



บทความวิจัย (Research Article)

Volume 4, No. 2, July-December 2025, ISSN: 2821-9066 (Print)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

Factors associated with depression among Homebound older adult in Maha Sarakham Town Municipality

รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์^{1*} ปภาวี รัตนธรรม¹ อติศักดิ์ พลະສาร¹ วรวิษา ตรีสุนย์¹ สุรัตนา เหล่าไชย¹ มณฑนา กลมเกลียว² และ
ประภากร ศรีสว่างวงศ์³

Rutchanun Srisupak¹, Papavee Ruttanatham¹, Adisak Phalasarn¹, Wanwisa Treesoon¹,
Surattana Laochai¹, Manthana Klomkleaw² and Prapakorn Srisawangwong³

¹ สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

² โรงพยาบาลมหาสารคาม

³ สาขาโปรแกรมวิชาคอมพิวเตอร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

¹ Department of Community Public Health Faculty of Science and Technology, Rajabhat Maha Sarakham University

² Mahasarakham Hospital

³ Computer Science Program, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Maha Sarakham University

* Corresponding author e-mail: rutchanun@hotmail.com

Received: July 21, 2025/ Revised: September 10, 2025/ Accepted: September 15, 2025

บทคัดย่อ

ในยุคสังคมผู้สูงอายุที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว การดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ไม่อาจละเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถออกจากบ้านได้ หรือที่เรียกว่า "กลุ่มติดบ้าน" ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่น จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความโดดเดี่ยวทางสังคม และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ปัญหาดังกล่าวหากไม่ได้รับการดูแลหรือป้องกันอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะในระยะยาว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 280 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน

ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมานได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีภาวะซึมเศร้าโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.7(S.D.=0.2) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า อายุ รายได้ ด้านสุขภาพ ด้านทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการติดตามเฝ้าระวังรวมถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพกายและจิตใจอย่างสม่ำเสมอและมีกระบวนการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม มีติครอบครัวยุคใหม่และผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดรวมถึงชุมชนควรส่งเสริมกิจกรรมให้มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าต่อไปได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, ภาวะซึมเศร้า, สุขภาพจิต

Abstract

In the era of rapidly expanding aging societies, maintaining both the physical and mental health of the elderly has become a critical issue that cannot be overlooked. This is especially true for homebound older adults—those with limited mobility or who are unable to leave their homes—who are at greater risk of developing depression compared to other elderly groups. This vulnerability stems from physical changes, social isolation, and limited access to healthcare services. If these issues are not properly addressed or prevented, they may negatively affect the quality of life and long-term well-being of this population. This study aimed to examine the level of depression among homebound elderly individuals and to identify factors associated with depression in this group within the municipality of Maha Sarakham. The sample consisted of 280 homebound elderly individuals selected through purposive sampling. Data were collected from December 2024 to May 2025 using questionnaires. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum, were used to analyze the data. Inferential statistics involved Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that the overall level of depression among homebound elderly participants was mild, with a mean score of 8.7 (S.D. = 0.2). Factors significantly associated with depression at the 0.05 level included age, income, health status, and attitude for depression. Therefore, relevant agencies should implement regular monitoring and screening of both physical and mental health, supported by concrete evaluation processes. Families should closely care for the elderly, and communities should continuously promote participatory activities to help the elderly recognize their self-worth, which may help prevent the future onset of depression.

Keywords: homebound elderly, depression, mental health

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุราว 1,100 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจุบัน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในภูมิภาค ASEAN คาดว่าจะมีจำนวน 77.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 และจะพุ่งขึ้นเป็นประมาณ 173.3 ล้านคนร้อยละ 22 ภายในปี พ.ศ. 2593 อัตราส่วนผู้สูงวัยมีแนวโน้มสูงขึ้นชัดเจน โดย ASEAN คาดว่าอัตราเพิ่มเฉลี่ยราวร้อยละ 3.2 ต่อปีจนถึงปี พ.ศ. 2573 โดยในภูมิภาคอาเซียนนั้นพบว่า ประเทศที่ได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดย

สิงคโปร์เป็นประเทศแรกที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ มีผู้อายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณ ร้อยละ 15.2 ของประชากร คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 สิงคโปร์จะเข้าสู่ Super-aged Society โดยมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 21 – 22 ในขณะเดียวกันประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลประจำปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีประชากรทั้งหมด 72 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 16.4 ล้านคน นับเป็นร้อยละ 22.8 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (มีอายุ 60+ $\geq$ 10%) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะกลายเป็น Super-aged Society (60+ $\geq$ 20%) ตั้งแต่ราวปี พ.ศ. 2568 และเข้าสู่ ระดับสุดยอด (60+ $\geq$ 28%) ภายในปี พ.ศ. 2574 - 2578 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566)

ข้อมูลจำนวนของผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน อาทิเช่น ปัญหาทางด้านสุขภาพ การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายเสื่อมสภาพลง การทำงานของระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 การเผาผลาญ การย่อยและการดูดซึมอาหารมีประสิทธิภาพลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยได้ง่าย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมีความจำเป็นที่ต้องใช้บริการสุขภาพ เกิดความลำบากในการเข้ารับบริการสุขภาพ จากการสำรวจของผู้สูงอายุกลุ่มวัย 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีสุขภาพทางด้านจิตใจ ร้อยละ 33.76 เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายพักอาศัยอยู่คนเดียวอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ว้าวุ่น ผู้สูงอายุบางรายมีความวิตกกังวล เครียดนอนไม่หลับและภาวะสมองเสื่อม (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุได้ มิติด้านสังคม สภาวะปัจจุบันการดำรงชีวิตจากเดิมเป็นครอบครัวใหญ่ กลายมาเป็นการแยกออกมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ต่อเนื่องกับผู้ดูแลหรือบุตรหลานออกไปทำงานตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ดังนั้นการดำรงชีวิตบางครั้งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ซึ่งอาจจะส่งผลต่อความหวาดหวั่นที่ตามมา ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนไปมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นขณะที่มีวัยทำงานเท่าเดิมหรือลดลง ทำให้มีรายได้น้อยลง ไม่พร้อมเมื่อเจ็บป่วย ในการดูแลผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายสูงมากอย่างต่อเนื่อง (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, 2565) จากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.75) มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ ผลรวมคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 51.16 คะแนน พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลที่ $p < .05$ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การประกันสุขภาพ โรคประจำตัว) และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน สรุปได้ว่าปัจจัยด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสุขภาพการเงินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน จึงควรออกแบบโปรแกรมสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมทั้งสามประการก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้มีความพร้อมในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (สุนิสา คำชื่น และคณะ, 2568) การเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้เกิดความเสี่ยงและแนวโน้มของปัญหาทางด้านภาวะซึมเศร้าในอนาคตต่อไปได้

จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 962,665 คน มีประชากรผู้สูงอายุ 158,478 คน คิดเป็นร้อยละ 22.55 อีกทั้งแนวโน้มโครงสร้างอายุของประชากร จังหวัดมหาสารคาม ได้มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ จึงถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ จากการประเมิน ADL รอบไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มติดสังคม และติดเตียงลดลง แต่ในกลุ่มติดบ้านสูงกลับขึ้น ข้อมูล กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 95.35 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 4.09 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.54 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2567) โดยการดำเนินงานในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น การรับประทานอาหารเองไม่ได้ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย และภาวะสับสนทางสมอง ซึ่งภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่จะมาจากปัญหาทางกาย มิติจิตใจ จากการประเมินความเสี่ยงในกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8 จากข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพดังกล่าวข้างต้นนี้ จึงควรตระหนักถึงภาวะด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง หากเกิดการละเลยทั้งทางสภาพร่างกายและจิตใจจะนำไปสู่การติดเตียงได้ในที่สุด ส่งผลให้ถึงแนวโน้มของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หากไม่มีการป้องกันหรือเตรียมแผนการดำเนินที่ชัดเจนก็ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จึงเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน รวมถึงออกแบบกิจกรรมหรือแนวทางในการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัด

มหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม

ประชากร

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนเทศบาลเมืองมหาสารคาม จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเทศบาลเมืองมหาสารคาม จำนวน 280 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่มีสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย
2. สามารถติดต่อ สื่อสารและให้ข้อมูลได้
3. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง
3. ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัยและตอบข้อซักถามต่างๆ ได้รับในระหว่างดำเนินการกิจกรรม กรณีที่ได้รับผลกระทบหรือเกิดความไม่สบายใจ หากไม่เป็นไปตามแนะนำ อาสาสมัครวิจัยสามารถออกจากโครงการวิจัยได้อย่างอิสระ ทั้งนี้การนำเสนอ ข้อมูลและเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การพักอาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งเงินช่วยเหลือ

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ หมายถึง สภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นคำถามเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยด้วยโรคและระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ เบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ดี	3 คะแนน	1 คะแนน
ปานกลาง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ดี	1 คะแนน	3 คะแนน

ดังนั้น แปลผลปัจจัยด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กำหนดเกณฑ์โดยการจัดระดับช่วงคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ

$$\begin{aligned} \text{ระยะช่องคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนนที่ต้องการ}} \\ \text{แทนค่า} &= \frac{3-1}{3} = 0.66 \end{aligned}$$

เกณฑ์ได้คะแนนดังนี้

ดี	คือ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34 – 3.00
ปานกลาง	คือ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.67 – 2.33
ไม่ดี	คือ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 – 1.66

ตอนที่ 3 ด้านทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นการสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านทัศนคติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านความคิดหรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลักเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ เบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ดี	3 คะแนน	1 คะแนน
ปานกลาง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ดี	1 คะแนน	3 คะแนน

ดังนั้น แปลผลปัจจัยด้านทัศนคติของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กำหนดเกณฑ์โดยการจัดระดับช่วงคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ

$$\begin{aligned} \text{ระยะช่องคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนนที่ต้องการ}} \\ \text{แทนค่า} &= \frac{3-1}{3} = 0.66 \end{aligned}$$

เกณฑ์ได้คะแนนดังนี้

ดี	คือ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34 – 3.00
พอใช้	คือ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.67 – 2.33
ไม่ดี	คือ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 – 1.66

ตอนที่ 4 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2557)

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)	
คะแนนรวม	การแปลผล
มากกว่าหรือเท่ากับ 19	โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง
13 - 18	โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
7 - 12	โรคซึมเศร้าระดับน้อย
น้อยกว่า 7	ไม่มีอาการโรคซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยมาก

การทดสอบเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย IOC โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.85

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปแล้วทดสอบใช้ (Try Out) พื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) จากสูตรของคลอนบาค ในส่วนของปัจจัยด้านสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

1.1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.18 ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุต่ำสุด 68 ปี ค่า ระดับการศึกษา พบว่า ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.0 อาศัยร่วมกับบุตรหลาน ร้อยละ 48.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,300 บาท แหล่งเงินช่วยเหลือ พบว่า ได้เงินช่วยเหลือจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.0

1.2 ประเมินภาวะซึมเศร้า

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.7 (S.D.=0.2) ร้อยละ 82.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ภาวะ	ระดับภาวะ (n=280)				$\bar{x}$	S.D	แปลผล
	รุนแรง (≥ 19)	ปานกลาง(13-18)	น้อย (7-12)	ไม่มีเลย (0-6)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ซึมเศร้า	8 (3.0)	36 (13.0)	230 (82.0)	6 (2.0)	8.7	0.2	น้อย

1.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพกายในภาพรวมในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.1 (S.D.=0.4) ร้อยละ 68.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัย	ระดับปัจจัย (n=280)			$\bar{x}$	S.D	แปลผล
	ดี (2.34-3.00)	ปานกลาง (1.67-2.33)	ไม่ดี (1.00-1.66)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านสุขภาพ	84 (30.0)	190 (68.0)	6 (2.0)	2.1	0.4	ปานกลาง

1.4 ทศนคติต่อภาวะซึมเศร้า

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทศนคติต่อภาวะซึมเศร้า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.7 (S.D=0.5) ร้อยละ 72.0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามด้านทศนคติต่อภาวะซึมเศร้า

ทศนคติ	ระดับทศนคติ (n=280)			$\bar{x}$	S.D	แปลผล
	ดี (2.34-3.00)	ปานกลาง (1.67-2.33)	ไม่ดี (1.00-1.66)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทศนคติต่อภาวะซึมเศร้า	76 (27.0)	201 (72.0)	3 (1.0)	1.7	0.5	ปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ และทศนคติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

พบว่า อายุ รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านทศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) เท่ากับ 0.09, 0.14 ,0.43 และ 0.58 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ด้านสุขภาพ ด้านทศนคติ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ตัวแปร	r	p-value
อายุกับภาวะซึมเศร้า	0.09	<0.001
รายได้กับภาวะซึมเศร้า	0.14	<0.001
ปัจจัยด้านสุขภาพกายกับภาวะซึมเศร้า	0.43	<0.001
ทศนคติต่อภาวะซึมเศร้า	0.58	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับทั่วไป ร้อยละ 82.0 มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับที่เริ่มเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า หรือเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตที่นํากังวลในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในสภาวะ “ติดบ้าน” ที่มีข้อจำกัดในการออกไปปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือทำกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐิติรัตน์ ช่างทอง และคณะ (2565) ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ ทศนคติเชิงลบต่อความตาย และการไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

พบว่า อายุ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีแนวโน้มประสบภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการที่เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ร่างกายเกิดการเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ทำให้ประสิทธิภาพการดำรงชีวิตลดลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ฟังพาดูคนอื่นมากขึ้น รวมถึงมีแนวโน้มเผชิญกับการสูญเสีย เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรสหรือเพื่อนรุ่นเดียวกัน ซึ่งกระทบต่อสภาพจิตใจอย่างมากสอดคล้องกับ นิตยา ยวงเดชกล้า (2567) พบว่าปัจจัยผู้สูงอายุในช่วง 70 – 79 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม ไม่เกิน 69 ปีและ 80 ปีขึ้นไป เนื่องจากในช่วงอายุ 70 – 79 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการสูญเสียของคู่สมรสหรือเพื่อนรุ่นเดียวกันซึ่งกระทบต่อสภาพจิตใจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

รายได้ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ประจำ มีแนวโน้มเผชิญกับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า รายได้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ประจำหรือพึ่งพิงผู้อื่นทางการเงิน มักรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในแต่ละวัน รวมทั้งขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อสภาพจิตใจและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด สอดคล้องผลการศึกษาของ สุนิสา คำชื่น (2563) พบว่า สรุปได้ว่าปัจจัยด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสุขภาพการเงินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน

2.2 ปัจจัยด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า

พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน แม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีสุขภาพในระดับปานกลาง แต่ปัญหาสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วยทางกาย หรือความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุจำนวนมากมักรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดความรู้สึกไร้ค่าและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิทมา ธรรมเจริญ และคณะ (2564) พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพและวิถีชีวิต ได้แก่ สุขภาพร่างกาย ด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ จึงควรเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใกล้ชิดและต่อเนื่อง

2.3 ปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า

พบว่า ทัศนคติของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีทัศนคติในระดับปานกลาง แต่หากขาดพลังใจและทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิต ย่อมส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียด ความโดดเดี่ยวหรือปัญหาชีวิตต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม จึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุหทัย โตสังวาลย์ และคณะ (2567) พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเห็นคุณค่าในตนเองและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ความหวาดหวั่นมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนกิจกรรมทางด้านสังคม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นปัญหาที่ควรได้รับความสนใจอย่างยิ่ง โดยมีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดความเสื่อมถอยทางร่างกาย การสูญเสียคนใกล้ชิด และการรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ล้วนส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเศร้าและหมดหวัง

2. ปัจจัยด้านรายได้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ประจำหรือรายได้ไม่เพียงพอ มักรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ โรคประจำตัวหรือข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ส่งผลต่อสุขภาพจิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

4. ปัจจัยด้านทัศนคติ ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงลบต่อชีวิตและวัยชรา มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวก

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมสุขภาพกายและใจ

1.1 ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เช่น การออกกำลังกายเบา ๆ ภายในบ้าน หรือการบำบัดด้วยดนตรี/ศิลปะ

1.2 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง

2. การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม

2.1 ส่งเสริมบทบาทของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชน ในการเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจผู้สูงอายุ

2.2 พัฒนาโครงการ “เพื่อนใจผู้สูงอายุ” หรือ “กิจกรรมออนไลน์เพื่อสุขภาพใจ” เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

3. การบูรณาการงานด้านสุขภาพจิต

3.1 ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทเชิงรุกในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โดยการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต และการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2565). *แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ*. <https://www.dmh.go.th>

กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. (2565). *สังคมผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 18 กรกฎาคม 2565. <https://www.dop.go.th>

โชติมา ประสิทธิ์ผล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(1), 45–57.

ฐิติรัตน์ ช่างทอง และคณะ (2565) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 17(2):54 - 64.

นิตยา ยวงเดชกล้า และคณะ (2567) ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(1):155 - 167.

วิหมา ธรรมเจริญ และคณะ (2564) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 15(3):52 - 62.

สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2567) รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จังหวัดมหาสารคาม.

สุนิสา คำขึ้น และคณะ. (2563) ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3):150 - 163.

วารสารวิทยาศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

สุหทัย โตสังวาลย์ และคณะ (2567) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสาร*

สุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 30(3):87 -104

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *สังคมผู้สูงอายุ*. <https://www.tnnthailand.com>

อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2547) ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ : การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบ

สัดส่วนระหว่างประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน, 177 - 180, *ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ คณะ*

สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Best, John W. 1977. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.