

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

Factors Associated with Depression among the Elderly with Non Communicable Disease in the Health Promoting Hospital at Tambon Bueng KhamPhroi, Moo 11, Lumlukka Distric, Pathumthanee Province.

ผู้วิจัย

สุจรรยา แสงเขียวงาม

อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้า 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพกาย สุขภาพสังคมกับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 64 คน สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และเป็นผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานีระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 73.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ร้อยละ 17.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 6.3 และมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ร้อยละ 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า คือ รายได้ และปัจจัยด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุได้แก่ การนอน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตและคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า, โรคติดต่อไม่เรื้อรัง

Abstract

The purpose of this study was to screening for depression and to study the factors associated with depression among the elderly with non communicable disease in the Health Promoting Hospital at Tambon Bueng KhamPhroi , Moo 11, Lumlukka Distric, Pathumthanee Province during January - February 2017. Participantns were 64 the elderly with non communicable disease, aged from 60 years and over, who were good communications, had no cognitive impairment. The data were collected by using questionnaires of the Elderly Health Profile and Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). Descriptive statistics, Pearson product moment correlation and multiple regression were used in the data analysis.

The results of the study were that 73.1 percent of the samples had no depression status, mild depression 17.2 percent, moderate depression 6.3 percent and severe depression 3.1 percent. Marital status, and Income enough were significantly associated with depression ($r = .334, .565$, respectively, $p < 0.01$). Social health factor has no significant associative with depression. A significant negative associated was found income and sleeping ($r = -.253, -.371$, respectively, $p < 0.05$). Therefore, the relevant agencies should organize a project and promote the mental health of the elderly. Practicing physicians and health care workers should assist in the screening for depression among elderly with non communicable disease.

KeyWords : Elderly, Depression , Non Communicable Disease

บทนำ

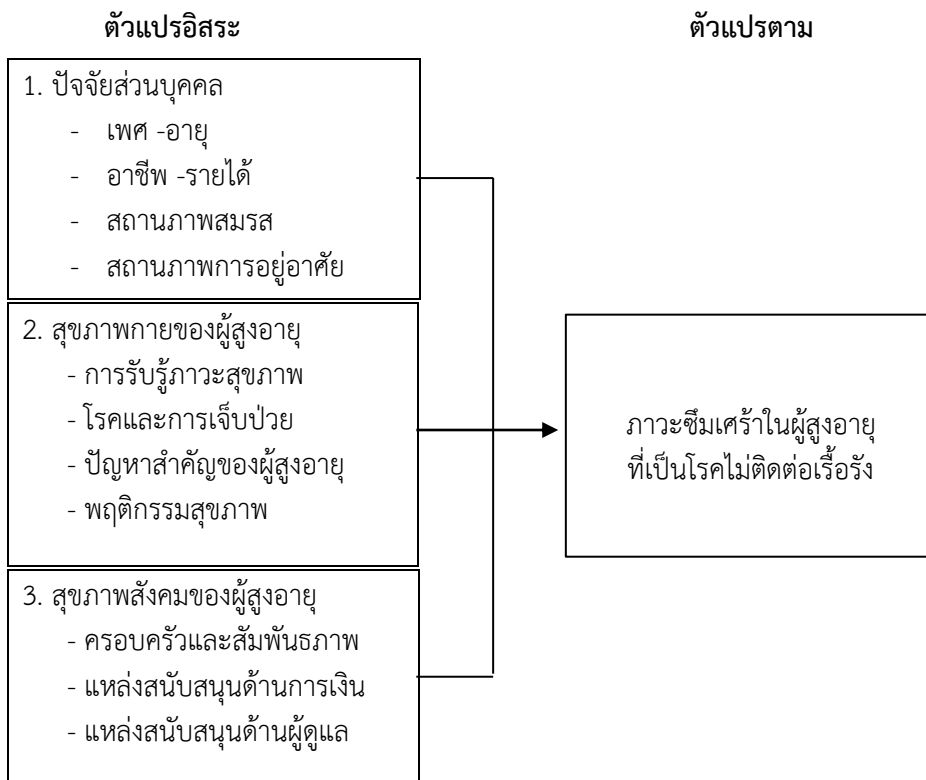
จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรรวม 64.5 ล้านคนเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 9.4 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 14.57 ของประชากรรวม (กระทรวงสาธารณสุข, 2559 : 12) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ.2568 ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้านอันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากการเจ็บป่วยทางกาย เกิดโรคเรื้อรัง ไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มรายได้น้อยลงช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงบทบาททางสังคมลดลงทำให้ต้องพึ่งพิงมากขึ้นทำให้ไม่มีความสุขท้อแท้รู้สึกไร้ค่าการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาทางจิต ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของไทย (นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ, 2557: 24-31) จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุน้อยกว่าในผู้ใหญ่แต่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมากกว่าผู้ใหญ่ (Fiske, A. Wetherell, J.L. and Gatz, M, 2009 : 363-89) และพบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้แก่โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือความวิตกกังวลซึมเศร้านอนไม่หลับภาวะสมองเสื่อมและ ปัญหาเรื่องเพศ (กรมสุขภาพจิต, 2559) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลกและคาดการณ์ว่าในปี 2020 ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลกโดยคิดเป็นร้อยละ 10-25 ในผู้หญิง และร้อยละ 5-12 ในผู้ชายที่เป็นโรคนี ในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ (สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภิติน แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคุณ, 2011: 412-428) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักพบบ่อยและการวินิจฉัยทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยอาจแสดงอาการไม่ชัดเจน จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกผลที่ตามมาคือการเจ็บป่วยเรื้อรังกลับเป็นซ้ำบ่อยเกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวคนใกล้ชิดและผู้ดูแลรวมทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุ (นภา พวงรอด, 2558 : 63-74) การอยู่โดยลำพังขาดการดูแลจากครอบครัวการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นลดลงมีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Archana Singh and Nishi Misra, 2009: 51-55). ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การให้การช่วยเหลือด้านสังคม สิ่งแวดล้อมทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง (SangNam Ahn, Seonghoon Kim and Hongmei Zhang, 2017 : 16) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อยหมู่ 11 เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวมีผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวนมากถึง 2,125 คนพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหา

สุขภาพกายที่เกิดจากโรคเรื้อรังได้แก่โรกระบบไหลเวียนเลือด โรกระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก โรคระบบทางเดินหายใจ โรกระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม การสำรวจและคัดกรองผู้มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุยังมีไม่มากผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหมู่ 11 ตำบลบึงคำพร้อยมีภาวะซึมเศร้าในระดับใดและมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อวางแผนการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแล รักษา ที่ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพกาย และสุขภาพสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิด



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 11ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 คำนวณขนาดตัวอย่างจากข้อมูลประชากรโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้สูตร (Wayne W., D, 1995) และ (Ngamjarus C., Chongsuivatwong V, 2014)

$$n = \frac{N p (1-p) z_{1-\alpha/2}^2}{d^2 (N-1) + p (1-p) z_{1-\alpha/2}^2}$$

Population (N) = 200

Proportion (p) = 0.58

Error (d) = .1

Alpha (α) = 0.05

Sample size (n) = 64

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุ

แบ่งเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 สุขภาพกาย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพกาย (4 ข้อ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (3 ข้อ) โรคและการเจ็บป่วย (5 ข้อ) ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (11 ข้อ) และพฤติกรรมสุขภาพ (9 ข้อ) โดยปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ

- | | | |
|---|---------|---------------|
| 1 | หมายถึง | มี/เป็น |
| 2 | หมายถึง | ไม่มี/ไม่เป็น |
| 3 | หมายถึง | ไม่ทราบ |

พฤติกรรมสุขภาพมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ

- | | | |
|---|---------|------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่ทำเลย |
| 2 | หมายถึง | ทำบางครั้ง |
| 3 | หมายถึง | ทำสม่ำเสมอ |

ส่วนที่ 3 สุขภาพสังคม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

ส่วนที่ 4 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (สารศิริราช , 2537: 1-9)

โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเองแบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 ที่ผ่านมากการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 การคิดคะแนนข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนนข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผล

- คะแนน ระหว่าง 0-12 คะแนนเป็นค่าปรกติในผู้สูงอายุของไทย
 คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย
 คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง
 คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาตามกรอบแนวคิดที่ได้จากกรอบทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่ผ่านมา และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สุขภาพกาย สุขภาพสังคมไปตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้วนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence) มีค่าเท่ากับ .76 แล้วนำข้อเสนอแนะทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบข้อคำถามกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งเพื่อให้มีความสมบูรณ์และชัดเจนก่อนนำไปทดลองใช้โดยนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 30 รายแล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .67

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 30 รายแล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากร

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรโดยการนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึงสาธารณสุข อำเภอลำลูกกา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อยหมู่ 11 เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามสุขภาพกาย, แบบสอบถามสุขภาพสังคม, และ แบบสอบถามสุขภาพจิต (แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายและตอบคำถามอย่างละเอียด
4. กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องสายตา ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ผู้วิจัยจะอ่านแบบ ถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบคำถาม ใช้เวลาประมาณ 15-10 นาที
5. หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่พร้อมหรือรู้สึกลำบากใจในการตอบแบบสอบถามสามารถยุติการให้ ข้อมูล ได้โดย ไม่มีผลกระทบใดๆและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามเพิ่มเติม
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทุกชุดจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวล จัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการหาจำนวน ร้อยละ

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ (Analysis statistic) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพกาย และสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย และระดับการศึกษา (n=64)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	10	15.6
	หญิง	54	84.4
อายุ (ปี)	60-69 ปี	40	62.5
	70-79 ปี	22	34.4
	80 ปี ขึ้นไป	2	3.1
ศาสนา	พุทธ	62	97.0
	อิสลาม	1	1.5
	คริสต์	1	1.5
สถานภาพสมรส	โสด	4	6.3
	คู่	30	46.9
	หม้าย	23	35.9
	หย่า/แยก	7	10.9
อาชีพ/การทำงาน ในปัจจุบัน	ไม่ได้ทำงาน/ ทำงานบ้าน	54	84.4
	เกษตรกร	2	3.1
	ธุรกิจส่วนตัว	2	3.1
	รับจ้าง	6	9.4
รายได้(ต่อเดือน)	ต่ำกว่า 1,000 บาท	25	39.1
	1,001- 5,000 บาท	26	40.6
	5,001- 10,000 บาท	6	9.4
	มากกว่า 10,000 บาท	7	10.9
	เพียงพอ	34	53.1
สถานภาพการอยู่อาศัย	ไม่เพียงพอ	30	46.9
	อยู่คนเดียว	8	12.5
	อยู่กับคู่สมรส	25	39.1
ระดับการศึกษา	อยู่กับบุตรหลาน	31	48.1
	ไม่ได้เรียน	5	7.8
	ประถมศึกษา	43	67.2
	มัธยมศึกษา	10	15.6
	ปริญญาหรือสูงกว่า	6	9.4

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย และระดับการศึกษา ดังนี้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 15.6 อายุที่พบ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 62.5 รองลงมาอายุ 70-79 ร้อยละ 34.4ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97 นับถือศาสนาอิสลาม และคริสต์จำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 1.5 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมาเป็นสถานภาพหม้าย ร้อยละ35.9 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน/ทำงานบ้าน ร้อยละ 84.4 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ9.4 มีรายได้ต่อเดือน 1,001-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.6รองลงมาไม่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ39.1 และเพียงพอ ร้อยละ 53.1 ส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 48.1 รองลงมาอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 39.1และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ67.2 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 15.6

ส่วนที่ 2 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย (n=64)

สุขภาพกายของผู้สูงอายุ		จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ดีมาก	4	6.2
	ดี	11	17.2
	ปานกลาง	38	59.4
สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นที่อายุเท่ากัน	แย่	11	17.2
	ดีกว่า	17	26.5
	เท่ากัน	35	54.7
อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือ	ดีกว่า	12	18.8
	พินปลอม	27	42.2
	ไม่เท่า	7	10.9
โรคและการเจ็บป่วย	แวนตา	23	35.9
	ความดันโลหิตสูง	50	78.1
	เบาหวาน	27	42.2
	โรคหัวใจ	4	6.3
	มะเร็ง	3	4.7
	ไขมัน	15	23.4

จากตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุจำแนกตาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ดังนี้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 รองลงมามีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีและแย่เท่ากัน ร้อยละ 17.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเดียวกันอยู่ในระดับเท่ากัน ร้อยละ 54.7 รองลงมารับรู้ว่าคุณภาพดีกว่าในวัยเดียวกัน ร้อยละ 26.5 ส่วนใหญ่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือคือพินปลอม ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ แวนตาร้อยละ 35.9 และพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.1รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ42.2

ส่วนที่ 2 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ (n=64) (ต่อ)

สุขภาพกายของผู้สูงอายุ		จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน)	หกล้ม	10	15.6
	กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	24	37.5
	ท้องผูก/อุจจาระราด	18	28.1
	การนอน	35	54.7
	สูญเสียความจำ	35	54.7
	การมองเห็น	38	59.4
	การเคลื่อนที่	26	40.6
พฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)	ไม่เลย	4	6.3
	บางครั้ง	26	40.6
	สม่ำเสมอ	34	53.1
ทำงานอดิเรก	ไม่เลย	15	23.4
	บางครั้ง	29	45.3
	สม่ำเสมอ	20	31.3
ตรวจร่างกายประจำปี	ไม่เลย	5	7.8
	บางครั้ง	12	18.8
	สม่ำเสมอ	47	73.4

จากตารางที่ 2 สุขภาพกายของผู้สูงอายุจำแนกตามปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ ปัญหาสำคัญที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมองเห็น ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือมีการสูญเสียความจำ และการนอนเท่ากัน ร้อยละ 54.7 พฤติกรรมสุขภาพมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 53.1 รองลงมา ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.6 และส่วนใหญ่ทำงานอดิเรกเป็นบางครั้ง ร้อยละ 45.3 รองลงมาทำงานอดิเรกสม่ำเสมอ ร้อยละ 31.3 ส่วนใหญ่มีการตรวจร่างกายประจำปีสม่ำเสมอ ร้อยละ 73.4 รองลงมาตรวจร่างกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 18.8

ส่วนที่ 3 สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม (n=64)

สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ		จำนวน	ร้อยละ
คู่สมรส	มีชีวิตอยู่	36	56.3
	ถึงแก่กรรม	24	37.5
สัมพันธภาพในครอบครัว	รักใคร่กันดี	60	93.8
	ขัดแย้งกันบ้าง	33	51.6
แหล่ง/ผู้ช่วยด้านการเงิน	คู่สมรส	7	10.9
	บุตร/หลาน	44	68.8
	ญาติ	1	1.6
	บำเหน็จ บำนาญ	4	4.7
การประกันสุขภาพ	รัฐบาลหรือชุมชน	61	95.3
	บัตรทอง	61	95.3
	สวัสดิการข้าราชการ	3	4.7
มีบุคคลที่ไว้วางใจ		56	87.5
มีบุคคลเกื้อหนุนด้านจิตใจ		57	89.1
มีบุคคลที่สามารถพูดคุยได้เมื่อเกิดความกังวล		55	85.9
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา		59	92.2

จากตารางที่ 3 สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกตาม สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ดังนี้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือคู่สมรสถึงแก่กรรม ร้อยละ 37.5 สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี ร้อยละ 93.8 มีขัดแย้งกันบ้าง ร้อยละ 51.6 แหล่ง/ผู้ช่วยด้านการเงิน ส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 68.8 มีการประกันสุขภาพโดยใช้บัตรทอง ร้อยละ 95.3 และมีบุคคลที่ไว้วางใจ เกื้อหนุนด้านจิตใจ สามารถพูดคุยได้เมื่อเกิดความกังวล เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 87.5, 89.1, 85.9 และ 92.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความซึมเศร้า (n=64)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	47	73.4
ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ	11	17.2
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	4	6.3
ภาวะซึมเศร้าระดับสูง	2	3.1

จากตารางที่ 4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความซึมเศร้า ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 73.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ร้อยละ 17.2 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 6.3 และภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 3.1

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การนอนหลับ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n= 64)

	ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า
	r	p
สถานภาพสมรส	.334	.007**
รายได้	-.253	.044*
ความเพียงพอของรายได้	.565	.000**
การนอน	-.371	.003*

* p < 0.05

** p < 0.01

จากตารางที่ 5 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การนอนหลับกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า คือ รายได้ และการนอน

อภิปรายผล

จากการศึกษาด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า คือ การนอน และรายได้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพัง ต้องพึ่งพาตนเองหรือบางครั้งอาจต้องพึ่งพาลูกหลาน เนื่องจาก ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ มีรายได้ลดลง ไม่สอดคล้องกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น มีการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และเมื่อเกิดปัญหาต่างๆขึ้น ถ้าไม่มีผู้ช่วยให้คำปรึกษาหรือไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้อาจส่งผลกระทบต่อด้าน อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรกิน การนอน มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนแรง ร่างกายทรุดโทรม ไม่มีสมาธิ เกิดโรครุมเร้า จากโรคเรื้อรังต่างๆการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆเหล่านี้ บุคคลทั่วไปอาจคิดว่าเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ ทำให้ละเลยหรือมองข้าม และไม่เห็นความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการรักษา และการดูแลที่ถูกต้อง ภาวะซึมเศร้านี้หากมีอาการมากขึ้นและดำเนินอยู่เป็นระยะเวลานานอาจพัฒนากลายเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขในชีวิต ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม และบางรายที่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างรุนแรงถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และเป็นภาระต่อลูกหลานหรือผู้ดูแล ดังนั้นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ผู้ดูแล หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือประชาชนที่อยู่ในชุมชน สามารถสังเกตเห็น และคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ในระยะเริ่มแรก และรวดเร็ว จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และใช้ชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกรายที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11
2. ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกในรายที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ให้การช่วยเหลือและติดตามประเมินผล
3. ควรจัดโครงการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านคณบดี อาจารย์และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพลมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่ให้การสนับสนุน ขอขอบคุณหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ให้ข้อมูล ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การดำเนินการวิจัยประสบความสำเร็จด้วยดี

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพมหานคร.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง สารศิริราช ปีที่ 46 ฉบับที่ 1 มกราคม 2537; 1-9.
- นภา พวงรอด. (2558) การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2. (1):63-74
- นริสา วงศ์นารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 15. (3):24-31.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภิตา แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคุณ. (2011) การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. Rama Nurs J. 17. (3):412-428.
- Archana Singh and Nishi Misra. (2009). Depression and Sociability in old age. Ind Psychiatry J. Jan-Jun; 18 (1):51-55.
- Fiske, A. Wetherell, JL. and Gatz, M. (2009) Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol. 5:363-89
- Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V. (2014). n4Studies: Sample size and power calculations for iOS. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University.
- SangNam Ahn, Seonghoon Kim and Hongmei Zhang. (2017) Changes in Depressive Symptoms Older Adults with Multiple Chronic Condition: Role of Positive and Negative Social Support. Int J Environ Res Public Health. 14 (1):16
- Wayne W., D. (1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.) John Wiley&Sons, Inc., 180.