

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทย

ปิยาภรณ์ นฤภัย* และรักชนก คชานูบาล
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่รับบทความ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

วันที่แก้ไขบทความ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

วันที่ตอบรับบทความ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

บทคัดย่อ

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ซึ่งพบว่าส่งผลกระทบต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรไทย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาความสัมพันธ์ของการเป็นโรคเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ตลอดจนการศึกษาปัจจัยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและลดปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชากรไทย โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564 ผลการศึกษาพบว่าการมีโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยทั้ง 2 ช่วงวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผลการศึกษาพบว่าประชากรวัยกลางคนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ได้แก่ สถานภาพการทำงาน จำนวนของโรคเรื้อรังที่เป็น การหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย วิธีการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะซึมเศร้าที่พบเฉพาะในผู้ป่วยวัยกลางคน คือ ศาสนา ระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย และค่าพาหนะไป-กลับเพื่อเดินทางไปรักษาพยาบาล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะซึมเศร้าที่พบเฉพาะในผู้ป่วยวัยสูงอายุ คือ เพศ สวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในแต่ละกลุ่มวัยให้เข้าถึงการรักษา และได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันและลดปัญหาภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุต่อไปได้

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง; ภาวะซึมเศร้า; ประชากรไทย; วัยกลางคน; วัยสูงอายุ

* ผู้รับผิดชอบบทความ: piyaporn.naruphai@gmail.com

DOI: 10.14456/tujournal.2025.14

Chronic Disease Illness and Depression among the Thai Population

Piyaporn Naruphai* and Rukchanok Karcharnubarn
College of Population Studies, Chulalongkorn University

Received 21 May 2024

Received in revised 12 July 2024

Accepted 23 July 2024

Abstract

The increasing trend of chronic illness and depression among the middle-aged and older population in Thailand has been noted to significantly impact quality of life and contribute to premature mortality. This study aims to investigate the relationship between chronic illnesses and depression among middle-aged and older Thai population, as well as to explore factors associated with depression in patients with chronic illnesses. The sample group comprises individuals aged 35 and above who self-reported via interviews conducted as part of the Thai National Health and Welfare Survey 2021. The study revealed a statistically significant association between chronic illnesses and depression among both age groups at the significant level of 0.05. Middle-aged individuals with chronic illnesses were found to be more likely to experience depression compared to older patients. Factors influencing depression among patients with chronic illnesses included employment status, the number of chronic illnesses, missed daily activities due to illness, healthcare treatment modalities, and healthcare costs. Furthermore, factors specifically associated with depression among middle-aged patients included religion, educational attainment, residential area, and transportation costs for healthcare visits, while factors specific to older patients included gender, healthcare subsidies, and household members. Therefore, prioritizing access to effective healthcare and treatment for patients with chronic illnesses in each age group is crucial for preventing and reducing depression among the middle-aged and older Thai population in the future.

Keywords: chronic disease; depression; Thai population; middle-aged; older person

* Corresponding author: piyaporn.naruphai@gmail.com DOI: 10.14456/tujournal.2025.14

บทนำ

การเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญของประเทศไทย ได้ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และความท้าทายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน เนื่องจากการลดลงของอัตราการเจริญพันธุ์ที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราการเกิด (UNFPA, 2554) ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุกลับมีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ แม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และทำให้ประชากรสามารถมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่กลับพบว่าประชากรไทยต้องเผชิญกับสถานการณ์ “การขยายตัวของการเจ็บป่วย” (Expansion of Morbidity) หรือการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยที่มาพร้อมกับสัดส่วนของประชากรที่ต้องใช้ชีวิตกับความเจ็บป่วยหรือความพิการที่ยาวนานขึ้น (Rechel et al., 2020) เนื่องจากสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อได้แปรเปลี่ยนเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Diseases) หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs) ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพและการดูแลในระยะยาว (Pan American Health Organization, 2023)

โรคเรื้อรังไม่เพียงแต่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุเท่านั้น แต่กลับพบว่าโรคเรื้อรังได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในวัยกลางคน และส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างเนื่องจนถึงช่วงวัยสูงอายุ (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) โดยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพทั้งในแง่ของภาระโรค อัตราการเสียชีวิต และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2563) และพบว่าเพศหญิงมีอัตราเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงกว่าเพศชาย และอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นของประชากรอีกด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

โรคเรื้อรังจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาหรือควบคุมอาการ รวมถึงมีโอกาสที่จะหายขาดน้อย โรคเหล่านี้จึงอาจทำให้วัยะบบบางส่วนของร่างกายมีปัญหา ไม่สามารถใช้งานได้อย่างเต็มที่ รวมถึงมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2561) อาการของโรคที่ยากต่อการคาดเดาหรือควบคุมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น และขาดอิสระในการใช้ชีวิต ดังนั้น นอกจากจะได้รับผลกระทบทางร่างกายแล้ว ผู้ป่วยอาจจะได้รับผลกระทบทางจิตใจ จากความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม ขาดความเข้าใจจากคนรอบข้าง และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามเป้าหมายที่คาดหวัง (Wilder et al., 2021) ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด กตัญญู และอาจนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตได้

จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของประชากรไทยปี พ.ศ. 2564 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือการมีความเครียดสูง และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ตามลำดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) โดยโรคเรื้อรังมักจะมีการแย่งเมื่อมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประกอบกับยาที่ใช้รักษาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน (The National Institute of Mental Health, 2023) ทั้งนี้ จากการสำรวจพบว่า ปีงบประมาณ 2556 มีการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ 336,045 คน และได้เพิ่มจำนวนขึ้น

เป็น 1,364,085 คนในปีงบประมาณ 2566 (กรมสุขภาพจิต, 2566) โดยผู้ที่มีเกณฑ์เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการชัดเจนในช่วงอายุ 25 ปีหลังจากนั้นอาจเกิดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตใจในระยะยาว (กรมสุขภาพจิต, 2565)

หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการรักษาหรือเมื่ออาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจฆ่าตัวตายสำเร็จและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรไทย โดยในปีงบประมาณ 2566 พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 5,172 คน หรือในทุก 2 ชั่วโมงจะมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 1 คน และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่ามีความพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 31,110 คน หรือทุก 2 ชั่วโมงจะมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ทั้งนี้ สาเหตุการฆ่าตัวตายนอกจากเกิดจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหนึ่งในปัจจัยที่พบจากกัมมิลหลังของผู้ที่ฆ่าตัวตายคือ ผู้ที่ฆ่าตัวตายนึกมีความเปราะบางและมีปัจจัยเสี่ยงสูงอยู่ก่อน ทั้งการป่วยจิตเวชที่รุนแรง เช่น การเป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษา รวมถึงมีการป่วยทางกายที่รุนแรงเรื้อรัง เช่น การเป็นโรคมะเร็ง โรคอัมพาต หรือโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2566)

ทั้งนี้ การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุไม่เพียงแต่จะต้องให้ความสำคัญกับประชากรวัยสูงอายุ (Older Persons) ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมที่ต้องปรับตัวกับวิถีชีวิตแบบใหม่แล้ว วัยกลางคน (Middle Age) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ยังเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ เช่นเดียวกัน โดยกลางคนเป็นช่วงวัยที่เชื่อมระหว่างวัยเด็กและวัยสูงอายุ อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่ต้องรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ต่าง ๆ พร้อมกับการแบกรับความกดดันทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่นำมาสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มากขึ้น (Lazzara, 2020) ปัญหาเหล่านี้มักนำไปสู่ ‘วิกฤตวัยกลางคน’ (midlife crisis) หรือภาวะทางสุขภาพจิตของวัยกลางคน ที่เกิดจากการคิดหมกมุ่นเวียนเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจที่มักเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-50 ปี (อ้อมใจ ดำวรรณ, 2565) ผลที่ตามมาจากการเผชิญกับวิกฤตวัยกลางคนทำให้วัยกลางคนขาดความพึงพอใจในชีวิตและมีแนวโน้มสูงที่จะเผชิญกับภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล (Brody et al., 2018; Fredriksen-Goldsen et al., 2018 อ้างถึงใน Infurna et al., 2022) และอาจเข้าสู่วัยสูงอายุพร้อมกับการมีสุขภาพจิตเรื้อรังที่เกิดขึ้นในช่วงวัยกลางคนได้

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ และแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรไทย รวมถึงวิกฤตที่วัยกลางคนและวัยสูงอายุต้องเผชิญ จึงนำมาซึ่งคำถามที่ว่าผลจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และภาวะซึมเศร้าที่พบในประชากรไทยมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และมีความแตกต่างกันระหว่าง 2 ช่วงวัยอย่างไร ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของการเป็นโรคเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ตลอดจนปัจจัยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทย

วัยกลางคนและวัยสูงอายุ ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันและลดปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชากรไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเป็นโรคเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองจากโครงการ “สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564” และตอบทุกข้อคำถามที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยคำถามในส่วนต่าง ๆ คือ (1) ลักษณะทั่วไปและหลักประกันด้านสุขภาพ (2) การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข และ (3) การประเมินสถานะสุขภาพ

นิยามศัพท์

1. วัยกลางคน (Middle-aged) หมายถึง ช่วงเวลาระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยสูงอายุ (Cambridge University Press, 2023) โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้หมายถึงผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มักเกิด ‘วิกฤตวัยกลางคน’ (midlife crisis) หรือภาวะทางสุขภาพจิตของวัยกลางคน (MindSpring, 2021)
2. วัยสูงอายุ (older persons) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiologic transition)

การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiologic transition) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของโรค (disease pattern) จากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อ (infectious disease) ไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง (non-infectious disease or chronic disease) และโรคจากการเสื่อมสภาพของร่างกายมากขึ้น สาเหตุเกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรม และความเป็นเมืองที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุข (วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, 2555)

โดยทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change) (Omran, 1971) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเสีย

ขาดเป้าหมายในชีวิต และความอับอายจากอาการเจ็บป่วย (Wilder et al., 2021) นอกจากนี้ยังสามารถสร้างความตึงเครียดให้แก่ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอีกด้วย (Dobbie & David Mellor, 2008)

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (depression)

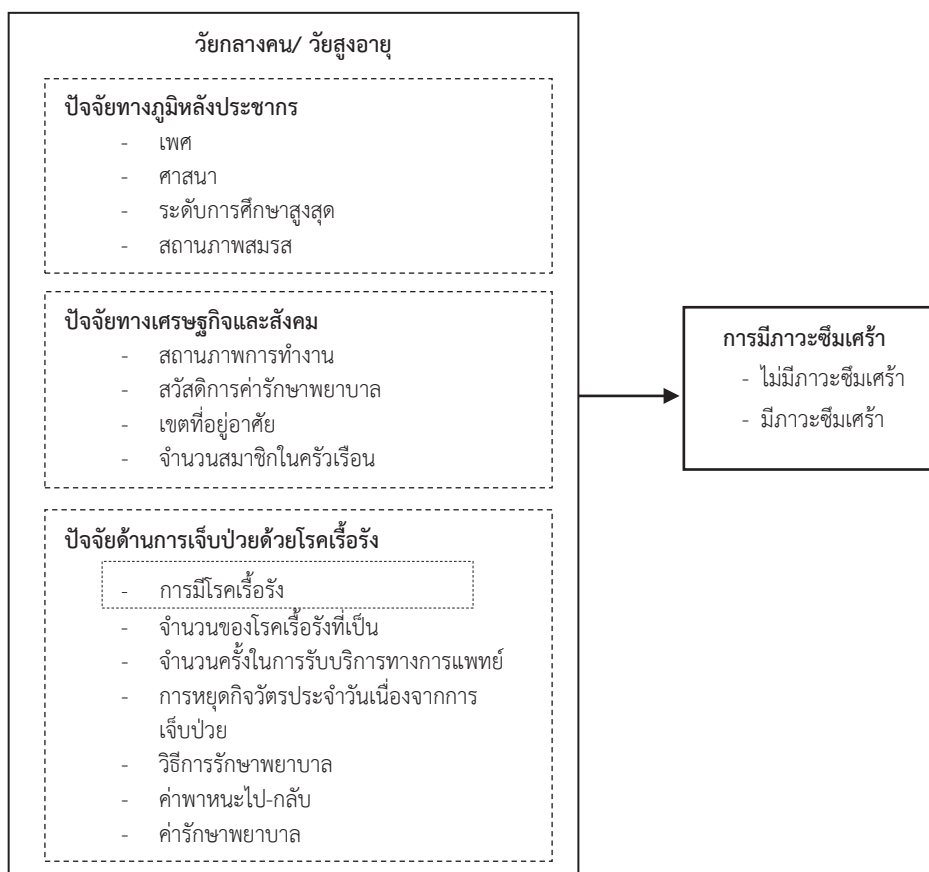
ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ที่มีอาการสำคัญคือ อารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ และสิ้นหวังอย่างรุนแรง ซึ่งเกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับการเบื่อหน่าย หหมดความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง จะเกิดเป็นอาการเรื้อรังและสามารถกลับมาเป็นอีกได้ (ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต, 2563) บุคคลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ร้ายแรง และส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงและไม่ได้รับการเยียวยารักษา อาการเหล่านี้อาจรุนแรงขึ้นและส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ได้ (The Dawn Wellness Centre Chiang Mai, 2023) นอกจากนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือแก้ไขปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้น ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการนำไปสู่การการฆ่าตัวตายก็เป็นได้ (ไกรสิทธิ์ นฤขัตพิชัย, 2563) ทั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันทั้งปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ สารเคมีในสมอง ลักษณะนิสัย ทักษะคิดในการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมรอบตัว และการมีโรคทางกายโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ที่ต้องการต้องพึ่งพาผู้อื่น การสูญเสียอวัยวะ หรืออาการป่วยเฉียบพลันที่สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ความแตกต่างทางเพศมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในรัฐแคลิฟอร์เนียตอนใต้ ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Palinkas et al., 1990) โดยผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศจีนที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี มีโอกาสมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย และอาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (Ma et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสแบบหม้าย หย่าร้าง หรือแยกทางกัน มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าสถานภาพอื่น ๆ (Lotfaliany et al., 2018) ทั้งนี้ ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านศาสนาของผู้ป่วยกับการมีภาวะซึมเศร้า จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เพราะศาสนาอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มหรือลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ ในส่วนสถานภาพการทำงาน พบว่าผู้ป่วยที่ยังคงทำงานได้มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้ (Aczon-Armstrong et al., 2013) และคุณภาพบริการสุขภาพที่ดีจะช่วยบรรเทาภาวะซึมเศร้าจากโรคเรื้อรังในผู้ป่วยวัยกลางคนและผู้สูงอายุในจีน (Li et al., 2023) ในส่วนของครัวเรือน โดยเฉพาะสมาชิกในครัวเรือน พบว่ามีส่วนสำคัญในการเป็นที่พึ่งพิง และให้การสนับสนุนทางการรักษาในด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้ป่วย (Togoe, 2012) ประกอบกับปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังพบว่าจำนวนโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า (Ma et al., 2021) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาโรค เช่น วิธีการรักษาพยาบาล และผลกระทบทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลหรือค่าเดินทางอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 ช่วงวัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยสามารถสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเป็นโรคเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ และเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยสำคัญที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มปัจจัยกำหนดของกลุ่มตัวอย่างวัยกลางคนและวัยสูงอายุตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพประกอบ 1 ดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ที่มา: ผู้วิจัย, 2566

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการ “สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกันทั่วประเทศ ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งได้มีการเก็บข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในส่วนของคุณลักษณะของประชากร ภาวะการเจ็บป่วย และการประเมินสถานะสุขภาพ โดยประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรไทยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และตอบทุกข้อคำถามที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในส่วนที่ (2) ความสัมพันธ์ของการเป็นโรคเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ และส่วนที่ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อระบุขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มที่กำหนดให้เป็นกลุ่มอ้างอิง และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 21,738 คน แบ่งเป็น วัยกลางคนที่มีอายุ 35-59 ปี ร้อยละ 63.1 และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ร้อยละ 36.9 โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรของวัยกลางคนคือ มีสัดส่วนของประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ระดับประถมศึกษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีสถานะสมรส และทำงานแบบธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มากที่สุด และส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลกับสมาชิกในครอบครัวที่มีจำนวน 3 คนขึ้นไป ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยกลางคนป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ที่ร้อยละ 18.4 และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 8.9

ในขณะที่ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรของวัยสูงอายุมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างวัยกลางคนในลักษณะของเพศที่พบว่ามีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ระดับประถมศึกษา และส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลกับสมาชิกในครอบครัวที่มีจำนวน 3 คนขึ้นไปเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสและไม่ได้ทำงาน และโดยส่วนใหญ่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง โดยพบว่าผู้สูงอายุมีสัดส่วนของการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ที่ร้อยละ 57.0 และมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 15.6 ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีมากกว่าวัยกลางคนถึง 3 เท่า และมีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยกลางคนเกือบ 2 เท่า

มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังลดลงเล็กน้อยเมื่อมีปัจจัยกำหนดอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในระดับ 2.154 เท่า (OR = 2.154) และพบว่าศาสนาอิสลามเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรังวัยกลางคนเมื่อเทียบกับศาสนาพุทธถึง 1.5 เท่า (OR = 1.500) และปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าได้แก่ การมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ปริญญาตรีหรือสูงกว่าเมื่อเทียบกับการไม่เคยเรียน การทำงานแบบธุรกิจส่วนตัวและการทำงานแบบลูกจ้างเอกชนเมื่อเทียบกับการไม่ได้ทำงาน และการมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแบบประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน/ สวัสดิการโดยนายจ้าง/ ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันเมื่อเทียบกับการมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

ในส่วนของผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านการมีโรคเรื้อรัง พร้อมกับปัจจัยกำหนดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การมีโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังลดลงเมื่อมีปัจจัยกำหนดอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในระดับ 1.694 เท่า (OR = 1.694) โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และศาสนาอิสลามเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรังวัยสูงอายุเมื่อเทียบกับศาสนาพุทธ นอกจากนี้ปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าได้แก่ การมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปวท./อนุปริญญา และปริญญาตรีหรือสูงกว่าเมื่อเทียบกับการไม่เคยเรียน การทำงานแบบธุรกิจส่วนตัวเมื่อเทียบกับการไม่ได้ทำงาน และการมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแบบข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานรัฐ และประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน/ สวัสดิการโดยนายจ้าง/ ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน เมื่อเทียบกับการมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

หลังจากเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยควบคุมจะเห็นได้ว่า การมีโรคเรื้อรังยังคงมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ และปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าที่เหมือนกันทั้ง 2 ช่วงวัยคือ ศาสนาอิสลามเมื่อเปรียบเทียบกับศาสนาพุทธ ส่วนปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีระดับการศึกษาที่สูง การมีงานทำ และสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ใช่บัตรทอง (สวัสดิการประกันสังคม และ สวัสดิการข้าราชการ) ในส่วนของปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันใน 2 ช่วงวัย คือ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 คนขึ้นไป และการอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งพบความสัมพันธ์ได้เฉพาะในกรณีของผู้ป่วยสูงอายุเท่านั้น

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของการมีโรคเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยสูงอายุ (n=21,738)

ปัจจัย	การมีภาวะซึมเศร้า			
	วัยกลางคน (n=13,720)		วัยสูงอายุ (n=8,018)	
	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2
1. การมีโรคเรื้อรัง				
ไม่มี (กลุ่มอ้างอิง)				
มี	2.428*	2.154*	1.869*	1.694*
2. เพศ				
ชาย (กลุ่มอ้างอิง)				
หญิง	-	1.103	-	1.216*
3. ศาสนา				
ศาสนาพุทธ (กลุ่มอ้างอิง)				
ศาสนาอิสลาม	-	1.500*	-	1.699*
ศาสนาคริสต์	-	0.846	-	1.138
4. ระดับการศึกษา				
ไม่เคยเรียน (กลุ่มอ้างอิง)				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	-	1.208	-	0.821
ประถมศึกษา	-	1.016	-	0.711*
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปวท./อนุปริญญา	-	0.777	-	0.585*
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-	0.533*	-	0.471*
5. สถานภาพสมรส				
โสด (กลุ่มอ้างอิง)				
สมรส	-	0.832	-	1.058
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่		1.242	-	1.184
6. สถานภาพการทำงาน				
ไม่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง)				
ทำงานแบบธุรกิจส่วนตัว	-	0.641*	-	0.636*
ทำงานแบบลูกจ้างเอกชน	-	0.572*	-	0.878
ทำงานแบบลูกจ้างรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ	-	0.940	-	0.110

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของการมีโรคเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยสูงอายุ (n=21,738) (ต่อ)

ปัจจัย	การมีภาวะซึมเศร้า			
	วัยกลางคน (n=13,720)		วัยสูงอายุ (n=8,018)	
	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2
7. สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (กลุ่มอ้างอิง)				
ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานรัฐ	-	1.014	-	0.689*
ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน/ สวัสดิการโดยนายจ้าง/ประกันสุขภาพกับ บริษัทประกัน	-	0.653*	-	0.692*
สวัสดิการอื่นๆ/ไม่มีสวัสดิการ	-	0.677	-	1.341
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน				
1 คน (กลุ่มอ้างอิง)				
2 คน	-	0.841	-	0.716*
3 คนขึ้นไป	-	0.872	-	0.741*
9. เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง)				
นอกเขตเทศบาล	-	0.901	-	1.157*
R²	0.012	0.023	0.012	0.036

หมายเหตุ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ที่มา: ผู้วิจัย (2567)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาปัจจัยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ พบว่า การมีโรคเรื้อรังมีอิทธิพลการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยทั้ง 2 ช่วงวัย ดังนั้น จึงได้ทำการศึกษาศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยทางจิตใจด้วยการมีภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ทั้งนี้ จึงทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,939 คน ที่มีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังและตอบข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังครบทุกข้อคำถาม โดยมีผลการศึกษาของแต่ละช่วงวัย ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยด้านศาสนา โดยประชากรวัยกลางคนที่นับถือศาสนาอิสลามมีโอกาสมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ 2.098 เท่า เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการเจ็บป่วยจะพบว่า ประชากรวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 และ 3 โรคขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพียง 1 โรค 1.528 และ 1.226 เท่าตามลำดับ ในส่วนของการหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วยตั้งแต่ 3-7 วัน มีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ต้องหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย 2.042 เท่า นอกจากนี้ ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล คือ การมีค่าพาหนะไป-กลับ (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์) ตั้งแต่ 1,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ต้องเสียค่าพาหนะในการเดินทาง 4.769 เท่า และผู้ป่วยที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์) จำนวน 500-999 บาท มีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลมากถึง 5.935 เท่า

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ การมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา 0.132 เท่า โดยผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ยังคงสามารถทำงานและมีอาชีพแบบธุรกิจส่วนตัวช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีงานทำหรือไม่ได้ทำงาน 0.464 และ 0.589 เท่าตามลำดับ ประกอบกับการอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีความสัมพันธ์กับโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยกลางคนเมื่อเทียบกับการอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 0.720 เท่า และผู้ป่วยที่มีวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการไปโรงพยาบาลเอกชน/ คลินิกช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับผู้ที่ซื้อหรือหายากินเองอยู่ 0.225 เท่า

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในวัยสูงอายุเพศหญิงมีโอกาสมากกว่าเพศชาย 1.309 เท่า และพบว่าปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ การมีโรคร่วมหรือการมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 4 โรคขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสมากขึ้นเมื่อเทียบกับการป่วยจำนวน 1 โรค 2.479 เท่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ต้องหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วยตั้งแต่ 3-7 วัน และมากกว่า 7 วันขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้หยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากอาการเจ็บป่วย 2.187 และ 2.218 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่มีวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการไปโรงพยาบาลเอกชน/ คลินิกมีโอกาสมากกว่าผู้ที่ไม่ได้หยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากอาการเจ็บป่วย 37.7 นอกจากนี้ ในส่วนของการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์) จำนวน 100-499 บาท มีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลถึง 1.963 เท่า

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การทำงานแบบธุรกิจส่วนตัวมีโอกาสมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ทำงาน และการมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแบบข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ/

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ
ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=3,939) (ต่อ)

ปัจจัย	การมีภาวะซึมเศร้า	
	วัยกลางคน (n=1,302)	วัยสูงอายุ (n=2,637)
4. สถานภาพสมรส		
โสด		
สมรส	0.694	1.651
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1.101	1.413
5. สถานภาพการทำงาน		
ไม่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง)		
ทำงานแบบธุรกิจส่วนตัว	0.464*	0.634*
ทำงานแบบลูกจ้างเอกชน	0.589*	0.551
ทำงานแบบลูกจ้างรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ	1.257	0.218
6. สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (กลุ่มอ้างอิง)		
ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานรัฐ	0.594	0.603*
ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน/สวัสดิการโดยนายจ้าง/	0.910	1.062
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน		
สวัสดิการอื่นๆ/ไม่มีสวัสดิการ	0.000	0.000
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน (กลุ่มอ้างอิง)		
2 คน	0.620	0.609*
3 คนขึ้นไป	1.108	0.669*
8. เขตที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง)		
นอกเขตเทศบาล	0.720*	1.089
9. จำนวนของโรคเรื้อรังที่เป็น		
มีโรค 1 โรค (กลุ่มอ้างอิง)		
มีโรค 2 โรค	1.528*	1.030
มีโรค 3 โรค	1.226*	1.280
มีโรค 4 โรค	1.527	2.479*
10. การไปรับบริการทางการแพทย์ (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)		
0 ครั้ง (กลุ่มอ้างอิง)		
1 ครั้ง	0.717	0.952

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ
ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=3,939) (ต่อ)

ปัจจัย	การมีภาวะซึมเศร้า	
	วัยกลางคน (n=1,302)	วัยสูงอายุ (n=2,637)
2 ครั้ง	0.906	1.315
3 ครั้งขึ้นไป	1.528	0.847
11. การหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)		
0 วัน (กลุ่มอ้างอิง)		
1-2 วัน	1.359	1.264
3-7 วัน	2.042*	2.187*
มากกว่า 7 วัน	1.921	2.218*
12. วิธีการรักษาพยาบาล (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)		
ซื้อหรือหายากินเอง (กลุ่มอ้างอิง)		
ไปสถานพยาบาลรัฐ	1.434	0.792
ไปโรงพยาบาลเอกชน/ คลินิก	0.225*	0.377*
วิธีรักษาพยาบาลอื่น ๆ	0.000	1.093
13. ค่าพาหนะไป-กลับ (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)		
0 บาท (กลุ่มอ้างอิง)		
1-100 บาท	0.615	1.038
100-499 บาท	0.670	1.283
500-999 บาท	1.226	1.556
1,000 บาทขึ้นไป	4.769*	1.068
14. ค่ารักษาพยาบาล (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)		
0 บาท (กลุ่มอ้างอิง)		
1-100 บาท	1.047	1.378
100-499 บาท	1.859	1.963*
500-999 บาท	5.935*	0.969
1,000 บาทขึ้นไป	1.358	0.715
R²	0.110	0.057

หมายเหตุ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ที่มา: ผู้วิจัย (2567)

สรุปและอภิปรายผล

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการมีภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าแม้การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการมีภาวะซึมเศร้า จะพบได้ทั้งในประชากรวัยกลางคนและผู้สูงอายุ แต่ผู้ป่วยวัยสูงอายุจะมีสัดส่วนการเจ็บป่วยของทั้ง 2 กลุ่มโรคที่สูงกว่าผู้ป่วยวัยกลางคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อรังหลายชนิดกับอาการซึมเศร้าในกลุ่มประชากรวัยกลางคนและผู้สูงอายุของประเทศเกาหลี ที่พบว่าวัยสูงอายุมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการซึมเศร้าสูงกว่าวัยกลางคน (Seo et al., 2017) และผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Omran, 1971) ที่อธิบายการเพิ่มขึ้นของอายุขัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง ทำให้พบการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ จึงได้สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างทางประชากรและภาวะสุขภาพของประชากรไทยในยุคปัจจุบันและอนาคต ที่ประชากรทั้งในวัยกลางคนและผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าอย่างยาวนานก่อนที่จะเสียชีวิต และถึงแม้ประชากรวัยกลางคนจะมีสัดส่วนของผู้ที่ป่วยทั้ง 2 โรคน้อยกว่าผู้สูงอายุ แต่ประชากรกลุ่มนี้จะต้องเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุในไม่ช้า ดังนั้น ความท้าทายในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยในปัจจุบันและอนาคต จึงหมายถึงการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุให้มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังน้อยที่สุด เพื่อให้ประชากรวัยกลางคนสามารถเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีสุขภาพดี และช่วยให้ประชากรสูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดผลกระทบที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะพึ่งพิงสูง หรือการฆ่าตัวตายที่เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเพื่อให้ประชากรไทยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นพร้อมกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้ยาวนานที่สุด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยกลางคน ประกอบด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน และสวัสดิการรักษายาบาล ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยสูงอายุ ประกอบด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน สวัสดิการรักษายาบาล จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และเขตที่อยู่อาศัย

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การเป็นโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ซึ่งอาจเกิดจากความยากลำบากในการรักษาพยาบาลที่ใช้เวลานานและมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากผลกระทบของการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วย และทำให้เกิดค่ารักษายาบาลที่สูงขึ้นเป็นต้น (Katon, 2011)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ พบว่า แม้สัดส่วนของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยกลางคนมีสัดส่วนที่น้อยกว่าวัยสูงอายุ แต่พบว่าประชากรวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยสูงอายุนั้นแสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในวัยกลางคนอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในวัยสูงอายุ ทั้งนี้อาจเกิดจากประชากรวัยกลางคนเป็นกลุ่มวัยที่นอกจากจะต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังแล้ว ยังพบว่าเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความท้าทายด้านต่าง ๆ เช่น การสร้างความมั่นคงในด้านอาชีพการทำงาน การหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการสร้างครอบครัว (การเลี้ยงดูบุตร เลี้ยงดูพ่อแม่) นำไปสู่การเผชิญกับปรากฏการณ์ Sandwich Generation ที่ต้องรับภาระดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งวัยเด็กและวัยสูงอายุไปพร้อมกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งการเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทย อาจส่งผลกระทบต่อประชากรวัยกลางคนต้องดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 รุ่น (Branson, 2023) นอกจากนี้การต้องปรับตัวกับสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมถอย การสูญเสียคนรักหรือบุคคลใกล้ชิด ชีวิตที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ประกอบกับการรับมือกับโรคภัยและหน้าที่ของช่วงวัยกลางคนที่มีความซับซ้อนมากขึ้น (วฤชสพร ณัฐรุจิโรจน์, 2017) จนอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตวัยกลางคน (midlife crisis) ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกกังวลและมีความเครียดรุนแรง เมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังท่ามกลางวิกฤตของช่วงวัยจึงอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจจนลุกลามไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (อิธิวัฒน์ อุตัน, 2564)

ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุ พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าวัยกลางคน ซึ่งอาจเกิดจากประชากรวัยสูงอายุเป็นวัยที่ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและภาวะเจ็บป่วยได้มากกว่าวัยสูงอายุ เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้โอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก็เพิ่มสูงขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งไม่ได้ทำให้เกิดการตายอย่างรวดเร็วจึงเป็นเรื่องที่ยอมรับได้และไม่น่ากังวลมากนักสำหรับคนในวัยสูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นวัยที่บทบาทหน้าที่ในการประกอบอาชีพหารายได้ก็ลดลง ส่วนใหญ่เกษียณอายุหรือหยุดทำงานแล้ว ทำให้ความเครียดจากการทำงานมีน้อยกว่า และผู้สูงอายุในปัจจุบันยังเป็กลุ่มประชากรที่มีบุตรหลายคนเนื่องจากภาวะเจริญพันธ์สูงของประเทศไทยในอดีต เมื่อเจ็บป่วยก็มีคนดูแล หากป่วยก็ไม่กระทบกับการต้องไปรักษาพยาบาล ทำให้ความวิตกกังวลหรือความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจมีน้อยกว่าวัยกลางคน ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและไม่มีบุตรหรือไม่มีการติดต่อกับครอบครัว มักเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตหรือการมีภาวะซึมเศร้าได้ (Government of Canada, 2016) นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลจะมีทัศนคติต่อชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยความพึงพอใจต่อชีวิตของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยบุคคลจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงสุดในช่วงวัยสูงอายุ และบุคคลจะพบกับจุดต่ำสุดของความพึงพอใจในชีวิตเมื่อมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยกลางคน สาเหตุอาจเกิดจากวัยสูงอายุให้ความสำคัญกับปัจจุบันและมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ส่วนตัวมากขึ้น ดังนั้น แม้ว่าผู้สูงอายุจะเริ่มมีปัญาสุขภาพเรื้อรังที่อาจนำไปสู่การเผชิญกับความทุกข์หรือภาวะซึมเศราก็ตาม ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการก้าวข้ามอุปสรรคในชีวิตและมีความพึงพอใจในชีวิตได้มากกว่าช่วงวัยกลางคนนั่นเอง (Hogan, 2014)

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้างนี้ยังพบว่า ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า ทั้งในประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ คือ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน และ สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งพบว่าทิศทางของความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งในประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ โดยประชากรทั้งวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่นับถือ ศาสนาอิสลาม มีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ สาเหตุอาจเกิดจากแนวทาง ปฏิบัติของศาสนาอิสลามที่มีลักษณะเฉพาะตัว และอาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล เช่น การ กำหนดวิธีแห่งชายหญิงที่ชัดเจน หรือการถือศีลอด เป็นต้น (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาวรรณกิจ, 2550) ในขณะที่ประชากรวัยกลางคนที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า และ วัยสูงอายุที่มีระดับการ ศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษา จะมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยเรียน เนื่องจากภาวะ สุขภาพของบุคคลมักสัมพันธ์กับการมีระดับการศึกษา เพราะการศึกษาที่ดีทำให้บุคคลมีองค์ความรู้ ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา (Bodur, Filiz, & Kalkan, 2017; Wu et al., 2017 อ้างถึงใน ศรีสุตา บุญขยาย, 2562) และนำมาซึ่งโอกาสในการทำงานและการมีรายได้ที่ดี ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีความ สามารถในการเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานและบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ (The MATTER, 2023) และ พบว่า ประชากรวัยกลางคน ที่ทำงานแบบธุรกิจส่วนตัวและลูกจ้างเอกชน และวัยสูงอายุที่ทำงานแบบ ธุรกิจส่วนตัว จะมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าคนที่ไม่ทำงาน เนื่องจากผู้ทำงานแบบธุรกิจส่วน ตัวมักมีความเป็นอิสระในการประกอบอาชีพ จึงมีความยืดหยุ่นในการจัดการกับเวลาทำงาน ซึ่งทำให้ สามารถมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเองมากขึ้น (Nikolova, 2019) และประชากรวัยกลางคน ที่มีสวัสดิการในกลุ่มประกันสังคม และวัยสูงอายุที่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลในกลุ่มประกันสังคมและ ข้าราชการ จะมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจเพราะความ เหลือมล้ำของระบบสวัสดิการหลักในประเทศไทย ที่ทำให้ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะ สวัสดิการของข้าราชการ มีความครอบคลุมด้านการรักษา ค่ารักษาพยาบาล และการสนับสนุนด้านการ คลังจากภาครัฐที่มากกว่าระบบประกันสุขภาพ (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2561)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยบางกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเฉพาะในผู้สูงอายุเท่านั้น ซึ่งได้แก่ ปัจจัยเพศ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และเขตที่อยู่อาศัย โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงและ อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จะมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุหญิงมักจะมีปัญหาของโรคเรื้อรังที่มีทั้งจำนวนโรคและความรุนแรงมากกว่า ผู้สูงอายุชาย อันเนื่องมาจากสภาพของร่างกาย และฐานะทางการเงินที่มีแนวโน้มด้อยกว่าผู้สูงอายุชาย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวมากกว่าและอาจทำให้การเข้าถึงการรักษาโรคซึมเศร้า ได้้น้อยกว่า อันนำไปสู่ภาวะความเครียดและความวิตกกังวลจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 1 คน หรืออาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นจะมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง เนื่องจากงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูก ๆ ที่จะมีความพึงพอใจใน ชีวิตมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (Xiu-Ying et al., 2012; Kooshar et al., 2012) ซึ่งอาจจะเกิด

จากการที่ผู้สูงอายุโดยทั่วไปก็มีแนวโน้มที่จะพึ่งพิงสมาชิกในครัวเรือนในการทำกิจกรรมประจำวันหรือการดูแลด้านการเจ็บป่วยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นจึงอาจจะมีผู้ดูแลที่ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับการมีภาวะโรคเรื้อรังได้ดีกว่า อีกทั้งยังมีความมั่นคงทั้งทางด้านการเงินและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเครียดหรือความกังวลที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีภาวะซึมเศร้าของประชากรไทยวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน เขตที่อยู่อาศัย จำนวนโรคเรื้อรัง การหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย วิธีการรักษาพยาบาล ค่าพาหนะไปกลับ และค่ารักษาพยาบาล ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ สถานภาพการทำงาน สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนโรคเรื้อรัง การหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย วิธีการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4

ปัจจัยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าทั้งในประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ คือ สถานภาพการทำงาน จำนวนโรคเรื้อรัง การหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย วิธีการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งยังพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในทิศทางเดียวกันทั้งในประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ โดยพบว่า สถานภาพการทำงานของประชากรวัยกลางคน กลุ่มที่ทำธุรกิจส่วนตัว และกลุ่มลูกจ้างเอกชน และผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่ทำธุรกิจส่วนตัว จะมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน เพราะการทำงานแบบธุรกิจส่วนตัวช่วยให้ผู้ป่วยยังคงรักษาสมดุลระหว่างการทำงานและการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวสามารถกำหนดเวลาในการทำงานของตนเองได้ และลดปัญหาความรู้สึกดตันจากการถูกควบคุมด้วยกฎระเบียบขององค์กรหรือการควบคุมของผู้บริหาร (CareerVisa Thailand, 2024) อีกทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังคงทำงานทั้งธุรกิจส่วนตัวและการเป็นลูกจ้างเอกชน โดยทั่วไปจะมีคำตอบแทนสูงซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูงกว่าได้นั่นเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความเครียดจากการเจ็บป่วยน้อยลง อีกทั้งผู้สูงอายุที่เกษียณอายุและไม่ได้ทำงานหรือเป็นเสาหลักของครอบครัวแล้ว จะมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่มีคุณค่า และอาจนำไปสู่การมีอาการทางจิตหรือภาวะซึมเศร้าได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) ดังนั้น อาชีพที่ไม่ถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขของอายุหรือการทำงานแบบธุรกิจส่วนตัว จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังคงรู้สึกว่าคุณค่า สามารถดูแลค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมถึงการรักษาพยาบาลของตนเอง และยังได้พบปะหรือยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมอีกด้วย ผู้ป่วยที่สามารถทำงานได้จึงมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้นั่นเอง (Aczon-Armstrong et al., 2013) ในขณะที่วัยกลางคนที่มีโรคเรื้อรัง 2 และ 3 โรค และผู้สูงอายุ

ที่มีโรคเรื้อรัง 4 โรค จะมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ที่พบว่าความชุกและความเสี่ยงของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อมีโรคเรื้อรังหลายชนิด เนื่องจากการเผชิญกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งถือเป็นข้อจำกัดในการใช้ชีวิต และเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีโรคแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญคือการป่วยกลายโรคพร้อมกันทำให้วัยกลางคนสูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากการเสียโอกาสในการทำงาน และการมีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น (Seo et al., 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Ma et al., 2021) และผู้สูงอายุในแคลิฟอร์เนียตอนใต้ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่บ่งชี้ว่าอาการซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับจำนวนอาการเรื้อรังและการมีโรคร่วมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (Palinkas et al., 1990) และผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังวัยกลางคนที่ต้องหยุดกิจกรรมประจำวัน 3-7 วัน และผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องหยุดกิจกรรมประจำวัน 3-7 วัน หรือ มากกว่า 7 วัน จะมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ต้องหยุดกิจกรรมประจำวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดกิจกรรมประจำวัน หรือความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันลดลงของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อการมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น (กุลธรเจนพิทักษ์พงศ์, 2567) เนื่องจากการหยุดกิจกรรมประจำวันอาจส่งผลกระทบต่อโอกาสในความก้าวหน้าในการทำงานหรือการประเมินการทำงานในองค์กร โอกาสในการสร้างรายได้ รวมถึงความกดดันต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการหยุดงานที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกดดันและความเครียดสะสม และนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าได้นอกจากนี้การหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย มีโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับวัยกลางคน การหยุดกิจกรรมประจำวันจึงอาจเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวัน หากไม่สามารถทำงานได้ ผู้สูงอายุอาจประสบกับปัญหาทางการเงิน และมีความเครียดสะสม ความสิ้นหวัง และอาจนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าได้ (Cleveland Clinic, 2021)

ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งในกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก จะมีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ซื้อยากินเอง เนื่องจากราคาการซื้อยาเพื่อรักษาตัวเองจากร้านยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง และไม่สามารถเบิกจ่ายจากสวัสดิการที่มีได้ (รังสรรค์ ศรีภิรมย์ และคณะ, 2560) และไม่สามารถมั่นใจได้ว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะทำให้อาการป่วยดีขึ้นได้ ประกอบกับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก ผู้ใช้บริการมักจะคาดหวังต่อคุณภาพการบริการ การตอบสนองต่อลูกค้า ความเข้าใจ และการเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้บริการมากกว่าโรงพยาบาลของภาครัฐ (ธนสุตา เหล็กดี และเศรษฐวิษฐ์ พรหมสิทธิ์, 2562) แม้โรงพยาบาลเอกชนอาจมีการรักษาที่ไม่ตรงตามมาตรฐาน หรือผลการรักษาที่ไม่ดีเท่าโรงพยาบาลรัฐ แต่มิติดีในการให้บริการด้านความตรงเวลาและการบริการลูกค้าที่ดีกว่า ยังคงเป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า (ธีระ วรรณรัตน์, 2558) ดังนั้น ปัจจัยด้านการบริการจากภาคเอกชนโดยเฉพาะระยะเวลาในการใช้บริการ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้มากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาพยาบาลที่

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัย	การมีภาวะซึมเศร้า	
	วัยกลางคน	วัยสูงอายุ
9) จำนวนของโรคเรื้อรังที่เป็น	✓	✓
10) การไปรับบริการทางการแพทย์ (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)	×	×
11) การหยุดกิจกรรมประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)	✓	✓
12) วิธีการรักษาพยาบาล (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)	✓	✓
13) ค่าพาหนะไป-กลับ (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)	✓	×
14) ค่ารักษาพยาบาล (ระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์)	✓	✓

หมายเหตุ x หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ และ v หมายถึง มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ที่มา: ผู้วิจัย (2567)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาข้างต้น จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการป้องกันและลดปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชากรไทย ดังนี้

1. ควรให้ความสำคัญกับการดูแลป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มวัยกลางคนและวัยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบว่า แม้ประชากรกลุ่มนี้จะมีสัดส่วนของผู้ป่วยน้อยกว่าผู้สูงอายุ แต่มีโอกาสมากที่สุดที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยกลางคนจะมีภาวะซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นประชากรสูงอายุ
2. ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 กลุ่มวัยที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สะท้อนให้เห็นว่าจำนวนโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นก็จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการมีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงและอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง
3. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ ถูกต้องตามหลักทางการแพทย์ การส่งเสริมพัฒนาให้มีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากที่บ้าน การควบคุมค่ารักษาพยาบาลโรคเรื้อรังให้มีราคาที่เหมาะสม และการคำนึงถึงมิติด้านศาสนาและวัฒนธรรม ในกระบวนการรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาหรือเลือกที่จะชื้อยามารับประทานเอง และเพื่อลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการทำงานให้น้อยที่สุด เช่น การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดจำนวนวันในการรักษา ทำให้ไม่กระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย หรือ ช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาหรือการเดินทางเพื่อไปรับการรักษา เป็นต้น
4. ควรพิจารณาปรับปรุงความครอบคลุมหรือเงื่อนไขในการใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของการเบิกจ่ายในทุกกลุ่มประชากร และนำไปสู่การเข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับการมีภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยเด็กหรือวัยรุ่น เนื่องจากพบว่าประชากรกลุ่มนี้มีสัดส่วนของการมีภาวะน้ำหนักร่างกายที่เพิ่มขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยภาวะน้ำหนักเกินจะนำมาซึ่งความเสี่ยงในการเป็นโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น และอาจนำไปสู่การได้รับผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ เพราะไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติตามช่วงวัย จะควรมีการศึกษาประชากรในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้า เช่น ปัจจัยด้านระดับการศึกษา หรือคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกัน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยเด็กหรือวัยรุ่น และป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- ไกรสิทธิ์ นฤขัตพิชัย. (ม.ป.ป.). *ซึมเศร้าซ่อนเร้น (Masked Depression)*. สืบค้น 1 มกราคม 2567, https://www.manarom.com/blog/masked_depression.html
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบัน และรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/doc20141107.pdf>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564, 9 มีนาคม). *สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรมกิจการผู้สูงอายุ. <https://www.dop.go.th/th/known/15/646>
- กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กรมสุขภาพจิต. (2561, 3 ธันวาคม). *อยู่อย่างมีความสุขกับโรคเรื้อรัง*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28381>
- กรมสุขภาพจิต. (2565, 18 มกราคม). *เปิดสถิติ โรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>
- กรมสุขภาพจิต. (2566). *รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2566 เดือนกันยายน 2566 (ฐานข้อมูล HDC) (ใช้ประชากรประจำปี 2564 จาก HDC ในการคำนวณ)*. https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-09-23-mix_HDC.pdf
- กรมสุขภาพจิต. (2566, 20 ธันวาคม). *รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566*. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). รายงานสุขภาพคนไทย 2565 : ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). (2545). ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ. https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2013/04/9_rpt.pdf

สายฝน เอกวรังกูร. (2553). รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). โรคเรื้อรังใกล้ตัวภัยคุกคามคนวัยทำงาน. <https://rb.gy/8pjh8>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วยทางจิตที่ไม่ควรมองข้าม. <https://www.thaihealth.or.th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%8B%E0%B8%B6%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2-2/>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/618/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%88%202564.pdf>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). สปสช.เสวนาแก้ปัญหาค่าเดินทาง อุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ. <https://www.nhso.go.th/news/3039>

อริวัฒน์ อุตัน. (2564). ‘Midlife crisis’ วิกฤตวัยกลางคน ของคน Gen ลูก (ทำไมยังโตเป็นผู้ใหญ่ ยิ่งรู้สึกไม่มีความสุขกับชีวิต). <https://www.manoottangwai.com/midlife-crisis/>

อ้อมใจ ดำวรรณ. (2565). วิกฤตวัยกลางคน ตั้งรับก่อนสาย. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. https://www.manarom.com/blog/middle_age_crisis.html

CareerVisa Thailand. (2024). ทำไมคนถึงอยากมีธุรกิจส่วนตัว ข้อดี ข้อเสีย มีอะไรบ้าง. <https://www.careervisathailand.com/why-people-start-a-business/>

MindSpring Academy. (2564, 21 ตุลาคม). Midlife Crisis คือ อะไร? ทำไมวัยกลางคนถึงรู้สึกแย่กับตัวเอง. MindSpring. <http://www.mindspringconsulting.com/midlife-crisis/>

The Dawn Wellness Centre Chiang Mai. (2023). เศร้าไม่หายสักที: ความต่างระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคซึมเศร้า. <https://thedawnwellnesscentre.co.th/blog/situational-vs-clinical-depression/>

The MATTER. (2566, 12 กรกฎาคม). เพราะการศึกษาคือกุญแจสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำ และคำตอบที่ว่าทำไมโอกาสชีวิตที่ดีของเราจึงไม่เท่ากัน. <https://thematter.co/branded-content/sustainable-future-with-uob-02/205033>

- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(1), 7-23.
- Kooshlar, H., Yahaya, N., Hamid, T. A., Abu Samah, A., & Sedaghat Jou, V. (2012). Living arrangement and life satisfaction in older Malaysians: the mediating role of social support function. *PLoS ONE*, 7(8), e43125.
- Lazzara, J. (2020). *Middle Adulthood. Why learn about human development during middle adulthood?* <https://open.maricopa.edu/devpsych/chapter/chapter-10-adulthood/>
- Lewis, R. A., Bohm, C., Fraser, F., Fraser, R., Woytkiw, L., Jurgutis, S., ... & Tonelli, M. (2023). Transportation burden associated with hemodialysis in Canada: a qualitative study of stakeholders. *Kidney Medicine*, 5(2), 100571.
- Li, D., Su, M., Guo, X., Liu, B., & Zhang, T. (2023). The association between chronic disease and depression in middle-aged and elderly people: The moderating effect of health insurance and health service quality. *Frontiers in Public Health*, 11, 935969.
- Ma, Y., Xiang, Q., Yan, C., Liao, H., & Wang, J. (2021). Relationship between chronic diseases and depression: the mediating effect of pain. *BMC psychiatry*, 21, 1-11.
- Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age-a scoping review. *BMC public health*, 19, 1-17.
- Nikolova, M. (2019). *Self-employment can be good for your health*. <https://www.brookings.edu/articles/self-employment-can-be-good-for-your-health/>
- Olshansky, S. J., & Ault, A. B. (1986). The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, 355-391.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 509-538.
- Palinkas, L. A., Wingard, D. L., & Barrett-Connor, E. (1990). Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(11), 1131-1141.
- Pan American Health Organization. (2023). *Noncommunicable Diseases*. <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>
- Ramsey, L. (2023, May 29). *Study shows link between living in suburban areas and depression risk*. NEWS MEDICAL. <https://www.news-medical.net/news/20230529/Study-shows-link-between-living-in-suburban-areas-and-depression-risk.aspx>

- Rechel, B., Jagger, C., McKee, M., Cylus, J., Normand, C., Figueras, J., North, J., & White, C. (2020). *Living longer, but in better or worse health?* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716619/>
- Seo, J., Choi, B., Kim, S., Lee, H., & Oh, D. (2017). The relationship between multiple chronic diseases and depressive symptoms among middle-aged and elderly populations: results of a 2009 Korean community health survey of 156,747 participants. *BMC public health*, 17, 1-10.
- The National Institute of Mental Health. (2023, December). *Depression*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- Togoe, H. (2012). Household burden of chronic diseases in Ghana. *Ghana medical journal*, 46(2), 54-58.
- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med*, 172(2), 124-128. doi: 10.1136/ewjm.172.2.124
- United Nations. (2022). World Population Prospects 2022, Population Division Online Edition
- Venkatesh, S., & Pushpa, G. (2014). EFFECT OF TRAFFIC CONGESTION ON MENTAL HEALTH. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 3(42), 10490-10494.
- Wilder, V. L., Pype, P., Mertens, F., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., Boeckxstaens, P., & De Smedt, D. (2021). Living with a chronic disease: insights from patients with a low socioeconomic status. *BMC family practice*, 22(1), 1-11.
- Williams, N. (2023). *How does Education Affect Mental Health?* <https://www.news-medical.net/health/How-does-Education-Affect-Mental-Health.aspx>
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43314>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119>
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Xiu-Ying, H., Qian, C., Xiao-Dong, P., Xue-Mei, Z., & Chang-Quan, H. (2012). Living arrangements and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(1), 19-34.