

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors related with risk of depression in elderly in Yodkaeng Subdistrict, Namon District, Kalasin Province

วิภา ไพนิกพันธ์ บุษกร เพิ่มพูล วรกร วิชัยโย

Wipa Painnikapan, Butsakorn Poempool, Woragon Wichaiyo

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 167 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์เชิงอนุมานโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test), Odds Ratio และ 95%CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า กลุ่มอายุ 60-70 ปี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มอายุอื่น (OR = 0.41, 95%CI = 0.20-0.84, p-value = 0.014) กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2 เท่า กับสถานภาพอื่น (OR=2.24, 95%CI=1.12-4.54, p-value = 0.023) กลุ่มสถานภาพการเป็นอยู่ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มสถานภาพการเป็นอยู่อื่น หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 59.0 (OR=0.41, 95%CI=0.20-0.84, p-value=0.013) กลุ่มการมีผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.16 เท่า กับกลุ่มไม่มีผู้ดูแล (OR=0.16, 95%CI=0.04-0.66, p-value=0.005) กลุ่มที่สามารถจัดการกับความเครียดได้มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.28 เท่า กับกลุ่มจัดการไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 72.0 (OR=0.28, 95%CI=0.13-0.58, p-value=0.001) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.24 เท่า หรือผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำร่วมกันในครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 76.0 (OR=0.24, 95%CI=0.12-0.51, p-value<0.001)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ภาวะซึมเศร้า

Abstracts

This study is cross-sectional analytic study with the purpose to study the factors related to the risk of depression in elderly in Yodkaeng Subdistrict, Namon District, Kalasin Province. The Simple size is 167persons, the statistical analysis descriptive statistics in this

study was used percentage, mean, standard deviation and statistical inferential analysis was used Chi-square test, Odds Ratio and 95%CI by determining the statistical significant level 0.05

Results: This study found that age group 60-70 years there is depression 0.41 times with a different age group (OR = 0.41, 95%CI=0.20-0.84, p-value = 0.014) group married with depression is 2 times with different status (OR = 2.24, 95%CI=1.12-4.54, p-value = 0.023) group is living with a family there is depression 0.41 times with the other groups or the elderly living with their families do not have depression 59.0% (OR = 0.41, 95%CI=0.20-0.84, p-value = 0.013) group administrators have a depression 0.16 times with no group administrators (OR = 0.16, 95%CI=0.04-0.66, p-value = 0.005) groups that can control the stress there is depression 0.28 times with the group management or the elderly who can handle stress, no depression 72.0% (OR = 0.28, 95%CI=0.13-0.58, p-value = 0.001) group is the related of the family members have to do activities together in families with depression is low 0.24 times or the elderly with activity together in a family do not have depression 76.0% (OR=0.24, 95%CI=0.12-0.51, p-value<0.001).

Keyword: Relationship factors, depression

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) คาดว่าในปี 2030 (พ.ศ. 2570) โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นลำดับ 1 โดยแซงหน้าโรคหัวใจและโรคมะเร็ง ซึ่งเพิ่มจากเดิมที่องค์การอนามัยโลกเคยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2560 ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากโรคซึมเศร้าเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้านำมาขึ้นในทุกกลุ่มอายุ และทุกเพศ (องค์การอนามัยโลก, 2555)

ในปีพ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากร 64.5 ล้านคน มีจำนวนประชากรสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป เท่ากับ 9.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.57

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุจากรายงานสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขสำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของสุขภาพและความพิการทั่วโลก ปัจจุบันมีประชากรกว่า 300 ล้านคนอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2555-2558 โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 7.5 ของการสูญเสียสุขภาพบกพร่องทางสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 80 ของโรคที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้านี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้

ต่ำ และปานกลาง เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งเป็นสองภูมิภาคที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุด โรคซึมเศร้าซ้ำซ้อนโรคที่เกี่ยวข้องกับการซึมเศร้าซ้ำ ๆ ในช่วงเวลาเหล่านี้บุคคลจะมีอารมณ์ หดหู่ สูญเสียคนที่รัก ขาดความสนใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดกำลังใจ ทำกิจกรรมน้อยลง ขาดความอบอุ่น ความเพลิดเพลินลดลงเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หลายคนมีภาวะซึมเศร้ายังทุกข์ทรมานจากอาการวิตกกังวล การนอนหลับ ท้อแท้ รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า สมาธิไม่ดี ภาวะซึมเศร้าเป็นสุขภาพทางจิตที่พบได้ทั่วไปโดยมีความเศร้าหมองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้คนที่ภาวะซึมเศร้ามักมีหลายปัญหา เช่น การสูญเสียคนในครอบครัว, สูญเสียพลังงาน, นอนหลับมากหรือน้อยลง, ความสิ้นหวัง, ร้อนรน, หงุดหงิด, และคิดที่จะทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

รายงานสถานการณ์การเข้าถึงการรับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประชากรในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 อายุ 15 ปีขึ้นไป มีทั้งหมด 52,662,188 คน ความชุกที่ได้จากการสำรวจ 1,421,879 คน อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 49.47 เขตสุขภาพที่ 7 มีประชากรทั้งหมด 4,182,005 คน อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีจังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 67.44 ร้อยเอ็ด ร้อยละ 50.18 ขอนแก่น ร้อยละ 49.78 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 48.45 รวมทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับร้อยละ 52.22 ความชุกที่ได้จากการสำรวจ 112,914 คน ในปี พ.ศ. 2558 อัตราการเข้าถึงบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 39.1 อัตราการส่งต่อจำนวน 455

ครั้ง สูงที่สุดในการส่งต่อทุกโรค (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้ารพ.พระศรีมหาโพธิ์ 25 ส.ค. 2558) และในปี พ.ศ. 2559 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 39.09 ซึ่งมีผลมาจากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 6.02 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 4.57 ต่อแสนประชากรส่วนปี 2559 ในระยะเวลา 3 เดือน มี 16 ราย เนื่องจากศักยภาพของหน่วยบริการทั้งด้านบุคคลปัญญา มีความแตกต่างของเม็ดยาเดียวกัน มียาไม่ครอบคลุม 35 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการเดินทางมารักษาในโรงพยาบาล จังหวัดจึงพบผู้ป่วยขาดยามีอาการกำเริบซ้ำ อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลน่านจำนวน 45 คน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์, 2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ มีทั้งหมด 8 หมู่บ้าน มีหมู่ที่ 5,6,7,8,13,14,17 และ 18 มีประชากรทั้งหมด 3,212 เพศชาย 1,611 คน เพศหญิง 1,601 คน และประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลยอดแกงมีทั้งหมด 309 คน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคประจำตัวที่เป็น โรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 84 คน (คิดเป็นร้อยละ 21.43 ของผู้ป่วยทั้งหมด) เพศชาย 22 คน (ร้อยละ 26.19 ของผู้ป่วยเพศชาย) เพศหญิง 62 คน (ร้อยละ 73.80 ของผู้ป่วยเพศหญิง) และยังมีผู้ป่วยติดเตียง 10 คน ร้อยละ 2.55 ของผู้ป่วยติดเตียง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์, 2560)

ผู้ศึกษาข้อมูลจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด 8 หมู่บ้าน จึงมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตอย่างมากซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันใน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) ทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2560 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาที่ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบประชากรและมีจำนวนไม่มาก ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง (บุญชม ศรีสะอาด, 2548) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{P(1-P)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

เมื่อ n แทน จำนวนสมาชิกกลุ่มตัวอย่าง

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดจะสุ่ม

Z แทน ระดับความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความมั่นใจ 95% (ระดับ 0.05) Z มีค่าเท่ากับ 2.58 ที่ระดับความมั่นใจ 99% (ระดับ 0.05)

e แทน สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่จะยอมให้เกิดขึ้นได้

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{0.5(1-0.5)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.5(1-0.5)}{309}}$$

$$n = 167 \text{ คน}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ควรใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ 167 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 แบบสัมภาษณ์เพื่อหาปัจจัยในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประกอบด้วย 4 ปัจจัย

ปัจจัยที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยที่ 2 ข้อมูลเศรษฐกิจฐานะทางสังคม

ปัจจัยที่ 3 ข้อมูลสุขภาพ

ปัจจัยที่ 4 สุขภาวะทางสังคม เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมาจาก ชะโลม วิเศษโกสิน (2552: 50) รสสุคนธ์ เจืออุปถัมย์ (2553: 87) และ ภรภัทร อิ่มโอฐ (2550: 54) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ ฟรีดแมน (Friedman, 1986) มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961: 501-510) แบบวัดประกอบด้วยข้อ

คำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำตอบ
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ความรู้สึกและ
สภาพความเป็นจริงมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ความรู้สึกและสภาพ
ความเป็นจริงปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ความรู้สึกและสภาพ
ความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่ตรงกับ
ความรู้สึกและสภาพความเป็นจริง

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้
เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ใน
การวิเคราะห์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546: 162) ดังนี้
ช่วงคะแนน 1.00 – 1.75 หมายถึง ไม่มี
ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว

ช่วงคะแนน 1.76 – 2.50 หมายถึง มี
ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวน้อย

ช่วงคะแนน 2.51 – 3.25 หมายถึง มี
ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.26 – 4.00 หมายถึง มี
ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวมาก

2. ระดับความเลื่อมใสภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจาก The Beck Depression Inventory: BDI ซึ่งเป็นชุดแบบทดสอบที่สร้างโดยเบ็ค และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริวดี คำวาลี (2545: 79-

83) และต่อมา รัตติมา ศิริโหราชัย (2551: 84-87) ได้นำแบบทดสอบที่แปลเป็นภาษาไทยมาปรับตัวเลือกตอบร่วมกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) กระทรวงสาธารณสุข (2546: 21) และดัดแปลงมาจาก WHOQOL-BREF-THAI แบบทดสอบนี้มีจำนวนคำถามทั้งหมด 17 ข้อ

การให้คะแนน	เชิงลบ	เชิงบวก
ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้าให้	1	5
รู้สึกซึมเศร้าน้อยครั้ง	2	4
รู้สึกซึมเศร้าบางครั้ง	3	3
รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง	4	2
รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ	5	1

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ในการวิเคราะห์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553: 2-83) ได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง รู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง รู้สึกซึมเศร้าน้อยครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบในประเด็นความตรง

เชิงเนื้อหา โดยนำแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น
หาค่าความสอดคล้องแบบ IOC > 0.5 จากนั้นนำ
ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
(Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้
(Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง
กันกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย โดยใช้
แบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้เครื่องมือ กับผู้สูงอายุ
ในตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
จำนวน 30 ราย เพื่อนำผลมาปรับปรุงแก้ไขแบบ
สัมภาษณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของ
แบบสัมภาษณ์ โดยใช้ Cronbach's โดยการหาค่า
Method Alpha Coefficient ผลการตรวจสอบ
เครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์
ดังนี้ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว 16 ข้อ =
0.89 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ = 0.78

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่
ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเศรษฐกิจฐานะทางสังคมข้อมูล
สุขภาพ ข้อมูลสุขภาวะทางสังคมเกี่ยวกับ
ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว และทดสอบ
ภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิง
พรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะ
ซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับ
นัยสำคัญทางสถิติ 0.05, Odds Ratio กำหนดช่วง
ความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%CI

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลและลักษณะของผู้อายุในตำบล ยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุเป็นเพศ
หญิงจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 62.87 อายุ
อยู่ระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อย
ละ 64.04 ค่าเฉลี่ย 68.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 6.77 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพ
สมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน จำนวน 89 คน คิด
เป็นร้อยละ 53.29 รองลงมาเป็นสถานภาพหม้าย
จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 33.53 ระดับ
การศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ
ประถมศึกษา ป. 4 จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อย
ละ 73.05 สถานภาพความเป็นอยู่ส่วนใหญ่พบว่า
เป็นสามี ภรรยา จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ
42.51 การมีผู้ดูแล ส่วนใหญ่พบว่ามีผู้ดูแล จำนวน
158 คน คิดเป็นร้อยละ 94.61

1.2 ข้อมูลเศรษฐกิจและฐานะทางสังคม
พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ 165 คน คิดเป็น
ร้อยละ 98.80 รายได้ต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี
รายได้น้อยกว่า 2,000 บาท จำนวน 119 คน คิด
เป็นร้อยละ 71.26 รองลงมา มีรายได้มากกว่า
2,000 บาท จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 28.74
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,683 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 1,656 ค่ารายได้สูงสุด 8,000 บาท ค่า
ต่ำสุด 600 บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ย
ผู้สูงอายุ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 54.49
รองลงมา มีรายได้จากการประกอบอาชีพ จำนวน
36 คน คิดเป็นร้อยละ 21.55 จากเบี้ยผู้สูงอายุและ
ผู้พิการจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78 จาก
บุตรหลาน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78
และได้จากญาติพี่น้อง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อย
ละ 2.40 การมีหนี้สินในระบบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่
มีหนี้สินในระบบ จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ
82.04 จำนวนหนี้สินในระบบ พบว่ามีหนี้ในช่วง
น้อยกว่า 2,000 บาท จำนวน 152 คิดเป็นร้อยละ

91.00 รองลงมาจำนวนหนึ่งที่มีมากกว่า 2,000 บาทขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 9.00 ค่าเฉลี่ย 1,639 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15480.66 จำนวนหนี้สูงสุด 200,000 บาท

1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 63.47 รองลงมา ผู้สูงอายุส่วนน้อยไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 36.53 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 31.14 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 17.37 โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 14.37 ถ้ามีความเครียดเกิดขึ้น ผู้สูงอายุจัดการได้ส่วนใหญ่ จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 49.70 รองลงมา จัดการได้บ้างบางครั้ง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 จัดการไม่ค่อยได้จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78 จัดการไม่ได้เลย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.59 วิธีจัดการความเครียด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พูดคุยกับเพื่อนบ้าน จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 49.70 รองลงมา ฟังเพลง/ดูทีวี/ฟังวิทยุ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 17.96 นอนพักผ่อน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 11.97 เข้าชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.79 ออกกำลังกาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.19 และ เข้าวัดฟังธรรม 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40

1.4 ข้อมูลสุขภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด คือ ข้อที่ 1 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร เป็นความจริงมากที่สุด จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10 เป็นความจริงปานกลาง จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 37.72 เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ

13.17 ค่าเฉลี่ย 3.36 รองลงมา ข้อที่ 2 เมื่อท่านมีปัญหาท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว เป็นความจริงมากที่สุด จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 44.91 เป็นความจริงปานกลาง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 44.91 เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 10.18 ค่าเฉลี่ย 3.35 และ ข้อที่ 3 สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่านเป็นความจริงมากที่สุด จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 43.11 เป็นความจริงปานกลาง จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 40.72 เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 16.17 ค่าเฉลี่ย 3.27

ระดับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวอยู่ในระดับดี จำนวน 78 คน ร้อยละ 46.71 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 69 คน ร้อยละ 41.32 ระดับน้อย จำนวน 17 คน ร้อยละ 10.18 และระดับไม่ดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.80 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.684 ค่าสูงสุดเท่ากับ 3.75 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.56

ระดับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวในระดับต่ำสุดสูงสุด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวดี จำนวน 95 คน ร้อยละ 56.89 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวไม่ดี จำนวน 72 คน ร้อยละ 43.11 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.497 ค่าสูงสุดเท่ากับ 2.00 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.00

2. แบบทดสอบระดับความซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด คือ ข้อ 3 ฉันรู้สึกพอใจกับการใช้ชีวิตทุกวันนี้ น้อยครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 บางครั้ง จำนวน 33 คน

คิดเป็นร้อยละ 19.76 บ่อยครั้ง จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 41.32 เป็นประจำ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 ค่าเฉลี่ย 4.05 รองลงมา ข้อ 12 ฉันรู้สึกว่าการใช้ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี บ่อยครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.99 บางครั้ง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 19.16 บ่อยครั้ง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 38.32 เป็นประจำ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 36.53 ค่าเฉลี่ย 4.01 และข้อ 2 ฉันรู้สึกมีกำลังใจในการใช้ชีวิตตอนนี้ ไม่เคย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.20 บ่อยครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.99 บางครั้ง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 บ่อยครั้ง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 เป็นประจำ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 29.34 ค่าเฉลี่ย 3.81

ระดับความซึมเศร้า พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 รองลงมาคือ รู้สึกซึมเศร้าน้อยครั้ง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 31.74 รู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง จำนวน 43 คน จำนวน 25.75 รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.99 รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

ระดับช่วงภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าน้อย จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 67.70 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70 และมีภาวะซึมเศร้ามาก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.60 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.60 ค่าสูงสุดเท่ากับ 3.00 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.00

ระดับต่ำสุดและสูงสุดของระดับทดสอบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 73.65 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 26.35 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 ค่าสูงสุดเท่ากับ 2 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการเป็นอยู่ การมีผู้ดูแล มีรายได้ จำนวนรายได้ ที่มาของรายได้ นั้นนอก ระบบ โรคประจำตัว โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการศึกษาพบว่า

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป เพศ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.396$, $OR = 0.72$: $95\%CI = 0.35\text{-}0.21$) อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.014$, $OR = 0.41$: $95\%CI = 0.20\text{-}0.84$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.023$, $OR = 2.24$: $95\%CI = 1.12\text{-}4.54$) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.672$, $OR = 0.82$: $95\%CI = 0.33\text{-}2.04$) สถานภาพการเป็นอยู่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.013$, $OR = 0.41$: $95\%CI = 0.20\text{-}0.84$) การมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.005$, $OR = 0.16$: $95\%CI = 0.04\text{-}0.66$)

ปัจจัยข้อมูลเศรษฐกิจและฐานะทางสังคม รายได้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.395$, $OR = 0.73$: $95\%CI =$

0.67-0.80) จำนวนรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.891, OR = 0.94 : 95%CI = 0.45-2.02) ที่มาของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.283, OR = 1.55 : 95%CI = 0.70-3.44) หนี้ในระบบ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.338, OR = 0.69 : 95%CI = 0.22-2.14)

ปัจจัยข้อมูลด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.137, OR = 1.77 : 95%CI = 0.83-3.76) ประเภทโรคประจำตัว (p-value = 0.132, OR = 0.30 : 95%CI = 0.22-0.40) การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.001, OR = 0.28 : 95%CI = 0.13-0.58)

ปัจจัยสุขภาวะทางสังคม ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value < 0.001, OR = 0.24 : 95% CI = 0.12-0.51)

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมารายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยข้อมูลทั่วไป อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการเป็นอยู่ และการมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุ 60-70 ปี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มอายุอื่น (OR =

0.41, 95%CI = 0.20-0.84, p-value = 0.014) อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.014) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนตลา พลอยเลื่อนแสง และคณะ (2558) ศึกษาภาวะซึมเศร้าคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ช่วงอายุก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ 50-59 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (≥ 75 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) สถานภาพการเป็นอยู่ที่อยู่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มสถานภาพการเป็นอยู่อื่น หรือผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยอยู่กับครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 59.0 (OR=0.41, 95%CI = 0.20-0.84, p-value = 0.013) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพงรอด (2558) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าด้วยจังหวัดนนทบุรี อยู่อาศัยกับคู่สมรส/บุตร และอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 28.2, 13.3 และ 11.1 ตามลำดับ เนื่องการอยู่ในครอบครัวที่ขัดแย้งกัน ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 43.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลในชีวิตประจำวันมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 31.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.16 เท่า กับกลุ่มไม่มีผู้ดูแล (OR=0.16, 95%CI=0.04-0.66, p-value = 0.005) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพงรอด (2558) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีผู้ดูแล

ในชีวิตประจำวันมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 31.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านสุขภาพ สามารถจัดการกับความเครียดได้มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.28 เท่ากับกลุ่มจัดการไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 72.0 (OR=0.28, 95%CI=0.13-0.58, p-value = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษา ชันดธา พลอย เลื่อมแสง และคณะ (2558) ศึกษาภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าความสามารถจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003)

ปัจจัยด้านสุขภาพทางสังคมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้าเป็น

0.24 เท่า หรือผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำร่วมกันในครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 76.0 (OR=0.24, 95%CI = 0.12-0.51, p-value<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐมภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพของคนในครอบครัว ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสนับสนุนให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและทำกิจกรรมร่วมกัน ในตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อหาความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556.

กมลสิน สาตรา. (2531). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุศึกษาในกรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*

บ้านธรรมกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กนกรัตน์ สุขะตุกะ และคณะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบท และชุมชนเมือง. *สารศิริราช*, 51(4), 232-243.

กาญจนา ไทยเจริญ. (2544). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี*.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

กชกร สังขชาติ, 2538; สุรกุล เจนอบรม, 2534: 32-37; Ebersole and Hall, 1998.

- ชมพูนุท กาบคำบา. (2557). ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง และคณะ. (2558). ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์บัณฑิต (บริหารเภสัชกรรม), มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชะโลม วิเศษโกสิน. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้า รักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: นวัตกรรมการพิมพ์. องค์การนันทิกาทิชาติ และคณะ. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 35(4), 195-203.
- ธณินทร์ กองสุข และคณะ. แนวทางดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2) อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต, 2554.
- นภา พวงรอด. (2558). ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2538). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย. เล่ม 2 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์-ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐมภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2545). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. (2543). การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2550). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ปิยอรัน เอนเทอร์ไพรซ์.
- รัตติมา ศิริโหราชย์. (2551). ผลของการทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตาม

- ทฤษฎีเบคเพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รสศุณณ์ เจืออุบลมัย. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ ตำบลยอดแกง อำเภอนนทบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์, 2560
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รายงาน 25 ส.ค. 2558, กระทรวงสาธารณสุข.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2533). ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21(1), 1-24.
- ศิริวลี คำวะลี. (2545). *การทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2559.
- สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ. เทคนิค. (2547). *ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด*. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายพิน ยอดกุล และจิตกัณันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์แพทยศาสตรบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สมนึก ภัททิยธนี. (2537). *การวัดผลการศึกษา*. กาฬสินธุ์: ประสานการพิมพ์.
- สุนันทา คุ่มเพชร. (2545). *อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 3-5.
- สายฝน เอกรวงการ. รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส (1998), 2553.
- อรสา ไยยอง และคณะ. (2555). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์แพทยศาสตรบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- องค์การอนามัยโลก, (World Health Organization) 2555.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิต. ภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมต้นในกรุงเทพมหานคร, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 14(3): 162-173; เมษายน, 2539.

- Abdulhalim, A.A. (1991). *Prevalence and Associated Factor of Depression among the elderly People in the Rural Area of Thailand*. A paper submitted in partial fulfillment of the requirement of the Degree of Master of the Public Health. Mahidol University.
- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blazer, D., Burchett, B., Service, C., & George, L.K. (1991). The association of age and Depression among the elderly : An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology*, 46, 210-215.
- Friedman, M.M. (1986). *Family nursing: Theory and assessment*. New York., Appiton-Century Craftes.
- Retty Asvi Nur Gusmy Yearly. Asir. (1992). *Prevalence of Depression and Related Factors Among the Elderly People in Dindang Subdistrict Bangkok Metropolitan. Thailand* A paper submitted in partial fulfillment of the requirement of the Degree of Master of the Public Health Mahidol University.
- Jasmin, S., & Trygstad, L. (1979). *Behavioral concepts and the nursing process*. St. Louis, M.O: The C.V. Mosmy Roy, S.C., & Andrew, H.A. (1991). *The Roy's Adaptation Model*. San. Mateo, CA: Appleton. & Lange.
- Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relation of bright high-achieving and Kurlowicz, L.H., & Faculty, N. (1997). Nursing standard of practice protocol: Depression in elderly patients. *Geriatric Nursing*, 18(5), 192-200
- Roy, S.C. & Roberts, S. (1981). *Theory Construction in Nursing : An Adaptation Model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall .
- Seligman, E. P. (1981). A learned helplessness point of view. In L. P. (Ed.), *Behavior therapy for depression*. New York: Academic Press.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry (7th ed)*. Philadelphia: Lippincott
- Valente, S.M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. *American Journal of Nursing*, 94(12), 18-28.
- underachieving high school boy. *Child Development*, 32, 501-510.