

# ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

## Selected Factors Related to Depression of Elderly People in Rural Area of Nakhon Ratchasima Province

กชกร ฉายากุล, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) <sup>1</sup>

Kotchakorn Chayakul, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) <sup>1</sup>

Received: February 6, 2023    Revised: May 29, 2023    Accepted: June 5, 2023

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 138 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่น .72 และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีค่าความเชื่อมั่น .73 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, Chi-square test และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 13.479, p < .01$  และ  $\chi^2 = 10.048, p < .05$  ตามลำดับ) และ 2) การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.567, p < .001$ ;  $r = -.257, p < .01$  และ  $r = -.208, p < .05$  ตามลำดับ)

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup> Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: kotchakotn@knc.ac.th

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และควรมีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม  
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

### **Abstract**

This descriptive correlational research aimed to study the selected factors related to depression of elderly people in rural area. The samples consisted of 138 elderly people in rural area of Nakhon Ratchasima Province. The research instruments included the personal data interview questionnaire, the perception of resilience quotient interview questionnaire with reliability of .77, the social participation interview questionnaire with reliability of .92, the spiritual well-being interview questionnaire with reliability of .72, and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) with reliability of .73. Data were collected from November to December, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, Chi-square test, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that 1) smoking and alcohol consumption were statistically significantly related to depression of elderly people ( $\chi^2 = 13.479, p < .01$  and  $\chi^2 = 10.048, p < .05$ , respectively); and 2) perception of resilience quotient, social participation, and spiritual well-being were negatively statistically significantly related to depression of elderly people ( $r = -.567, p < .001$ ;  $r = -.257, p < .01$ ; and  $r = -.208, p < .05$ , respectively).

This research suggests that health care providers should assess depression of elderly people who regularly smoke or drink as well as enhance resilience quotient, social participation, and spiritual well-being. This will help prevent depression among elderly people.

**Keywords:** Depression of elderly people, Perception of resilience quotient, Social participation, Spiritual well-being

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยจัดเป็นสังคมสูงอายุ (aging society) จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งมีแนวโน้มว่าประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า และมีการคาดการณ์ว่าจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) โดยคาดว่าจะมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2583 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) เป็นที่ทราบกันดีว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นนำมาซึ่งความเสื่อมของร่างกาย ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมและชุมชน สถานภาพทางการเงิน ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น (คุชฎี กาวิวงศ์ และรุจิรา ดวงสงค์, 2563; อังควรา วงษาสันต์ และนพรัตน์ บุญเพียรผล, 2560)

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้สูงอายุมักประสบภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่อายุน้อยกว่า โดยพบภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 5.70 ของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหม่นหมอง เหนื่อยหน่าย หลงๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และอาจมีความรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า (World Health Organization [WHO], 2021) และในที่สุดอาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังอาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก และนำไปสู่ความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ไม่ดี และมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการบริการทางสุขภาพด้วย (WHO, 2017)

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตสังคมหลายประการ เช่น เพศ (Suttajit et al., 2010) อายุ (นันทิดา ทองอ้อม, 2565) สถานภาพสมรส (อรสา ไชยทอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554) การมีโรคประจำตัว (Haseen & Prasartkul, 2011) ความเพียงพอของรายได้ (ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชยโยียงยงค์, เพ็ญญา แดงด้อมฤทธิ์, และศรีสกุล เขียบแหลม, 2562) สัมพันธภาพในครอบครัว (โสภิต แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550) การใช้สารเสพติด (อรสา ไชยทอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554) เช่น การสูบบุหรี่ (Holahan et al., 2011) การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (มุจรินทร์ พุทธิเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) การมีส่วนร่วมทางสังคม (นิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Jang, 2004; Kim & Lee, 2013)

รายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย มีอัตราที่แตกต่างกันในแต่ละรายงาน ตั้งแต่ร้อยละ 15.30 (นภา พวงรอด, 2558) จนถึงร้อยละ 37.33 (ชุติมา มาลัย และคณะ, 2562) สำหรับจังหวัดนครราชสีมาซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 511,969 คน คิดเป็นร้อยละ 19.46 ของประชากรทั้งหมด จัดเป็นลำดับ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) แสดงให้เห็นถึงความต้องการการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท เมื่อพิจารณาถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่ามีรายงานการศึกษาในเขตเทศบาลตำบลห้วยทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28.35 (ภัทรา เสียมในเมือง, ศรีวรรณ เอมราช, และจันสุดา สีลาเขตต์, 2553) ในขณะที่ผลการศึกษาที่บ้านมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา พบผู้สูงอายุที่มี

ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 56.30 โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าน้อยมาก (กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล, 2562) ซึ่งพื้นที่ทั้ง 2 แห่ง เป็นเขตชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมือง ทั้งนี้ ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรสุขภาพควรทำความเข้าใจและจัดการกับปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับกาเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนลดผลกระทบในกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

### สมมติฐานงานวิจัย

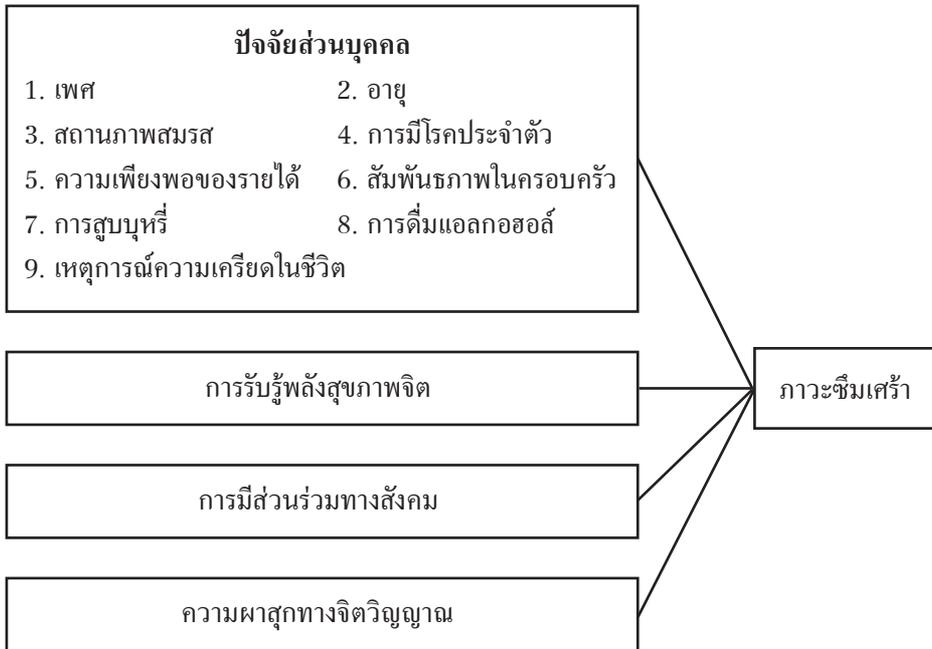
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

2. การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับ 1) โครงสร้างของพลังสุขภาพจิตของ Grothberg (1995) และของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต (2554) ร่วมกับองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ของ Wagnild and Young (1993) 2) แนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของ Havighurst (1954 as cited in Gillespie & Louw, 1993) ที่เสนอว่า การคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตและการปรับตัวได้ดี โดยผู้สูงอายุไทยมีการเข้าร่วมทางสังคม 4 ลักษณะ ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ กิจกรรมเพื่อชุมชน/สังคม กิจกรรมการศึกษา และกิจกรรมนันทนาการ (ชญาณี ไมเออร์, 2552) และ 3) แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุของแสงเดือน พรหมแก้วงาม, ลินจง โปธิบาล, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และกนกพร สุคำวัง (Promkaewngam, Pothiban, Srisuphan, & Sucamvang, 2014) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว ด้านความสุขสงบ และด้านการเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต ร่วมกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักทางพุทธศาสนา ของพระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ชันแก้ว, ไชยิต คุ่มท้าว, และสงวน หล้าโพทนัน (2560) ได้แก่ (1) ความสุขสงบ ความไม่เห็นแก่ตัว และมีพรหมวิหาร 4 ได้แก่ การมีความเมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา มีความเห็นใจต่อตนเองและผู้อื่น (2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต และ (3) การมีสติ สมาธิ และปัญญา หรือการมีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ การมีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอย่างมีความหมาย โดยปัจจัยคัดสรรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 2) การรับรู้พลังสุขภาพจิต หรือความเข้มแข็งทางใจ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม และ 4) ความผาสุกทาง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท ในพื้นที่ 31 อำเภอของจังหวัดนครราชสีมา (ยกเว้นอำเภอเมืองฯ) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 (คำนวณจากการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา [2559] ได้ค่า -.367) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่าง 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกอำเภอ 1 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้เป็นอำเภอโชคชัย จากนั้นเลือกตำบล 1 ตำบล (จากจำนวน 10 ตำบล) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้เป็นตำบลทุ่งอรุณ แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม โดยมีกรอบสำหรับสุ่มตัวอย่าง และสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลตัวอย่าง

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว

ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังสุขภาพจิต สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ของกชกร ฉายากุล และภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก (2563) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2554) ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดโครงสร้างของพลังสุขภาพจิต ของ Grotberg (1995) และองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุ ของ Wagnild and Young (1993) จำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ก่อนข้างจริง และจริงมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 35-140 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้พลังสุขภาพจิต ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 98 คะแนน) ในระดับเกณฑ์ปกติ (98-119 คะแนน) และในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 119 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีกิจกรรม ของ Havighurst (1954 as cited in Gillespie & Louw, 1993) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทย จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติ น้อย ปฏิบัติปานกลาง และปฏิบัติบ่อย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับน้อย (0-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-60 คะแนน) และในระดับมาก (61-90 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของแสงเดือน พรหมแก้วงาม

และคณะ (Promkaewngam et al., 2014) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักทางพุทธศาสนา ของพระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ (2560) จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-65 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ (น้อยกว่า หรือเท่ากับ 30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-48 คะแนน) และในระดับสูง (มากกว่า 48 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย และเป็นทุกวัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (7-12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และในระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (2 คน) และอาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมฯ และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ไปทดลองใช้

กับผู้สูงอายุในตำบลทุ่งอรุณ (คนละหมู่บ้านกับที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่) ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .77, .92, .72 และ .73 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (เอกสารรับรอง เลขที่ COA 007/2562 วันที่ 19 มีนาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ ตำบลทุ่งอรุณ อำเภอโซ่พิสัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อขอความร่วมมือในการติดต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 8 คน ซึ่งผ่านการเรียนรายวิชาวิจัยทางการแพทย์มาแล้ว โดยมีภารกิจไปยังข้อคำถามและวิธีการถามจนเข้าใจตรงกัน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัวดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์และแบบคัดกรองทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลาคนละ 30-45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้พลังสุขภาพจิต ข้อมูลการมีส่วนร่วมทางสังคม และข้อมูลความผูกพันทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องเพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องความเพียงพอของรายได้ กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผูกพันทางจิตวิญญาณ กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.84 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 60-96 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 71.97 ปี ( $SD = 8.12$ ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.59 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.74 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.25 ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี คิดเป็นร้อยละ 70.29 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 95.65 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 91.30 และมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) คิดเป็นร้อยละ 69.56
2. การรับรู้พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังสุขภาพจิตโดยรวมในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ( $M = 124.23, SD = 10.47$ )
3. การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ( $M = 45.52, SD = 18.18$ )
4. ความผูกพันทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางจิตวิญญาณ

โดยรวมในระดับสูง ( $M = 60.90, SD = 4.07$ )

5. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 91.30 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 8.70

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่อง เพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 13.479, p < .01$  และ  $\chi^2 = 10.048, p < .05$  ตามลำดับ) ส่วน เพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องเพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (n = 138)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		$\chi^2$	p
	มี	ไม่มี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	4 (9.30)	39 (90.70)	.029 <sup>a</sup>	1.000
หญิง	8 (8.42)	87 (91.58)		
สถานภาพสมรส				
โสด/ม้าย/หย่า/แยก	4 (7.55)	49 (92.45)	.143 <sup>a</sup>	.767
คู่	8 (9.41)	77 (90.59)		
การมีโรคประจำตัว				
มี	9 (9.09)	90 (90.91)	.069 <sup>a</sup>	1.000
ไม่มี	3 (7.69)	36 (92.31)		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	10 (12.66)	69 (87.34)	3.654 <sup>b</sup>	.056
ไม่เพียงพอ	2 (3.39)	57 (96.61)		
สัมพันธภาพในครอบครัว				
มีสัมพันธภาพที่ดี	7 (7.22)	90 (92.78)	.900 <sup>a</sup>	.509
มีความขัดแย้ง	5 (12.20)	36 (87.80)		
การสูบบุหรี่				
สูบ	3 (50.00)	3 (50.00)	13.479 <sup>a</sup>	.009
ไม่สูบ	9 (6.82)	123 (93.18)		
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	4 (33.33)	8 (66.67)	10.048 <sup>a</sup>	.011
ไม่ดื่ม	8 (6.35)	118 (93.65)		
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต				
มี	10 (10.42)	86 (89.58)	1.177 <sup>a</sup>	.345
ไม่มี	2 (4.76)	40 (95.24)		

หมายเหตุ: a = Fisher's exact test, b = Chi-square test

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์

ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.567, p < .001$ ;  $r = -.257, p < .01$  และ  $r = -.208, p < .05$  ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ( $n = 138$ )

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p
อายุ	-.055	.525
การรับรู้พลังสุขภาพจิต	-.567	< .001
การมีส่วนร่วมทางสังคม	-.257	.002
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	-.208	.015

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.33 ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับภาวะซึมเศร้ามีลักษณะเป็นแบบสองทิศทาง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีการใช้บุหรี่เป็นการบำบัดตนเอง (self-medication) เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งโดปามีนใน mesolimbic reward pathway ช่วยให้เกิดความพึงพอใจ นอกจากนี้ นิโคตินยังช่วยเพิ่มการหลั่งเซโรโทนิน ทำให้ผู้ใช้รู้สึกมีอารมณ์ดีขึ้นเมื่อสูบบุหรี่ ตลอดจนช่วยลดความรู้สึกเครียด (Mendelsohn, 2012) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรม

การสูบบุหรี่ส่งผลให้ได้รับนิโคตินอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองที่นำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าขึ้นได้ (Mineur & Picciotto, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam et al. (2004) และการศึกษาของ Holahan et al. (2011) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์นั้น อธิบายได้ว่า การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดส่งผลกระทบต่อระดับสารเคมีในสมอง โดยหนึ่งในนั้นคือ เซโรโทนิน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ระดับเซโรโทนินที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Mental Health Foundation, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้พลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Grotberg (1995) และแนวคิดของ Wagnild and Young (1993) ที่ว่า การมีพลังสุขภาพจิตหรือมีความเข้มแข็งทางใจ จะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวกับการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงถือได้ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังลิมนต์ สุนทรไชยา (2559) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีคะแนนการมีส่วนร่วมทางสังคมที่สูงขึ้น จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง เนื่องจากกิจกรรมทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตและมีการปรับตัวได้ดี ซึ่งวัฒนธรรมของชาวอีสานในชนบทตามฮีตสิบสองคองสิบสี่ (จารีตและแนวทางปฏิบัติที่สืบทอดกันมา) เป็นวัฒนธรรมที่ยังคงเข้มแข็งอยู่ในสังคมชนบท การร่วมกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมและกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ย่อมส่งผลบวกต่อสุขภาพทางสังคมและจิตใจ จากการถูกให้คุณค่าและตระหนักในคุณค่าแห่งตน มีผลต่ออารมณ์ที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า วัฒนธรรมของชาวอีสานในชนบท ผู้สูงอายุนิยมมีกิจกรรมทางพุทธศาสนา เช่น การถือศีล การตักบาตร การไปถวายอาหารที่วัดในวันพระ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและสังคม (สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุรสุม กฤษณะจุฑา, และ ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, 2561) ดังนั้น การมีส่วนร่วมทางสังคมที่ลดลงจึงส่งผลต่ออารมณ์ที่เป็นสุขของผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าลดลง ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุจึงควรมีการเข้าร่วมกิจกรรม เช่นเดียวกับคนวัยกลางคน โดยไม่ควรให้ผู้สูงอายุ

ลดการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ควรให้มีส่วนเกี่ยวข้องในฐานะสมาชิกคนหนึ่งในสังคม (Havighurst, 1954 as cited in Gillespie & Louw, 1993) ในทางตรงกันข้าม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก็ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ลดลง (ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์, 2557) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) และการศึกษาของนิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2558) ที่พบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากความรู้สึกเบื่อหน่าย มีความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อมหรือนุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณที่สูงขึ้น จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หากพิจารณาตามหลักพุทธศาสนา ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงย่อมมีความสุขสงบ รู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ตลอดจนสามารถพิจารณาไตร่ตรองถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยและชีวิตของตนได้ดี มีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ รวมทั้งมีความเข้มแข็งและมีพลังใจในการมีชีวิตอย่างมีความหมาย (พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ, 2560) จึงถือได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะทำให้บุคคลมีพลังในตน มีกำลังใจ และมีความหวัง รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลค้นพบความหมายของชีวิต รู้สึกได้ถึงความสำเร็จและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต มีความเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต ตลอดจน

รู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว สามารถนำหลักธรรมคำสอนทางศาสนามาพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ จึงทำให้มีความเบิกบานและสุขสงบ (พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ, 2560; แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรุณญา นามวงศ์, 2560) ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Jang (2004) และการศึกษาของ Kim and Lee (2013) ที่พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว ที่แตกต่างกัน ก็ไม่ทำให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทซึ่งมีปัจจัยพื้นฐานทางสังคมไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเครือญาติกัน มีความผูกพันกัน มีการติดต่อพบปะและพึ่งพากัน ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยวหรือท้อแท้สิ้นหวัง ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศราก็เป็นเพียงระดับน้อยเท่านั้น ซึ่งการมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน กล่าวคือ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนหรือใกล้เคียงปกติ (ภักจิรา ภูสมศรี, 2563) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของนิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลีอนุญชวรัชชัย (2558) ที่พบว่า เพศ อายุ และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

(นิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลีอนุญชวรัชชัย, 2558) รวมทั้งเพศ และเหตุการณ์ความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้างต้นเป็นผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากในการวิจัยครั้งนี้ หรืออาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2.32 เท่า (อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลีอนุญชวรัชชัย, 2554) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า 4 เท่า (วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะทิตย์, วรวุฒิ แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, และสุนิสา คำขึ้น, 2563) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ 2.60 เท่า (ศิริราไพ สุวัฒน์กุลป์ และบุรณี กาญจนถวัลย์, 2557) ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวสูง 47.68 เท่า (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.97 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีรายได้เพียงพอ และมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี จึงทำให้มีผลการศึกษาดifferentจากการศึกษาที่ผ่านมา

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้  
บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งควรจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป  
ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทพื้นที่อื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติม ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และควรมีการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ในรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

### เอกสารอ้างอิง

กชกร ฉายากุล, และภรณ์ทิพย์ ผลกระทก. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัทยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 127–137.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ก). *สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ข). *สถิติผู้สูงอายุ รวบรวมจากข้อมูลของกรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม ปี พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1767>

กานต์พีชญา เนตรพิสิทธิ์กุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: บ้านมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 89–103.

ชญาณี ไมเออร์. (2552). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 1(1), 92–109.

ชุตินา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์, และศรีสกุล เขียบแหลม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 67–76.

ชญฉวี คาวีวงศ์, และรุจิรา ดวงสงค์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(2), 36–46.

นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2(1), 63–74.

นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24–31.

นันทิดา ทองอัม. (2565). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิครินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 311–320.

นริชรา ศศิธร, และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2558). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรระอุทิศ. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 59(6), 717–730.

พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์จันแก้ว, ไชยมิตร คุ่มท้าว, และสงวน หล้าโพชนัน. (2560). การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 78–88.

- กัจจิริยา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 51-58.
- ภัทรา เสงี่ยมในเมือง, ศรีวรรณ เอมราช, และจันสุดา สีลาเขตต์. (2553). *ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.
- มุจรินทร์ พุทธรเมตตา, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 69-82.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะতিชัย, วรวิมล แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, และสุนิสา คำจั่น. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 114-126.
- ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์, และบุรณี กาญจนถวัลย์. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58(3), 341-353.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2554). *คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังจิต ฮีต ฮีต ในชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุรสุม กฤษณะจุฑา, และปิ่นวดี ศรีสุพรรณ. (2561). *วัฒนธรรมอีสานกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม, และอรัญญา นามวงศ์. (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 204-213.
- โสภิต แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเนา, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 13(1), 54-69.
- อภิญา วงศ์ใหม่. (2560). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- อรสา ไยยอง, และพีรพันธ์ ลีอนุชวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าใต้ออกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 127-142.
- อังครา วงษาสันต์, และนพรัตน์ บุญเพียรผล. (2560). *ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร*. สืบค้นจาก [https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/747/rmutrconth\\_101.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/747/rmutrconth_101.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน สดดับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 25-33.

- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Gillespie, C. W. I., & Louw, J. (1993). Life satisfaction in old age and activity theory: Should the debate be re-opened?. *Southern African Journal of Gerontology*, 2(1), 25–30. doi:10.21504/sajg.v2i1.20
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Retrieved from <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>
- Haseen, F., & Prasartkul, P. (2011). Predictors of depression among older people living in rural areas of Thailand. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 37(2), 51–56. doi:10.3329/bmrcb.v37i2.8434
- Holahan, C. K., Holahan, C. J., Powers, D. A., Hayes, R. B., Marti, C. N., & Ockene, J. K. (2011). Depressive symptoms and smoking in middle-aged and older women. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(8), 722–731. doi:10.1093/ntr/ntr066
- Jang, I. S. (2004). A study on spiritual well-being, depression, and health status of elderly women in a community. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 10(2), 91–98. doi:10.4069/kjwhn.2004.10.2.91
- Kim, S. N., & Lee, S. B. (2013). Spiritual well-being, social support, life satisfaction and depression in the community dwelling elderly. *Journal of East-West Nursing Research*, 19(2), 186–194. doi:10.14370/jewnr.2013.19.2.186
- Lam, T. H., Li, Z. B., Ho, S. Y., Chan, W. M., Ho, K. S., Li, M. P., & Leung, G. M. (2004). Smoking and depressive symptoms in Chinese elderly in Hong Kong. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 195–200. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00342.x
- Mendelsohn, C. (2012). Smoking and depression—a review. *Australian Family Physician*, 41(5), 304–307. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22558621/>
- Mental Health Foundation. (2006). *Cheers? Understanding the relationship between alcohol and mental health*. Retrieved from [https://www.drugsandalcohol.ie/15771/1/cheers\\_report%5B1%5D.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/15771/1/cheers_report%5B1%5D.pdf)
- Mineur, Y. S., & Picciotto, M. R. (2009). Biological basis for the co-morbidity between smoking and mood disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 5(2), 122–130. doi:10.1080/15504260902869964

- Promkaewngam, S., Pothiban, L., Srisuphan, W., & Sucamvang, K. (2014). Development of the Spiritual Well-being Scale for Thai Buddhist Adults with Chronic Illness. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(4), 320–332. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/15652/19922>
- Suttajit, S., Punpuing, S., Jirapramukpitak, T., Tangchonlatip, K., Darawuttimaprakorn, N., Stewart, R., ... Abas, M. A. (2010). Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. *Psychological Medicine*, 40(10), 1711–1721. doi:10.1017/S003329170999208X
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>
- World Health Organization. (2017). *Mental health of older adults*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization. (2021). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
-