

นิพนธ์ต้นฉบับ

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

กัณธิมา ศรีหมากสุก^{(1)*}, เสาวนีย์ รูปหอม⁽²⁾, ชวัลณัฐ รุ่งจิตระเจริญ⁽³⁾, ธณารัตน์ พลัฒลาไชย⁽¹⁾, ชวนพิศ ศิริไพบุลย์⁽¹⁾, อธิธิพล ดวงจินดา⁽¹⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 25 กุมภาพันธ์ 2565

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 20 เมษายน 2565

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่มักถูกละเลยเนื่องจากเข้าใจว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติจากการที่มีอายุเพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าจะไม่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงก็ตาม

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 235 คน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.948 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าปกติ ร้อยละ 77.87 และโดยรวมอยู่ในระดับเป็นผู้มีความเศร้าปกติ (Mean=8.41, S.D.=5.41) การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.41, S.D.=0.24) การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.390$) ซึ่งด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีโอกาสนัดเพื่อนมาเยี่ยม (r= -0.328) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (r= -0.320) และความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน (r= -0.316) ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในระดับน้อย ได้แก่ การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า (r= -0.258) และการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (r= -0.228) ตามลำดับ

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชนโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกหน่วยงานและบุคคลใกล้ชิดควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมของสังคม และการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างทันการ

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุไทย

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

(2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองสะแก-
ป่าห้วย

(3) โรงพยาบาลแก้วเหลียว

Original Article

Social Support and Depression among Thai Elderly in Community at Si Prachan District, Suphanburi Province

Kantima Srimaksook^{(1)*}, Saowanee Thuphoom⁽²⁾, Chawannat Rungchitcharoen⁽³⁾, Thanarat Plubplachai⁽¹⁾,
Chuanpis Siripaiboon⁽¹⁾, Aittiphol Duangchinda⁽¹⁾

Received Date: February 25, 2022

Accepted Date: April 20, 2022

* Corresponding author

(1) Faculty of Public Health and Allied Health

Sciences, Royal Institute of Thailand,

Sirindhorn College of Public Health

Suphanburi Province

(2) Ban Khlong Sakae-Pa Wai Health Promoting

Hospital

(3) Kao Liao Hospital

Abstract

Depression is a common mental and emotional disorder in the elderly but is often ignored as it is understood to be a normal symptom of aging. It has an impact on health and quality of life, even without severe depression.

This cross-sectional analytical research aimed to study the relationship between social support and depression among Thai elderly in communities at Si Prachan District, Suphanburi Province. The sample consisted of 235 elderly people, by multistage randomization, data were collected using a questionnaire with a content validity (S-CVI) of 0.948, and the reliability of the whole questionnaire using Cronbach's alpha coefficient was 0.77. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation statistics. The results showed that:

The majority of Thai elderly with depression had normal depression at 77.87% and overall were at the level of normal depressive disorder (Mean=8.41, S.D.=5.41), the overall social support of the Thai elderly was at a high level (Mean=2.41, S.D.=0.24), the overall negative correlation between social support and depression among Thai elderly was at a moderate level ($r = -0.390$), while with moderate depression among Thai elderly, including the positive social interaction ($r = -0.328$), tangible support ($r = -0.320$), and affectionate support ($r = -0.316$). There was a negative correlation with depression among Thai elderly at a low level, such as recognition as a person of value ($r = -0.258$), and society participation ($r = -0.228$), respectively.

The results of this study indicated that social support and depression among the Thai elderly in the community as a whole had a moderate negative correlation. Therefore, all concerned parties and close people should give importance to and care for the elderly with depression, especially in terms of social participation, and being recognized as a valuable person to prevent and reduce the severity of depression in the elderly promontory.

Keywords: Social Support, Depression, Thai Elderly

บทนำ

หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ซึ่งระหว่างปี ค.ศ. 2015–2050 สัดส่วนของผู้สูงอายุทั่วโลก คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 (World Health Organization, 2017) ทำให้ประชากรผู้สูงอายุในหลายประเทศได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) รวมทั้งประเทศไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีมากกว่าร้อยละ 20 ประสบปัญหาสุขภาพจากความผิดปกติทางจิต หรือระบบประสาท เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมักถูกมองข้ามเนื่องจากไม่ได้แสดงออกทางร่างกายอย่างเห็นได้ชัด ความรู้สึกไร้คุณค่า จิตใจหดหู่ กลายเป็นผู้พึ่งพิงหรือเป็นภาระผู้อื่น และไม่ยอมมีชีวิตอยู่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย & สุชาติ พันธุ์ลาภ, 2559; โชติกา สิงหาเทพ, ธนิกันต์ ศรีจันทร์, & เสาวนีย์ จันทสังข์, 2561) ประกอบกับความเจ็บป่วยทางกายเกิดโรคเรื้อรังไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิมช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และบทบาททางสังคมลดลง (สุนทรีพญ์ บุญเกิด และคณะ, 2561) การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 13.10 (อาคม บุญเลิศ, 2559) หากเป็นเช่นนี้นานวันจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความสุขของผู้สูงอายุ และต่อบุคคลอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรมในด้านสถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มปัญหาภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เช่น ในปี พ.ศ. 2558 ผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี มีภาวะซึมเศร้าจากร้อยละ 13.24 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.30 (นภา พวงรอด, 2558) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต พบภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงร้อยละ 29.73 (สรร กลิ่นวิจิต และคณะ, 2558) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ

ปัญหาหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวังและดูแลอย่างเร่งด่วน โดยมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพ ความคิด ความจำ และความสามารถทางสังคม รวมทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตาย และเกี่ยวข้องกับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ (มูจรินทร์ พุทธเมตตา & รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีหลายสาเหตุทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (อาคม บุญเลิศ, 2559; สุนทรีพญ์ บุญเกิด และคณะ, 2561) เช่น ปัจจัยด้านชีวสังคม (Girgus, Yang, & Ferri, 2017) ปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น (ปญญา กิตติกุลธนันท์, พัทธรินทร์ นินทจันทร์, & โสภณ แสงอ่อน, 2562; ภาณุชนาถ พุสี, โสภณ แสงอ่อน, & พัทธรินทร์ นินทจันทร์, 2563; ชุตติมา ลัย และคณะ, 2562)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการช่วยเหลือหรือส่งเสริมจากสังคมหรือชุมชน ประกอบด้วย ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสนับถือประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (มูจรินทร์ พุทธเมตตา & รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และด้านความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 44.58 นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 18.79 (สุนทรีพญ์ บุญเกิด และคณะ, 2561) ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมีโอกาสนับถือปัญหาสุขภาพจิตเป็น 5 เท่าของผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (พาริณี สุกใส และคณะ, 2561) อาจกล่าวได้ว่า ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าของผู้สูงอายุนั้นมีสาเหตุมาจากวัยสูงอายุ มีความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ความภาคภูมิใจใน

ตัวเองลดน้อยถอยลง จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น จากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายและสติปัญญา บางรายรู้สึกน้อยอกน้อยใจ ไม่มีกำลังใจ จนกระทั่งกลายเป็นภาวะซึมเศร้า และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560)

จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) และอำเภอศรีประจันต์เป็นอำเภอที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เช่นกัน (มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.93) จากรายงานผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 128,884 คน (ร้อยละ 87.05) ผลผิดปกติ 205 คน (ร้อยละ 0.15) ซึ่งอำเภอศรีประจันต์พบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 0.27 (เขตสุขภาพที่ 5, 2563) งานวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมานั้นส่วนมากศึกษาในโรงพยาบาล หรือสถานสงเคราะห์คนชรา (พิมพ์รัตน์ โทกุล, โสภณ แสงอ่อน, & พัทธินทร นินทจันทร์, 2563; สมุนทิพย์ บุญเกิด และคณะ, 2561) ในขณะที่การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ซึ่งยังไม่พบการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเป็นอย่างไร ผลจากการวิจัยนี้นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานการพัฒนาแผนงาน และจัดทำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในบริบทของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการความเครียดและภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณค่าแห่งตนเองและปรับตัวให้ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม สู่สังคมสูงวัยอย่างพลวัต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์แปรผกผันกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert & Brandt (1987) และการประยุกต์ของ Tawalbeh & Ahmad (2013) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย จากการพัฒนาของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง กรมสุขภาพจิต โดยนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุไทย (ภาพที่ 1)

วิธีดำเนินการวิจัย

• รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study)

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายและหญิง สัญชาติไทย มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 8,871คน (เขตสุขภาพที่ 5, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายและหญิง สัญชาติไทย มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2563 คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และระดับ

ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 184 คน ด้วยผู้สูงวัยซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง จึงคำนวณเพื่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อการเก็บข้อมูลเชิงรุกในชุมชนและความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอำเภอศรีประจันต์ ในปี 2562 เท่ากับ 0.163 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2562) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวนทั้งหมด 235 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยแบ่งออกแยกเป็นรายตำบลของอำเภอศรีประจันต์ จากจำนวนทั้งหมด 9 ตำบล ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) หาตัวแทนจากแต่ละตำบล โดยคำนวณสัดส่วนขนาดประชากรผู้สูงอายุของแต่ละตำบล แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย เพศชายและหญิง มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน อาศัยอยู่ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2563 สามารถอ่านเขียนในการให้ข้อมูล และช่วยเหลือตนเองได้ จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่, 2563) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่วิจัย และมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีคะแนนการคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน หรือมีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการป่วยทางจิต หรือมีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบี่ยงต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ตามเกณฑ์การประเมินผลจุดตัด (Cut-off point) คือ มากกว่า 17 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และตั้งแต่

22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

● เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้จากการนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (PRQ 85-Part II) ของ Weinert & Brandt (1987) และ Tawalbeh & Ahmad (2013) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแล โรคประจำตัว และบทบาททางสังคม ลักษณะแบบสอบถามเป็นปลายปิดแบบเลือกตอบ และปลายเปิดแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง กรมสุขภาพจิต, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา, จิตเวชศาสตร์, แพทย์โรคผู้สูงอายุ, พยาบาลจิตเวชศาสตร์, นักจิตวิทยา จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย โดยให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 อย่างคือ ใช่ และไม่ใช่ มีค่าคะแนน 1 และ 0 คะแนน มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 (กรมสุขภาพจิต, 2562) ในการแปลผลคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย คือการแบ่งตามช่วงคะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0-12 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเศร้าปกติ

13-18 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย

19-24 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง

25-30 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมชุดนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert & Brandt (1987) และ Tawalbeh & Ahmad (2013) พัฒนาโดยจินตนา เหลืองศิริเธียร (2550) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสนับถือประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ รวมจำนวน 35 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน และน้อย ให้ 1 คะแนน ในการแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Best & Jame (1993) จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1-3 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.34-3.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

1.67-2.33 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-1.66 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

● การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการพัฒนาสังคม และนายแพทย์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างละ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมดทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.948

2) การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา

จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.77 การสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และภาวะความซึมเศร้าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 โดยแบบวัดความซึมเศร้าต้นฉบับ (TGDS - 30) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537)

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและหญิง ในพื้นที่อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-15 กรกฎาคม 2563 โดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่บ้าน แนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้การสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามโดยคณะผู้วิจัยที่ได้รับการชี้แจงและอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือแล้ว โดยใช้ระยะเวลาในการถามตอบกลุ่มตัวอย่างคนละประมาณ 30 นาที ซึ่งได้แบบสอบถามกลับคืนครบจำนวน 235 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 และนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความครบถ้วน เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

● การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชนบท โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับเกณฑ์การแปลผลความสัมพันธ์ (Degree of correlation) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Statistics Solutions, 2019) ดังนี้

± 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ (Perfect)

± 0.50 ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (High degree)

± 0.30 ถึง ± 0.49 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง (Moderate degree)

± 0.01 ถึง ± 0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ (Low degree)

0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน (No correlation)

● จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-S2563/016 เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 235 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.15 เพศชาย ร้อยละ 40.85 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 56.60 อายุเฉลี่ย 68.76 ปี (S.D.= 7.45) สถานภาพ คู่ ร้อยละ 65.96 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.79 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 53.62 (Mean=4,477.02, S.D.= 3800.16) มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 67.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรืออยู่บ้าน ร้อยละ 58.30 มีผู้ดูแล ร้อยละ 70.21 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.83 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.34 ไม่มีบทบาททางสังคม ร้อยละ 88.51 และมีระดับความซึมเศร้า ร้อยละ 22.13 (ตารางที่ 1)

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย

จากการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พบว่ากลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุไทยในชุมชน ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าปกติ ร้อยละ 77.87 ซึ่งถือว่ามีความสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไปปรองดองมา ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

ปานกลาง และรุนแรง คือร้อยละ 19.15, 2.13 และ 0.85 ตามลำดับ และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับเป็นผู้ที่มีความเศร้าปกติ (Mean=8.41, S.D.=5.41)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทย

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทยในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.41, S.D.=0.24) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าด้านที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ได้แก่ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน (Mean=2.53, S.D.=0.41) การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (Mean=2.51, S.D.=0.32) และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (Mean=2.49, S.D.=0.29) ตามลำดับ สำหรับการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Mean=2.31, S.D.=0.33) และการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า (Mean=2.23, S.D.=0.30) มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน

พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.390$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ($r = -0.328$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ($r = -0.320$, $p\text{-value} < 0.001$) และความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ($r = -0.316$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($r = -0.228$, $p\text{-value} < 0.001$) และการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ($r = -0.258$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 3)

บทสรุปและอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย

กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอ

ศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 235 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับเป็นผู้มีความเศร้าปกติ (Mean=8.41, S.D.=5.41) คิดเป็นร้อยละ 77.87 ซึ่งถือว่ามีความสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป รองลงมา ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง คือร้อยละ 19.15, 2.13 และ 0.85 ตามลำดับ อาจเนื่องจาก อำเภอศรีประจันต์เป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและอัตราการฆ่าตัวตายสูงของจังหวัดสุพรรณบุรี จึงมีการดำเนินการรณรงค์ร่วมกับการคัดกรองโรคซึมเศร้าในระดับพื้นที่ ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลงต่อเนื่องในระหว่าง ปี พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 0.55, 0.27 และ 0.15 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติในเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ มีมุมมองว่าการที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดี ชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก มีความหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้าต่อตนเองและครอบครัว มีความสุขตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่รู้สึกไม่พอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ ไม่อยากทำอะไร รู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ชีวิตช่วงนี้ว่างเปล่า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุขเป็นต้น สอดคล้องกับมูจรินทร์ พุทธเมตตา & รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.9 นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.4 และใกล้เคียงกับการศึกษาของชุดิมา มาลัย และคณะ (2562) พบว่าผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 63.67 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.33 ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าวระดับเล็กน้อย ร้อยละ 23.54

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทย

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทยในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.41, S.D.=0.24) อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตแบบวิถีชนบทเป็นครอบครัวขยาย มีสถานภาพคู่ มากที่สุดร้อยละ 65.96 มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 70.21 มีผู้ดูแล นอกจากนี้การได้รับ

การยอมรับจากสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคม ซึ่งเห็นได้ว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 11.49 ที่มีบทบาททางสังคมในชุมชน นับได้ว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญเพราะสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว การให้ความรัก ความเข้าใจ การให้ความเคารพ การให้คุณค่า ความสำคัญผู้สูงอายุ และมีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคม ได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำหรือไม่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับ Maryam et al. (2018) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพไม่ได้เกิดจากการร้องขอของบุคคล แต่เกิดจากการให้ ที่มาจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน โดยมีรูปแบบการกระทำหรือพฤติกรรมที่ส่งผลลัพท์ทางบวกให้กับบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีครอบคลุมครบทุกด้านไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ได้แก่ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีโอกาสนั่งอยู่ประยชน์ต่อผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ตามลำดับ และด้านที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คือ การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุนทิพย์ บุญเกิด และคณะ (2561) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่มีการจัดโครงการกิจกรรมต่างๆ ให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ เช่น โครงการคลินิกอบอุ่นไอรัก: การป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนในเพียงบางด้าน ทำให้การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่

ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ส่วนด้านที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คือความมั่นใจในการมีคุณค่าแห่งตน

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน

พบว่าการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน โดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.390$, $p\text{-value} < 0.001$) และทุกรายด้านมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์แปรผกผันกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert & Brandt (1987) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลรักษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สามารถจัดการกับปัญหา และลดแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าลงได้ เช่นเดียวกับ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย & สุชาติ พันธลาภ (2559) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระดับปานกลาง ($r = -0.454$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรา ชูพลสัตย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, & ชนิดดา แนนเกสร (2561) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคม และใกล้เคียงกับการศึกษาของยุพา ทองสุข และคณะ (2562) พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุสูงสุด คือการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.358$, $p\text{-value} < 0.05$) และยังสอดคล้องกับโชติกา จันทราวัฒน์ และคณะ (2559) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง สามารถลดปัญหาความซึมเศร้าลง และเพิ่มคุณค่าตัวเองในผู้สูงอายุได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงลบ อยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.316$, $p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาสถานะภาพคู่ อยู่กับครอบครัว มีบุคคลในครอบครัวคอยดูแลใกล้ชิด และสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert & Brandt (1987) ได้ว่าพื้นฐานสัมพันธ์ภาพความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวนั้น ถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว มีพฤติกรรม การเข้าสังคมที่ดีอย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพันจากครอบครัว และสังคม สอดคล้องกับ Liu et al. (2016) พบว่าความใกล้ชิดสนิทสนมและรักใคร่ผูกพันกับคู่สมรสและ/หรือกับบุตรรวมถึงการสนับสนุนจากทั้งครอบครัวและเพื่อนกับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ซึ่งสามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ และยังสอดคล้องกับ อรพิน พรศโยธ (2561) ที่พบว่าการส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัวซึ่งตรงการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน เพราะว่าผู้สูงอายุต้องการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับรชฏ มงคล และคณะ (2561) พบว่าบุคคลที่มีความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันในครอบครัวน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าสูงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับน้อย ($r = -0.228$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุน

ทางสังคมของ Weinert & Brandt (1987) ได้ว่าการมีพฤติกรรมเข้าสังคมที่ดีได้อย่างเหมาะสมของบุคคล การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Sense of belonging) ทำให้ผู้สูงอายุได้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ที่ดี ส่งผลทางบวกกับตนเองและสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ สอดคล้องกับนภา รอดพ่วง (2558) พบว่าการเป็นการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของพาริณี สุกใส และคณะ (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต อาจพบในกลุ่มที่มีความบกพร่องของบทบาททางสังคมและอาการทางกายเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยและมีภาวะสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดี พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีโรคประจำตัว ซึ่งในการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 63.83 จึงอาจจะส่งผลทำให้การมีส่วนร่วมของสังคมอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับสุนนทิพย์ บุญเกิด และคณะ (2561) พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะด้านปัจจัยชีวสังคมของผู้สูงอายุเองซึ่งเป็นปัจจัยภายในหรือตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ เพศ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว เป็นต้น และสอดคล้องกับชุตินา มาลัย และคณะ (2562) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ด้วยภาวะความเจ็บป่วยอาจทำให้สูญเสียรายได้และจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคประจำตัว ยิ่งเมื่อมีปัญหาทางเศรษฐกิจหลายด้านจากสภาวะต่างๆ มักจะพบความผิดปกติทางจิตร่วมอยู่ด้วยเสมอ เช่น ภาวะซึมเศร้า

การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ใน

ระดับปานกลาง ($r = -0.328$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert & Brandt (1987) ได้ว่าการที่บุคคลได้มีโอกาสให้การช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น รวมถึงมีประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย & สุชาติ พันธลาภ (2559) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้อาจแตกต่างจากการศึกษาของสุนนทิพย์ บุญเกิด และคณะ (2561) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ต่างกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มักได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอก มากกว่าการได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในบริบทชุมชน ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิง และการที่มี บุตร หลาน ญาติ เพื่อนบ้าน บุคคลในชุมชนมาขอคำปรึกษาแนะนำในเรื่องต่างๆ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา จึงมีความสุขกับการช่วยเหลือบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและชุมชน ส่งผลให้ลดโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับน้อย ($r = -0.258$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert & Brandt (1987) ได้ว่าด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Reassurance of worth) เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสังคม ยามที่บุคคลได้แสดงความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่างๆ ส่งผลให้บุคคลรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ซึ่งเป็น

ความรู้สึกที่มีอิทธิพลต่อด้านจิตใจของบุคคล หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม หรือจากเครือข่ายสังคมอย่างเพียงพอเหมาะสมและต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และสุชาติ พันธธาก (2559) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน สังคม และการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยและปกติ

การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงลบ อยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.320$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert & Brandt (1987) ได้ว่าด้านการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ของบุคคลเป็นการสนับสนุนทางด้านสิ่งที่จับต้องได้ ในสิ่งที่จำเป็น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรัตนานุกุล และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.8) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า) ($r = -0.158$, $p\text{-value} = 0.011$) โดยเฉพาะการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับดลฤทัย บุญชู และคณะ (2558) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรงต้องการมากที่สุดของผู้สูงอายุ คือการได้รับข้อมูล และความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่ามีคนรักและเห็นใจ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

• ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1) เป็นข้อมูลในการวางแผนด้านส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุ

2) นำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนดำเนินการส่งเสริมและป้องกันผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าในการศึกษาพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำก็ตาม ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยซ้ำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการรักษาที่เหมาะสม และเฝ้าระวังป้องกันความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

3) จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่ายังอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรเพิ่มการสนับสนุนทั้งสองด้านนี้ เพื่อส่งเสริมการเห็นถึงคุณค่าและพลังของผู้สูงอายุ และเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

• ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าว่ามีการปรับตัวอย่างไรในการดำเนินชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการเข้าสู่วัยสูงอายุและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2) ควรมีการศึกษาระยะยาวในอนาคตภายใต้แนวโน้มสถานการณ์หรือบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยหรือกลไกที่เชื่อมโยงการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3) ควรมีการศึกษาโดยการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์

(emotional) ความคิด (cognitive) ร่างกาย (physical) และ พฤติกรรม (behavioral) เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่มีการ แสดงออกแต่ละด้านและมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน กับภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2562). สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย 77 จังหวัด. ค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <http://www.dop.go.th/th/know/1>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2562, จาก <https://www.dmh.go.th/abstract/nurse/details.asp?id=884>
- เขตสุขภาพที่ 5. (2562). ประชากรผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ปี 2562. ค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2562, จาก <https://apps.hpc.go.th/>
- จินตนา เหลืองศิริเจริญ. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา พัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชุดิมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์, & ศรีสกุล เฉียบแหลม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39(3), 67-76.
- โชติกา จันทราวัฒน์, นกัสนกรณ์ วรภัทรพูนสุข, & พิมลนาฏ จันทร์กลั่น. (2559). โครงการทางจิตวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โชติกา สิงหาเทพ, ธนิกันต์ ศรีจันทร์, & เสาวนีย์ จันทสังข์. (2561). บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ต.โคกมั่งงอย อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- ดลฤทัย บุญชู, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วิไลวรรณ ทองเจริญ, & ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล การดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(2), 62-78.
- นภาพ พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2(1), 63-74.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารคดีราช, 46(1), 1-9.
- ปณิกา กิตติกลุณันท์, พชรินทร์ นินทจันทร์, & โสภณ แสงอ่อน. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(2), 137-156.
- พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิตกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, & พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(5), 809-818.
- พิมพ์รัตน์ ไทกุล, โสภณ แสงอ่อน, & พชรินทร์ นินทจันทร์. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 31(2), 187-200.
- ภาณุชนา พุสี, โสภณ แสงอ่อน, & พชรินทร์ นินทจันทร์. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(1), 18-35.
- มจรินทร์ พุฒเมตตา, & รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(2), 69-82.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, & ภัทรพร เฮงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(1), 95-110.
- รชฏ มงคล, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล, & สาวิตรี ทยานศิลป์. (2561). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, (ฉบับพิเศษ), 63-79.
- รัตนา บุญพา, ผจงจิต ไกรถาวร, & นพวรรณ เปียชื่อ. (2562). การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล, 34(2), 112-126.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). **มิเตอร์ประเทศไทย**. ค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2562, จาก

<http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/index.php?#population>

สรรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, & พลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. **บูรพาเวชสาร**, 2(1), 21-33.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2563). **การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในผู้สูงอายุ**. ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2563, จาก

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่. (2563). **การบริหารค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน**. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2563, จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/200417158709400251.pdf

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). **แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล**. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. สมุนทิพย์ บุญเกิด, สมฤดี ดินวนพะเนา, ปวีณา ระบายโพธิ์, ศรีัญญา นาคสระน้อย, & กัลยา ไผ่เกาะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชรา. **วารสารการพยาบาลทหารบก**, 19(1), 182-190.

อมรา พูลสวัสดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, & ชนิดดา แนนเกสร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. **วารสารพยาบาล**, 67(2), 36-43.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, & สุชาติ พันธุ์ลาภ. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมือง กรุงเทพมหานคร. **วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ**, 3(3), 25-36.

อรพิน พรศโยธณ. (2561). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ**. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2563, จาก <http://www.oic.go.th>

อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 31(1), 25-33.

Best, J. W., & James, V. K. (1993). **Research in education** (7th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Girgus, J. S., Yang, K., & Ferri, C., V. (2017). The gender difference in depression: Are elderly women at greater risk for depression than elderly men? **Geriatrics**, 2(4), 35-46.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. **Educational and Psychological Measurement**, 30(3), 607-610

Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. **Journal of health psychology**, 21(5), 750–758. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>

Statistics Solutions, (2019). **Directory of statistical analyses: Pearson's Correlation Coefficient**. Retrieved October 31, 2019, from <https://www.statisticssolutions.com/free-resources/directory-of-statistical-analyses/pearsons-correlation-coefficient/>

Tajvar, M., Grundy, E., & Fletcher, A. (2018). Social support and mental health status of older people: A population-based study in Iran-Tehran. **Aging & mental health**, 22(3), 344–353.

Tawalbeh, L. I., & Ahmad, M. M. (2013). Personal Resource Questionnaire: A Systematic Review. **The Journal of Nursing Research**, 21(3), 170-177.

Weinert, C., & Brandt, P. A. (1987). Measuring social support with the personal resource questionnaire. **Western Journal of Nursing Research**, 9(4), 589-602.

World Health Organization. (2017). **Mental health of older adults**. Retrieved January 14, 2019, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี (n=235)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	96	40.85
หญิง	139	59.15
อายุ		
60 – 69 ปี	133	56.60
70 – 79 ปี	72	30.64
80 ปีขึ้นไป	30	12.76
(Mean=68.76, S.D.=7.45, Min=60, Max=80)		
สถานภาพ		
โสด	20	8.51
คู่	155	65.96
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	60	25.53
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	164	69.79
มัธยมศึกษา/ ปวช.	33	14.04
อนุปริญญา/ ปวส.	22	9.36
ปริญญาตรีขึ้นไป	16	6.81
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ /ว่างงาน /อยู่บ้าน	137	58.30
เกษตรกร	45	19.15
ค้าขาย	14	5.96
ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจบำนาญ	15	6.38
อื่นๆ (เช่น รับจ้างทั่วไป รับซื้อของเก่า)	24	10.21
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 3,000 บาท	126	53.62
3,001 – 6,000 บาท	58	24.68
6,001 – 9,000 บาท	11	4.68
มากกว่า 9,000 บาท	40	17.02
(Mean=4,477.02, S.D.=3800.16, Min=600, Max=17,500)		
ความเพียงพอรายได้		
ไม่เพียงพอ	159	67.66
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	62	26.38
เพียงพอ เหลือเก็บ	14	5.96

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี (n=235) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
ไม่มี	70	29.79
มี	165	70.21
- คู่สมรส	73	44.24
- บุตรหลาน	54	32.73
- เครือญาติ (เช่น พี่น้อง น้ำ อา ป้า ลุง)	38	23.03
โรคประจำตัว		
ไม่มี	85	36.17
มี	150	63.83
- โรคเบาหวาน	29	19.33
- โรคความดันโลหิตสูง	56	37.34
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	11	7.33
- โรครวมมากกว่า 2 โรค	41	27.33
- โรคอื่น ๆ (เช่น ปอดอุดกั้น / ไต/ ข้ออักเสบ)	13	8.67
บทบาททางสังคม		
ไม่มี	208	88.51
มี	27	11.49
- ส่วนท้องถิ่น (อบต./ เทศบาล/ อื่น ๆ)	7	25.93
- อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	8	29.63
- คณะกรรมการหมู่บ้าน	12	44.44
ระดับความซึมเศร้า		
ปกติ	183	77.87
เล็กน้อย	45	19.15
ปานกลาง	5	2.13
รุนแรง	2	0.85

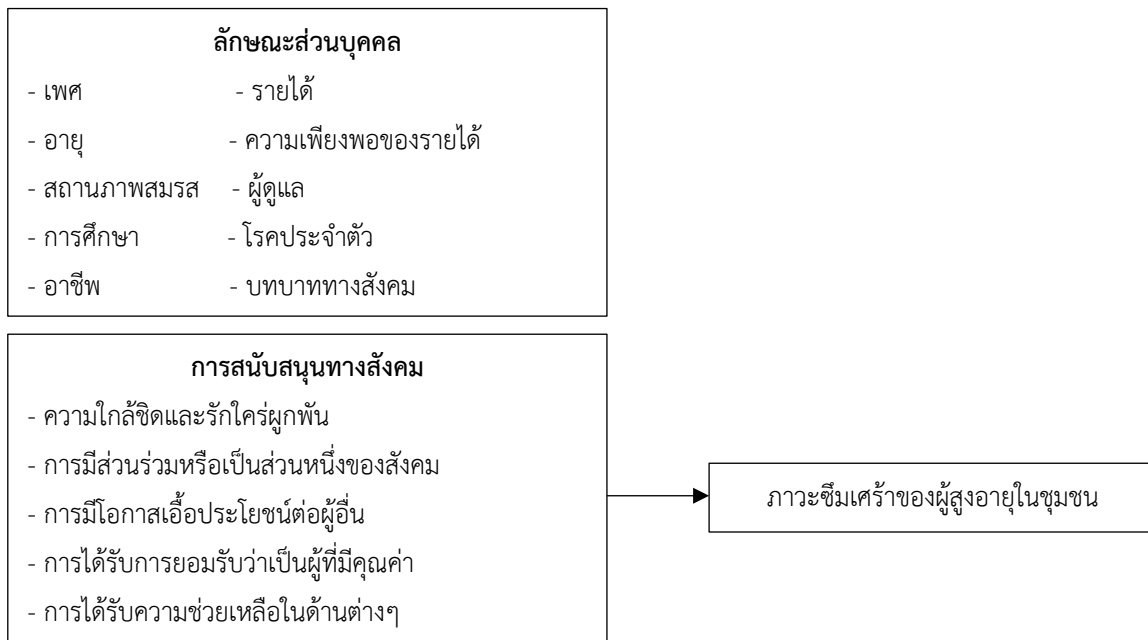
ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี (n=235)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทย	ระดับการสนับสนุนทางสังคม		
	Mean	S.D.	แปลผล
- ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน	2.53	0.41	มาก
- การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	2.31	0.33	ปานกลาง
- การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	2.51	0.32	มาก
- การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า	2.23	0.30	ปานกลาง
- การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ	2.49	0.29	มาก
โดยรวม	2.41	0.24	มาก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน (n=235)

การสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
- ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน	-0.316**	<0.001	ปานกลาง
- การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	-0.228**	<0.001	น้อย
- การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	-0.328**	<0.001	ปานกลาง
- การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า	-0.258**	<0.001	น้อย
- การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ	-0.320**	<0.001	ปานกลาง
โดยรวม	-0.390**	<0.001	ปานกลาง

** p < 0.01 (by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย