

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน

Factors Influencing Risk of Depression among the Elderly in the Upper Northern Region

วิชาการณ์ คันทะมุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์

Wichaporn Kantamoon and Pramote Wongsawat

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Public Health, Narasuan University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบนจำนวน 400 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และ Binary logistic regression analysis ผลการวิจัยพบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 52.3 เพศหญิงมีความเสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 51.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า บทบาททางสังคม การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ถูกต้องร้อยละ 67.00 โดยพบว่าบทบาททางสังคม การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลทางลบต่อความเสี่ยง สำหรับเพศหญิง การศึกษาประถมศึกษา และอาชีพค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ควรตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าวมาเพื่อใช้เป็นแนวทางดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, ภาคเหนือตอนบน

Abstract

The purpose of descriptive research was to study factors influencing risk of depression among the elderly in upper northern region. The 400 samples were selected by cluster random sampling method. Questionnaires were used to collect data. The results showed that the prevalent risk of depression was 52.3. By using the binary logistic regression analysis indicated that social roles, health perception, health behavior, gender, level of education and entrepreneurship status were significantly influence risk of depression. These factors taken as a whole correctly predicted the risk of depression at 67.00 percent. These factors should be recognized by care giver for awareness and prevention of depression in the elderly.

Keywords: risk of depression, elderly, upper northern region



บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุในหลายประเทศทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากคาดการณ์ของสหประชาชาติ อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2025 และร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่รายได้ต่ำและรายได้ปานกลางโดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 (WHO, 2012) และประเทศไทยจัดเป็นประเทศหนึ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้เช่นกัน อีก 20 ปี ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือ มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20

ประชากรผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัวในเวลาราว ๆ 20 ปีเท่านั้น (United Nations, 2013) จำนวนวัยแรงงานมีอัตราการลดลงต่อจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (จงจิตต์ ฤทธิรงค์ และคณะ, 2556) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจะมีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก จำนวนปีที่คาดหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดีมีอัตราการลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวขึ้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย จากข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ 75 ปี พ.ศ. 2555 พบว่า ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่โดยสุขภาพไม่ดีถึง 9 ปี (WHO, 2014)

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรข้างต้น สะท้อนถึงแนวโน้มและขนาดของปัญหาต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุมีระดับวิทยาของโรค ลักษณะทางคลินิก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาแตกต่างไปจากกลุ่มวัยอื่น จัดได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพสูง นอกจากปัญหาความเสื่อมด้านร่างกายได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ ยังรวมไปถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตด้วย ข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุพบปัญหาสมองเสื่อม ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (อัมพร เบนญพลพิทักษ์ และคณะ, 2555)

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุคือภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 87 สาเหตุจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ประสบวิกฤตในชีวิตทั้งด้านสุขภาพ สถานภาพ บทบาททางสังคม

จึงเป็นวัยที่มีความเปราะบางทางจิตใจสูงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย จนถึงปัจจุบันนี้ปัญหาภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นปัญหาอันดับต้น ๆ ของปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์อย่างหนึ่ง โดยมีอาการหลักคือ ความซึมเศร้าซึ่งแสดงออกมาได้ทั้งในรูปแบบของอารมณ์เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดความรู้สึกผิดและให้คุณค่าตนเองต่ำและไร้ค่า การนอนหลับและรับประทานอาหารที่ผิดปกติ มีอาการอ่อนเพลีย สมาธิน้อยลง สาเหตุเกิดจากการเสียสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และหากมีภาวะซึมเศร้าที่นานเกินจะส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม

องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรงอยู่ในระดับความทุพพลภาพที่รุนแรงที่สุด ผลแทรกซ้อนที่สำคัญคือการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงมาก (WHO, 2011) เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lived with Disability--YLD) ปัญหาภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 8.3 และ 13.4 ตามลำดับ และเป็นปัญหาอันดับที่ 1 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง และประเทศที่มีรายได้สูง ร้อยละ 10.4 และ 14.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years--DALYs) ปัญหาภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้สูง ร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ (WHO, 2008)

สำหรับในประเทศไทยเช่นเดียวกันปัญหาภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นภาระโรคสำคัญ เปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภทพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าก่อความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เป็นอันดับ 4 ในเพศหญิงและเป็นอันดับ 9 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงที่สุดเป็นอันดับ 1 และจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) พบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ในผู้สูงอายุไทย พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับที่ 10 ในเพศชาย และอันดับที่ 5 ในเพศหญิง

(สุดา วงศ์สวัสดิ์, 2557) ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้าจะมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ จากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุดโดยเฉลี่ยร้อยละ 4.6 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราความชุกเป็นสองเท่าของผู้สูงอายุเพศชาย (วิชัย เอกพลากร, 2551) ผู้สูงอายุไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและอัตราความชุกภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีโอกาสมเพิ่มจำนวนขึ้นไปพร้อมกับอายุที่มากขึ้นด้วย กล่าวคืออัตราความชุกแสดงถึงความเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตายตามมา ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 75 เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าและร้อยละ 15 พยายามฆ่าตัวตาย ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 60 – 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าอยู่ก่อน (กรมสุขภาพจิต, 2553)

หลายการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาโรคเรื้อรังและมีข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเองก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3 ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 19.9-80.3 ในเขตชนบทพบค่าความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 17.0-84.8 ข้อมูลการฆ่าตัวตายของคนไทย ตั้งแต่ปี 2540 - 2553 อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในเพศชายคือ กลุ่มอายุ 80-84 ปี คิดเป็น 10.73 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นกลุ่ม 75-79 ปี และกลุ่ม 70-74 ปี ตามลำดับ ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2552 พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.29 รองลงมา 30-34 ปี ร้อยละ 12.25 (กรมสุขภาพจิต, 2553)

เป็นการยากที่จะวินิจฉัยการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมักพูดถึงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าที่จะบ่งบอกถึงอารมณ์เศร้าโดยตรง หรืออาการคล้ายโรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นในผู้สูงอายุจำนวนมาก บ่อยครั้งที่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติจนทำให้กลายเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดโรคแทรกซ้อนยาวนานตลอดชีวิต ในชุมชนพบผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 ที่ถูกวินิจฉัยความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้ารุนแรงสามารถก่อให้เกิดความพิการได้เท่า ๆ กับการเจ็บป่วยด้วย

โรคหัวใจล้มเหลว และเป็นผลทำให้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีอาการหนักมากขึ้น

ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุทั้งชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพโดยรวมส่งผลให้ศักยภาพในการดำเนินชีวิตลดลง สุขภาพแย่ลง เสียเงินในการรักษามาก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จะต้องการความช่วยเหลือมากกว่าในการใช้ชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลาฟื้นตัวจากโรคเรื้อรังช้ามากกว่าและยังจำกัดความสามารถและศักยภาพของผู้สูงอายุไม่ให้เกิดความสุขในชีวิต การพยากรณ์โรคของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยเมื่อติดตามที่ 24 เดือนพบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่มีอาการดีขึ้นแต่ยังคงมีภาวะซึมเศร้าและในขณะที่ร้อยละ 21 มีการเสียชีวิต (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2554)

จากข้อมูลกรมสุขภาพจิตในช่วงปีพ.ศ. 2551 ถึงพ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกปี เขตจังหวัดภาคเหนือตอนบนมีแนวโน้มปัญหาภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเช่นกัน เรียงลำดับจังหวัดที่มีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดถึงต่ำสุด ได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัดพะเยา จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ จังหวัดลำปาง จังหวัดน่าน และจังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 952.46, 758.92, 452.65, 430.99, 370.12, 330.79, 246.91 และ 110.57 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559)

วัยสูงอายุมีบริบทและความต่างทางด้านความต้องการและการเปลี่ยนแปลงที่มีคุณลักษณะเฉพาะแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น มีความไวต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากหลากหลายปัจจัยได้แก่ด้านชีวภาพด้านกายภาพด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตวิทยา ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงเกิดจากการสัมผัสหลายทางปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ สิ่งคุกคาม การได้รับสัมผัส และ ความอ่อนแอ สิ่งคุกคามแต่ละชนิดมีปฏิริยาต่อกัน อาจเสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงได้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อ

ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าลดอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่

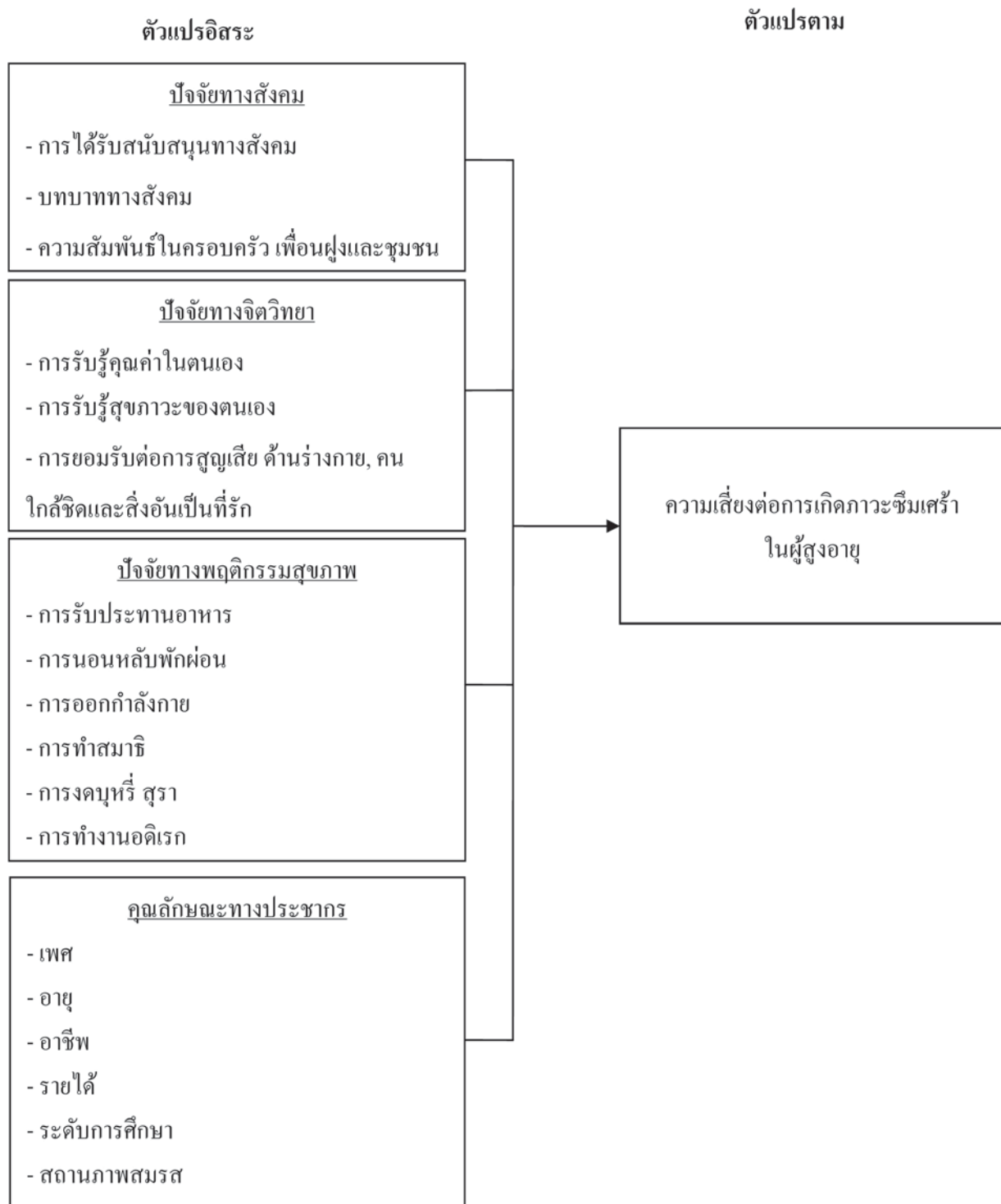
1. คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ เป็นความแตกต่างถึงบทบาทหน้าที่ อายุในแต่ละช่วง มีความชุกของภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงตามอายุที่มากขึ้น อาชีพจากปัญหาการว่างงาน ส่งผลให้ขาดรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ระดับการศึกษาช่วยในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะที่ดีในการดำเนินชีวิต และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมในการเผชิญความเศร้า สถานภาพสมรส เป็นการสนับสนุนด้านครอบครัว ช่วยเสริมแรงให้การดำเนินชีวิต

2. ปัจจัยทางจิตวิทยา ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เป็นบวกหรือเป็นลบที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง ในการยอมรับสภาพเสื่อมถอย ยอมรับความสามารถที่จำกัดตามวัย และปรับตัวให้เหมาะสม และการยอมรับต่อการสูญเสียด้านร่างกาย คนใกล้ชิด และสิ่งอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือบุคคล สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. ปัจจัยทางสังคม เชื่อว่าสภาพแวดล้อมทางสังคม มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับสนับสนุนทางสังคม บทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน การขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือไม่ดี และในระดับต่ำจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

4. พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมให้มีสุขภาพดี ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะของบุคคลนั้น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การงดบุหรี่สุรา การทำงานอดิเรก กรอบแนวคิดประยุกต์จากแนวคิดปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพ เป็นการพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ จากหลายมิติที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพและนำไปสู่การมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ประชากรคือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบน การสุ่มเลือก

กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนประชากรใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยแบ่งกลุ่มเป็นจังหวัดที่มีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากได้จังหวัดพะเยา

จังหวัดแพร่ และจังหวัดน่านเป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนที่สอง สุ่มเลือกหมู่บ้าน กำหนดตามสัดส่วน ในอัตรา 100:1 ของจำนวนหมู่บ้านแต่ละจังหวัดสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวนหมู่บ้านพร้อมรายชื่อหมู่บ้านของแต่ละจังหวัด ขั้นตอนที่สาม สุ่มรายชื่อผู้สูงอายุ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากและผู้วิจัยไม่ทราบ จำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้นจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรที่ไม่ทราบจำนวน ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าสัดส่วนความชุกโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ ร้อยละ 5.9 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, 2554) และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 0.025 ในการวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องใช้ กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับ สถิติที่ใช้ในการวิจัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ต้องมีขนาดอย่างน้อย 10 - 30 เท่าของจำนวนตัวแปร ที่ศึกษาเพื่อให้สถิติวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือ และสะดวก ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง เป็น 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87 และตรวจสอบความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.94 แบบ สัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่ คุณลักษณะทาง ประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทาง พฤติกรรมสุขภาพและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม กรมสุขภาพจิต มีค่า sensitivity ร้อยละ 73 specificity ร้อยละ 90 เพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าจากคนปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบุคลากร สาธารณสุขที่ผ่านการชี้แจงหลักการและทดลองสัมภาษณ์ ระหว่างกลุ่ม ข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้า ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก โดยวิธีการ enter พิจารณาความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนมาก เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 มีอายุเฉลี่ย 69.0 ± 6.9 ปี ระดับ

การสนับสนุนปัจจัยทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 4.7 ± 13.6 ระดับการสนับสนุนปัจจัยทางจิตวิทยา อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 91.5 ± 10.0 ระดับการ สนับสนุนปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 41.0 ± 5.5 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 52.3 เพศหญิงมีความเสี่ยงมากที่สุดร้อยละ 51.1

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปรที่มี อิทธิพลกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรสามารถ ร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุได้ถูกต้องร้อยละ 67.00 ประกอบด้วย (1) บทบาท ทางสังคม มีอิทธิพลทางลบ กล่าวคือ ความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีโอกาสดลดลง 0.89 เท่า เมื่อได้รับการสนับสนุนบทบาททางสังคมเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย ($OR=0.893$, 95% $CI=0.84-0.96$, $P\text{-value} = 0.002$) (2) การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง มีอิทธิพลทางลบ กล่าวคือ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีโอกาสดลดลง 0.86 เท่า เมื่อมีการรับรู้สภาวะสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น หนึ่งหน่วย ($OR=0.885$, 95% $CI=0.83-0.95$, $P\text{-value}< 0.001$) (3) พฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลทางลบ กล่าวคือ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีโอกาสดลดลง 0.93 เท่า เมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย ($OR=0.929$, 95% $CI=0.86-1.00$, $P\text{-value}=0.050$) (4) เพศหญิง มีอิทธิพลทางบวก กล่าวคือ เพศหญิงมีโอกาสดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็น 1.7 เท่าของเพศชาย ($OR=1.689$, 95% $CI=1.02-2.80$, $P\text{-value}=0.041$) (5) การศึกษาระดับประถมศึกษา มีอิทธิพล ทางบวก กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมมีโอกาสดเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็น 2.3 เท่า ของระดับการศึกษาที่สูงกว่า ($OR=2.271$, 95% $CI=1.14-4.52$, $P\text{-value}=0.019$) และ (6) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีอิทธิพลทางบวก กล่าวคือ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีโอกาสดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2.5 เท่า ของผู้ไม่ประกอบอาชีพ ($OR=2.537$, 95% $CI=1.03-6.26$, $P\text{-value}=0.043$) ทั้งนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อนฝูงและชุมชน การรับรู้ คุณค่าในตนเอง การยอมรับต่อการสูญเสียด้านร่างกาย

คนใกล้ชิด และสิ่งอันเป็นที่รัก เพศ อายุ สถานภาพสมรส ในผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1
 รายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

ตาราง 1

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Sig.	Adjusted OR	95% CI
ปัจจัยทางสังคม			
การสนับสนุนทางสังคม	0.897	1.005	0.936-1.079
บทบาททางสังคม	0.001*	0.893	0.834-0.956
ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนฝูงและชุมชน	0.185	1.054	0.975-1.140
ปัจจัยทางจิตวิทยา			
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	0.078	0.934	0.866-1.008
การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง	0.000**	0.882	0.825-0.942
การยอมรับต่อการสูญเสียด้านร่างกาย คนใกล้ชิด และสิ่งอันเป็นที่รัก	0.208	0.936	0.844-1.038
ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ			
พฤติกรรมสุขภาพ	0.048*	0.929	0.863-0.999
คุณลักษณะทางประชากร			
เพศ			
ชาย			
หญิง	0.041*	1.689	1.021-2.795
อายุ			
	0.364	1.017	0.981-1.055
สถานภาพสมรส			
คู่			
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0.125	1.542	0.317-0.926
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาขึ้นไป	0.064		
ประถมศึกษา	0.019*	2.271	1.141-4.519
ไม่ได้เรียน	0.157	2.357	0.720-7.722
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0.100		
เกษตรกรกรรม	0.375	0.770	0.433-1.372
รับจ้าง	0.725	1.150	0.527-2.513
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.043*	2.537	1.028-6.257
รายได้พอเพียงพอ			
เพียงพอ			
ไม่เพียงพอ	0.590	0.875	0.539-1.421

*p < 0.05 **p < 0.001

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคม มีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมแสดงความคิดเห็น มีโอกาสเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ ได้รับการยอมรับ และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม สามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม (2554) พบว่า การให้คำแนะนำกับบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคม มีความสัมพันธ์ด้านลบกับภาวะซึมเศร้า สมใจ ไชยดิษฐ์พันธ์ (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วย ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสนำเสนอประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นคงในควมมีคุณค่าแห่งตน การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง มีความคิด ความรู้สึกหรือความพอใจเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเอง มั่นใจในความสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ได้เป็นอย่างดี สามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามสภาพเสื่อมถอยที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถที่จำกัดตามวัย ผู้สูงอายุและปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง สุทธานันท์ ชุนแจ่ม (2554) พบว่า อัตมโนทัศน์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กาญจนนา กิริยาภม (2553) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นในระดับน้อย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ทั้งนี้การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเองมีความแตกต่างกันไป

พฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี มีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอและเป็นเวลา ออกกำลังกายที่

เหมาะสมตามสภาพร่างกายอย่างน้อย ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำงานอดิเรกเวลาว่าง สามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทศพร บริบูรณ์ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า นภา พวงรอด (2558) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายร้อยละ 17.3 ยุวดี สหายแก่น (2551) พบว่า การหางานอดิเรกทำเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างหนึ่ง ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ การทำงานอดิเรกมีผลต่อการปริมาณสารสื่อประสาทรวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่า และภาคภูมิใจในตนเอง

เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุดร้อยละ 51.1 สอดคล้องกับการศึกษา นภา พวงรอด (2558) พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย Kelsoe (2005) กล่าวว่า เพศหญิงถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงมากกว่าเพศชาย จากการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกทางโครโมโซม เพศหญิงที่มีลักษณะของภาวะซึมเศร้าอยู่จากการที่ระดับภาวะเศร้ามีความแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัยเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่แตกต่างกันทางบริบทพื้นที่ ช่วงเวลาที่ศึกษา และการใช้เกณฑ์ในการวัดและแปลผล

ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อิงใจ จันทมูล (2552) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า การที่ผู้สูงอายุขาดการรับรู้ข่าวสาร ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมสามารถทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าใจสถานการณ์และการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เตือนใจ โคตรสมบัติ (2544) พบว่าการประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัว มีอัตราการซึมเศร้าสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีวิต ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้จากการบริหารดูแลเงินที่ได้มาให้เกิดกำไรเพิ่มขึ้นไป การดิ้นรนแสวงมาซึ่งกำไรอยู่ตลอดเวลา แต่ด้วยสภาพทางร่างกายที่เสื่อมถอยในหลาย ๆ ด้าน ก่อให้เกิดการ

พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ความวิตกกังวลจากการทำธุรกิจ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานะการเงิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานภาพทางเศรษฐกิจที่เป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีพและใช้สอย ในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร เช่น สุขภาพและการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นปัจจัย จากความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุขัย เป็นสิ่งที่เลี่ยง ไม่ได้เพื่อสามารถนำผลการวิจัยเคราะห์ไปใช้ในการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น



References

- Aekplakorn, W. (2551). *Thai national health examination survey*. Nonthaburi: The Graphico Systems. (in Thai)
- Benjaponpithak, A., Wanitrommanee, K., & Panuwatsuk, P. (2012). *Happy fifth dimensions guide for elderly*. Nonthaburi: Nantakarn Graphic Printing. (in Thai)
- Boriboon, T. (2553). *Incidence of depression, risk factors and guidelines in risk factor reduction of depression in the elderly: A case study of phonthong sub-district administration organization, Chiang yuen district, Mahasarakham province*. Master of Public Administration Thesis. Khon Kaen University. (in Thai)
- Chantamoon, E. (2009). *The prevalence of dementia and major depression in elderly in Roi-Et Province* Master of Science Thesis, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Chottanapan, S. (2007). *The relationship between social support and depression of the elderly in Bangkhae home of the aged*. Master of Education in Development Psychology Thesis, Srinakarinwirot University. (in Thai)
- Chunjam, S. (2008). *A survey of depression research in Thailand*. Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing Thesis, Mahidol University. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2010). *Clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner : CPG-MDD-GP*. Bangkok: Siritham Offset. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *Prevalence of depression*. Retrieved from http://110.164.197.220/depress_report/report_58.php (in Thai)
- Jitaree, B. (2012). *The factors influencing depression amongst the elderly at a community in Nakhon Pathom province*. Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner Thesis, Christian University. (in Thai)
- Khotsombat, T. (2001). *Family functioning and depression amongst senior secondary school students of the department of general education in Sakon Nakhon*. Master of Nursing Science Thesis in Family Nursing, Khon Kaen University. (in Thai)
- Kiriyangam, K. (2010). *Factors related to depression of hospitalized older patients in medical units*. Master of Nursing Thesis, Mahidol University. (in Thai)
- Kolsoe, J. R. (2005). *Mood disorders: Genetics comprehensive text book of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Paungrod, N. (2015). The study on depression in Nonthaburi province elderly. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*. 2(1), 63-74. (in Thai)
- Rittirong, J., Chunwan, S., & Prasartkul, K. (2013). *Population and society in ASEAN: Challenges and opportunities*. Bangkok: October Printing. (in Thai)
- Sahaikaen, Y. (2008). *Cognitive behavioral group therapy for HIV/AIDS persons with depression*. Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing Thesis, Khon Kaen University. (in Thai)
- Wongpoom, T., Sukying, J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of depression among the elderly living in Chiang Mai province. *J Psychiatry Assoc Thailand*, 56(2), 103-116. (in Thai)
- Wongsawat, S. (2014). *Guidelines mental health system in the district fiscal year 2558*. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai)
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2011). *Mental health: A state of well-being*. Retrieved from www.who.int/features/factfiles/mental/index.html
- World Health Organization. (2014). *Health statistics and information systems*. Retrieved from www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

