

**ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ:
ปัจจัยทำนายการควบคุมโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหยี่เต่ง**

Depression, Anxiety, and Health behaviors: Predictive factors of chronic
disease control among older adults at Vachiraphuket hospital primary care
unit, Yi Teng Branch

นงเยาว์ ขุนนะ

Nongyao Khunna

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Professional Nurse, Social Medicine Department, Vachira Phuket Hospital

E-mail: nongyao.khunna@gmail.com

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทยยังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมโรคเรื้อรัง รวมทั้งทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าวในผู้สูงอายุที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหยี่เต่ง

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไค-สแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการศึกษา: ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมโรคเรื้อรัง ($p > 0.05$) และไม่พบอำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าว ซึ่งสะท้อนบริบทการดูแลในระบบบริการปฐมภูมิ

สรุปผลการศึกษา: การควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวล, พฤติกรรมสุขภาพ, การควบคุมโรคเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ

Abstract

Background: Older adults with chronic diseases often experience both physical and psychological health problems, particularly depression, anxiety, and health-related behaviors, which may affect their self-care ability and chronic disease control. However, empirical evidence examining these relationships in primary care settings in Thailand remains limited.

Objective: To examine the levels and relationships of depression, anxiety, and health behaviors with chronic disease control, and to assess the predictive power of these factors among older adults receiving services at a primary care unit of Vachira Phuket Hospital, Yi Teng Branch.

Methodology: This cross-sectional analytical study was conducted among 155 older adults with chronic diseases. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and binary logistic regression analysis.

Results: The findings revealed no statistically significant relationships between depression, anxiety, health behaviors, and chronic disease control ($p > 0.05$). Additionally, none of these factors demonstrated significant predictive power for chronic disease control.

Conclusion: Chronic disease control among older adults in primary care settings may not depend solely on mental health status or health-related behaviors, but is also influenced by the strength of the healthcare system, accessibility to services, and continuity of care. These findings highlight the importance of a holistic approach to older adult care within primary healthcare systems.

Keywords: Depression, Anxiety, Health Behaviors, Chronic Disease Control, Older Adults

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2578 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้ภาระโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย (สุนิษา มะลิวัลย์, 2567; กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) โรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และจำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากปัญหาด้านสุขภาพกายแล้ว ผู้สูงอายุยังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 15.5 มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า และอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 60–64 ปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีคุณภาพชีวิตลดลง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลจากข้อจำกัดด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ระบุว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (จันทร์จิรา อยู่วัฒนา และคณะ, 2560; พัทธนันท์ คงทอง, 2561) ขณะเดียวกัน ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้รับการระบุว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อการควบคุมโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวมักมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพลดลง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (Jeong et al., 2022; Assari & Bazargan, 2022; Bao et al., 2024)

สถานการณ์การควบคุมโรคเรื้อรังในจังหวัดภูเก็ตและหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหยี่เต่ง ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์มีความแตกต่างกันในแต่ละปี โดยจังหวัดภูเก็ตมีอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีอยู่ในช่วงร้อยละ 67.59–76.31 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ในช่วงร้อยละ 61.83–65.02 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหยี่เต่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ซึ่งได้จากการดึงข้อมูลทุติยภูมิจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล HOSxP (Hospital Information System Database) พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 658 คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 17 คน โดยมีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้จำนวน 2 คน และพบผู้สูงอายุที่มีภาวะความวิตกกังวลจำนวน 18 คน ซึ่งไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้จำนวน 4 คน นอกจากนี้ จากข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ

เบื้องต้นพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหาร ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมโรคเรื้อรังในระยะยาว ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่จัดเก็บเพื่อการบริหารจัดการและติดตามการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยไม่มีการระบุตัวตนของผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับสถานการณ์โรคเรื้อรังและข้อมูลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหทัยเต็่ง พบว่า แม้จะมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาวิจัยที่อธิบายถึงความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าว ต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหทัยเต็่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ กับการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหทัยเต็่ง
3. เพื่อศึกษาผลของการทดสอบอำนาจการทำนายของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหทัยเต็่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหทัยเต็่ง ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพในการตัดสินใจและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน (Orem, 2001)

สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) จำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่ การจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรฐานทางการแพทย์

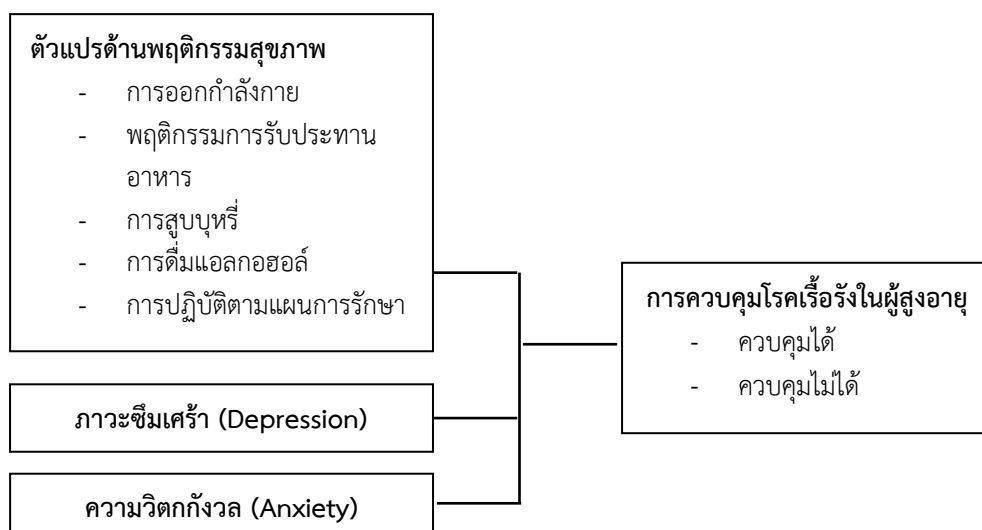
ขณะเดียวกัน ภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสามารถลดแรงจูงใจ ความตั้งใจ และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรังลดลง (Jeong et al., 2022; Assari & Bazargan, 2022)

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดให้พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเป็นตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีบทบาทร่วมกันต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรตาม โดยการควบคุมโรคเรื้อรังหมายถึงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรฐานทางการแพทย์

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า การควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเป็นผลลัพธ์จากการทำงานร่วมกันของพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพจิต ภายใต้บริบทของการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรและรองรับการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างเหมาะสม

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 โรค และมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหยีเต็ง จำนวน 658 คน (โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต, 2567)

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของแดเนียล (2010)

โดย N = จำนวนประชากร 658 คน

z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

p = ค่าสัดส่วนของการควบคุมโรคเรื้อรังจังหวัดภูเก็ตได้ดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 48.00 ดังนั้นค่า p จึงมีค่าเท่ากับ 0.48

$q = (1-p)$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดเป็นร้อยละ 15 ของค่า p ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.072

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 145 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงมี จำนวน 155 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบบังเอิญ ในวันที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหยีเต็ง เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 23 กรกฎาคม 2568 ถึง 31 สิงหาคม 2568

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 โรค ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหยีเต็ง
2. สื่อสารภาษาไทยได้
3. สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย แต่ต่อมาได้ปฏิเสธการให้ข้อมูล
2. ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินมาตรฐาน แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่

1. การออกกำลังกาย (รูปแบบและความถี่)
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (การบริโภคผักและผลไม้ อาหารหวานจัด และอาหารเค็มจัด)
3. การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
4. การปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาตรงเวลา การลืมนยา และการหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) ฉบับภาษาไทย โดยกรมสุขภาพจิต (2557)) และได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในกลุ่มผู้สูงอายุไทย (Wongpakaran & Wongpakaran, 2013) แบบประเมินมีคำถาม 15 ข้อ คำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 5-8 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนน 9-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล การประเมินความวิตกกังวลดำเนินการโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลทั่วไป Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) ซึ่งพัฒนาโดย Spitzer และคณะ (2006) และได้รับการดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ ครอบคลุมอาการและความรู้สึกวิตกกังวลหรือความรบกวนใจที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีรูปแบบการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 = ไม่เคยเลย ถึง 3 = เกือบทุกวัน โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นตามค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.92 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก (Spitzer et al., 2006)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลทางคลินิก เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ค่าความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในเวชระเบียน เกณฑ์การควบคุมโรคเรื้อรังอ้างอิงตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย โดยการควบคุมโรคเรื้อรังโดยรวมพิจารณาจากความสามารถในการควบคุมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมด้านภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข สุขภาพผู้สูงอายุ และงานวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 1 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน รวมทั้งสิ้น 3 ท่าน ผลการประเมินนำมา วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป จึงถือว่าเป็นรายการคำถามที่มีคุณภาพ ภายหลังจากการปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้อย่างถูกต้อง และน่าเชื่อถือ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการ พิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ VPH REC 026/2025 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยข้อมูล ที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของ การศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ทั้งนี้ ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยในลักษณะที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่ม ตัวอย่างได้

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นขอรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
2. ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สาขาหยี่เต้ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และ ความสำคัญของการเข้าร่วมการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของ ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างต้องลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อน ดำเนินการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยในแบบสอบถามมีคำชี้แจง รายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างชัดเจน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ประกอบการ ตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10–15 นาที ในวันที่มา รับบริการ และสามารถสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ทั้งนี้

หากผลการประเมินภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลอยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลจากแพทย์ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อกลุ่มตัวอย่างให้พบแพทย์ทันที

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถาม รวมถึงการให้คะแนนและการลงรหัสข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (Minimum-Maximum) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรศาสตร์และข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ กับการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

3. วิเคราะห์ผลของการทดสอบอำนาจการทำนายของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary Logistic Regression Analysis) และรายงานค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio: OR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: CI) และค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 155 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 69.28 ปี และป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยคือโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติหรือต่ำ ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยเฉพาะการปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อพิจารณาการควบคุมโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ทั้งนี้ รายละเอียดผลการวิเคราะห์แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล พฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (n = 155 คน)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะซึมเศร้า		
- ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0 – 4 คะแนน)	100	64.52
- ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 5 – 8 คะแนน)	47	30.32
- ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (คะแนน 9 – 15 คะแนน)	8	5.16
Min = 0 คะแนน, Max = 15 คะแนน, ค่าเฉลี่ย = 3.68 คะแนน, SD = 3.03		
2. ความวิตกกังวล		
- วิตกกังวลในระดับต่ำ (คะแนน 0 - 9 คะแนน)	148	95.48
- วิตกกังวลในระดับปานกลาง (คะแนน 10 - 14 คะแนน)	6	3.87
- วิตกกังวลในระดับสูง (คะแนน 15 - 21 คะแนน)	1	0.65
Min = 0 คะแนน, Max = 21 คะแนน, ค่าเฉลี่ย = 2.52 คะแนน, SD = 3.12		
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
3.1 รูปแบบการออกกำลังกายที่ทำบ่อยที่สุด		
- ไม่ได้ออกกำลังกาย	49	31.61
- เดินเร็ว	75	48.39
- วิ่งเหยาะ	17	10.97
- ซี่จักรยาน	2	1.29
3.2 ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง ก็ครั้งต่อสัปดาห์		
- ไม่เคย	49	31.61
- 1 - 2 ครั้ง	46	29.68
- 3 - 4 ครั้ง	21	13.55
- 5 ครั้งขึ้นไป	39	25.16
4. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร		
4.1 ใน 1 วัน รับประทานอาหารผักและผลไม้วันละกี่มื้อ		
- ไม่เคย	3	1.94
- 1 มื้อ	60	38.71
- 2 มื้อ	54	34.84
- 3 มื้อขึ้นไป	38	24.52
4.2 ใน 1 สัปดาห์ รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด (เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม)		
- ไม่เคย	53	34.19
- 1 - 2 ครั้ง	68	43.87
- 3 - 4 ครั้ง	17	10.97
- 5 ครั้งขึ้นไป	17	10.97

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล พฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (n = 155 คน) (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
4.3 ใน 1 สัปดาห์ รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด (เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป)		
- ไม่เคย	67	43.23
- 1 - 2 ครั้ง	76	49.03
- 3 - 4 ครั้ง	9	5.80
- 5 ครั้งขึ้นไป	3	1.94
5. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ /การดื่มแอลกอฮอล์		
5.1 สูบบุหรี่ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)		
- ไม่เคยสูบ	129	83.23
- เลิกสูบแล้ว	15	9.68
- สูบบ้างบางครั้ง	4	2.58
- สูบเป็นประจำ	7	4.52
5.2 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)		
- ไม่เคยดื่ม	129	83.23
- เลิกดื่มแล้ว	17	10.97
- ดื่บบ้างบางครั้ง	8	5.16
- ดื่มเป็นประจำ	1	0.65
6. การปฏิบัติตามแผนการรักษา		
6.1 รับประทานยาตรงตามเวลาและขนาดยาตามแพทย์สั่ง		
- ไม่เคยทำได้	2	1.29
- นานๆ ครั้ง	2	1.29
- บางครั้ง	14	9.03
- เสมอ	137	88.39
6.2 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สัมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง		
- ไม่เคยลืมเลย	108	69.68
- ลืม 1-2 ครั้ง	38	24.52
- ลืม 3 - 4 ครั้ง	8	5.16
- ลืมเกิน 5 ครั้ง	1	0.65
6.3 เคยหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์		
- ไม่เคย	142	91.61
- เคย	13	8.39
7. การควบคุมค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด		
- ควบคุมได้	122	78.71
- ควบคุมไม่ได้	33	21.29

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ กับการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติโคสแควร์ พบว่า ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวแปรกับการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ($p > 0.05$) ทั้งนี้ รายละเอียดผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ กับการควบคุมโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง($n = 155$ คน)

ปัจจัย	การควบคุมโรคเรื้อรัง			ค่าไค-สแควร์	p
	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้	รวม		
1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ					
- ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า	78 (50.32)	22 (14.19)	100 (64.51)	0.22	0.89
- ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง	38 (24.51)	9 (5.81)	47 (30.32)		
- ภาวะซึมเศร้ารุนแรง	6 (3.87)	2 (1.29)	8 (5.16)		
2. ความวิตกกังวล					
- วิตกกังวลในระดับต่ำ	118 (76.13)	30 (19.35)	148 (95.48)	3.31	0.191
- วิตกกังวลในระดับปานกลาง	3 (1.94)	3 (1.94)	6 (3.88)		
- วิตกกังวลในระดับสูง	1 (0.64)	0 (0.00)	1 (0.64)		
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
- ไม่ออกกำลังกาย	35 (22.58)	14 (9.03)	49 (31.61)	3.55	0.314
- 1 - 2 ครั้ง	36 (23.23)	10 (6.45)	46 (29.68)		
- 3 - 4 ครั้ง	19 (12.26)	2 (1.29)	21 (13.55)		
- 5 ครั้งขึ้นไป	32 (20.65)	7 (4.51)	39 (25.16)		
4. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร					
- ไม่ดี (< 5 คะแนน)	31 (20.00)	13 (8.39)	44 (28.38)		
- พอใช้ (5 - 6 คะแนน)	33 (21.29)	9 (5.81)	42 (27.10)		
- ดี (7 คะแนนขึ้นไป)	58 (37.42)	11 (7.09)	69 (44.51)		
5. การสูบบุหรี่					
- ไม่เคยสูบ/เลิกสูบแล้ว	113 (85.80)	31 (20.00)	144 (92.90)	0.68	0.573
- สูบเป็นประจำ/สูบบ้างบ้างครั้ง	9 (5.80)	2 (1.29)	11 (7.09)		
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
- ไม่เคยดื่ม/เลิกดื่มแล้ว	116 (74.84)	30 (19.35)	146 (94.19)	0.83	0.294
- ดื่มเป็นประจำ/ดื่มบ้างบ้างครั้ง	6 (3.87)	3 (1.93)	9 (5.80)		

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ
กับการควบคุมโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (n = 155 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	การควบคุมโรคเรื้อรัง			ค่าไค-สแควร์	p
	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้	รวม		
7. การปฏิบัติตามแผนการรักษา					
- ไม่ดี (<6 คะแนน)	2 (1.29)	2 (1.29)	4 (2.58)	2.66	0.264
- พอใช้ (6 – 8 คะแนน)	13 (8.39)	5 (3.22)	18 (11.61)		
- ดี (9 -10 คะแนน)	107 (69.03)	26 (16.78)	133 (85.81)		

เพื่อศึกษาผลของการทดสอบอำนาจการทำนายของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary Logistic Regression) โดยกำหนดให้การควบคุมโรคเรื้อรังเป็นตัวแปรตาม และกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การปฏิบัติตามแผนการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองถดถอยโลจิสติกไม่พบอำนาจการทำนายการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 17.929, p = .160) และไม่พบว่าตัวแปรต้นใดมีอิทธิพลต่อการควบคุมโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) รายละเอียดผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ Binary Logistic Regression เพื่อทำนายการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (n = 155 คน)

ตัวแปรอิสระ	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)
การออกกำลังกาย	.121	.216	.317	.574	1.129
การรับประทานอาหาร	.083	.147	.317	.573	1.086
การปฏิบัติตามแผนการรักษา	.095	.203	.217	.641	1.099
การสูบบุหรี่	.068	1.003	.005	.946	1.070
การดื่มสุรา	-.890	.921	.933	.334	.411
ภาวะซึมเศร้า	-.003	.093	.001	.971	.997
ความวิตกกังวล	.055	.096	.322	.570	1.056
Constant	-2.616	2.307	1.286	.257	.073

Step 1 : Chi-square = 17.929 (df=13) p= .160, -2 Log likelihood = 142.582 , Cox & Snell R² = .109, Nagelkerke R² = .169

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และทดสอบอำนาจการทำนายของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบอำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าว

ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งยังไม่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมโรคเรื้อรังอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผลการศึกษาอาจสะท้อนถึงบทบาทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ แม้จะมีความแตกต่างของปัจจัยด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าการควบคุมโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุควรพิจารณาปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพร่วมกับการดูแลแบบองค์รวม

สรุป

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ และมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ผลการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมโรคเรื้อรัง รวมทั้งไม่พบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุได้ ผลการวิจัยสะท้อนถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพควรส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยบูรณาการการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ ควบคู่กับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้ผลการศึกษาจะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แต่การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ยังคงมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านบริบทพื้นที่ ระดับความรุนแรงของโรคเรื้อรัง และระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมถึงอาจใช้การออกแบบการวิจัยเชิงติดตาม (longitudinal study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ต่อการควบคุมโรคเรื้อรังในระยะยาว นอกจากนี้ ควรพิจารณาศึกษาปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ. 2553-2562*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *คู่มือการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). แบบทดสอบโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder-7: GAD-7). สืบค้นจาก https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeVhJr9eOhPxwYChDJ91LA6wz1lGb786LclUYABuJV_UhSEiA/viewform
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ข้อมูลการควบคุมโรคเรื้อรังจังหวัดภูเก็ต ช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 [ชุดข้อมูล]. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). <https://hdc.moph.go.th>
- จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, สุดารัตน์ อินทรสมบัติ, และพัชรินทร์ บุญพิทักษ์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 33(2), 83-96.
- พัทธนันท์ คงทอง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 16(1), 67-80.
- สุนิษา มะลิวัลย์. (2567). สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุไทย: ความท้าทายและแนวทางการพัฒนา. *วารสารประชากรและสังคม*, 33(1), 1-18.
- โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. (2567). ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล HOSxP หน่วยบริการปฐมภูมิ สาขาหยี่เต็ง ปังบประมาณ พ.ศ. 2567 [ข้อมูลทุติยภูมิ].
- Assari, S., & Bazargan, M. (2022). Depressive symptoms predict chronic medical conditions: Longitudinal study of Black Americans. *JAMA Network Open*, 5(6), e2219043. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.19043>

- Bao, X., Chen, Z., & Liu, Y. (2024). Association between depression and glycemic control in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 345, 287-295.
- Jeong, H., Kim, J., & Park, S. (2022). Somatic symptoms and late-life depression in older adults: A cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(8), 1-9.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2013). The Thai version of the Geriatric Depression Scale (TGDS-15): Psychometric properties and cut-off scores in elderly Thai patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 96(6), 740–747.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190–211.
<https://doi.org/10.1002/da.20653>