

9-1-2014

ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว่ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ซีกอาศัยใน  
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่ซีกผู้สูงอายุของ เอกชนใน เขตกรุง เทพ  
มหานคร

ฉัณษุพร พรหมจันทร

ศิริลักษณ์ ศุภยิตยพร

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

## Recommended Citation

พรหมจันทร, ฉัณษุพร and ศุภยิตยพร, ศิริลักษณ์ (2014) "ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว่ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ซีกอาศัย  
ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่ซีกผู้สูงอายุของ เอกชนใน เขตกรุง เทพมหานคร," *Chulalongkorn Medical  
Journal*: Vol. 58: Iss. 5, Article 7.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol58/iss5/7>

This Modern Medicine is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

# ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ธนัญพร พรมจันทร์\*  
ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร\*\*

Promjun T, Suppapitiporn S. Depression loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkae Home and private homes for the aged in Bangkok. Chula Med J 2014 Sep – Oct; 58(5): 545 - 61

- Background** : *Depression, loneliness and low self-esteem are important problems in the elderly who live in institution or private home for the aged. However, depression, loneliness and low self-esteem have not been studied in Thailand.*
- Objective** : *To investigate the prevalence of depression and identify factors associated with depression and to examine correlation between depression, loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkae Home and private home for the aged.*
- Design** : *Cross-sectional descriptive study*
- Setting** : *Bangkae Home 1 under the Public Welfare Department, Bangkae Home 2 under Bangkok Metropolitan and 5 private homes for the aged in Bangkok.*

\* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Materials and Method** : *Data were collected from 295 elderly using self-report questionnaire; Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), Loneliness Scale and Self-esteem Scale. Statistical analysis was done using SPSS program version 17 to determine percentage, means, standard deviations, Chi-square test, t-test, correlation and logistic regressions to predict factors associated with depression in the elderly.*

**Result** : *There were 295 persons recruited in this study with mean age of 78.43 ( $\pm$  8.3) years old, and most of them were female (70%). The prevalence of depression of the subjects was 57.3 %. Factors associated with depression were female, widowed or single, no education, no income, no family visits, poor relationship with family member and care giver, dissatisfied with residence and attention of care giver, less participation in vocational therapy and health service. There were significant correlations between TGDS score, loneliness score ( $r = 0.744$ ;  $p < 0.001$ ) and self-esteem score ( $r = -0.761$ ;  $p < 0.001$ ). Logistic regression analysis was performed and found that predictive factors of depression were no education, no family visitors, low satisfaction level with residence and moderate to high level of loneliness.*

**Conclusion** : *This study was found the prevalence of depression (about 50%) and associated factors. Detection and treatment of depression and also providing psychosocial support including decrease loneliness, improve self-esteem and satisfaction with residence will help for mental health in the elderly living in the home for the aged.*

**Keywords** : *Elderly, depression, loneliness, self-esteem, home for the aged.*

Reprint request: Suppapitiporn S. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. February 18, 2014.

ธัญพร พรหมจันทร์, ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร. ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2557 ก.ย. - ต.ค.; 58(5): 545 - 61

**เหตุผลของการทำวิจัย** : ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการที่พักทั้งรัฐและเอกชน แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาประเด็นดังกล่าวครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน

**วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน

**รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

**สถานที่ทำการวิจัย** : บ้านพักคนชราบ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม, บ้านบางแค 2 สังกัดกรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานที่พักเอกชนใน 5 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร

**ตัวอย่างและวิธีการศึกษา** : ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 295 คน โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ, แบบวัดความว่าเหว และแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้โปรแกรม SPSS version 17 วิเคราะห์ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ไครสแควร์เทส, ทีเทส, ค่าสหสัมพันธ์และสถิติถดถอยลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

**ผลการวิจัย** : กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.5 อายุเฉลี่ย 78.43 ( $\pm$  8.3) ปี พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง, สถานภาพหม้ายหรือโสด, ไม่ได้รับการศึกษา, ไม่มีรายได้, ไม่มีญาติมาเยี่ยม, มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลประจำไม่ดี, มีความพึงพอใจระดับต่ำต่อที่พักอาศัย และความใส่ใจของเจ้าหน้าที่, มีการเข้าร่วมกิจกรรมด้านอาชีวบำบัด และกิจกรรมด้านสุขภาพน้อยครั้งเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะว่าเหวที่สูงและการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยลอจิสติกพบว่าการไม่ได้รับการศึกษา, การไม่มีญาติมาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อที่พักในระดับต่ำ, ภาวะความว่าเหวระดับปานกลางถึง สูง เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

- สรุป** : ผลการวิจัยพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า และทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ การคัดกรองและการรักษาภาวะซึมเศร้ามุ่งถึงการดูแลด้านจิตสังคม เช่น การลดความหว้าเหว่, การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และการเพิ่มระดับความพึงพอใจต่อที่พักอาศัยมีส่วนช่วยด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และที่พักผู้สูงอายุ
- คำสำคัญ** : ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, ความหว้าเหว่, การเห็นคุณค่าในตนเอง, ที่พักผู้สูงอายุ

สังคมโลกได้ก้าวเข้าสู่ "ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ" ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ซึ่งหมายถึงการมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรโลก<sup>(1)</sup> ประเทศไทยนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวเมื่อพ.ศ. 2548<sup>(2)</sup> ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มีอัตราการพึ่งพาที่สูงขึ้นกว่าเดิมถึง 2 เท่า ตรงกันข้ามกับอัตราการเกื้อหนุน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.3 เหลือเพียง ร้อยละ 5.5<sup>(3)</sup>

ในปัจจุบันได้มีการจำแนกประเภทของผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่ "กลุ่มติดสังคม" "กลุ่มติดบ้าน" และ "กลุ่มติดเตียง" จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2555 ระบุจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง หรือที่เรียกว่า "ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง" ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 12% ในจำนวนนี้ 1.1% ไม่มีผู้ดูแล<sup>(4)</sup> เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ และสังคมทำให้ผู้สูงอายุมักถูกละเลยทอดทิ้งและมักถูกมองเป็นภาระให้แก่อุบลหลาน ดังนั้นสถานสงเคราะห์ของภาครัฐหรือสถานที่พักผู้สูงอายุของเอกชน จึงเป็น อีกทางเลือกหนึ่งในการให้ที่พึ่งพาและการดูแลแก่ผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตหลักที่มักพบในสถานสงเคราะห์หรือสถานที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชน คือปัญหาภาวะซึมเศร้า ดังรายงานการวิจัยของ เนตรนภา จตุรงค์แสง<sup>(5)</sup> พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีภาวะซึมเศร้าโดยรวมมากกว่าผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(5)</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส และรายได้

ปัญหาสุขภาพจิตที่มักพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะว่าเหวและการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โดยปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน หมดความหวังในชีวิตไร้คุณค่าและอยากตายจากการศึกษาของ รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล<sup>(6)</sup> พบว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวระดับสูง จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการวิจัยเมื่อ 10 ปีมาแล้ว ช่วงเวลาที่ผ่านมามาสถานสงเคราะห์ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอันมากจากการพัฒนาของสังคมและ

เศรษฐกิจ จำนวนผู้สูงอายุที่สูงขึ้น จำนวนคนดูแลที่ลดลง อีกทั้งการเปิดบริการของสถานบริการเอกชนก็เพิ่มจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาของ อัมภัสสา พานิชชอบ<sup>(7)</sup> พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้บริการของเอกชนในกรุงเทพมหานครมากถึง 335 คน

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ชัดว่า ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นภาวะที่มีความสอดคล้องซึ่งกันและกัน และยังส่งผลอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษาที่ครอบคลุมเพียงพอในปัจจุบันในประเทศไทย อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในการได้ข้อมูลพื้นฐาน ในการรองรับปัญหาผู้สูงอายุในอนาคต การหาแนวทางแก้ไข ปัญหา ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุรวมถึงดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีต่อไปในอนาคต

## วิธีการศึกษา

### กลุ่มตัวอย่างและวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study) ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในในบ้านพักคนชรา บ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม, บ้านบางแค 2 สังกัดกรุงเทพมหานคร และสถานที่พักเอกชน 17 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร<sup>(7)</sup> ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยสุ่มจับฉลากเลือกสถานที่เก็บข้อมูล ภาคเอกชน 5 แห่ง และรัฐบาล 2 แห่ง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 295 คนกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป สัญชาติไทย พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์หรือสถานที่

พักภาคเอกชนในช่วงที่ทำการศึกษาระดับปริญญาตรี ปี พ.ศ. 2556 อยู่น้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถสื่อสารได้ และไม่มีภาวะบกพร่องของความสามารถได้ยินหรือการพูด สามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ ได้ตรงตามความเป็นจริง และมีความยินดีในการเข้าร่วมงานวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้ และ โรคประจำตัวด้านปัจจัยทางจิตสังคมได้แก่ความพึงพอใจในการดูแลตนเอง, ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน, ความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติ และ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ด้านปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมได้แก่ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัยการใส่ใจในบริการ และการเข้าร่วมกิจกรรม

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDs)<sup>(8)</sup> ซึ่งดัดแปลงมาจาก The Geriatric Depression Scale<sup>(9)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ ลักษณะคำตอบคือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยข้อคำถาม 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนในช่วง 0 - 12 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ), คะแนนในช่วง 13 - 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, คะแนนในช่วง 19 - 24 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และคะแนนในช่วง 25 - 30 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยนำไปประเมินที่สถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 และมูลนิธิวิจัยวัฒนานาวิลาส จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86

แบบวัดความเหงาของ วิลลิก้า โคลิตานนท์<sup>(10)</sup> ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัด UCLA Loneliness Scale Version 3 ของ Russell DW.<sup>(11)</sup> โดย วิลลิก้า โคลิตานนท์นำไปใช้ในการประเมินผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราวาระณะเวศน์ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค

0.99 ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 24 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 9 ข้อ และทางลบจำนวน 15 ข้อ ดังนี้ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 18, 19 ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23, 24 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ คำคำถามทางบวก บ่อยมาก/เป็นประจำให้ 1 คะแนน, บ่อยให้ 2 คะแนน, นาน ๆ ครั้งให้ 3 คะแนน และไม่เคยเลยให้ 4 คะแนน ส่วนคำถามทางลบ คือ บ่อยมาก/เป็นประจำให้ 4 คะแนน, บ่อยให้ 3 คะแนน, นาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน และไม่เคยเลยให้ 1 คะแนน การแปลผลคือคะแนนช่วง 3.01 - 4.00 คะแนน แสดงความ ว่าเหวในระดับสูง, คะแนนช่วง 2.01 - 3.00 คะแนน แสดงความ ว่าเหวระดับปานกลาง และคะแนนช่วง 1.00 - 2.00 คะแนน แสดงความ ว่าเหวในระดับต่ำ

แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์<sup>(12)</sup> ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self Esteem Scale 1965) โดยได้นำไปใช้ประเมินในผู้สูงอายุ 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.87 ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และทางลบจำนวน 5 ข้อ ดังนี้ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ 1, 2, 4, 6, 7 ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ 3, 5, 8, 9, 10 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ข้อคำถามด้านบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน, เห็นด้วย 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ข้อคำถามด้านลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน, เห็นด้วย 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนนการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับคะแนนช่วง 31 - 40 คะแนน แสดงการเห็นคุณค่าในตนเองสูง, คะแนน 21 - 30 คะแนน แสดงการเห็นคุณค่าในระดับปานกลาง และคะแนน 10 - 20 คะแนน แสดงการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งฉบับแก่กลุ่มตัวอย่าง เป็นรายบุคคล พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยยินดีในการตอบข้อสงสัยจนกว่าผู้เขาร่วมงานวิจัยเข้าใจโดยผู้เขาร่วมงานวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ก็ได้ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยใช้เวลาดอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Package for Social Science Statistic (SPSS) Version 17 โดยนำข้อมูลทั่วไปมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square test, T-test หรือ ANOVA

ตามความเหมาะสม โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้สถิติ Pearson product moment correlation coefficient และหาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression Analysis

### ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 มีอายุเฉลี่ย 78.43 ปี ร้อยละ 88.5 มีสถานภาพหม้ายหรือโสดก่อนเข้าพักส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.1 ไม่มีรายได้ในปัจจุบัน ร้อยละ 53.9 มีปัญหาโรคประจำตัว ร้อยละ 95.3 ส่วนใหญ่พึงพอใจในการดูแลตนเองมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 53.5 ไม่ค่อยได้พูดคุยกับสมาชิกท่านอื่น ร้อยละ 40.3 ญาติมาเยี่ยมในรอบ 6 เดือน ร้อยละ 66.8 เข้ากันได้ดีกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 30.8 มีความสัมพันธ์ที่ดีถึงดีมากที่สุดกับผู้ดูแล ร้อยละ 62.1

ตารางที่ 1. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 295)	n/(%)/Mean ± S.D.
<b>เพศ</b>	
ชาย	87 (29.5)
หญิง	208 (70.5)
<b>อายุ (ปี)</b>	78.43 ± 8.30
<b>สถานภาพสมรส (ก่อนเข้าพัก)</b>	
สมรส อยู่ด้วยกัน	34 (11.5)
อื่นๆ (โสด, ไม่ได้สมรส, แยกกันอยู่, หย่าร้าง, คู่สมรสเสียชีวิต)	261 (88.5)
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	48 (16.3)
ประถมศึกษา	124 (42.1)
มัธยมศึกษา	77 (26.0)
อุดมศึกษาขึ้นไป	46 (15.6)
<b>รายได้ในปัจจุบัน</b>	
ไม่มีรายได้	159 (53.9)
มีรายได้	136 (46.1)



ตารางที่ 1. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 295)	n/(%)/Mean $\pm$ S.D.
<b>ปัญหาสุขภาพ</b>	
สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	14 (4.7)
มีปัญหาสุขภาพ	281 (95.3)
<b>ความรู้สึกพอใจในการดูแลตนเอง</b>	
พึงพอใจมากถึงมากที่สุด	158 (53.5)
พึงพอใจปานกลาง	106 (36.0)
พึงพอใจน้อยถึงน้อยที่สุด	31 (10.5)
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่น</b>	
เข้ากันได้ดี	103 (34.9)
ทะเลาะกัน	73 (24.8)
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	119 (40.3)
<b>จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมใน 6 เดือน</b>	
ไม่มีญาติมิตร	53 (18.0)
ไม่เคยมาเยี่ยมเลย	45 (15.3)
มาเยี่ยม	197 (66.8)
<b>ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว</b>	
พักอาศัยอยู่คนเดียว	53 (18.1)
ก่อนเข้าพักเข้ากันได้ดี	91 (30.8)
ทะเลาะกัน	78 (26.4)
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	73 (24.7)
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ</b>	
มากถึงดีมากที่สุด	183 (62.1)
ปานกลาง	88 (29.8)
น้อยถึงน้อยที่สุด	24 (8.1)
<b>ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย</b>	
พึงพอใจมากถึงมากที่สุด	111 (37.7)
พึงพอใจปานกลาง	146 (49.5)
พึงพอใจน้อยถึงน้อยที่สุด	38 (12.8)
<b>ความพึงพอใจต่อความใส่ใจ</b>	
มากถึงมากที่สุด	73 (24.7)
จากเจ้าหน้าที่ปานกลาง	107 (36.3)
น้อยถึงน้อยที่สุด	115 (39.0)
<b>ความบ้อยในการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีวบำบัด</b>	
มากถึงมากที่สุด	36 (12.2)
ปานกลาง	42 (14.2)
น้อยถึงน้อยที่สุด	217 (73.6)
<b>ความบ้อยในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ</b>	
มากถึงมากที่สุด	128 (43.4)
ปานกลาง	89 (30.2)
น้อยถึงน้อยที่สุด	78 (26.4)

ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักในสถานสงเคราะห์ภาคีรัฐบาล ร้อยละ 59.3 พึงพอใจกับที่พักระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีวบำบัด เช่น การถักไหมพรม, การประดิษฐ์ดอกไม้ เป็นต้นพบว่า ร้อยละ 73.6 มีการเข้าร่วมน้อยถึงน้อยที่สุด แต่เข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น กายภาพบำบัด, การออกกำลังกาย พบมากที่สุด ร้อยละ 43.4

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 169 คน จาก 295 คน มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 57.3 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าคือ 14.40 คะแนน คะแนนเฉลี่ยความว่าเหว 2.53 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง 28.29 คะแนน

จากตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ, ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่น ในสถานที่พัก

ส่วนสถานภาพสมรส, ระดับการศึกษาสูงสุด, ความพึงพอใจต่อความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่, การเข้าร่วมกิจกรรมอาชีวบำบัดมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่ารายได้ในปัจจุบัน, การมีญาติมาเยี่ยมในระยะเวลา 6 เดือน, ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวก่อนเข้าพัก, ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ, ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย, การเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ, การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะความว่าเหวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยกว่า 0.001 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับต่ำทุกคนมีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 2. แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพจิต โดยจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

ภาวะทางสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)	126	42.7
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	76	25.8
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	72	24.4
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	21	7.1
Mean $\pm$ S.D. = 14.40 $\pm$ 6.87, Min = 1, Max = 29		
<b>ความว่าเหว</b>		
ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับสูง	90	30.5
ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง	106	35.9
ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับต่ำ	99	33.6
Mean $\pm$ S.D. = 2.53 $\pm$ 0.67, Min = 1.29, Max = 3.92		
<b>การเห็นคุณค่าในตนเอง</b>		
การเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง	116	39.3
การเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง	143	48.5
การเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ	36	12.2
Mean $\pm$ S.D. = 28.29 $\pm$ 5.85, Min = 13, Max = 40		

ตารางที่ 3. แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคลและจิตสังคม	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (n = 126) n (%) Mean ± S.D.	มีภาวะ ซึมเศร้า (n = 169) n (%) Mean ± S.D.	X <sup>2</sup> หรือ t-test	p- value
<b>เพศ</b>			5.207	0.022*
ชาย	46 (52.9)	41(47.1)		
หญิง	80 (38.5)	128 (61.5)		
<b>อายุ (ปี)</b>	77.82 ± 8.58	78.87 ± 8.08	2.667	0.446
<b>สถานภาพสมรส (ก่อนเข้าพัก)</b>			7.597	0.006*
สมรส อยู่ด้วยกัน	22 (64.7)	12 (35.3)		
อื่น ๆ (โสด, ไม่ได้สมรส, แยกกัน, หย่าร้าง, คู่สมรสเสียชีวิต)	104 (39.8)	157 (60.2)		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>			16.851	0.001*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11 (22.9)	37 (77.1)		
ประถมศึกษา	47 (37.9)	77 (62.1)		
มัธยมศึกษา	42 (54.5)	35 (45.5)		
อุดมศึกษา	26 (56.5)	20 (43.5)		
<b>รายได้ในปัจจุบัน</b>			22.105	<0.001**
ไม่มีรายได้	48 (30.2)	111 (69.8)		
มีรายได้	78 (57.4)	58 (42.6)		
<b>ปัญหาสุขภาพ</b>			2.796	0.095
สุขภาพแข็งแรง	9 (64.3)	5 (35.7)		
มีปัญหาสุขภาพ	117 (41.6)	164 (58.4)		
<b>ความรู้สึกพอใจในการดูแลตนเอง</b>			5.785	0.055
พึงพอใจมากที่สุด/มาก	77 (48.7)	81 (51.3)		
พึงพอใจปานกลาง	40 (37.7)	66 (62.3)		
พึงพอใจน้อย/น้อยที่สุด	9 (29.0)	22 (71.0)		
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่น</b>			7.475	0.024*
เข้ากันได้ดี	55 (53.4)	48 (46.6)		
ทะเลาะกัน	26 (35.6)	47 (64.4)		
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	45 (37.8)	74 (62.2)		
<b>จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมใน 6 เดือน</b>			33.874	<0.001**
ไม่มีญาติมิตร	13 (24.5)	40 (75.5)		
ไม่เคยมาเยี่ยมเลย	6 (13.3)	39 (86.7)		
มาเยี่ยม	107 (54.3)	90 (45.7)		

ตารางที่ 3. แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและจิตสังคม	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (n = 126) n (%) Mean ± S.D.	มีภาวะ ซึมเศร้า (n = 169) n (%) Mean ± S.D.	X <sup>2</sup> หรือ t-test	p- value
<b>ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวก่อนเข้าพัก</b>			43.501	<0.001**
พักอาศัยอยู่คนเดียว	13 (24.5)	40 (75.5)		
เข้ากันได้ดี	64 (70.3)	27 (29.7)		
ทะเลาะกัน	29 (37.2)	49 (62.8)		
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	20 (27.4)	53 (72.6)		
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ</b>			16.542	<0.001**
ดีถึงดีมากที่สุด	93 (50.8)	90 (49.2)		
ปานกลาง	30 (34.1)	58 (65.9)		
น้อยถึงน้อยที่สุด	3 (12.5)	21 (87.5)		
<b>ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย</b>			35.701	<0.001**
พึงพอใจมากถึงมากที่สุด	69 (62.2)	42 (37.8)		
พึงพอใจปานกลาง	53 (36.3)	93 (63.7)		
พึงพอใจน้อยถึงน้อยที่สุด	4 (10.5)	34 (89.5)		
<b>ความพึงพอใจต่อความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่</b>			14.855	0.001*
มากถึงมากที่สุด	45 (61.6)	28 (38.4)		
ปานกลาง	42 (39.3)	65 (60.7)		
น้อยถึงน้อยที่สุด	39 (33.9)	76 (66.1)		
<b>ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีพบำบัด</b>			9.736	0.008*
มากถึงมากที่สุด	21 (58.3)	15 (41.7)		
ปานกลาง	24 (57.1)	18 (42.9)		
น้อยถึงน้อยที่สุด	81 (37.3)	136 (62.7)		
<b>ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ</b>			20.850	<0.001**
มากถึงมากที่สุด	71 (55.5)	57 (44.5)		
ปานกลาง	37 (41.6)	52 (58.4)		
น้อยถึงน้อยที่สุด	18 (23.1)	60 (76.9)		
<b>การเห็นคุณค่าในตนเอง<sup>a</sup></b>			-	<0.001*** <sup>c</sup>
ระดับปานกลางถึงสูง	126 (48.6)	133 (51.4)		
ระดับต่ำ	0 (0.00)	36 (100)		
<b>ภาวะความว่าเหว<sup>b</sup></b>			109.348	<0.001**
ระดับต่ำ	84 (84.8)	15 (15.2)		
ระดับปานกลางถึงสูง	42 (21.4)	154 (78.6)		

a :แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง b:แบบวัดความว่าเหว c: Fisher's exact test

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าคะแนนของการเห็นคุณค่าในตนเอง และ ภาวะความว่าเหวของกุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001 กล่าวคือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าสูง (คะแนนสูง) จะมีภาวะความว่าเหวระดับสูง (คะแนนสูง) และมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (คะแนนต่ำ)

จากตารางที่ 5 พบว่าตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่การไม่ได้รับการศึกษา (p < 0.05), การไม่มีญาติมาเยี่ยม (p < 0.05), ความพึงพอใจต่อที่พักต่ำ (p < 0.01), ภาวะความว่าเหวในระดับปานกลางถึงสูง (p < 0.001)

โดยการไม่ได้รับการศึกษามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เป็น 4.048 เท่า (95%CI=1.238 – 13.230) ของกุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษา, การไม่มีญาติมาเยี่ยมมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 4.234 เท่า (95%CI = 1.383 – 12.965) ของกุ่มตัวอย่างที่มีญาติมาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อที่พักต่ำ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เป็น 11.006 เท่า (95%CI = 2.691 – 45.015) ของกุ่มตัวอย่างที่พึงพอใจต่อที่พักมากถึงมากที่สุดและผู้ที่มีความว่าเหวปานกลาง-สูง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 12.974 เท่า (95%CI= 6.413 – 26.248) ของผู้ที่มีความว่าเหวต่ำ

**ตารางที่ 4.** การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง และความว่าเหว โดยใช้วิธีการของเพียร์สัน

ค่าคะแนน	ค่าคะแนน Thai Geriatric Depression Scale (TGDs)	
	Pearson's r	p - value
ค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง <sup>a</sup>	-0.761	<0.001**
ค่าคะแนนความว่าเหว <sup>b</sup>	0.744	<0.001**

a :แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง b:แบบวัดความว่าเหว

**ตารางที่ 5.** ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์ โดยวิธีการ Binary Logistic Regression Analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วย Backward Likelihood Ratio

ปัจจัยศึกษา	b	S.E.(b)	p-value	Exp (B)	Adjusted OR (95%CI)
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>					
ไม่ได้เรียนหนังสือเทียบกับเรียนหนังสือ	1.398	0.604	0.021*	4.048	(1.238 –13.230)
<b>จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม</b>					
ไม่เคยมาเยี่ยมเลย เทียบกับมีญาติมาเยี่ยม	1.443	0.571	0.011*	4.234	(1.383 – 12.965 )
<b>ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย</b>					
พึงพอใจปานกลางเทียบกับพึงพอใจต่ำ	2.398	0.719	0.001**	11.006	(2.691 – 45.015)
<b>ภาวะความว่าเหว</b>					
ภาวะความว่าเหวในระดับปานกลางถึงสูงเทียบกับความว่าเหวต่ำ	2.563	0.360	<0.001**	12.974	(6.413 – 26.248)

## อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ ภาครัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 57.3 ซึ่งเป็นอัตราความชุกที่สูงอย่างไรก็ตามส่วนใหญ่อยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางโดยพบระดับรุนแรงร้อยละ 7.1 ดังนั้นการดูแลและประเมินเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยังหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนควรตระหนักและให้ความสำคัญจากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 35.1 จากงานวิจัยของ สมใจ โชติพันธุ์<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์บ้านบางแคจำนวน 148 คน โดยใช้แบบวัด TGDS และจากการศึกษาของ Martin Smalbrugge และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาในสถานบริการของเอกชน 14 แห่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยใช้แบบวัด GDS พบว่าผู้สูงอายุ 350 คน มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษาสูงสุด, รายได้ในปัจจุบัน, จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม, ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว, ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ, ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย, ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่, กิจกรรมอาชีพบำบัด และกิจกรรมด้านสุขภาพ และเมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเองและความว่าเหวพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนของการเห็นคุณค่าในตนเอง และทางบวกกับภาวะความว่าเหว นอกจากนี้เมื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าพบว่าการไม่ได้รับการศึกษา, การไม่มีญาติมาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อที่พักในระดับต่ำ, ภาวะความว่าเหวปานกลางถึงสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับการศึกษาของ Shin JH.<sup>(15)</sup> และสายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักร์โครต<sup>(16)</sup> พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มพบ

ภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย อันเนื่องมาจากปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่พบอัตราส่วนของเพศหญิงมากกว่าปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและภาวะจิตใจโดยปกติของเพศหญิงที่มีความอ่อนไหวและมีพฤติกรรมต้องการความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย สถานภาพสมรสก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ที่มีสถานะโสดหรือหม้ายมีแนวโน้มของแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พูลสิน เฉลิมวัฒน์<sup>(17)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาของ พูลสิน เฉลิมวัฒน์<sup>(17)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ อีกทั้งพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรสา ไยยอง และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย<sup>(18)</sup> ซึ่งพบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าสูง เนื่องมาจากการศึกษาทำให้เกิดความแตกต่างของความรู้ ความสามารถในการแก้ปัญหา ทักษะคิด อุดมการณ์ ประสบการณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวความคิด, บุคลิกภาพ, การปรับตัว, การจัดการกับปัญหาในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับปัญหาของรายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียาได้หรือมีรายได้ที่ไม่มั่นคง เนื่องจากผู้ที่มีรายได้มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มียาได้มักวิตกกังวลต่อภาวะทางเศรษฐกิจซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรภกร วิริยวงศ์<sup>(19)</sup> และ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ<sup>(20)</sup> ดังนั้นควรให้การประเมินและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยด้านส่วนบุคคลดังกล่าวมาข้างต้น รวมทั้งด้านรายได้ ควรมีการประเมินสถานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมการใช้จ่ายหรือการออมทรัพย์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ความช่วยเหลือและส่งเสริม แนะนำความรู้ในการใช้จ่ายและจัดการการเงินที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นการมีญาติมาเยี่ยมก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวอันเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและแน่นแฟ้นที่สุด

ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีที่พึ่ง และได้รับความรัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Richardson และคณะ<sup>(21)</sup> อีกทั้งความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ก่อนเข้าพัก เช่น การทะเลาะเบาะแว้ง, การไม่ให้ความเคารพ, การละเลยดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตในระดับต่ำ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมและรู้สึกเป็นภาระแก่ลูกหลาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญศรี หลินศุวนนท์<sup>(22)</sup> และ Chi I. และ Chou KL.<sup>(23)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลประจำถือว่าเป็นที่พึ่งพิงที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และสถานที่พักของเอกชน เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและเป็นแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุมากที่สุด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับผู้ดูแล จากการศึกษาของ Soldato M.<sup>(24)</sup> พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความไม่พอใจ ความขุ่นเคืองใจของผู้ดูแล หรือในทางกลับกันความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ดูแลอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน นอกจากนี้ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สภาวะแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ดีควรมีความสะอาด สงบ และปลอดภัย รวมถึงต้องเป็นแหล่งพักพิงทั้งร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกพึงพอใจต่อที่พักในระดับต่ำสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai YF.<sup>(25)</sup> เช่นเดียวกับความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่ากรณีที่เจ้าหน้าที่คอยตรวจตราสังเกตภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุและสามารถระบุได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวจากภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ BrUhl และคณะ<sup>(26)</sup> การเข้าร่วมกิจกรรมอาชีวบำบัดของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองแก่ผู้สูงอายุ ทำให้เห็นประสิทธิภาพความสามารถของตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีจุดมุ่งหมาย และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม อีกทั้งเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการวิจัยของ Osada H. และคณะ<sup>(27)</sup> การเข้าร่วมกิจกรรมด้าน

สุขภาพก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม คือได้รับการบริการจากผู้รักษาหรือเจ้าหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือหรือยาที่มีคุณภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจต่อสุขภาพของตนเองและมีผลลดต่อภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ames D.<sup>(28)</sup> แต่อย่างไรก็ตามในการพิจารณาประเด็นเหล่านี้ต้องคำนึงถึงลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย กล่าวคือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการเบื่อหน่าย ขาดความสนใจ มองโลกในแง่ลบ ชอบแยกตัวอยู่ลำพัง ไม่สนใจใคร ซึ่งอาจมีผลในการประเมินความพึงพอใจและการเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดังนั้นการประเมินและลดภาวะซึมเศร้า จึงมีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ

ด้านสุขภาพจิตคิดว่าเหว่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีความเหว่ในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ความเหว่ทำให้ผู้สูงอายุหลบเลี่ยงจากสังคม ไม่สนใจบุคคลอื่น ชอบอยู่ตามลำพัง หมกมุ่นกับตนเอง รู้สึกหมดหวัง วิตกกังวล ไม่เปิดรับความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aylaz R.<sup>(29)</sup> และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีความเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ มักรู้สึกถึงเกียรติตนเอง ต่ำหาตนเอง และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่บุคคลอื่น ผู้สูงอายุจะรู้สึกด้อยค่าและมักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นเสมอซึ่งส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nasir R.<sup>(30)</sup> ดังนั้นการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและลดพฤติกรรมความเหว่เป็นแนวทางหนึ่งในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าความทุกข์ของกลุ่มตัวอย่างคือ ร้อยละ 57.3 ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าคือ เพศหญิง, สถานะภาพโสดหรือหม้าย, ไม่ได้รับการศึกษา, ไม่มีรายได้ในปัจจุบัน, ไม่มีญาติมาเยี่ยม, มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับครอบครัวก่อนเข้าพักและผู้ดูแล, ไม่พึงพอใจต่อที่พักอาศัย และเข้าร่วมกิจกรรมน้อยครั้ง



ผลการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกัน ช่วยเหลือ และเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์หรือสถานที่พักผู้สูงอายุได้ อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ในการป้องกันและช่วยในการวางแผนทางในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง, กิจกรรมลดความว่าเหว การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นเพียงการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์และสถานที่พักผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเพียงเท่านั้น จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุทั่วประเทศได้ และเป็นเพียงการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความสนใจในการเข้าร่วม ซึ่งถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความน่าสนใจในการเลือกรูปแบบกิจกรรมที่จะใช้เพื่อลดหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นแนวทางที่น่าสนใจในการศึกษาวิจัยแก่ผู้ที่มีความสนใจต่อไปในอนาคต

## อ้างอิง

1. สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยสุรนารี. ร่างยุทธศาสตร์การวิจัยรายสาขาด้านสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555 - 2559 [ออนไลน์]. 2555 [วันที่เข้าถึง 21พ.ค. 2556]. เข้าถึงได้จาก:URL:http://www.econ.cmu.ac.th/files/summary%20report%204.pdf
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2552. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง [ออนไลน์]. 2554 [วันที่เข้าถึง 2 มิ.ย. 2556]. เข้าถึงได้จาก: URL:http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com\_docman&task=doc\_details&gid=507&Itemid=70
3. สำนักงานส่งเสริมและป้องกันผู้สูงอายุ. อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2537 - 2554 [ออนไลน์]. 2555

[วันที่เข้าถึง 26 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: URL: [http://www.oppo.opp.go.th/pages/statistic/stat\\_0101.html](http://www.oppo.opp.go.th/pages/statistic/stat_0101.html)

4. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. รายงานประจำปีสถานการณผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ที คิว พีเอ็ม, 2553
5. เนตรนภา จัตรงค์แสง. การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540
6. รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล. การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองความว่าเหวและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนบ้านพักคนชราบ้านจันทบุรี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตจิตวิทยาพัฒนาการ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2547
7. การวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย; นามานุกรมหน่วยส่งเสริมและฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ผู้สูงอายุ. ใน: อัมภัสชา พานิชชอบ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546
8. นิพนธ์ พวงวรินทร์. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช2537; 46(1): 1- 9
9. Yesavage JA, Brink TL, ose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res 1982 - 1983;17(1): 37-49
10. วัลลภา โคสิตานนท์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อการลดความว่าเหวในผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตจิตวิทยาการให้คำปรึกษา]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542



11. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess* 1996 Feb;66(1): 20-40
12. เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาวิทยาลัยศิลปากร]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2529
13. สมใจ โชติพันธ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษามหาบัณฑิตจิตวิทยาพัฒนาการ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2550
14. Smalbrugge M, Jongenelis L, Pot AM, Eefsting JA, Ribbe MW, Beekman AT. Incidence and outcome of depressive symptoms in nursing home patients in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 Dec; 14(12): 1069-76
15. Shin JH, Do YK, Maselko J, Brouwer RJ, Song SW, Ostbye T. Predictors of and health services utilization related to depressive symptoms among elderly Koreans. *Soc Sci Med* 2012 Jul; 75(1): 179-185
16. สายพิน ยอดกุล, จิตภินันท์ ศรีจักรโคจรต. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2555 ก.ค. - ก.ย.; 30(3): 50 - 7
17. พูลสิน เฉลิมวัฒน์. ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552
18. อรสา ไยยอง, พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2554 เม.ย. - มิ.ย.; 56(2): 103-6
19. ภัทราภร วิริยวงศ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551
20. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, ยุพดี ศิริวรรณ. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4 ณ โรงแรมปรีณท์พลาซ่า กรุงเทพฯ, 2548: 81-2
21. Richardson TM, Friedman B, Podgorski C, Knox K, Fisher S, He H, Conwell Y. Depression and its correlates among older adults accessing aging services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012 April; 20(4): 346-54
22. เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ (ประชากรศึกษา)]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543
23. Chi I, Chou KL. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *Int J Aging Hum Dev* 2001; 52(3): 231-52
24. Soldato M, Liperoti R, Landi F, Carpenter G, Bernabei R, Onder G. Patient depression and caregiver attitudes: results from the Aged in Home Care Study. *J Affect Disord* 2008 Feb; 106(1 - 2): 107-15
25. Tsai YF. Self-Care Management and risk factors for depressive symptoms among elderly nursing home residents in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2006 Aug; 32(2): 140 - 47

26. BrUhl KG, Luijendijk HJ, Muller MT. Nurses' and nursing assistants' recognition of depression in elderly who depend on long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2007;8(7): 441-45
27. Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumaru S. Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* 1995 Oct; 42(10): 897- 909
28. Ames D. Depressive disorders among elderly people in long-term institutional care. *J Psychiatry* 1993 Sep;27(3): 379 - 91
29. Aylaz R, Akturk U, Erci B, Ozturk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Arch Gerontol Geriatr* 2012 Nov - Dec; 55(3): 548 - 54
30. Nasir R, Zamani ZA, Khairudin R, Latipun. Effects of family functioning, self-esteem, and cognitive distortion on depression among Malay and Indonesian Juvenile Delinquents. *Precedia-Socail and Behavioral Sciences* 2010 ;7: 613 - 20