence from a nationally representative survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 58*, 1–8. doi:10.1177/00469580211035745

JAMA Network Open. (2023). *Social isolation, loneliness, and risk of mortality among adults*. *JAMA Network Open*. doi:10.1001/jama.2023.11958

Kirkland, S. A., Griffith, L. E., Menec, V., Wister, A., Payette, H., Wolfson, C., & Raina, P. (2023). Increased prevalence of loneliness and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *BMC Public Health*, *23*, 872. doi:10.1186/s12889-023-15807-4

Lampraki, C., Hoffman, A., Roquet, A., & Jopp, D. S. (2022). Loneliness during COVID-19: Development and influencing factors. *PLOS ONE, 17*(3), e0265900. doi:10.1371/journal.pone.0265900

Lee, E. E., Depp, C., Palmer, B. W., Glorioso, D., Daly, R., Liu, J., Tu, X. M., Kim, H. C., Tarr, P., Yamada, Y., & Jeste, D. V. (2021). High prevalence and adverse health effects of loneliness in community-dwelling adults across the lifespan: Role of wisdom as a protective factor. *International Psychogeriatrics, 33*(3), 373–382. doi:10.1017/S1041610220002120

McGinty, E. E., Presskreischer, R., Han, H., & Barry, C. L. (2022). Persistent loneliness due to COVID-19 over 18 months of the pandemic: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders, 310*, 134–141. doi:10.1016/j.jad.2022.04.024

Nakou, A., Dragioti, E., Bastas, N.-S., Zagorianakou, N., Kakaidi, V., Tsartsalis, D., Mantzoukas, S., Tatsis, F., Veronese, N., Solmi, M., & Gouva, M. (2025). Loneliness, social isolation, and living alone: A comprehensive systematic review, meta-analysis, and meta-regression of mortality risks in older adults. *Aging Clinical and Experimental Research, 37*(1), 29. doi:10.1007/s40520-024-02925-1

National Institute on Aging. (2023). *Loneliness and social isolation—Tips for staying connected*. Retrieved from https://www.nia.nih.gov/health/loneliness-and-social-isolation-tips-staying-connected

Patcharaporn, K., Patsri, S., & Supatcha, K. (2021). Prevalence and associated factors with depression in elderly at primary care, Phramongkutklao Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 11*, 30–49.

Peng, S., & Roth, A. R. (2022). Social isolation and loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study of U.S. adults older than 50. *The Journals of Gerontology: Series B*, *77*(7), e185–e190. doi:10.1093/geronb/gbab068

Saumya, B., Schwartz, R., Majnu, J., & Blain, G. (2022). Loneliness in older adults with major depression across the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *30*(3 Suppl.), S82–S83. doi:10.1016/j.jagp.2021.12.082

Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, *18*(1), 51–55. doi:10.4103/0972-6748.57861

Susanty, S., Nurjanah, N., & colleagues. (2022). Prevalence of loneliness and associated factors among community-dwelling older adults in Indonesia: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(8), 4911. doi:10.3390/ijerph19084911

The Lancet Commission on Social Connection. (2024). *Global perspectives on loneliness and social isolation*. *The Lancet*.

Wang, F., Zhang, Y., Wu, Y., Ye, Y., Xie, X., & colleagues. (2023). Social isolation and loneliness and risk of all-cause mortality: A meta-analysis of cohort studies. *Nature Human Behaviour*. doi:10.1038/s41562-023-01617-6

World Health Organization. (2023). *Loneliness and social isolation as public health priorities*. Retrieved from https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness

World Health Organization. (2025). *Commission on social connection: Global report.* Retrieved from https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection