ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

Factors Related to Depression among Older Adults in Areas of Health Region 5

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก[1], กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ[2], กาญจนา เลิศถาวรธรรม[2]

Yaowaluck Meebunmak[1], Kannika Kitnopkiat[2], Kanchana Lersthavorntham[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Prachomklao College of Nursing, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

[2] Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Kannika Kitnopkiat; Email: kannika@bcnr.ac.th

Received: September 29, 2025 **Revised:** March 2, 2026 **Accepted:** March 31, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเชื่อมโยงกับหลายสาเหตุแต่ไม่ชัดเจนว่าปัจจัยใดสัมพันธ์เชิงพยากรณ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายแบบลำดับขั้น (explanatory sequential design) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ปัจจัยสัมพันธ์เชิงพยากรณ์กับภาวะซึมเศร้าและลักษณะเชิงคุณภาพของปัจจัยพยากรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวนทั้งสิ้น 480 คน โดยได้จากการเลือกแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างในวิจัยเชิงคุณภาพเลือกแบบเจาะจง 30 คนจากผู้มีภาวะซึมเศร้า เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการร่วมกิจกรรมทางสังคม แบบประเมินการนอนไม่หลับ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบวัดความเครียดสวนปรุง เครื่องมือวิจัย มีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .80, .82, .85 และ .80 และ KR-21ได้ .83 ตามลำดับ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 –วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และถดถอยพหุคูณ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการหาประเด็นหลัก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.07 (SD=1.57) ซึ่งแปลผลว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในภาพรวมสามารถทำนายได้ร้อยละ 68 (Adj R^2=.68, p<.001) โดยประกอบด้วย การมีส่วนร่วมทางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การนอนไม่หลับ และความเครียด (β =-.45,-.20, .15 และ .11 ตามลำดับ) ลักษณะเชิงคุณภาพของปัจจัยพยากรณ์คือ ความขัดแย้งในครอบครัว รู้สึกโดดเดี่ยว หดหู่ใจที่นอนไม่หลับ และเครียดกับปัญหาชีวิต ผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงเมื่อดำเนินงานที่มีเป้าหมายเพื่อลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ปัจจัยพยากรณ์; ผู้สูงอายุ; ภาวะซึมเศร้า; เขตสุขภาพที่ 5

Factors Related to Depression among Older Adults in Areas of Health Region 5

Yaowaluck Meebunmak[1], Kannika Kitnopkiat[2], Kanchana Lersthavorntham[2]

[1]Prachomklao College of Nursing, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

[2]Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Kannika Kitnopkiat; Email: kannika@bcnr.ac.th

Received: September 29, 2025 **Revised:** March 2, 2026 **Accepted:** March 31, 2026

Abstract

Depression among the elderly is linked to multiple causes; however, it remains unclear which factors serve as significant predictors. This study employed an explanatory sequential mixed-methods design to investigate the levels of depression, its predictive factors, and the qualitative characteristics of those predictors. The sample consisted of 480 elderly individuals in Health Region 5, selected through stratified random sampling at the district, sub-district, and household levels. For the qualitative phase, 30 participants with depression were selected using purposive sampling. Research instruments included a Personal Information Questionnaire, Family Relationship Questionnaire, Social Participation Questionnaire, Insomnia Assessment Scale, Suanprung Stress Test, and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). The instruments demonstrated reliability with Cronbach's alpha coefficients of .80, .82, .85, and .80 and a KR-21 coefficient of .83, respectively. Data collection took place from November 1, 2024, to April 6, 2025. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis, while qualitative data were analyzed using thematic analysis. The quantitative results revealed an average depression score of 5.07 (SD=1.57), which, according to the assessment criteria, indicates no clinical depression. The independent variables collectively predicted depression by 68% (Adj R^2=.68, p<.001). The significant predictors, in order of influence, were social participation, family relationships, insomnia, and stress (β=-.45, -.20, .15, and .11, respectively). Qualitative findings characterized these predictive factors through themes of family conflict, feeling lonely, despondency related to insomnia, and stress from life problems. The findings of this study highlight the factors influencing depression among the elderly, which relevant personnel should take into consideration when implementing interventions aimed at reducing depression in this population.

Keywords: depression; Health Region 5; older adults; predictive factors

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปีพ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.20 ของประชากรทั้งประเทศ[1] วัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลที่มากขึ้นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง สมรรถภาพในการทำงานหรือหารายได้ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในด้านจิตใจอาจรู้สึกสูญเสียอำนาจในช่วงบั้นปลายชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักเรื้อรังและส่งผลต่อเนื่อง เช่น การฆ่าตัวตาย จากรายงานฐานข้อมูล HDC ปี พ.ศ. 2567 พื้นที่ 8 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 964,800 ราย ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q พบว่าร้อยละ 42.68 เสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้า จึงมีการประเมินต่อโดยแบบประเมิน 9Q พบว่าร้อยละ 20.83 ของผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงนั้นมีภาวะซึมเศร้า[2] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในเขตบริการสุขภาพที่ 5 นั้นปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ควรได้รับความสนใจจากผู้เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ได้ดูแลเอาใจใส่กันและมีความขัดแย้ง[3-5] การถอยห่างจากสังคม ขาดเพื่อน ขาดสังคม ไม่ได้ทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนหรือเครือญาติ เมื่อไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่นก็อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า[6-8] นอกจากนี้ปัญหาการการนอนก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับเป็นประจำตลอดหนึ่งปีมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น[9-10] และสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความเครียด ผู้สูงอายุมีความเครียดหลายประการ เช่น เครียดต่อโรคประจำตัวและสุขภาพโดยรวมที่เสื่อมลง การพึ่งพาผู้อื่นด้านการเงิน การเดินทาง ขาดที่พึ่ง มีความขัดแย้งกับผู้อื่น[11-13] เป็นต้น แม้ว่าผลการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แต่องค์ความรู้ที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ในภาพรวม หรืออยู่ในบริบทพื้นที่เฉพาะบางแห่ง ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีลักษณะประชากรและบริบททางสังคมที่เฉพาะเจาะจง ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งยังขาดความเข้าใจเชิงลึกในมิติคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ และบริบทชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมุ่งศึกษาทั้งปัจจัยเชิงปริมาณที่มีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และอธิบายความหมายเชิงคุณภาพของปัจจัยเหล่านั้นในบริบทจริงของพื้นที่ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งเชิงกว้างและเชิงลึก อันจะนำไปสู่การพัฒนานโยบาย การวางแผนบริการสุขภาพ และการออกแบบแนวทางป้องกันและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของเขตสุขภาพที่ 5

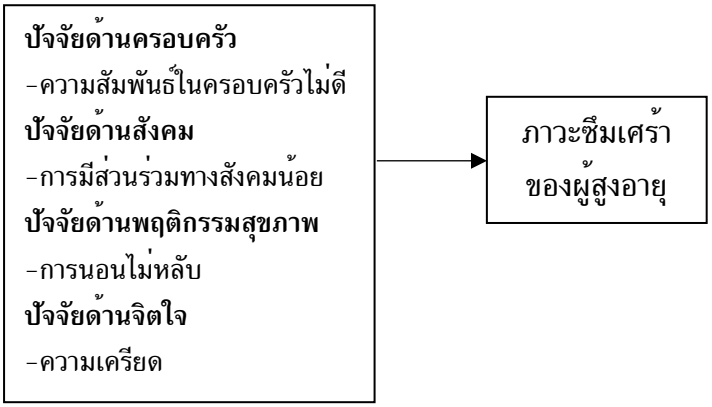
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5
3. เพื่ออธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพของปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สุขภาพ และจิตใจ[3-5,7-8] เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง เช่น ระบบประสาท กล้ามเนื้อหรือฮอร์โมนต่างๆ ทำให้เกิดความแปรปรวน เช่น นอนไม่หลับหรือมีความเครียด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สูญเสียอำนาจที่เคยมีในครอบครัวหรือสังคม สัมพันธภาพกับครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เกิดความเครียดและถอยห่างหรือมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยลง อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าได้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตในชุมชนชนบทและกึ่งเมือง ที่บ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุมีทั้งที่อยู่ใกล้และห่างไกลจากภาคบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ บุตรหลานวัยทำงานมักทำงานนอกบ้าน กิจกรรมพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุในชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมได้อย่างสม่ำเสมอคือชมรมผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุก็มักต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางไปร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการเดินทางไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมักจะใช้ชีวิตอยู่ในบ้านโดยช่วยทำงานบ้านหรือเลี้ยงหลาน บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุที่ลดลงอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดหรือนอนไม่หลับ ร่วมกับปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวที่ลดลง กิจกรรมทางสังคมน้อยลง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายแบบลำดับขั้น (explanatory sequential design, QUAN->qual) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนเมื่อได้คำตอบด้านปัจจัยเชิงพยากรณ์แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นคุณลักษณะของปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุของ 8 จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 925,511 คน กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุจำนวน 480 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power, Power of test = 80, Effect size .05 ได้จำนวน 392 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างกรณีสูญเสียไว้จังหวัดละ 11 คน รวมจำนวน 480 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยจับ

ฉลากสุ่มเลือก 1 อำเภอของแต่ละจังหวัด 1 ตำบลของแต่ละอำเภอ สุ่มเลือกบ้านเลขที่ของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ได้จำนวนผู้สูงอายุตำบลละ 60 คน

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคือผู้สูงอายุจำนวน 30 คนซึ่งเป็นจุดการสัมภาษณ์มีความอิ่มตัวของข้อมูล (saturation point) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้สูงอายุมีคะแนนการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 6 คะแนนขึ้นไป และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ และมีความเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์เชิงลึกได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ รัตนา สำราญใจ[15] ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว 33 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรักและความห่วงใยอาทร 12 ข้อ 2) การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว 6 ข้อ 3) การเคารพซึ่งกันและกัน 9 ข้อ และ 4) การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 6 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ ได้แก่ ไม่จริงเลย จริงเล็กน้อย จริงบ้าง จริงเป็นส่วนมาก และจริงมากที่สุด ให้คะแนน 1-5 ในแต่ละข้อ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 1.00-1.99 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 2.00-2.99 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี 3.00-3.99 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี และ 4.00-5.99 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของ นิราศศิริ โรจนธรรมกุล จิราวรรณ กล่อมเมฆ และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส[16] ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจำนวน 16 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ได้แก่ ไม่เคยเข้าร่วม เข้าร่วมน้อย เข้าร่วมปานกลาง เข้าร่วมมาก และเข้าร่วมทุกครั้ง ให้คะแนน 1 - 5 ในแต่ละข้อ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 1-1.49 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยที่สุด 1.50-2.49 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย 2.50-3.49 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมปานกลาง 3.50-4.49 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก และ 4.50-5.00 หมายถึง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) สร้างโดย Charles M. Morin และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง[17] มีข้อความเกี่ยวกับการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 7 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 - 5 ในแต่ละข้อ คะแนนรวมมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ 8-14 คะแนน หมายถึง นอนไม่หลับเล็กน้อย 15-21 คะแนน หมายถึง นอนไม่หลับปานกลาง และ 22-28 คะแนน หมายถึง นอนไม่หลับรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test – 20: SPST – 20) ที่สร้างโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา[18] มีข้อความเกี่ยวกับความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 20 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด ให้คะแนน 1–5 ในแต่ละข้อ (ข้อที่ไม่ตอบให้ 0) คะแนนรวมมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 0–23 คะแนน หมายถึง มีความเครียดน้อย 24–41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง 42–61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดสูง และ 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดรุนแรง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) พัฒนาโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์[19] มีข้อความเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มีความสุขที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 15 ข้อให้เลือกตอบตามความรู้สึกว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ให้คะแนน 0 หรือ 1 ในแต่ละข้อ คะแนนรวมมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 0–5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6–10 หมายถึง บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า และ 11 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบวัดความเครียดสวนปรุง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .80, .82, .85 และ .80 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดย KR–21 ถ้าได้ค่า .83 จึงนำเครื่องมือไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi–structure interview) เพื่อให้ได้คำตอบว่าคุณลักษณะเชิงคุณภาพของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านั้นมีลักษณะอย่างไร ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 4 ข้อ และคำถามย่อย 12 ข้อ ตัวอย่างดังนี้ 1) ในช่วงนี้ความสัมพันธ์ของคุณกับคนในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันเป็นอย่างไรบ้าง 1.1) คุณกับคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่แย่ ๆ ต่อกันบ้างไหม อย่างไร 1.2) มีเรื่องอะไรที่คนในครอบครัวทำให้คุณไม่สบายใจบ้างไหม ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย 1.3) ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งหรือไม่ลงรอยกันในครอบครัวส่งผลต่อความรู้สึกของคุณอย่างไร 2) เกี่ยวกับสังคมของคุณ คุณได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมมากน้อยเพียงใด คุณทำอะไรบ้าง 2.1) การร่วมทำกิจกรรมทางสังคมหรือออกสังคมของคุณไม่ว่าจะมากหรือน้อยนี้ส่งผลต่อความรู้สึกของคุณอย่างไร เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น 3) ช่วงนี้คุณมีปัญหาเรื่องการนอนหลับบ้างไหม เป็นอย่างไร 3.1) ปัญหาการนอนหลับของคุณทำให้คุณรู้สึกอย่างไร หรือไม่ 4) ช่วงนี้คุณเครียดหรือทุกข์ใจบ้างไหม เกี่ยวกับเรื่องอะไร 4.1) ความเครียดหรือเรื่องทุกข์ใจส่งผลให้คุณรู้สึกหดหู่หรือจิตใจเศร้าหมองบ้างไหม อย่างไร

การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนตรวจสอบความตรง (content validity) โดยหาค่า IOC ข้อที่ได้คะแนนน้อยกว่า .50 ได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ แล้วหาค่า IOC อีกครั้ง เมื่อทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง .67 - 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อเก็บข้อมูล 2) ประสานงานกับ รพ.สต. พื้นที่ที่สุ่มเลือกเพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์ ชี้แจงการวิจัยและเก็บข้อมูล 3) ประชาสัมพันธ์การวิจัย เชิญชวนอาสาสมัครการวิจัยโดยติดประกาศที่ รพ.สต. 4) จัดประชุมหรือพบผู้สูงอายุรายบุคคลเพื่อชี้แจงการวิจัย ตอบข้อซักถามต่าง ๆ มอบเอกสารการวิจัยให้ไปอ่าน ให้เวลาผู้สนใจพิจารณาตัดสินใจร่วมกับครอบครัวที่บ้านอย่างน้อย 1 วัน ถ้าสนใจให้สมัครเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งลงนามในเอกสารความยินยอมในการตอบแบบสอบถามและการให้สัมภาษณ์ 5) นัดหมายอาสาสมัครเพื่อตอบแบบสอบถาม 6) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่บ้านผู้สูงอายุระหว่างวันที่ 1 พ.ย. - 20 ธ.ค. 67 แล้ววิเคราะห์ข้อมูล 7) ผู้วิจัยที่ได้รับการฝึกสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน ระหว่าง 1 ก.พ. – 6 เม.ย. 68 8) ผู้วิจัย 3 คน แยกกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูล (researcher triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ระดับของภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ
3. ปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple regression ด้วยวิธีการ enter method
4. ลักษณะเชิงคุณภาพของปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์ด้วยวิธี thematic analysis โดยดำเนินการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์ อ่านทบทวน เข้ารหัสข้อมูล และจัดหมวดหมู่รหัส เพื่อสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักที่สะท้อนลักษณะร่วมของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี หมายเลขรับรอง BCNR-IRB2024-07 วันที่ 24 พ.ค. 67 – 23 พ.ค. 68 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) การรักษาความลับโดยผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามที่อาสาสมัครตอบแล้ว บันทึกการสัมภาษณ์และเอกสารความยินยอมที่อาสาสมัครลงนามในตู้เก็บเอกสารของผู้วิจัยพร้อมกับใส่กุญแจไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี 2) การไม่เปิดเผยชื่อโดยการเก็บแบบสอบถามที่อาสาสมัครตอบแล้วนำมาแยกแฟ้มแบบสอบถามออกจากใบยินยอม 3) ประโยชน์และค่าตอบแทน ผู้วิจัยมีค่าตอบแทนให้อาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์ 4) ความเสี่ยง การวิจัยนี้มีความเสี่ยงต่ำ แต่อาสาสมัครอาจรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจจากคำพูดขณะตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตว่าอาสาสมัครมีความทุกข์กังวล

กระสับกระส่าย เศร้าเสียใจหรือไม่ ถ้ามีจะให้ยุติก่อนแล้วให้ได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิ ทั้งนี้ไม่พบความเสี่ยงดังกล่าว

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 480 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 60.20 ในด้านสถานภาพสมรสนั้นเป็นแบบที่ผู้สูงอายุมีคู่สมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุดจำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุหม้าย (n=128, 22.5%) หย่า (n=13, 2.70%) และแยกทางกัน (n=14, 2.90%) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงที่สุด (n=182, 37.90%) อาชีพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุคือไม่ได้ทำงานหรืองานบ้าน (n=217, 45.20%) รองลงมาคือข้าราชการเกษียณ (n=93, 19.40%) และรับจ้าง (n=85, 17.70%) ด้านรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท มีจำนวนมากที่สุด คือ 227 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30 รองลงมา คือมากกว่า 20,000 บาท จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวม 5.07 (SD=1.57) การแปลผลตามเกณฑ์แบบประเมินอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพยากรณ์กับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	X_1	X_2	X_3	X_4	Y
ความสัมพันธ์ในครอบครัว (X_1)	1				
การมีส่วนร่วมทางสังคม (X_2)	.773	1			
การนอนไม่หลับ (X_3)	-.564	-.612	1		
ความเครียด (X_4)	-.583	-.596	.537	1	
ภาวะซึมเศร้า (Y)	-.763	-.804	.616	.594	1

จากตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R=-.763, -.804, p<. 01) ส่วนการนอนไม่หลับและความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R=.616, .594, p<.01)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐาน	สถิติที (t)	นัยสำคัญทางสถิติ	VIF
	b	SE	(B)			
(Constant)	9.50	.56		16.86	<.001	
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.63	.16	-.20	-3.90	<.001	4.30
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	-2.13	.25	-.45	-8.32	<.001	4.68
การนอนไม่หลับ	.06	.01	.15	4.65	<.001	1.72
ความเครียด	.02	.01	.11	3.48	<.001	1.71

R^2=.69 ; Adj R^2=.68 ; F=266.40 ; Std. Error Square=.87

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นค่า VIF ผ่านเกณฑ์ทุกตัว ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ พบว่าตัวแปรต้นทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 68 (Adj R^2=.68, p<.001) โดยตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ได้สูงที่สุดคือ การมีส่วนร่วมทางสังคม (β=-.45) มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45 รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว (β=-20) มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 การนอนไม่หลับ (β=.15) มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15 และความเครียด (β=.11) มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นหลักดังนี้ 1) มีความขัดแย้งในครอบครัว 2) รู้สึกโดดเดี่ยว 3) หดหู่ใจที่นอนไม่หลับ และ 4) เครียดกับปัญหาชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย คำอธิบาย และคำพูดสะท้อนประสบการณ์

ประเด็นหลัก (themes)	ประเด็นย่อย (subthemes)	คำอธิบาย (descriptive)	คำพูดสะท้อนประสบการณ์ (Illustrative quotes)
มีความขัดแย้งในครอบครัว	ขาดสายใยทางจิตใจในครอบครัว	ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นยาวนานไม่มีข้อยุติ ไม่เผชิญหน้าเพื่อพูดคุยกัน ไม่ผูกพันทางใจ เก็บความเสียใจไว้ไม่ได้แก้ไข	*“ฉันไม่ดีหรอก กับแฟนป้าไม่พูดกันมานานแล้ว บางทีป้าก็ร้องไห้คนเดียว คิดว่าทนมีชีวิตอย่างนี้ได้อย่างไร”* (Pr-306)
	ผิดหวังในความสัมพันธ์	ผู้สูงอายุคาดหวังว่าคู่ชีวิตจะดูแลซึ่งกันและกัน แต่ความเป็นจริงไม่ ทำให้รู้สึกไร้ที่พึ่ง	*แก่แล้วไม่มีใครเลย พึ่งพาไม่ได้ ปรึกษาไม่ได้ ไม่รู้จะตายวันตายพรุ่ง สงสัยจะตายคนเดียว”* (Pr-306)
รู้สึกโดดเดี่ยว	ขาดการสนับสนุนด้านจิตใจ	แม้จะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากลูกแล้ว แต่การไม่ได้อยู่กับลูกในสถานการณ์ที่ต้องการกำลังใจ ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว	*“ลูกลุงอยู่อเมริกา มาไม่ได้ เขามีลูกมีครอบครัวอยู่ที่โน่น ส่งเงินมาให้ใช้พออยู่ แต่ปีนี้ลุงรู้สึกแก่ไปมาก อยากให้ลูกอยู่ด้วย”*(Na-114)
	สูญเสียการยอมรับและกิจกรรมทางสังคม	การได้อยู่กับลูกในสังคมเมืองได้ มีความสะดวก แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านกิจกรรมทางสังคมและการยอมรับนับถือจากชาวบ้านเหมือนที่เคยได้รับมาก่อน	*“ตอนอยู่บ้านสวน คนนับหน้าถือตา มีงานเขามาไหว้มาเชิญเพราะเป็นคนเก่าคนแก่ แต่มาอยู่ที่นี่ ไม่ได้ไปไหนไม่รู้จักใคร ลูกออกบ้านแต่เช้ากลับมืด กลับมาเหนื่อยเขาก็พักของเขาไม่ค่อยได้คุย”* (Pe-359)
หดหู่ใจที่นอนไม่หลับ	กังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ	มีความกังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับในช่วงกลางคืน เพราะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย อารมณ์ไม่สดชื่น รู้สึกหดหู่ใจ	*“นอนไม่ค่อยหลับ แย่มากฉันทุกวันนี้เพลีย ไม่มีแรง ใจนี่ไม่ดีเลย คิดว่าทำไมไม่หลับพยายามข่มตาทั้งคืน”* (Su-235)
	ไม่มีคนเข้าใจเรื่องนอนไม่หลับ	รู้สึกอ้างว้างเพราะคนรอบข้างไม่ยอมรับนอนไม่หลับตลอดทั้งคืน หรือคิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่มีอันตราย	*“บอกว่าเนี่ยแม่นอนไม่หลับเลยทั้งคืน เขาก็ว่ามันเป็นไปไม่ได้ที่คนเรานี้จะนอนไม่หลับเลยในคืนหนึ่ง เราก็เลยไม่พูดแล้ว พูดไปก็ผิดกัน”* (Pe-010)

ประเด็นหลัก (themes)	ประเด็นย่อย (subthemes)	คำอธิบาย (descriptive)	คำพูดสะท้อนประสบการณ์ (Illustrative quotes)
		ใด ๆ ผู้สูงอายุจึงขาดที่พึ่งที่จะเข้าใจความทุกข์เรื่องนี้	
เครียดกับปัญหาชีวิต	สภาพร่างกายที่เสื่อมถอย	โรคประจำตัวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดทั้งด้านความเจ็บปวด ไม่สุขสบายทางกาย และกังวลเรื่องการรักษาและการดูแลตนเอง	*"ปวดเข่ามาหลายปีแล้ว หมอจะให้ผ่าแต่พี่ยังต้องทำงานจึงไม่ผ่า ปวดมากไม่รู้จะทำอย่างไร เงินไม่ค่อยมี" (Pe-067)*
	บุตรขัดแย้งกระทบจิตใจผู้สูงอายุ	การทะเลาะกันของบุตรหลานทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ เสียความมั่นคงทางอารมณ์และขาดที่พึ่งทางใจ	*"ปีชาติไม่มานอนบ้าน พออย่างนี้มานอนอยากได้สมบัติแต่ไม่ดูแลแม่เลย ลูกจะเอาอย่างเดียว คิดมากลูกแย่งสมบัตินอนไม่หลับ คิดมาก"* (Pr-39)
	เป็นภาระต่อครอบครัว	การที่ต้องพึ่งพาคนรอบข้างในชีวิตประจำวันทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าลดลงเพราะเข้าใจว่าเป็นภาระของบุตรหลาน	*หยอดตามาหลายปีแล้ว เดี๋ยวนี้ต้องไปฉีดยาด้วย โรคหัวใจรักษาอีกที่หนึ่ง เบาหวานอีกโรงพยาบาลหนึ่ง สามโรงพยาบาลเป็นภาระของลูก สงสารลูก"* (Ra-001)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ของแบบประเมินอยู่ในระดับที่เรียกว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\overline{X}$ =5.07, SD=1.57) อธิบายได้ว่าคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ร่วมกันมีสัดส่วนสูง อาจส่งผลให้เกิดการดูแลช่วยเหลือและทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว รวมทั้งการมีรายได้ที่เพียงพอและมีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลในกลุ่มข้าราชการเกษียณ คุณลักษณะเหล่านี้แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุได้ เมื่อพิจารณาปัจจัยเชิงพยากรณ์ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ การมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดและมีความสัมพันธ์ทางลบ (β=-.45) แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือมีข้อจำกัดในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับ แม้จะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบุตรแต่การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ดังคำกล่าวที่ว่า *"ไม่ได้ไปไหนไม่รู้จักใคร ลูกออกบ้านแต่เช้ากลับมืด..." (Pe-359)* *"ปีนี้ลุงรู้สึกแก่ไปมาก อยากให้ลูกอยู่ด้วย"* (Na-114) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้[7-8,16] เมื่อไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอ[14] จึงแยกตัวออกจากสังคมและเกิดภาวะซึมเศร้า

ในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยพยากรณ์ลำดับรองลงมา (β = -.20) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยขยายความว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบขัดแย้ง ขาดการสื่อสาร หรือไม่สามารถพึ่งพาอาศัยกันได้ จะเกิดความรู้สึกผิดหวังและสูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ เช่น *"บางทีป่าก็ร้องไห้คนเดียว คิดว่าทนมีชีวิตอย่างนี้ได้อย่างไร"* (Pr-306) สะท้อน

ถึงการขาดความผูกพันทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดมุมมองเชิงลบต่อตนเองและคนรอบข้าง อันเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความผูกพันในครอบครัวต่ำและขาดความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางอารมณ์ในวัยสูงอายุ[3,15]

ในด้านการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า (β=.15) โดยข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าปัญหาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนเพลีย หดหู่ และขาดพลังใจในการดำเนินชีวิต ดังคำกล่าวที่ว่า *“ใจนี่ไม่ดีเลย คิดว่าทำไมไม่หลับพยายามข่มตาทั้งคืน”* (Su-235) ทั้งนี้การนอนไม่หลับอาจปรากฏในหลายรูปแบบ เช่น การหลับยากหรือตื่นบ่อย ซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกหดหู่ของจิตใจ[9-10] นอกจากนี้กลไกทางสรีรวิทยาของการนอนไม่หลับยังส่งผลให้กระบวนการทางปัญญาเบี่ยงเบนไปสู่การรำลึกถึงความทรงจำเชิงลบในอดีตให้ผุดขึ้นมาอีกครั้งแล้วกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น[9-10,17,20]

ในด้านความเครียด เป็นปัจจัยพยากรณ์ลำดับสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (β = .11) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าความเครียดส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดหวังและมองว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น เช่น ต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคหลายโรค *“สามโรงพยาบาลเป็นภาระของลูก สงสารลูก”* (Ra-001) ซึ่งเป็นการรับรู้เชิงลบสอดคล้องกับผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ระบุว่าระดับความเครียดที่สะสมเป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ[11,13,18]

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี การนอนไม่หลับและความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขควร

1. นำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนด**นโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุก** โดยบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคม และการจัดบริการดูแลด้านสุขภาพโดยการให้คำปรึกษาปัญหาการนอนไม่หลับ และการจัดการความเครียด ไว้ในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม

2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนให้เป็น**รูปแบบมาตรฐาน**ที่สามารถนำไปขยายผลในระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมทางสังคม การจัดการปัญหาการนอนไม่หลับ และการจัดการความเครียด เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนการกำหนดนโยบายในระดับที่กว้างขึ้น

References

1. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Statistics of elderly population in Thailand, 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 17]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th.
2. Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC) [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 17]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th.
3. Charoensakulchai S, Usawachoke S, Kongbangpor W, Thanavirun P, Mitsiriswat A, Pinijnai O, et al. Prevalence and associated factors influencing depression in older adults living in rural Thailand: A cross-sectional study. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 20];19(12):1248-53. Available from: https://doi.org/10.1111/ggi.13804.
4. Siriwannakultorn I, Jiraporncharoen W, Pinyopranpanich K, Angkurawaranon C, Rojanasumapong A, Inpa C, et al. Prevalence and related factors of depression in the elderly: Outpatient family medicine clinic, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. J Mental Health Thai [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 29];29(1):1-11. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/244111/168163. (in Thai)
5. Naviganuntana Y, Kerdcharoen N, Rawdaree P. Factors associated with depressive symptoms in elderly individuals living in urban communities. Psychol Res Behav Manag [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 29];15:855-64. Available from: https://doi.org/10.2147/PRBM.S348782. (in Thai)
6. Kotayan P, Srisuwan P, Kengpanich S. Prevalence and associated factors of depression among older adults in primary care unit at Phramongkutklao Hospital. J Prev Med Assoc Thai [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 25];11(1):30-49. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/246300. (in Thai)
7. Gao Y, Jia Z, Zhao L, Han S. The effect of activity participation in middle-aged and older people on the trajectory of depression in later life: National cohort study. JMIR Public Health Surveill [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29];9:e44682. Available from: https://doi.org/10.2196/44682.
8. Choi E, Han KM, Chang J, Lee YJ, Choi KW, Han C, et al. Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: Emotional social support as a mediator. J Psychiatr Res [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 20];137:589-96. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.043.
9. Thamcharoen W, Charoengam N, Chotidilok Y, Thongnunui N. Factors related to depression of the elderly. Rajabhat Rambhai Barni Res J [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 5];15(3):52-62. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/RRBR/article/view/256388. (in Thai)
10. Sattapisit S, Wongpakaran T, Nakaviro D, Hiranthep T, Wongpakaran N, Pukkaman P, et al. Types of insomnia and effects of insomnia on treatment of patients with depression. J Psychiatr Assoc Thai [Internet]. 2017 [cited 2025 Sep 20];62(1):47-55. Available from: http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/62-1/05%20Sirina(1).pdf. (in Thai)
11. Beniusiene A, Kontautiene V, Strukcinskiene B, Grigoliene R, Martisauskiene D, Jurgaitis J. Depression, anxiety, and stress symptoms (DASS-21) in elderly women in association with health status (SHSQ-25): A cross-sectional study. Healthcare [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 10];13(1):1-21. Available from: https://doi.org/10.3390/healthcare13010007.
12. Lee J, Lee J, Hwang S, Chung MK, Park JY, Shin T, et al. Longitudinal examination of stress and depression in older adults over a 2-year period: Moderation effect of varied social support

measures. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 20];21(9):1201. Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph21091201.

13. Painikphan W, Permpool B, Wichaiyo W. Factors affecting risk of depression among the elderly in Yod Kaeng Subdistrict, Na Mon District, Kalasin Province. J Environ Health Community Health [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 20];4(1):11-23. Available from: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/201217. (in Thai)
14. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row; 1967.
15. Samranchai R. A study of family relationship and adaptation of menopausal women in Satahip Naval Base, Chonburi Province [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1997. (In Thai)
16. Rojanadhamkul N, Klommek J, Sriratanaprapat J. Social activities participation of elder persons in Muak Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province. J Health Nurs Res [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 20];36(2):15-25. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/244312/165829. (in Thai)
17. Keawphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004 [cited 2025 Dec 1]. Available from: https://digiverse.chula.ac.th/Info/item/dc:27508. (in Thai)
18. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Tapanya P. Development of Suanprung Stress Test-20 [Research report]. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 1997. (in Thai)
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics [Internet]. 2012 Mar [cited 2025 Sep 20];12(1):11-7. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x.
20. Harrington MO, Reeve S, Bower JL, Renoult L. How do the sleep features that characterize depression impact memory? Emerg Top Life Sci [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 5];7(5):499-512. Available from: https://doi.org/10.1042/ETLS20230100.