ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์ในผู้สูงอายุอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

Depression and Associated Factors Among Older Adults in Phang Khon District, Sakon Nakhon Province

นิภาธร ไวทวิทย์ริยะกุล[1], ณัฐธยาวดี สารบูรณ์[1], จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์[1], อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม[1]
Niphathorn Waiwitriyakul[1], Natthayawadee Saraboon[1], Juthathip Sirisin[1], Anunkaorn Jitcharerntham[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
[1]Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus
Corresponding author: Natthayawadee Saraboon; Email: natthayawadee.na@rmuti.ac.th
Received: January 28, 2026 **Revised:** May 22,2026 **Accepted:** August 3, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตประจำวัน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองสมรรถภาพการรู้คิด (6CIT) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (SF-FRE-Thai) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 84.80 ส่วนร้อยละ 15.20 มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านชีวภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุและการมีโรคประจำตัว โดยอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.65 เท่า (AOR=1.646, 95%CI:1.04-2.60, p=.033) และการมีโรคประจำตัวเพิ่มความเสี่ยง 3.29 เท่า (AOR=3.288, 95%CI:1.50-7.19, p=.003) ด้านสังคมและจิตสังคม พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.00 (AOR=.421,95%CI:.29-.62, p<.001) และการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีลดความเสี่ยงร้อยละ 52.00 (AOR=.484,95%CI:.26-.89, p=.019) ขณะที่ปัจจัยด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การจัดการโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมควบคู่กับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม; ปัจจัยเสี่ยง; ผู้สูงอายุ; ภาวะซึมเศร้า; สัมพันธภาพในครอบครัว

Depression and Associated Factors Among Older Adults in Phang Khon District, Sakon Nakhon Province

Niphathorn Waiwitriyakul[1], Natthayawadee Saraboon[1], Juthathip Sirisin[1], Anunkaorn Jitcharerntham[1]
[1]Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus
Corresponding author: Natthayawadee Saraboon; Email: natthayawadee.na@rmuti.ac.th
Received: January 28, 2026 **Revised:** May 22,2026 **Accepted:** August 3, 2026

Abstract

Depression is a significant mental health problem among older adults, adversely affecting quality of life, daily functioning, and overall well-being. This cross-sectional descriptive study aimed to examine the prevalence of depression and its associated factors among older adults in Phang Khon District, Sakon Nakhon Province, Thailand. A total of 400 participants were recruited using multistage sampling. Data were collected using a structured questionnaire, the Six-Item Cognitive Impairment Test (6CIT), the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index, the Short Form Family Relationship Scale (SF-FRE-Thai), and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15). Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression. The results showed that 84.80% of participants had no depression, while 15.20% had depressive symptoms. Biological factors significantly associated with depression included age and the presence of chronic diseases. Older age increased the likelihood of depression by 1.65 times (AOR=1.646, 95%CI:1.04-2.60, p=.033), and having chronic diseases was the strongest predictor, increasing the risk by 3.29 times (AOR=3.288, 95%CI:1.50-7.19, p=.003). Regarding social and psychosocial factors, participation in social activities reduced the risk of depression by 58% (AOR=.421, 95%CI:.29-.62, p<.001), and good family relationships reduced the risk by 52% (AOR=.484, 95%CI:.26-.89, p=.019). Psychological and health behavior factors were not significantly associated with depression. These findings highlight the importance of integrated approaches to mental health care for older adults, including early screening for depression, effective management of chronic diseases, promotion of social participation, and strengthening family relationships to reduce the risk of depression in the elderly.

Keywords: depression; family relations; older adults; risk factors; social participation

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง การพึ่งพิงผู้อื่น และการฆ่าตัวตาย[1] รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก[1] ขณะที่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้สูงอายุทั่วโลกมากกว่าหนึ่งในสามมีภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเข้าสู่สังคมสูงวัย[2] สำหรับประเทศไทยซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คาดการณ์ว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30.0 ของประชากรทั้งหมดในอนาคตอันใกล้[3] ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่และลักษณะประชากรโดยอยู่ในช่วงร้อยละ 5.7–6.8[4] สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม ครอบครัวและวิถีชีวิตร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประกอบด้วยทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น อายุ โรคเรื้อรัง และข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและจิตสังคม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมทางสังคม และความสัมพันธ์ในครอบครัว[4-6] โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้ตามแนวคิด Stress-buffering model ของ Cohen และ Wills[7] อย่างไรก็ตามงานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มักศึกษาปัจจัยแต่ละด้านแยกจากกัน โดยมุ่งเน้นปัจจัยด้านสุขภาพหรือปัจจัยระดับบุคคลเป็นหลัก[6,8] ขณะที่การศึกษาปัจจัยด้านสังคมและจิตสังคมในผู้สูงอายุชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีจำกัด และยังขาดการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) ของ Engel[9] เพื่ออธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องร่วมกัน ทั้งที่บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแตกต่างจากพื้นที่เมืองหรือภูมิภาคอื่น

อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนครเป็นพื้นที่ชนบทที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเช่นเดียวกับหลายพื้นที่ของประเทศไทย ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายหรือครอบครัวข้ามรุ่น และมีบทบาททั้งในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและพึ่งพาการดูแลจากบุตรหลาน ขณะเดียวกันยังต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การย้ายถิ่นแรงงานของบุตรหลาน การลดลงของบทบาททางสังคม และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้[5-6] แม้ว่าชุมชนชนบทยังคงมีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติและการพึ่งพาทางสังคมสูง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตสังคมที่สำคัญ แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของอำเภอพังโคนอย่างเป็นระบบ จึงยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนคัดกรอง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model)[9] ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดทอนความเครียด (stress-buffering model)[7] เพื่ออธิบายอิทธิพลร่วมของปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบทบาทของ

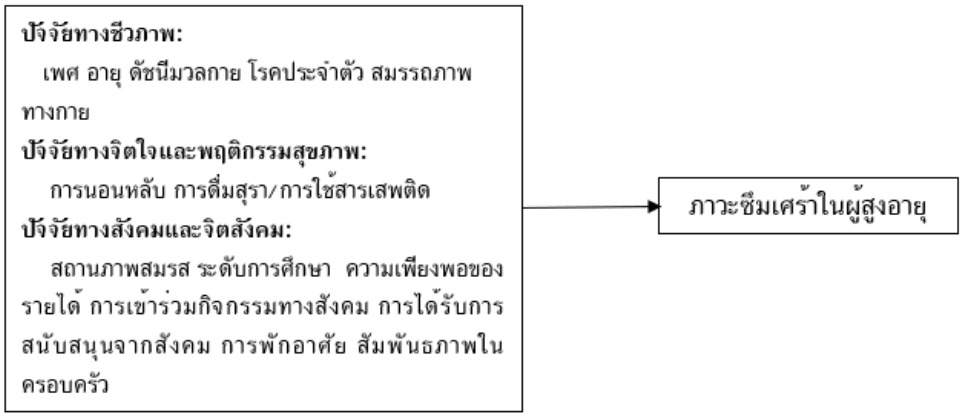
สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมทางสังคม และการสนับสนุนจากชุมชน การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนคัดกรอง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบบูรณาการระหว่างโมเดลชีวจิตสังคม (biopsychosocial model)[9] และโมเดลการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดทอนความเครียด (stress-buffering model)[7] เพื่ออธิบายปัจจัยหลายมิติที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดย biopsychosocial model อธิบายว่าสุขภาพจิตเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจและสังคม สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โรคประจำตัว สมรรถภาพและบทบาททางสังคมในผู้สูงอายุ ขณะที่ stress-buffering model อธิบายว่าความเครียดจากปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจและความโดดเดี่ยวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ แต่การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวและชุมชน สามารถลดผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพจิตได้ ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยการศึกษาออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ (1) ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และสมรรถภาพทางกาย (2) ปัจจัยด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การนอนหลับ การใช้สารเสพติด ภาระโรค และความสามารถในการดำเนินชีวิต และ (3) ปัจจัยทางสังคมและจิตสังคม เช่น สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการอยู่อาศัย และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยปัจจัยทั้งสามมิติมีความเชื่อมโยงกัน ขณะที่ปัจจัยทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นกลไกลดผลกระทบของความเครียด กรอบแนวคิดนี้จึงสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมในบริบทชุมชน และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางคัดกรอง ป้องกัน และจัดการภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในอำเภอพังโคน จำนวน 12,469 คน[10] ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 388 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้ในงานวิจัยเชิงสำรวจ และอ้างอิงแนวทางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ของ Charan และ Biswas[11] ซึ่งยังคงได้รับการยอมรับและใช้ในงานวิจัยปัจจุบัน ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงมีความเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยการสูญเสียข้อมูลจำนวน 12 คน ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกตำบล จากตำบลทั้งหมดในอำเภอพังโคน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้ตำบลต้นผึ้ง มีทั้งหมด 13 หมู่บ้าน จำนวนผู้สูงอายุ 1,421 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มผู้สูงอายุจากครัวเรือนตามสัดส่วนของประชากรจาก 13 หมู่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการสุ่มผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนตามสัดส่วนของประชากรจาก 13 หมู่บ้าน

ลำดับ	หมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	บ้านต้นผึ้ง	92	26
2	บ้านนาถ่อน	113	32
3	บ้านโพนสวาง	113	32
4	บ้านโนนขมิ้น	101	28
5	บ้านขัวขอนแคน	105	29
6	บ้านดอนดู่	88	25
7	บ้านนาล้อม	168	47
8	บ้านโคกสามัคคี	127	36
9	บ้านโนนสะอาด	97	27
10	บ้านโพธิ์ทอง	81	23
11	บ้านกลางเจริญ	128	36
12	บ้านต้นผึ้งใหม่พัฒนา	109	31
13	บ้านนาสำราญ	99	28
	รวม	1,421	400

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลต้นผึ้ง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร อย่างน้อย 6 เดือน
3. มีสมรรถภาพด้านการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยประเมินด้วยแบบประเมิน Six-item Cognitive Impairment Test (6CIT) และมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีอาการทางจิตหลงเหลือรุนแรง เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือมีความผิดปกติทางจิตที่ส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้และการตอบแบบสอบถาม

2. ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออยู่ในระยะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนา แปล และตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาในบริบทประเทศไทย โดยประกอบด้วยแบบประเมินจำนวน 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างสำหรับใช้อธิบายลักษณะทั่วไปและวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการนอนหลับ โรคประจำตัว การดื่มสุราและ/หรือการใช้สารเสพติด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะการพักอาศัย

2. แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด Six-item Cognitive Impairment Test (6CIT) ฉบับภาษาไทย ใช้สำหรับคัดกรองสมรรถภาพด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นจากการแปลและปรับปรุงจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยสุภาพ อารีเอื้อ และ พิชญ์ประอร ยังเจริญ[12] เพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วยการทดสอบการรับรู้ปัจจุบัน 3 ข้อ การทดสอบความตั้งใจ 2 ข้อ และการทดสอบความจำ 1 ข้อ ให้คะแนนแบบถ่วงน้ำหนัก โดยแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักไม่เท่ากัน ผลรวมคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยคะแนน 0-7 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีแนวโน้มเกิดความบกพร่องทางการรู้คิด

3. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale-15 items (TGDS-15) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาของ Wongpakaran และ Wongpakaran[13] ประกอบด้วยคำถามแบบตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ ให้คะแนนรวมได้ตั้งแต่ 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6-10 คะแนน หมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และ 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการแปลผลเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า 0-5 คะแนน และมีภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป

4. แบบประเมินสัมพันธภาพครอบครัว (แบบสั้น) (THAI Family Relationship Evaluation: SF-FRE-Thai) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)[14] และสรุปเป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือระหว่างคนในครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อเป็นแบบมาตรประมาณค่า การให้คะแนน การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ 1 (ข้อ 1, 3, 4 และ 5)

ให้คะแนนจาก น้อยที่สุด = 1 คะแนน ถึง มากที่สุด = 5 คะแนน กลุ่มที่ 2 (ข้อ 2) เป็นข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนแบบย้อนกลับ โดยน้อยที่สุด = 5 คะแนน ถึง มากที่สุด = 1 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ช่วง ระดับต่ำ 5–11 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ระดับปานกลาง 12–18 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ระดับสูง 19–25 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

5. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 รายการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลตนเอง การแต่งกาย การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัว การเดินหรือการเคลื่อนไหว และการขึ้นลงบันได การให้คะแนนแตกต่างกันตามลักษณะกิจกรรม โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0–20 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ดีกว่า การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0–4 คะแนน=พึ่งพาโดยสมบูรณ์, 5–8 คะแนน=พึ่งพารุนแรง, 9–11 คะแนน=พึ่งพาปานกลาง, 12–19 คะแนน=พึ่งพาน้อย และ 20 คะแนน=พึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อนำมาพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน โดยพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง .50–1.00 ผ่านเกณฑ์การยอมรับ และได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุกชุดก่อนนำไปใช้จริง โดยพิจารณาทั้งคุณสมบัติทางจิตวิทยาจากงานวิจัยเดิม และค่าความเที่ยงที่ได้จากการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือสรุปได้ดังนี้

1. แบบประเมิน 6CIT ฉบับภาษาไทย ได้ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) และรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 1 และรายงานผลการทดสอบความเที่ยงด้านความคงที่ของการวัด (test–retest reliability) ในผู้สูงอายุจำนวน 50 คน พบว่าคะแนนการทดสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs=.64, p<.001)[12]

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale–15 items (TGDS-15) ฉบับภาษาไทย ถูกใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการคัดกรองอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยอย่างแพร่หลาย มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

3. แบบประเมินสัมพันธภาพครอบครัว SF-FRE-Thai ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validit) ก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84[14] สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

4. แบบประเมิน Barthel ADL Index เป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อมั่นและความตรงอยู่ในระดับดี โดยมีค่า inter-reliability และ test-retest reliability มากกว่า .80 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร เลขที่โครงการ HEC-04-68-045 ได้รับการรับรองเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลหลักร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้จัดอบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การใช้เครื่องมือ และหลักจริยธรรมการวิจัย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกันก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มนำร่องและนำผลมาวิเคราะห์ความสอดคล้องของการให้คะแนนระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมิน (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ .92 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมีความสอดคล้องของการประเมินและความเชื่อมั่นของกระบวนการเก็บข้อมูล

ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมโดยสมัครใจแก่ผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดกรองสมรรถภาพการรู้คิดด้วยแบบประเมิน 6CIT โดยผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะลงนามในแบบแสดงความยินยอม

การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านได้หรือมีข้อจำกัดด้านการมองเห็น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้ตามหลักการสัมภาษณ์แบบเป็นกลาง โดยไม่ชี้นำ ขณะที่ผู้ที่สามารถอ่านได้จะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในสถานที่

ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อส่งเสริมความตรงไปตรงมาของคำตอบ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ

การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างปลายเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568 ณ บ้านพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 400 คน โดยใช้เวลาประมาณ 20–30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ และร้อยละ สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากนั้นใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมและจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยรายงานเป็นค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.5 และอยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ร้อยละ 53.8 โดยมีสถานภาพสมรสเป็นคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 63.7 และมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.5 ด้านภาวะโภชนาการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่ากึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกินขึ้นไปร้อยละ 53.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตร้อยละ 74.0 และมีระยะเวลานอนหลับน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 58.5 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.0 ขณะที่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์/ยาเสพติดพบในสัดส่วนน้อยร้อยละ12.3 ในด้านสมรรถภาพการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 98.8 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ส่วนด้านสังคมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตั้งแต่ระดับบางครั้งร้อยละ 37.8 ถึงบ่อยครั้งร้อยละ 28.2 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือชุมชนร้อยละ 95.5 ในด้านการพักอาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือบุตรหลานร้อยละ 90.3 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.5 ผลวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน TGDS พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 84.8 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 15.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=400)

ตัวแปร	กลุ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	339	84.8
	มีภาวะซึมเศร้า	61	15.2

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ พบว่า อายุและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า

เพิ่มขึ้น 1.65 เท่า (AOR=1.646, 95%CI:1.04–2.60, p=.033) และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.29 เท่า (AOR=3.288, 95%CI:1.50–7.19, p=.003) ด้านปัจจัยทางสังคมและจิตสังคม พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 58.0 (AOR=.421, 95%CI:.29–.62, p<.001) และผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 52.0 (AOR=.484, 95%CI:.26–.89, p=.019) ขณะที่การนอนหลับ การดื่มสุรา/การใช้สารเสพติด เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการพักอาศัย ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=400) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตัวแปร	B	S.E.	AOR (Exp(B))	95% CI	p-value
ปัจจัยทางชีวภาพ					
เพศ	.067	.376	1.070	.51 – 2.23	.858
อายุ	.498	.234	1.646	1.04 – 2.60	.033
ดัชนีมวลกาย (BMI)	–.169	.152	.845	.63 – 1.14	.266
โรคประจำตัว	1.190	.399	3.288	1.50 – 7.19	.003
สมรรถภาพทางกาย(ADL)	–.076	.399	.926	.42 – 2.03	.848
ปัจจัยทางจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ					
การนอนหลับ	–.286	.348	.751	.38 – 1.49	.412
การดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด	.592	.535	1.808	.63 – 5.16	.268
ปัจจัยทางสังคมและจิตสังคม					
สถานภาพสมรส	.396	.317	1.486	.80 – 2.77	.212
ระดับการศึกษา	.067	.448	1.070	.44 – 2.57	.880
ความเพียงพอของรายได้	–.062	.414	.940	.42 – 2.12	.880
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	–.865	.199	.421	.29 – .62	< .001
การได้รับการสนับสนุนจากสังคม	1.539	1.275	4.661	.38 – 56.71	.227
การพักอาศัย	–.539	.372	.584	.28 – 1.21	.148
สัมพันธภาพในครอบครัว	–.725	.309	.484	.26 – .89	.019
ค่าคงที่	.031	2.765	1.031	.00 – 232.85	.991

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.2 สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในระดับชุมชน แม้ว่าส่วนใหญ่จะยังไม่อยู่ในระดับรุนแรงก็ตาม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แบบประเมิน TGDS-15 ในผู้สูงอายุไทยหลายพื้นที่ ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 10-20 เช่น การศึกษาในผู้สูงอายุที่หน่วยปฐมภูมิเขตเมือง พบความชุกร้อยละ 12.8[15] การศึกษาในผู้สูงอายุที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบความชุกร้อยละ 10[16] และการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ พบความชุกร้อยละ 14.5[17] ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงพบได้อย่างต่อเนื่องในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือข้อจำกัดด้านสังคม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Suwanmanee และ Minhat[4] ที่รายงานว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยแตกต่างกันตามบริบทชุมชนและสถานะสุขภาพ รวมถึงการศึกษาของ Cai และคณะ[2] ที่ชี้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดชีวะ-จิต-สังคม (biopsychosocial model)[9] พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะโรคประจำตัวและข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลต่อความเครียดเรื้อรังและสุขภาวะทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพกายและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[4-6] ขณะที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการสนับสนุนจากชุมชนเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว[5,7] ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะเป็นส่วนน้อยในชุมชน แต่หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นได้ ดังนั้น ควรมีการคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืน[1,8]

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ การมีโรคประจำตัว การมีส่วนร่วมทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ตามกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model)[9] ซึ่งสามารถอภิปรายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในแต่ละมิติดังนี้

มิติด้านชีวภาพ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.65 เท่า สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความเสื่อมของระบบประสาทและกลไกการตอบสนองต่อความเครียดตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางทางจิตใจและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น[19] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hu และคณะ[20] และ Suwanmanee และ Minhat[4] ที่พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท เช่น serotonin และ dopamine ความผิดปกติของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และการเสื่อมของสมองบริเวณ hippocampus และ prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และความจำ จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าใน

ผู้สูงอายุ[19,20] นอกจากนี้ การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุด โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 3.29 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chatngoen[17] และ Siriwannakunthorn และคณะ[6] พบว่าโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยอาจเกิดจากข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การพึ่งพาผู้อื่น และการสูญเสียบทบาททางสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในระยะยาว

ในมิติด้านสังคมและจิตสังคม พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 58.0 และ 52.0 ตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด stress-buffering model ของ Cohen และ Wills[7] และการศึกษาของ Thipprakmas[18] ที่ชี้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนช่วยลดผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กลไกสำคัญคือ การมีเครือข่ายทางสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าและความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จึงช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในบริบทสังคมชนบทที่ยังคงมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและการพึ่งพาทางสังคมสูง[5,7,18] ทั้งนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในหลายบริบททางสังคมและวัฒนธรรม[4,20]

ในมิติด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ แม้การนอนหลับและการใช้สารเสพติดจะไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยดังกล่าวอาจมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านสุขภาพกายและปัจจัยทางสังคม สอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model)[9] โดยการนอนหลับมีความสัมพันธ์แบบสองทิศทางกับภาวะซึมเศร้า[19-20] และเมื่อควบคุมปัจจัยร่วม เช่น โรคเรื้อรังและการสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลอาจลดลง[4,6] ขณะที่การใช้สารเสพติดในผู้สูงอายุไทยอาจพบได้น้อยและอาจเป็นผลตามมาของความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าการเป็นสาเหตุโดยตรง[8] สำหรับตัวแปรพื้นฐาน ได้แก่ เพศ การศึกษา และรายได้ ที่ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้ อาจสะท้อนว่าปัจจัยดังกล่าวมิได้ส่งผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า แต่มีบทบาทผ่านปัจจัยด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า โดยเฉพาะในบริบทชุมชนชนบทที่ยังคงมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและการพึ่งพาทางสังคมสูง[5,7] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์[4,6,8] อีกทั้งกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานด้านใดด้านหนึ่งเพียงลำพัง[9]

โดยสรุปแล้วผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 อย่างชัดเจนว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร มีความสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุและโรคประจำตัว และปัจจัยปกป้องด้านสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งสะท้อนกรอบแนวคิดชีวจิตสังคมอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุควรดำเนินการแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการจัดการโรคเรื้อรังควบคู่กับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบคัดกรองและติดตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะผู้ที่อายุมากและมีโรคประจำตัว เพื่อให้สามารถค้นพบและส่งต่อการดูแลได้อย่างทันท่วงที

2. บูรณาการการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต การติดตามอาการ และการดูแลโรคเรื้อรังควบคู่กันอย่างเป็นระบบ

3. ส่งเสริมปัจจัยปกป้องด้านสังคมและครอบครัวของผู้สูงอายุ ผ่านการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง จึงอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ของตัวแปรในช่วงเวลาเดียว ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุ-ผลได้อย่างชัดเจน

2. กลุ่มตัวอย่างมาจากตำบลเดียวและอาศัยข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความเป็นตัวแทนของประชากรระดับกว้างและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการตอบคำถาม แม้ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อลดอคติแล้วก็ตาม

References

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates.
2. Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Su Z, Ungvari GS, et al. Global prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. Asian J Psychiatr. 2023;80:103417. doi:10.1016/j.ajp.2022.103417.
3. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand social situation report 2022 [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2022 [cited 2026 Apr 10]. Available from: https://www.nesdc.go.th (in Thai).
4. Suwanmanee S, Minhat HS. Prevalence of depression among community dwelling older persons in Thailand and the associated factors: a systematic review. Mal J Med Health Sci. 2023;19(5):257-68. doi:10.47836/mjmhs.19.5.34.
5. Dana K, Suriyo S, Jaisue D, Thaijarean C, Wongruksa C, Imnamkhoa W, Kumsisriruk N, Taiwong A. Family well-being and factors associated with well-being among older adults in skipped-generation familis in the rural Isan context. Princess of Naradhiwas University Journal. 2024;16(3):110-32. (in Thai).
6. Siriwankulthon I, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Angkurawaranon C, Rojanasumapong A, Inpa C, Nantsupawat N. Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University. Journal of Mental Health of Thailand. 2021;29(1):1-11. (in Thai).
7. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310-57. PMID: 3901065.

8. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A significant mental health problem elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025;15(3):24-31. (in Thai).
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Psychodyn Psychiatry. 2012;40(3):377-96. doi: 10.1521/pdps.2012.40.3.377.
10. Department of Older Persons. Statistics of Thai older persons [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2016 [cited 2025 Aug 5]. Available from: https://www.dop.go.th/th/know/2/58 (in Thai).
11. Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? Indian J Psychol Med. 2013;35(2):121-6. doi:10.4103/0253-7176.116232.
12. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6-item cognitive function test-Thai version: psychometric property testing. Ramathibodi Nursing Journal. 2020;26(2):188-202. (in Thai).
13. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics. 2012;12(1):11-7. doi: 10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x.
14. Child, Youth and Family Well-being Program, Bureau 4. Manual for the short-form family relationship evaluation (THAI Family Relationship Evaluation: SF-FRE-Thai) [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; [cited 2026 Apr 10]. Available from: https://happychild.thaihealth.or.th. (in Thai).
15. Sornthai A, Pukrittayakamee P, Phanyateaim Y, Nakabut T. Prevalence and associated factors of geriatric depression in urban Primary Care. Journal of Primary Care and Family Medicine. 2025;8(6):603-614. (in Thai).
16. Kotayan P, Srisuwan P, Kengpanich S. Prevalence and associated factors of depression among older adults in Primary Care Unit at Phramongkutklao Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2021;11(1):30-49. (in Thai).
17. Chatngoen T. Prevalence and factors associated with depression in elderly patients with chronic diseases in Family Medicine outpatient clinic, Nakornping Hospital. Journal of Nakornping Hospital. 2021;12(2):152-166. (in Thai).
18. Thipprakmas R. Social protective factors in depression among the elderly: the role of family, social and community supports. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(37): 339-51. doi:10.14456/rhpc9j.2021.24. (in Thai).
19. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2003;58(3):249-65. doi:10.1093/gerona/58.3.M249.
20. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, Yang F. Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2022;311:114511. doi:10.1016/j.psychres.2022.114511.