



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตและ

เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

เอกสิษฐ์ ภูพิชฌาณันท์^{1*} และณัฐนันท์ ภูพิชฌาณันท์¹

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต กาญจนบุรี

(วันที่รับบทความ: 2 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 15 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 26 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในเขตบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 150 ราย ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ แบบประเมิน Barthel ADL Index และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-30) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 48.00 ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 34.67 ผู้สูงอายุร้อยละ 100 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามเกณฑ์ Barthel ADL Index ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาชีพ ($p=.002$) โรคกระเพาะอาหาร ($p=.047$) โรคกล้ามเนื้อและข้อ ($p=.011$) โรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด ($p=.018$) ปัญหาการนอน ($p<.001$) ความจำบกพร่อง ($p=.003$) ความลำบากในการรับประทานอาหาร ($p=.002$) ความลำบากในการเคลื่อนไหว ($p=.023$) การไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ($p=.001$) การขาดรายได้ประจำ ($p=.010$) และการขาดการสนับสนุนทางจิตใจ ($p<.001$) ผลการศึกษาสะท้อนว่าการคัดกรองสุขภาพจิตควรทำควบคู่กับการดูแลโรคเรื้อรังและควรบูรณาการมาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคมในครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ภาวะซึมเศร้า

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** เอกสิษฐ์ ภูพิชฌาณันท์; Anuchitaeiou@gmail.com



Prevalence and Associated Factors of Depression among the Elderly with Non-communicable Disease at Somdejprapiyamaharajrommaneeyakheth Hospital and Its Subdistrict Health Promoting Hospital Network, Kanchanaburi Province

Eakasit Phuphitchatanat^{1*} and Nattanan Phuphitchatanat¹

¹Somdejprapiyamaharajrommaneeyakheth Hospital, Kanchanaburi Province

(Received: 2 July 2025; Revised: 15 September 2025; Accepted: 26 September 2025)

Abstract

This study aimed to examine the prevalence and factors associated with depression among older adults with non-communicable diseases (NCDs) in the service area of Somdejprapiyamaharajrommaneeyakheth Hospital and its subdistrict health-promoting hospital network in Kanchanaburi Province, Thailand. The sample consisted of 150 older adults aged 60 years and above selected through systematic random sampling between May - June 2024. Research instruments included a general information questionnaire, a health information questionnaire, the Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index, and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-30). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Fisher's exact tests.

The results demonstrated that the prevalence of depression among the participants was 48.0%, with the majority presenting at a mild level (34.67%). All participants (100%) were functionally independent according to the Barthel ADL Index. Factors significantly associated with depression included occupation ($p=.002$), gastrointestinal disease ($p=.047$), musculoskeletal disorders ($p=.011$), chronic obstructive pulmonary disease/asthma ($p=.018$), sleep problems ($p<.001$), memory impairment ($p=.003$), difficulty eating ($p=.002$), difficulty moving ($p=.023$), non-participation in community activities ($p=.001$), lack of regular income ($p=.010$), and lack of emotional support ($p<.001$). The study highlights the importance of integrating mental health screening into chronic disease management and incorporating socioeconomic and community support measures to prevent and reduce depression in older adults.

Keywords: older adults, non-communicable diseases, depression

***Corresponding author:** Eakasit Phuphitchatanat; Anuchitaeiou@gmail.com



บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2022) รายงานว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากกว่า 1,000 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นกว่า 2,000 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ระบุว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมักเผชิญภาวะซึมเศร้าในอัตราสูงกว่ากลุ่มทั่วไป

สำหรับประเทศไทย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2563) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2576 สัดส่วนผู้สูงอายุจะสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ขณะที่กรมควบคุมโรค (2564) รายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ งานวิจัยในหลายจังหวัด เช่น ราชบุรีและชลบุรี พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 29.73–37.33 (สรร กลิ่นวิจิต, เวรกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, และคณะ, 2558; ชูติมา มาลัย และคณะ, 2562) สะท้อนว่าปัญหาสุขภาพกายจากโรคเรื้อรังสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาที่ระดับพื้นที่ จังหวัดกาญจนบุรีมีผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1,439 คน (ฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาล, 2566) โดยพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายกลุ่ม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 932 ราย โรคเบาหวาน 334 ราย ผู้ที่มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดัน 311 ราย โรคถุงลมโป่งพอง 145 ราย โรคหอบหืด 18 ราย โรคมะเร็ง 27 ราย โรคไตวายเรื้อรัง 187 ราย โรคอ้วน 122 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 56 ราย และโรคหัวใจ 169 ราย ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนภาระโรคที่สูงและต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า หากขาดระบบการดูแลเชิงรุกและการสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ หญิง อายุที่มากขึ้น การศึกษาต่ำ รายได้ไม่เพียงพอ และสถานภาพสมรสที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง (ชูติมา มาลัย และคณะ, 2562; WHO, 2022) ปัจจัยด้านสุขภาพกาย เช่น การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (สรร กลิ่นวิจิต, เวรกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และคณะ, 2558; อาคม บุญเลิศ, 2559) และปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด และความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ (ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย หีม, 2565; Hu, Gao, & Zhang, 2022)

อย่างไรก็ตาม ในจังหวัดกาญจนบุรียังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี NCDs อย่างเป็นระบบ งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างความรู้ เพื่อใช้วางระบบการคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก และกำหนดมาตรการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

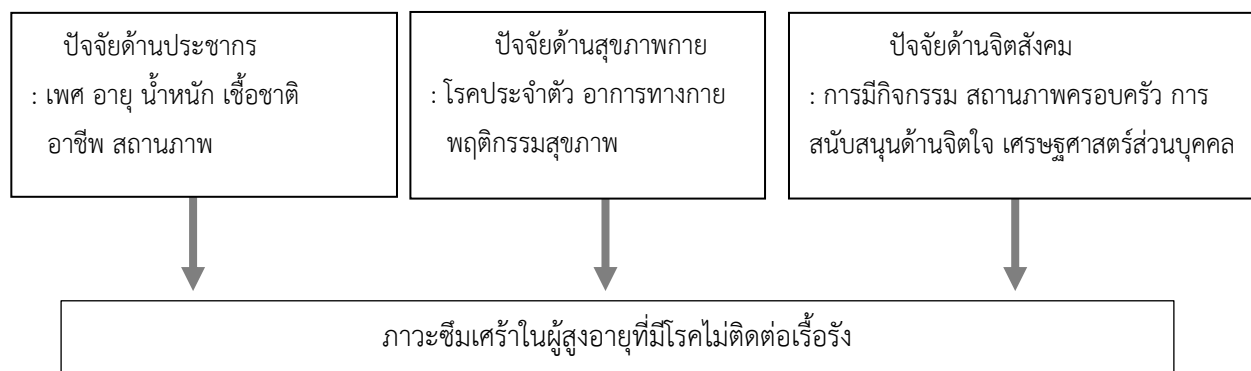


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราช รมณียเขต และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร สุขภาพกายและจิตสังคม ในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้กำหนดภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรตาม โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก เชื้อชาติ อาชีพ สถานภาพ (ชุดิมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ และคณะ, 2562; World Health Organization, 2022) ปัจจัยด้านสุขภาพกาย ได้แก่ โรคประจำตัว อาการทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ (สรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และคณะ, 2558; อาคม บุญเลิศ, 2559) และ ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ การมีกิจกรรม สถานภาพครอบครัว การสนับสนุนด้านจิตใจ เศรษฐศาสตร์ส่วนบุคคล (อาคม บุญเลิศ, 2559; จูติรัตน์ ช่างทอง และเกษรชัย ทิม, 2565; Hu, Gao, & Zhang, 2022)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567

ประชากร คือผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราช รมณียเขต และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2566 พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ที่มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดัน โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ จำนวนทั้งหมด 1,439 คน



เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ที่มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดัน โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ 3) มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) อาการโรคอยู่ในระดับคงที่ ไม่รุนแรง และ 5) ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ภาวะสมองเสื่อมหรือบกพร่องทางสติปัญญาจนตอบแบบสอบถามไม่ได้ และ 2) อาการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลในช่วงเก็บข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้ Stratified Random Sampling แบ่งตาม 6 หน่วยบริการ และจัดสรรโควตาตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่มี NCDs ของแต่ละหน่วย จากนั้นสุ่มภายในแต่ละชั้นด้วย Systematic Random Sampling โดยกำหนดช่วงคัดเลือกจากอัตราส่วนประชากรต่อโควตา และสุ่มจุดเริ่มต้นด้วยการจับสลาก

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran (1977) สำหรับการประมาณสัดส่วน โดยอิงค่าความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี NCDs จากงานวิจัยไทยก่อนหน้า (~29.70–37.30%) จึงกำหนดค่าประมาณกลาง $P=0.30$, ระดับความเชื่อมั่น 95 % ($Z=1.96$) และค่าความคลาดเคลื่อน $d=0.05$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร Cochran (1977)

$$n = (Z^2 \times P \times (1-P)) / d^2$$

โดยกำหนด $Z = 1.96$ (ค่าคงที่ภายใต้ระดับความเชื่อมั่น 95%)

$P = 0.30$ (ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ตามงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุไทยก่อนหน้า)

$d = 0.05$ (ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้) แทนค่าได้

อย่างไรก็ตาม จากข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรภาคสนามของหน่วยบริการ จึงกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน $d = 0.075$ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ $n = (1.96^2 \times 0.30 \times 0.70) / 0.075^2 = 143.42$ เพื่อความเพียงพอและเพื่อการสูญเสียข้อมูล จึงกำหนดเก็บกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 คน ซึ่งมากกว่าขนาดขั้นต่ำตาม $d=0.075$ และสอดคล้องรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาในชุมชน (อ้างอิงสูตรจาก Cochran, 1977; ค่าความชุกจากงานวิจัยไทยก่อนหน้า)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามด้านประชากร จำนวน 6 ข้อ ครอบคลุมเพศ อายุ น้ำหนัก ศาสนา อาชีพ และสถานภาพสมรส เป็นคำถามปลายปิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการวิจัย

2. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพกาย จำนวน 34 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก กรอบแนวคิดการวิจัย และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประเมินปัจจัยด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุ แบบสอบถามครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่



2.1 โรคประจำตัว จำนวน 15 ข้อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคอ้วน เป็นต้น ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบตอบมี ได้ 1 คะแนน ตอบไม่มี ได้ 0 คะแนน

2.2 อาการทางกาย จำนวน 10 ข้อ เช่น ปัญหาการนอนหลับ การเคลื่อนไหว ความจำบกพร่อง การพลัดตกหกล้มปัญหาาระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาาระบบการอุจจาระ การรับประทานอาหาร การได้ยิน การมองเห็น และการนอนกรน มาตรฐานนามบัญญัติ (Nominal) มี/ไม่มี ใช้เพื่อบ่งชี้ปัญหา

2.3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา การให้คะแนนแบ่งแบบมาตราส่วนความถี่ 3 ระดับ ดังนี้ ไม่ทำเลย=0 คะแนน ทำบางครั้ง=1 คะแนน และ ทำเป็นประจำ=2 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-18 และแปลผลจัดระดับตาม Bloom's cut-off (1979) เพื่อสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐานงานวิจัยด้านสาธารณสุข ดังนี้

≥80% (≥15 คะแนน)	หมายถึง มีการดูแลตัวเองด้านสุขภาพสม่ำเสมอ
60-79% (11-14 คะแนน)	หมายถึง มีการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพพอใช้ แต่มีข้อจำกัดบางด้าน
<60% (≤10 คะแนน)	หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ขาดการดูแลสุขภาพ

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหว การใช้ห้องน้ำ และการขึ้นลงบันได เป็นต้น คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยการแปลผลใช้เกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (2564) แบ่งเป็น 0-4 คะแนน=พึ่งพาทั้งหมด, 5-8 คะแนน=พึ่งพามาก, 9-11 คะแนน=พึ่งพาปานกลาง, 12-19 คะแนน=พึ่งพาน้อย และ 20 คะแนน=พึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-30) ประกอบด้วย 30 ข้อคำถามปลายปิดแบบสองตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์มาตรฐานของ สุภาวดี ภัทรพงศกรานต์ (2545) ดังนี้ 0-12 คะแนน=ปกติ (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) 13-18 คะแนน=ซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน=ซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน=ซึมเศร้ารุนแรง

5. แบบสอบถามข้อมูลด้านจิตสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 11 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การมีกิจกรรม (การทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน กิจกรรมทางศาสนา) สภาพครอบครัว (การมีคู่สมรส การอยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย) การสนับสนุนด้านจิตใจ (ไม่มีผู้ให้กำลังใจ หรือพูดคุย ไม่มีคนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจ) และเศรษฐศาสตร์ส่วนบุคคล (ไม่มีรายได้ประจำ ขาดความมั่นคงทางการเงิน ไม่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น) ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (มี=1 คะแนน, ไม่มี=0 คะแนน) ใช้การวิเคราะห์รายข้อ นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ พร้อมทั้งทดสอบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และด้านจิตเวช ได้ค่า IOC ของข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และได้ปรับปรุงถ้อยคำตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและเวลา การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านมีความเพียงพอต่อการวิจัยนี้ การทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) ดำเนินการกับผู้สูงอายุ 20 ราย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อประเมินความเข้าใจ ความชัดเจนของถ้อยคำ และระยะเวลาในการตอบ แม้จำนวนจะน้อย แต่เพียงพอสำหรับการปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมกับการเก็บข้อมูลจริง

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-30) มีรายงานค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha=0.93 (สุภาวดี ภัทรพงศกรานต์, 2545) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข (2564) รายงานว่ามีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.85-0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นแต่ใช้การรวมคะแนนและจัดระดับตาม Bloom's cut-off (1979) คือคะแนน $\geq 80\%$ = ดี 60-79% = ปานกลาง และ $< 60\%$ = ต่ำ เพื่อการแปลความหมายเชิงระดับและใช้ในการวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตและประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 5 แห่ง โดยมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย 3 คน ผ่านการอบรมการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ต่อราย

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิในการเข้าร่วมและการถอนตัว รวมถึงการรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ หลังจากนั้นได้ขอความยินยอมอย่างสมัครใจเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed consent) จากผู้สูงอายุทุกราย ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการดูแลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกวิเคราะห์และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ลักษณะของประชากร ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพกาย ข้อมูลสุขภาพจิต และสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้สถิติ Chi-square test กรณีไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Chi-square Test จะใช้สถิติ Two Tail Fisher's Exact Test แทน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ลงวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ EC. No. 20/2567 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการคุ้มครองสิทธิตามหลักจริยธรรม ได้แก่ การเข้าร่วมโดยสมัครใจหลังได้รับข้อมูลครบถ้วน การรักษาความลับของข้อมูล การมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบสิทธิการรักษาพยาบาล และการส่งต่อดูแลอย่างเหมาะสมหากพบภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.002$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	มีภาวะซึมเศร้า (n=72)	ร้อยละ	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78)	ร้อยละ	p-value
เพศ ^a					.317
ชาย	19	26.39	33	42.31	
หญิง	53	73.61	45	57.69	
อายุ ^a					.271
60-69 ปี	29	40.28	45	57.69	
70- 79 ปี	33	45.83	27	34.61	
≥80 ปี	10	13.89	6	7.70	
อายุเฉลี่ย 71.28±7.81 ปี					
เชื้อชาติ ^b					.224
ไทย	67	93.06	68	87.18	
อิสลาม	5	6.94	10	12.82	
อาชีพ ^a					.002*
ไม่ประกอบอาชีพ	39	54.17	41	52.56	
เกษตรกรกรรม	18	25.00	30	38.46	
อื่นๆ	15	20.83	7	8.98	
สถานะภาพ ^a					.341
โสด	6	8.33	6	7.69	
สมรส	38	52.78	57	73.08	
หย่าร้าง	28	38.89	15	19.23	
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.4 kg/m ² (ช่วง 16.4-41.3 kg/m ²)					

*p-value<0.05, a=Chi-square test, b=Fisher's exact test



ส่วนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

จากการประเมินด้วย TGDS-30 พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 52.00 ขณะที่เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.00 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 34.67 รองลงมาคือซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 12.67 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.66 โดยไม่มีผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันจากแบบประเมิน Barthel ADL ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n=150)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับภาวะซึมเศร้า (TGDS)		
ภาวะปกติ (Normal: 0-12 คะแนน)	78	52.00
ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild: 13-18 คะแนน)	52	34.67
ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate: 19-24 คะแนน)	19	12.67
ซึมเศร้ารุนแรง (Severe: 25-30 คะแนน)	1	0.66
รวมผู้มีภาวะซึมเศร้า	72	48.00
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)		
พึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด (20 คะแนน)	150	100

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด โรคกระเพาะอาหาร และโรคกล้ามเนื้อและข้อ นอนไม่หลับ สูญเสียความจำ การรับประทานอาหารลำบาก และการเคลื่อนไหวลำบาก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=150)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	สถานะโรค	มีภาวะซึมเศร้า (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัว				
โรคกระเพาะอาหาร ^b	มี	10 (13.89)	1 (1.28)	.047*
	ไม่มี	62 (86.11)	77 (98.72)	
โรคกล้ามเนื้อและข้อ ^a	มี	18 (25.00)	5 (6.41)	.011*
	ไม่มี	54 (75.00)	73 (93.59)	
โรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด ^a	มี	10 (13.89)	6 (7.69)	.018*
	ไม่มี	62 (86.11)	72 (92.31)	
โรคหัวใจ ^a	มี	12 (16.67)	9 (11.54)	.061
	ไม่มี	60 (83.33)	69 (88.46)	



ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	สถานะโรค	มีภาวะซึมเศร้า (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อาการทางกาย				
นอนไม่หลับ ^a	มี	42 (58.33)	20 (25.64)	<.001**
	ไม่มี	30 (41.67)	58 (74.36)	
สูญเสียความจำ ^a	มี	30 (41.67)	27 (34.62)	.003*
	ไม่มี	42 (58.33)	51 (65.38)	
การรับประทานอาหารลำบาก ^a	มี	25 (34.72)	11 (14.10)	.002*
	ไม่มี	47 (65.28)	67 (85.90)	
การเคลื่อนไหวลำบาก ^a	มี	18 (25.00)	12 (15.38)	.023*
	ไม่มี	54 (75.00)	66 (84.62)	
พฤติกรรมสุขภาพ				
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ^a	มี	26 (36.11)	11 (14.10)	.606
	ไม่มี	46 (63.89)	67 (85.90)	
สูบบุหรี่ ^a	มี	18 (25.00)	16 (20.51)	.158
	ไม่มี	54 (75.00)	62 (79.49)	
ดื่มสุรา ^a	มี	12 (16.67)	9 (11.54)	.768
	ไม่มี	60 (83.33)	69 (88.46)	

*p-value<.05, **p-value<.001, a=Chi-square test, b=Fisher's exact test

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่มีงานอดิเรก การไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การอยู่คนเดียวหรือไม่มีผู้ดูแลหลัก การไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ไม่มีคนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจและขาดความมั่นคงทางการเงิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=150)

ปัจจัยด้านจิตสังคม	สถานะ	มีภาวะซึมเศร้า (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การมีกิจกรรม				
การไม่มีงานอดิเรก ^a	มี	22 (30.56)	16 (20.51)	.027*
	ไม่มี	50 (69.44)	62 (79.49)	
การไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ^b	มี	20 (27.78)	11 (14.10)	.001**
	ไม่มี	52 (72.22)	67 (85.90)	
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ^b	มี	22 (30.56)	9 (11.54)	.114
	ไม่มี	50 (69.44)	69 (88.46)	



ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัยด้านจิตสังคม	สถานะ	มีภาวะซึมเศร้า (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สถานภาพครอบครัว				
การมีคู่สมรส ^a	มี	37 (51.39)	48 (61.54)	.861
	ไม่มี	35 (48.61)	30 (38.46)	
การอยู่คนเดียว/ไม่มีผู้ดูแลหลัก ^b	มี	33 (45.83)	19 (24.36)	.012*
	ไม่มี	39 (54.17)	59 (75.64)	
ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ^b	มี	28 (38.89)	7 (8.97)	.018*
	ไม่มี	44 (61.11)	71 (91.03)	
การสนับสนุนด้านจิตใจ				
ไม่มีผู้ให้กำลังใจหรือพูดคุย ^a	มี	50 (69.44)	30 (38.46)	.001**
	ไม่มี	22 (30.56)	48 (61.54)	
ไม่มีคนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจ ^a	มี	32 (44.44)	15 (19.23)	.001**
	ไม่มี	40 (55.56)	63 (80.77)	
เศรษฐศาสตร์ส่วนบุคคล				
ไม่มีรายได้ประจำ ^b	มี	21 (29.17)	9 (11.54)	.010*
	ไม่มี	51 (70.83)	69 (88.46)	
ขาดความมั่นคงทางการเงิน ^a	มี	22 (30.56)	48 (61.54)	<.001**
	ไม่มี	50 (69.44)	30 (38.46)	
ไม่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น ^b	มี	14 (19.44)	18 (20.08)	.500
	ไม่มี	58 (80.55)	60 (76.92)	

*p-value<.05, **p-value<.001, a=Chi-square test, b=Fisher's exact test

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 48.00 ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับความสนใจอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น สาเหตุอาจเนื่องมาจากการขาดบทบาททางสังคมและกิจกรรมประจำวันที่มีความหมาย การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ณัฐปัทมย์ นวลสีทอง, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 316 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทในครอบครัวหรือสังคมมักรู้สึกโดดเดี่ยวและไร้คุณค่า ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง สะท้อนให้เห็นว่าบริบททางเศรษฐกิจและสังคมในชนบทมีผลต่อความเสี่ยงซึมเศร้าใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยนี้



เมื่อพิจารณาผลจากแบบประเมิน TGDS พบว่าร้อยละ 48.00 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า แม้ผู้เข้าร่วมทุกคนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามเกณฑ์ Barthel ADL Index สะท้อนว่าความสามารถทางกายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบ่งชี้สุขภาพจิตได้ครบถ้วน ภาวะซึมเศร้าไม่ได้ขึ้นกับสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลสะสมจากชีวภาพ จิตใจ และสังคมร่วมกัน จึงควรมีการคัดกรองด้านจิตใจควบคู่ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน มีความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยทางอารมณ์และสังคมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2561) ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและขาดการสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มซึมเศร้ามากขึ้น ตรงกับการศึกษาของ ชุตินา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีอัตราภาวะซึมเศร้าสูง และของ สรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และคณะ (2558) ที่รายงานว่าการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับ ชนนิ ปิตะนิละผลิน (2565) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมี ADL ดี แต่ยังพบภาวะซึมเศร้าได้ สะท้อนว่าปัจจัยทางอารมณ์และสังคมเป็นตัวทำนายสำคัญของภาวะซึมเศร้า นอกเหนือจากภาวะสุขภาพกาย

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีโรคกระเพาะอาหาร โรคกล้ามเนื้อหรือข้อ และโรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืดมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคเหล่านี้ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความไม่สบายกาย ความเจ็บปวดเรื้อรัง และข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลต่อภาวะจิตใจในระยะยาว ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และคณะ (2558) ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 361 ราย ในจังหวัดชลบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติแบบ One way ANOVA และ Pearson Correlation Coefficient พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพกายเรื้อรังมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจในทุกบริบทพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นกึ่งเมืองหรือชนบท

อาการทางกาย เช่น การนอนไม่หลับ ความจำบกพร่อง ความลำบากในการรับประทานอาหารหรือการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาการนอนที่พบถึงร้อยละ 58.33 ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า สะท้อนบทบาทสำคัญของคุณภาพการนอนหลับต่อสุขภาพจิต ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง อีกทั้งงานของ ชนนิ ปิตะนิละผลิน (2565) และ ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย หีม (2565) ต่างรายงานว่าการมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิต เช่น การเคลื่อนไหวหรือการรับประทานอาหารด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ไม่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ ต่างจากผลของ Kim et al (2021) และรายงานของ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020) ที่ระบุว่าการใช้สุราและยาสูบในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา



น้อย และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รวมถึงอาจมีอคติจากการตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้ผลไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า

ปัจจัยจิตสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานอดิเรก ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน หรือขาดกิจกรรมทางศาสนา มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น เนื่องจากขาดโอกาสในการปฏิสัมพันธ์และรู้สึกไร้คุณค่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของอาคม บุญเลิศ (2559) และฐิติรัตน์ ช่างทอง กับเกษตรชัย ทิม (2565) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและศาสนาส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ดูแล สอดคล้องกับงานของสรร กลิ่นวิจิต, เวชกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, และคณะ (2558) และปนัดดา สวัสดิ์, สมติรา วิชา, พชรินทร์ รัตนตยวรา และคณะ (2563) ที่ยืนยันว่าการขาดผู้ดูแลเพิ่มความเสี่ยงซึมเศร้า ขณะที่การได้รับการช่วยเหลือช่วยลดความโดดเดี่ยวและส่งเสริมการจัดการอารมณ์เศร้าได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ขาดกำลังใจหรือการสนับสนุนทางอารมณ์มีแนวโน้มซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าที่พึ่งทางใจมีบทบาทสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ ผลนี้สอดคล้องกับ กฤษณะ หงษาครประเสริฐ (2565) ที่พบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ประจำหรือขาดความมั่นคงทางการเงิน มีความเสี่ยงซึมเศร้ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$ และ $p < .001$) ปัจจัยทางเศรษฐกิจดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ความรู้สึกด้อยคุณค่า และการมองว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ผลนี้สอดคล้องกับ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช (2562) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุจำนวนมากขาดรายได้แน่นอน ถูกทอดทิ้ง และไม่ได้รับเงินเลี้ยงชีพเพียงพอ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหรือเข้าไม่ถึงบริการทางการเงินอย่างเหมาะสม ในทำนองเดียวกัน รัชนิพรรณ วังสาร, กนกวรรณ วรชีนา และ จันทร์จิรา พรหมอินทร์ (2567) ชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและภาวะเศรษฐกิจถดถอยทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องพึ่งพารายได้ไม่แน่นอน ไม่มีลูกหลานดูแล และเผชิญค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยขาดการสนับสนุนจากท้องถิ่นหรือรัฐ ซึ่งล้วนกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตอย่างชัดเจน

โดยสรุป การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชมณียเขต และ รพ.สต. เครือข่าย มีความชุกภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 48.00 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาชีพ โรคประจำตัว ปัญหาการนอน การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจ สะท้อนว่าการดูแลสุขภาพจิตควรบูรณาการกับการจัดการโรคเรื้อรังและการสนับสนุนทางสังคมทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) การออกแบบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ 2) การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์อาจมีอคติจากการตอบที่เกิดจากความต้องการทางสังคม (social desirability bias) และ 3) ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในเขตบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระ



พระปิยะฯ และ รพ.สต. 5 แห่ง จึงอาจไม่สามารถอธิบายผลทั่วไปต่อประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองใหญ่หรือภูมิภาคอื่นๆ ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับปัญหาอนหลับ ความจำ หรือเคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งมักจะถูกละเลยในกระบวนการทั่วไป
2. ข้อมูลที่ได้ช่วยให้วางแผนส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนได้ชัดเจนขึ้น เช่น กิจกรรมกลุ่ม งานอดิเรก หรือการออกกำลังกาย ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา และได้มีโอกาสพูดคุยกับคนอื่นมากขึ้น
3. สามารถใช้ประกอบการออกแบบบริการเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือมีปัญหาทางการเงินและขาดคนดูแลในชีวิตประจำวัน ซึ่งกลุ่มนี้มักมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง
4. คลินิกหรือหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจใช้ผลนี้เพื่อบริการการดูแลสุขภาพจิตเข้าไปด้วย ไม่ควรดูแลโรคทางกายเท่านั้น แต่ดูทั้งอารมณ์ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตโดยรวม
5. ใช้เสนอแผนงานสุขภาพระดับตำบลหรืออำเภอ เพื่อก่อแบบกิจกรรม หรือบริการดูแลจิตใจผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและตรงกับสภาพพื้นที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง จึงอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ ไม่สามารถสรุปเหตุและผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน งานวิจัยต่อไปควรใช้การศึกษาแบบ prospective cohort เพื่อหาความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่แท้จริง รวมทั้งควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน
2. กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลชุมชน อาจยังไม่ครอบคลุมภาพรวมของทั้งจังหวัดหรือประเทศ ควรขยายพื้นที่ศึกษาให้หลากหลายขึ้น ทั้งชุมชนเมืองและชนบท
3. การเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุต้องใส่ใจความเข้าใจและความอ่อนไหวด้านวัฒนธรรมและสุขภาพ เช่น เรื่องการนอน ความจำ หรือภาษาที่ใช้ ซึ่งอาจแตกต่างกันตามวัย
4. ควรมีการติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อดูว่าอาการซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ รวมถึงผลจากการดูแลหรือการช่วยเหลือที่ได้รับ
5. จากผลวิจัยที่พบว่าปัจจัยทางสังคมมีผลต่อภาวะซึมเศร้า ควรมีโครงการหรือกิจกรรมเสริมที่ชัดเจน เช่น งานอดิเรก กิจกรรมกลุ่ม หรือการมีส่วนร่วมในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต รพ.สต. เครือข่าย ผู้สูงอายุ และญาติทุกท่าน รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นพ. กิตติเชษฐ์ อีร์กุลพงศ์เวช และ พญ.วสุ อุดมสวัสดิ์ ที่ให้คำแนะนำทางวิชาการซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์คอมเพล็กซ์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน).
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *รายงานประจำปี 2561 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ.
- กฤษณะ หงษาครประเสริฐ. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ*, 4(2), 15-26.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมาริส สุวรรณราช. (2562). สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 11(2), 118-124.
- ชนนิต ปิตะนิละผลิน. (2565). *ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]*. คลังปัญญาจุฬาฯ. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6680>
- ชุดิมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยั้งยงค์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และศรีสกุล เฉียบแหลม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 67-76.
- จุฑารัตน์ จิราพงษ์, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 134-137.
- อติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย หีม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 17(2), 54-64.
- นิตยา รัชนิพรรณ, กนกวรรณ วรชีนา และจันทร์จิรา พรหมอินทร์. (2567). ครอบครัวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 47(2), 1-7.



เอกสารอ้างอิง

- ปนัดดา สวัสดิ์, สมติรา วิชา, พชรินทร์ รัตนตยวรา, ปุณฺณรสมิ์ ยุวศิริกุลชัย และเสาวนีย์ กุลเสวตร. (2563). ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(3), 43-46.
- ฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะ. (2566). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ข้อมูลภายใน)*
- รัชนิพรณ วังสาร, กนกวรรณ วรชีนา และจันทร์จิรา พรหมอินทร์. (2567). ครอบคลุมกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 47(2), 1-13.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2565-2569 (ฉบับทบทวน)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *รายงานประชากรและโครงสร้างอายุ พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: สศช.
- สรร กลิ่นวิจิต, เวชกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. *บูรพาเวชสาร*, 2(1), 21-24.
- สุภาวดี ภัทรพงศกรานต์. (2545). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 25-33.
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และฐาติมา เพชรน้อย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 70(4), 20-27.
- American Psychological Association. (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. Retrieved from <https://www.apa.org/depression-guideline>
- Hu, T., Zhao, X., Wu, M., Li, Z., Luo, L., Yang, C., & Yang, F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 311, 114511. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511>
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing clinical research (4th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kim, Y., Kim, H., & Kim, Y. (2021). The effect of physical activity on depressive symptoms in middle-aged Korean women before and after menopause. *Journal of Women's Health*, 30(4), 520-528.



เอกสารอ้างอิง

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Treating substance use disorder in older adults (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series No. 26, HHS Publication No. 20-OlderAdults-SUDTIP26)*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://store.samhsa.gov>
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: *Global health estimates*. Geneva: Author. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>