

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

The Prevalence and Factors Related to Depression among Older People in Tab Sakae District, Prachuap Khiri Khan Province

กฤติเดช มิ่งไม้ *

Krittidech Mingmai*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอทับสะแก จำนวน 364 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย 4) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว 5) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และ 7) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงถดถอย ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 25.6 โดยเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง ($OR=3.01$, 95% $CI=1.45-6.33$, $p=.003$) ความเพียงพอของรายได้ ($OR=3.60$, 95% $CI=1.81-7.14$, $p<.001$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($OR=3.57$, 95% $CI=1.66-6.68$, $p<.001$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($OR=2.50$, 95% $CI=1.63-8.23$, $p<.001$) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ($OR=2.33$, 95% $CI=1.17-4.66$, $p=.017$) ผลจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชน

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว

* อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์

ABSTRACT

The study was a cross-sectional analytical study aimed to investigate the prevalence of depression and the related factors among older people in Tab Sakae District, Prachuap Khiri Khan Province. The sample consisted of 364 older people who were lived in Tab Sakae District. The subjects were recruited by multi-stage random sampling. Data were collected interviews between July to December 2017. Data were collected using a structured interview consisted of 7 Parts: 1) The interview for demographic data, 2) Activities of Daily Living Index Assessment, 3) Perceived Severity of Illness Assessment, 4) Family Relationship Evaluation, 5) Social support Evaluation, 6) The interview for participants in community activity and 7) Thai Geriatric Depression Scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistics regression analysis. The result showed that the prevalence of depression in older people was 25.6%, of which 19.0% had mild depression. Factors which remained significantly related with depression in older people were female (OR=3.01, 95% CI=1.45-6.33, $p=.003$), sufficiency of income (OR=3.60, 95% CI=1.81-7.14, $p<.001$), family relationship (OR=3.57, 95% CI=1.66-6.68, $p<.001$), social support (OR=2.50, 95% CI=1.63-8.23, $p<.001$), and community participants activity (OR=2.33, 95% CI=1.17-4.66, $p=.017$). Finding suggest that the healthcare staff should focus on crucial factors including sufficiency of income, family relationship, social support and participation in community activity and lead to planning and control depression in order to reduce depression in the community.

Keywords : Depression, Older people, Social support, Family relationship

* Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Public Health,
Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4, 10.4 และ 12.2 ในปี 2545, 2550, 2554 ตามลำดับ¹ นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนของประชากรสูงอายุในปี 2560 เท่ากับร้อยละ 17.2² และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า³ ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง ปัญหาทางสุขภาพ เช่น ภูมิคุ้มกันโรคลดลง ความบกพร่องด้านความจำ ปัญหาโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จิตใจ และด้านสังคม ได้แก่ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดความตึงเครียด ไม่สบายใจ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้⁴

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์หรือทางจิตใจ มักมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หดห้วง ตลอดจนเชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ⁵ องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี พ.ศ.2563 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่ทำให้ประชาชนป่วยและได้รับผลกระทบเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด⁶ นอกจากนี้ จากการศึกษาศึกษาของ Volkert, J. และคณะ⁷ ซึ่งศึกษาความชุกของความผิดปกติทางจิตใจในประชากรสูงอายุก่อนประเทศตะวันตก พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.47 และสถานการณ์

ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าจะอยู่ในช่วงร้อยละ 17.5-82.3⁸ ขึ้นอยู่กับวิธีดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ศึกษา ดังการศึกษาของวิชุดา อุ่นแก้ว⁹ ที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 22.8

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบหลายด้านทั้งในแง่การสูญเสียทางตรงและทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม และหากรุนแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น วัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่ต้องการความเข้าใจของบุคคลรอบข้าง การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวและสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนโรคร่วม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าถึงการบริการสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ดังเช่นการศึกษาของ สายพิน ยอดกุล¹⁰ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศหญิง อายุ 75 ปีขึ้นไป การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาการมีสัมพันธภาพกับครอบครัว และอาคมบุญเลิศ¹¹ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เนื่องจากปัจจุบันประชากรสูงอายุในอำเภอทับสะแกมีจำนวนมาก โดยจากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พ.ศ.2559 พบสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 14.2) และในอำเภอทับสะแกมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเท่ากับ 16.2¹² ซึ่งอายุที่มากขึ้นจะทำให้เกิดการเสื่อมของร่างกาย ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงหรือรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ครอบครัวและสังคม และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ นอกจากนี้ประชากรสูงอายุในอำเภอทับสะแกก็มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 42.1) โดยพบว่า โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 61.4) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 57.9 และ 55.0 ตามลำดับ)¹² ดังนั้น ผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแกจึงมีความเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย ความเจ็บป่วยในโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้มากในผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแกส่วนใหญ่ยังอยู่เพียงลำพังกับหลานๆ เนื่องจากบุตรนิยมเดินทางไปทำงานที่เมืองหลวง หรือเมืองที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดปัญหาการถูกทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการลดปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผล

ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินและคัดกรองการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

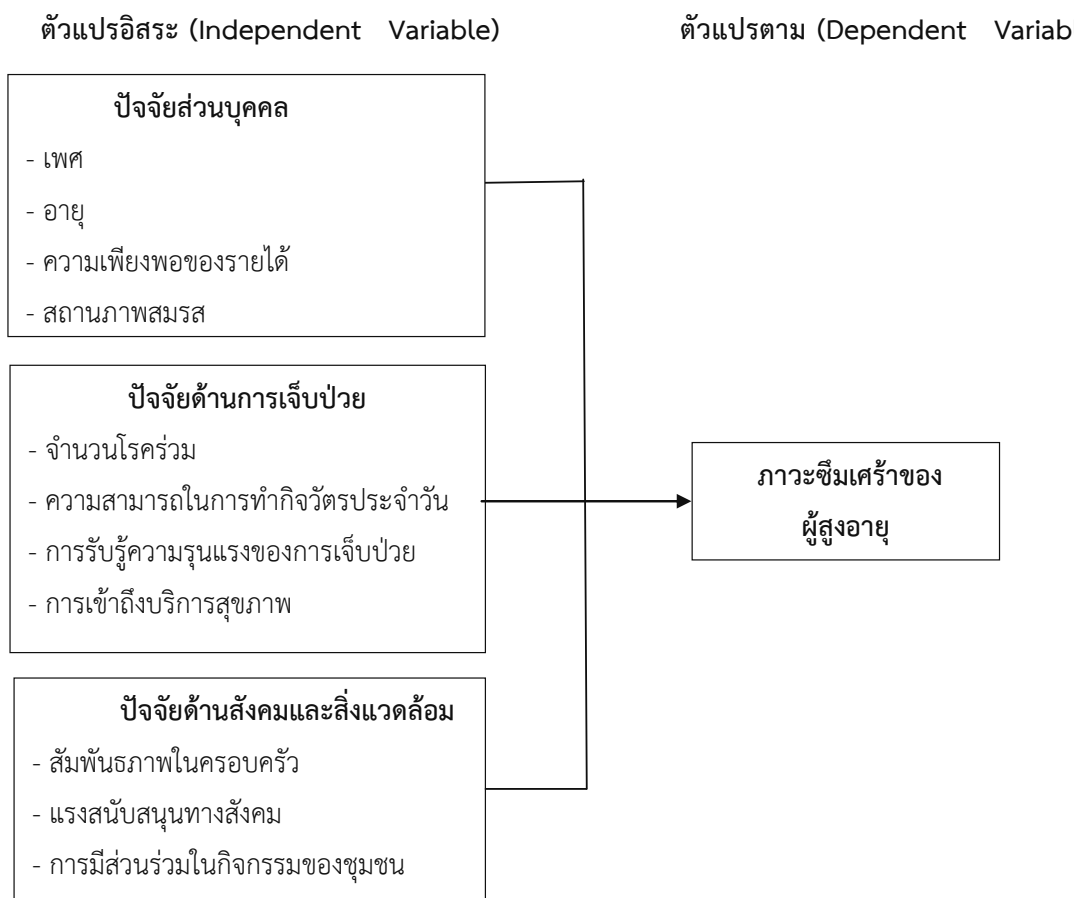
1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย (จำนวนโรคร่วม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ) และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (สัมพันธ์ภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีหลายทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ทฤษฎีทางสังคม ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางชีวภาพ ของ Miller, CA.¹³ ซึ่งไม่มีทฤษฎีใดสามารถอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์ ฉะนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มาจากการผสมผสานของทฤษฎีต่างๆ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 6,727 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง โดยขนาดตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบขนาดประชากรของ Daniel, WW¹⁴ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95%

และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% เมื่อแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 364 คน และผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ออกเป็น 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลทับสะแก ตำบลเขาล้าน ตำบลแสงอรุณ ตำบลนาหูกวาง ตำบลห้วยยาง ตำบลอ่างทอง จากนั้นเลือกสุ่มมา 2 ตำบลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลาก ได้แก่ ตำบลทับสะแก และตำบลเขาล้าน แล้วทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในตำบลทับสะแก และตำบลเขาล้าน ตำบลละ 182 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ในเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ การเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการทางการแพทย์ สิทธิการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยลักษณะคำถามเป็นปลายเปิดและปลายปิด มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน พัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องสุขา การเดิน และการเคลื่อนไหว ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-20 และสำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุพึ่งตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง) 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ ระดับปานกลาง (กลุ่มติดบ้าน) และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ดี (กลุ่มติดสังคม)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Perceived Severity of illness) ของสมพร รัตนพันธ์¹⁶ ประเมินผู้ป่วยสูงอายุด้วยการบอกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

ของตนเองที่เป็นอยู่ ซึ่งลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 (Linear Analog Scale) คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรงมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ พวงผกา ชื่นแสงเนตร¹⁷ ใช้วัดความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประเมินโดยการสัมภาษณ์ แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ คำถามมีให้เลือก 3 คำตอบ คือ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่ใช่” การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 15-26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 27-35 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง และ 36-45 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของวิลาวัลย์ รัตน¹⁸ โดยได้แนวทางการกำหนดองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านของ House ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด โดยให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 21-62 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 63-84 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 85-105 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมดีมาก

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนของ ขวัญดาว กล้ารัตน์¹⁹ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 15-44 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ระดับต่ำ 45-60 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง และ 61 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พัฒนาโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ²⁰ แบบวัดนี้เป็นแบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดที่นำไปใช้ได้ง่าย เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้น มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นการประเมินแบบถูกหรือผิด มีทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในอำเภอมะนัง จังหวัดยะลา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

ด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย เท่ากับ 0.86, 0.92, 0.80, 0.81, 0.89 และ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการวิจัย ผู้ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่เสียผลประโยชน์หรือได้รับผลกระทบใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัย เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่มีการบีบบังคับ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้อ่านเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนที่จะลงนามตกลงร่วมการวิจัยนี้ ในฐานะผู้ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามและข้อมูลในแบบสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ การรายงานผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวมและจะดำเนินการด้วยความระมัดระวัง รัดกุม ไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือข้อมูลส่วนตัวใด ๆ ลงในเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ก่อนได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับฝ่ายปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านฉาง เพื่อขอ

อนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หลังจากนั้นเลือกกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้าที่ได้กำหนดไว้ เมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ และอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการสัมภาษณ์ เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงถดถอย (Logistics regression analysis) และคำนวณค่า Crude และ Adjusted odds ratios โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีจำนวน 364 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 62.1) มีอายุโดยเฉลี่ย 68.3 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.1) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.5) รายได้ปัจจุบันต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 64.9) และร้อยละ 54.4 ไม่มีความเพียงพอของรายได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 34.6, 23.1 และ 9.6 ตามลำดับ) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความสะดวกในการไปรับบริการสุขภาพ (ร้อยละ 81.3) ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรทางสาธารณสุข/อสม. (ร้อยละ 61.0) รองลงมา คือ

โทรทัศน์ (ร้อยละ 49.2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 74.2) โดยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 3.3 ที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลด้านการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วม 1-2 โรค (ร้อยละ 56.5) โดยมีจำนวนโรคร่วมเฉลี่ย 1.67 โรค (SD.=1.27) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 99.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.2 คะแนน (SD.=1.63) และสำหรับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 36.76 คะแนน (SD.=24.61) แสดงดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดีมาก (ร้อยละ 81.0) รองลงมาคือ ระดับดีปานกลาง และระดับไม่ดี (ร้อยละ 15.1 และ 3.8 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 39.61 คะแนน (SD.=5.22) ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (ร้อยละ 52.2) รองลงมาคือ มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย และดีมาก (ร้อยละ 25.3 และ 22.5 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 71.26 คะแนน (SD.=16.23) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.1) รองลงมาคือ เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 34.1 และ 8.8 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 41.85 คะแนน (SD.=13.09) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของข้อมูล (n=364)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
หญิง	237	65.1	สิทธิการรักษาพยาบาล		
ชาย	127	34.9	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	270	74.2
อายุ			สิทธิผู้สูงอายุ	70	19.2
60-69 ปี	226	62.1	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	3.3
70-79 ปี	106	29.1	ไม่มีสิทธิการรักษา	12	3.3
80 ปีขึ้นไป	32	8.8	จำนวนโรครวม		
Mean=68.3, SD=7.44, Min-Max=60-95			ไม่มีโรค	69	19.0
สถานภาพสมรส			1-2 โรค	206	56.5
คู่	202	55.5	3 โรคขึ้นไป	89	24.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	131	36.0	การมีส่วนร่วมในกิจกรรม		
โสด	31	8.5	ต่ำ (15-44 คะแนน)	208	57.1
ความเพียงพอของรายได้			ปานกลาง (45-60 คะแนน)	124	34.1
ไม่เพียงพอ	198	54.4	สูง (61 คะแนนขึ้นไป)	32	8.8
เพียงพอ	157	43.1	Mean=41.85, SD=13.09, Min-Max=15-75		
เหลือเก็บ	9	2.5	สัมพันธภาพในครอบครัว		
ปัญหาสุขภาพ/โรค*			ไม่ดี (15-26 คะแนน)	14	3.9
โรคความดันโลหิตสูง	194	53.3	ปานกลาง (27-36 คะแนน)	55	15.1
โรคไขมันในเลือดสูง	126	34.6	ดีมาก (37-45 คะแนน)	295	82.0
โรคเบาหวาน	84	23.1	Mean=39.61, SD=5.22, Min-Max=15-45		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ			แรงสนับสนุนทางสังคม		
สะดวก	296	81.3	น้อย (21-62 คะแนน)	92	25.3
ไม่สะดวก	68	18.7	ปานกลาง (63-84 คะแนน)	190	52.2
แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ			ดีมาก (85-105 คะแนน)	82	22.5
บุคลากรทางสาธารณสุข	222	61.0	Mean=71.26, SD=16.23, Min-Max=21-105		
โทรทัศน์	179	49.2	ความสามารถในการทำกิจกรรม		
วิทยุ	60	16.5	ต่ำ (0-4 คะแนน)	1	0.3
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย			ปานกลาง (5-11 คะแนน)	1	0.3
			สูง (12 คะแนนขึ้นไป)	362	99.4
Mean=36.76, SD=21.61, Min-Max=0-100			* สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		

ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 28 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.20 คะแนน (SD.=5.48) ซึ่งผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีความชุกของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 25.6 และเมื่อพิจารณาตามระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 19.0) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และรุนแรง (ร้อยละ 5.8 และ 0.8 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) (n=364)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-12 คะแนน)	271	74.4
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน)	69	19.0
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน)	21	5.8
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)	3	0.8
รวม	364	100.0

Mean=9.2 คะแนน, SD.=5.48 คะแนน, Min-Max=0-28 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้วยการวิเคราะห์เชิงถดถอย (Logistics regression analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.01 เท่าของผู้สูงอายุเพศชาย (OR=3.01, 95% CI=1.45-6.33, p=.003) ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.60 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ/เหลือเก็บ (OR=3.60, 95% CI=1.81-7.14, p<.001) สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัว

ไม่ดี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.57 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง/ดีมาก (OR=3.57, 95% CI=1.66-6.67, p<.001) แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.50 เท่าของผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีมาก/ปานกลาง (OR=2.50, 95% CI=1.63-8.23, p<.001) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ในระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.33 เท่าของผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนปานกลาง/สูง (OR=2.33, 95% CI=1.17-4.66, p<.017) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ อำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Logistic regression analysis (n=364)

ตัวแปร	จำนวน (%)	Crude			Adjusted		
		OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
เพศ							
ชาย	127(34.9)	1.00			1.00		
หญิง	237(65.1)	2.70	1.21-6.05	<0.001	3.01	1.45-6.33	0.003*
อายุ							
< 70 ปี	226(62.1)	1.00			1.00		
≥ 70 ปี	138(37.9)	1.26	0.47-5.28	0.367	1.09	0.56-2.10	0.800
สถานภาพสมรส							
คู่	202(55.5)	1.00			1.00		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	162(44.5)	1.85	0.33-4.22	0.718	1.17	0.44-1.63	0.621
ความเพียงพอของรายได้							
เพียงพอ/เหลือเก็บ	166(45.6)	1.00			1.00		
ไม่เพียงพอ	198(54.4)	4.76	1.08-7.80	<0.001	3.60	1.81-7.14	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย							
		1.02	1.01-1.04	<0.001	1.02	0.88-1.05	0.102
จำนวนโรครวม							
<3 โรค	275(75.5)	1.00			1.00		
≥3 โรค	89(24.5)	1.51	0.78-5.75	0.145	1.20	0.39-4.55	0.615
ความสามารถ ในการทำกิจวัตร							
สูง	362(99.5)	1.00			1.00		
ต่ำ/ปานกลาง	2(0.5)	1.12	0.85-1.45	0.455	1.54	0.85-2.23	0.892
การเข้าถึงบริการสุขภาพ							
สะดวก	296(81.3)	1.00			1.00		
ไม่สะดวก	68(18.7)	3.12	0.45-4.28	0.625	1.14	0.54-2.43	0.725
แรงสนับสนุนทางสังคม							
ปานกลาง/ดีมาก	272(74.7)	1.00			1.00		
น้อย	92(25.3)	3.04	1.78-5.17	<0.001	2.50	1.63-8.23	<0.001*

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ อำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Logistic regression analysis (n=364) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (%)	Crude			Adjusted		
		OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
สัมพันธภาพในครอบครัว							
ปานกลาง/ดีมาก	350(96.1)	1.00			1.00		
ไม่ดี	14(3.9)	2.22	1.12-5.22	<0.001	3.57	1.66-6.67	<0.001*
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน							
ปานกลาง/สูง	156(42.9)	1.00			1.00		
ต่ำ	208(57.1)	4.08	2.22-7.15	<0.001	2.33	1.17-4.66	0.017*

1.00 = Reference group, *p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ทั้งหมด 364 คน ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale ; TGDS) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 25.6 โดยเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 19.0) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 5.8) และรุนแรง (ร้อยละ 0.8) โดยจากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อย หากผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น อาจจะทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR= 3.01, 95% CI= 1.45-6.33, p=.003) โดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภา พวงรอด²¹ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และเช่นเดียวกับการศึกษาของอรสา ไยยอง และคณะ²² ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สามารถอธิบายได้ว่าการลดลงของฮอร์โมนเพศหญิงในผู้หญิงหลังวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

และสอดคล้องกับทฤษฎีทางพันธุกรรมที่อธิบายไว้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะสัมพันธ์กับโครโมโซม X มากกว่าโครโมโซม Y ดังนั้นโครโมโซมที่แสดงลักษณะความเป็นเพศหญิง XX จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าเพศชาย และด้วยสภาพของสังคมชนบทไทย ความไม่เท่าเทียมทางเพศอาจยังไม่ถูกเปิดกว้างมากนัก ทำให้เพศหญิงต้องเก็บกดในปัญหาของครอบครัว ไม่สามารถเปิดเผยความรู้สึกและอารมณ์ได้ตรงไปตรงมา ทำให้เกิดความเก็บกดและทุกข์ใจ นอกจากนี้แล้วเพศหญิงมีหลายบทบาทในสังคมทั้งบทบาทแม่ ภรรยา หรือ ลูก ทำให้มีความเครียดหรือต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่กดดัน และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 3.60$, $95\% CI = 1.81-7.14$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับ นภา พวงรอด²¹ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่าความไม่เพียงพอของรายได้หรือการมีรายได้ต่ำของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถใช้จ่ายใช้สอยได้ตามที่ต้องการ และทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความภาคภูมิใจ รู้สึกไร้คุณค่าไร้ศักดิ์ศรี เพราะต้องอาศัยบุคคลอื่นในเรื่องของค่าใช้จ่าย ในการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าร้อยละ 64.9 ของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ดังนั้นความเพียงพอของรายได้จึงเป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลได้ ส่งผลทำให้มีความสุขในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจการอาชีพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและ

สถานะทางสังคม การเสื่อมถอยลงของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือมีรายได้ลดลง หากผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ารายได้ของตนไม่เพียงพอกระทบต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุ โดยรู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมาได้

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 3.57$, $95\% CI = 1.66-6.68$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม จิตอารีย์²³ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ครอบครัวจึงเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุด ที่จะดูแลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่สภาพของสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป มีการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามา รวมถึงการพัฒนาด้านวัตถุมากกว่าจิตใจ ทำให้ค่านิยมด้านความกตัญญู กตเวทิต์ลดลง จึงทำให้เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง คู่สมรส บุตรหลาน หรือการแยกครอบครัวของบุตรหลาน ซึ่งเหตุผลเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ มีแนวโน้มที่จะรู้สึกโดดเดี่ยว จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุได้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีหรือปานกลาง จึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=2.50$, 95% $CI=1.63-8.23$, $p<.001$) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน คำโต²⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงสูง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ความรักใคร่ ผูกพันกัน ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ความมั่นใจในความสามารถหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ก็อาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ โดยในปัจจุบันสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แม้ในสังคมชนบทเอง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=2.33$, 95% $CI=1.17-4.66$, $p=.017$) สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ¹¹ ซึ่งศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมหรือชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมมากจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ

มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิต จะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้มีบทบาททางสังคมลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จะเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาในส่วนต่างๆ ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตยังมีความสามารถ มีประโยชน์ไม่เป็นภาระของผู้อื่น ทั้งยังสร้างความเพลิดเพลินให้กับผู้สูงอายุ จึงทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม ทำให้ไม่ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ซึ่งอาจส่งผลให้บุคคลเกิดความผิดปกติทางจิตและเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญ และตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องมีการประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มต้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความเสี่ยงสูงกว่า นอกจากนี้ บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมภายในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุ และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ตลอดจนส่งเสริมอาชีพให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้การจัดการกับปัจจัยที่มีความสำคัญดังกล่าว จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจในการวิจัย ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อหารูปแบบการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับชุมชน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบ้านดง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ให้ข้อมูลพื้นฐานของการศึกษา และช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในอำเภอบ้านดง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

REFERENCES

1. National Statistical Office. Report on the 2014 survey of older persons in Thailand. Bangkok: Text and Journal Publication, 2014. (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Mahidol population gazette. Bangkok, 2017. (in Thai)
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly, 2012. Bangkok: TQ. P. Co., Ltd., 2014. (in Thai)
4. Siripanich, B. Thai elderly. Bangkok: Moh-chao-Ban Publishing House, 2001. (in Thai)
5. Lueboonthavatchai, O. The mental health and psychiatric nursing. 2nd edition. Bangkok: V. Print, 2011. (in Thai)
6. World Health Organization. Depression [online]. 2017 [cited 2017/7/10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
7. Volkert, J., Schulz, H., Harter, M., Wlodarczyk, O., and Andreas, S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries: a meta-analysis. Ageing Research Reviews, 2013; 12(1): 339-353.
8. Wongpakaran, N. Psychotropic in Thailand elderly. Journal of the psychiatric association of Thailand, 2008; 53(1): 39-46. (in Thai)
9. Aoonkaew, V. The prevalence of depression among the elderly in Ban prow community Hospital, Meuang District, Nong Bua Lam Phu Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University, 2015; 3(4): 577-589. (in Thai)
10. Yodkul, S. Predictive Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. Journal of Nurses association of Thailand North-eastern division, 2012; 30(3): 50-57. (in Thai)

11. Bunloet, A. Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam Urban Primary Care Unit, Khon Kaen Province. *Srinagarind Medical Journal*, 2016; 31(1): 23-33. (in Thai)
12. Sukprasert, P. Prachuap Khiri Khan Population Statistical. Government office in Thap Sakae, Prachuap Khiri Khan province, 2017. (in Thai)
13. Miller, C.A. Nursing care of older adults: theory and practice. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott, 1999.
14. Daniel, W.W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons, 1995.
15. Department of Medical Service, Ministry of Public Health. Activities of daily living index assessment [online]. 2017 [cited 2017/7/11]. Available from: <http://happynetwork.org/upload/forum/pic5552fe2898d4a> (in Thai)
16. Ratthanapun, S. Factors related to spiritual health of elderly admitted in the hospital. Dissertation of master degree of nursing. Prince of Songkla University, 1998. (in Thai)
17. Cheunsangnet, P. Life satisfaction of the elderly and its relation with self-care behaviors and the family relationship in eastern seaboard of Chonburi province. Dissertation of master degree of science (family health). Mahidol University, 1995. (in Thai)
18. Rattana, W. Health care behavior and social support with elderly's life quality of aging club at Suratthani Central Hospital. Dissertation of master degree of education (Development psychology). Srinakharinwirot University, 2009. (in Thai)
19. Klumrat, K. Causal factors of health behavior of elderly in western region of Thailand. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal*, 2013; 7(3): 93-103. (in Thai)
20. Poungnarin, N., et al. Thai geriatric depression scale. *Siriraj Medical Journal*, 1994; 46: 1-8. (in Thai)
21. Paungrod, N. The study on elderly's depression in Nonthaburi province. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Science*, 2012; 2(1): 63-74. (in Thai)
22. Yaiyong, O. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi province. Dissertation of master degree of science (Mental health). Chulalongkorn University, 2010. (in Thai)
23. Jitaree, B. The factors influencing depression among elderly in the community, Nakhon Pathom province. Dissertation of master degree of nursing (Community health nurse practitioner). Cristian University, 2012. (in Thai)
24. Kumto, O. Factors related to adaptation among older persons with depressive disorder. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 2013; 28(2): 74-87. (in Thai)