

The Relationship Between Family Cohesion and Depression Among Homebound Older Persons in Chaturat District, Chaiyaphum Province

Tharadol Porsing¹, Phiangphim Punrasi¹

¹Mahidol University, Nakhonsawan Campus, Nakhonsawan

Abstract

Introduction: Shifts in population and family structures have increased the proportion of older adults, particularly those who are homebound and experience limitations in daily living. In this context, family cohesion was key factor in supporting mental well-being and may influence the risk of depression among homebound older persons.

Objectives: This study aimed to (1) examine the level of family cohesion among homebound older persons, (2) assess the level of depression among homebound older persons, and (3) investigate the relationship between family cohesion and depression among homebound older persons in Chaturat District, Chaiyaphum Province.

Methodology: A cross-sectional correlational study was conducted among 296 homebound older persons selected using cluster sampling. Data were collected using questionnaires for demographic, the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), and a family cohesion. The reliability by Cronbach's alpha coefficients of the TGDS and family cohesion instruments were 0.93 and 0.79, respectively. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including Pearson's correlation coefficient.

Results: The findings revealed that (1) more than half of the participants reported a high level of family cohesion (52.70%; M=41.11, SD=4.77); (2) the majority of participants had no depression (83.78%; M=7.90, SD=5.41); and (3) family cohesion was significantly and negatively correlated with depression ($r=-0.174$, $p\text{-value}<.01$).

Conclusions: Family cohesion was negatively associated with depression among homebound older persons. Higher levels of family cohesion were associated with a lower likelihood of depression.

Implications: Public health professionals should promote family-based activities that strengthen cohesion between homebound older persons and their families. Routine assessment of family cohesion and screening for depression are recommended to support appropriate and individualized care planning.

Key Words: Depression, Family cohesion, Homebound older persons

Corresponding author: Phiangphim Punrasi **E-mail:** phiangphim.pun@mahidol.ac.th

Received: 20 October 2025 **Revised:** 30 December 2025 **Accepted:** 30 December 2025

ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ธราดล ปอสิงห์¹, เพียงพิมพ์ ปันระสี¹

¹โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครสวรรค์

บทคัดย่อ

บทนำ: การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ความผูกพันในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพทางจิตใจซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาระดับความผูกพันในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาหาความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 296 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบสอบถามความผูกพันในครอบครัว มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.93 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ความผูกพันในครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับผูกพันมาก ร้อยละ 52.70 ($M=41.11$, $SD=4.77$) 2) ภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 83.78 ($M=7.90$, $SD=5.41$) และ 3) ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.174$, $p\text{-value}<.01$)

สรุปผล: ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ยิ่งมีความผูกพันในครอบครัวสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง

ข้อเสนอแนะ: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมกิจกรรมสร้างความผูกพันระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกับครอบครัว พร้อมประเมินความผูกพันในครอบครัวและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ความผูกพันในครอบครัว, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

บทนำ

ทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะประเด็นเรื่องสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาอัตราเกิดที่ลดลงและอายุขัยประชากรที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้กำหนดนิยามของสังคมผู้สูงอายุ คือ สังคมที่มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่และมีอัตรา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือสังคมที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีอัตรา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564) และองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2025 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 1,200 ล้านคนทั่วโลกและจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,000 ล้านคนทั่วโลก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควรหรือไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ จะมีความเสี่ยงต่อปัญหาทางร่างกายและจิตใจตามมาได้ ซึ่งปัญหาสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กัน หากมีสุขภาพร่างกายไม่ดี มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยบ่อย จะส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดีตามมา เช่น ไม่มีความสุขหรือเครียด ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา (สุนิสสา คำชื่น และคณะ, 2563)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่ามีในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ จำนวน 27,817 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 76,374 ในปี พ.ศ. 2567 ในส่วนของจังหวัดชัยภูมิ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565-2567) พบว่า มีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ จำนวน 1,610 คน 1,349 และ 1,912 คน ตามลำดับ และในส่วนของอำเภอจัตุรัส พบว่ามีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ผิดปกติ จำนวน 71 คน, 248 คน และ 387 คน ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลแสดงถึงแนวโน้มภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นของประชากรในพื้นที่อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567ก)

ครอบครัวถือเป็นหน่วยย่อยของสังคมและมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสภาพจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความใกล้ชิด ความเป็นอยู่ที่ดีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสมาชิกในครอบครัวควรมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย การเอาใจใส่ชวนพูดคุย การให้ความรักความเคารพ การดูแลภาระค่าใช้จ่าย (ปีนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2561) อย่างไรก็ตามปัจจุบันครอบครัวในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นซึ่งเป็นไปตามยุคสมัย วัฒนธรรมหรือสังคมที่เปลี่ยนไป (รศรินทร์ เกรย์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2564) รายงานสถานการณ์ครอบครัวไทยประจำปี 2565 พบว่าลักษณะครอบครัวในประเทศไทยที่พบมากที่สุดคือ ครอบครัวเดี่ยว จำนวน 40,647 ครอบครัว นอกจากนี้ยังรายงานถึงครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวน 20,957 ครอบครัว ซึ่งบริบทของครอบครัวที่เปลี่ยนไปตามเวลามีอิทธิพลกับการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทุกคนในครอบครัวต้องมีการพึ่งพาอาศัยกันและมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกันรวมถึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้วย (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565)

โครงสร้างครอบครัวที่สมดุลตามแนวคิดชีวิตสมรสและครอบครัว (Circumplex model of marital and family system) ของ Olson (2000) ประกอบด้วยสามองค์ประกอบ ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว (Cohesion) ความสามารถในการปรับตัว (Flexibility) และการสื่อสารที่ดีในครอบครัว (Communication) ซึ่งทั้งสามองค์ประกอบมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความเข้าใจ ยอมรับในบทบาทของตนเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว โดยเฉพาะความผูกพันในครอบครัวที่มีความสำคัญในการเชื่อมโยงและยึดเหนี่ยวความสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคนให้อยู่ร่วมกันได้ ระดับความผูกพันในครอบครัวสามารถจำแนกได้หลายระดับ ซึ่งแต่ละระดับแสดงออกถึงความรักความผูกพันในแต่ละครอบครัวที่ต่างกันออกไปด้วย หากในครอบครัวที่มีลักษณะความ

ผูกพันที่ไม่สมดุล (ระดับแยกห่างหรือระดับผูกพันมาก) อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดความรู้สึกใกล้ชิดนำไปสู่ปัญหาภายในครอบครัว เช่น การแยกตัวหรือการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ โดยไม่มีการปรึกษาร่วมกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันทางสังคมที่แข็งแกร่งที่สุดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและการสนับสนุนในทางปฏิบัติที่แข็งแกร่งจากครอบครัว และมีระดับการปฏิสัมพันธ์สูง จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่ลดลง การเชื่อมโยงทางสังคมกับครอบครัวและเพื่อนฝูง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนอกครอบครัวก็ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (Thipprakmas, 2021) จากประเด็นดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาเรื่องความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง และต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ทำให้ความผูกพันในครอบครัวจึงอาจมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญ

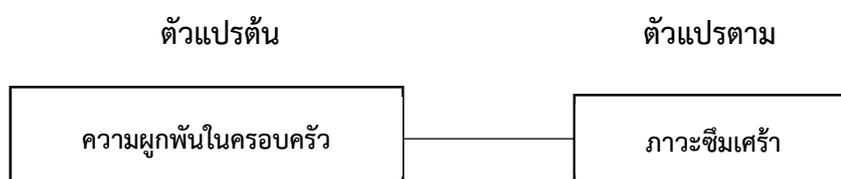
การศึกษานี้มีการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ระดับความผูกพันในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและวิเคราะห์ขนาดและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความผูกพันในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในพื้นที่อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของหน่วยงานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความผูกพันในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดโดยใช้แนวคิดชีวิตสมรสและครอบครัว (Circumplex model of marital and family system) ของ Olson (2000) โดยเชื่อว่าความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional correlational study) โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 865 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567๓)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 296 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (Estimating a finite population mean) ของ Wayne (1995) โดยกำหนดค่าจำนวนประชากร (N) เท่ากับ 865 คน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (SD) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Error) เท่ากับ 0.05 และค่าระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 และผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันกรณีข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือกลุ่มตัวอย่างขอยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างรวม 296 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ รวมจำนวน 11 แห่ง ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ดังกล่าวให้ได้ครบตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้

นิยามศัพท์การวิจัย

ความผูกพันในครอบครัว หมายถึง ระดับของความผูกพันทางอารมณ์ ความใกล้ชิด ความรัก ความเอื้ออาทร การสนับสนุนซึ่งกันและกัน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการสื่อสารกับคนในครอบครัวทั้งแบบเผชิญหน้า พูดคุยผ่านทางโทรศัพท์ โซเชียลมีเดียหรือผ่านทางผู้ดูแล โดยอาจอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือคนละหลังก็ได้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมสำหรับงานวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน
2. เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งประเมินคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living Index: ADL) ที่มีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน
3. เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป ซึ่งอาจอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือคนละหลังก็ได้
4. สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง
5. ยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ไม่อยู่ในพื้นที่ระหว่างช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล
2. มีความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบมาจากการทบทวนแนวคิดวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มีของรายได้ การมีโรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการสื่อสารกับคนในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย และคนที่ในชุมชนที่สามารถช่วยเหลือได้ในยามฉุกเฉิน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatrics Depression Scales: TGDs) จำนวน 30 ข้อ ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Thailand) (สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ส่วนข้อที่เหลือ ถ้าตอบใช่ ได้ 1 คะแนน การแปลความหมาย 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความผูกพันในครอบครัว (Family Cohesion) จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ Olson (2000) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว การแปลความหมายระดับความผูกพันโดยใช้คะแนนรวม 4 ระดับ ดังนี้ 10-20 คะแนน หมายถึง ความผูกพันระดับแยกห่าง 21-30 คะแนน หมายถึง ความผูกพันระดับแยกจากกัน 31-40 คะแนน หมายถึง ความผูกพันระดับเชื่อมโยง และ 41-50 คะแนน หมายถึง ความผูกพันระดับผูกพันมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเชื่อมั่นซ้ำของผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.93 (สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ส่วนแบบสอบถามความผูกพันในครอบครัว ผ่านการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-CIRB 2024/441.0411 โดยผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการพิจารณาทางจริยธรรมและได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย ข้อดี ข้อเสีย และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงหลักสำคัญของ The Belmont Report คือ เคารพสิทธิของอาสาสมัคร (Respect) หลักแห่งผลประโยชน์ (Beneficence) และหลักแห่งความยุติธรรม (Justice)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานพื้นที่และเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพาเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยแนะนำตัว และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาทีต่อคน
4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะบุคคล ภาวะซึมเศร้า และความผูกพันในครอบครัว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean, M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ค่าต่ำสุด (Minimum, Min) สูงสุด (Maximum, Max)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดขนาดความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Bartz (1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r=0.80-1.00$) ความสัมพันธ์

สูง ($r=0.60-0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r=0.40-0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r=0.20-0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r=0.01-0.19$) โดยทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า $p\text{-value}>.05$ แสดงว่าข้อมูลแจกแจงปกติ (Normal distribution)

3. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ยอมรับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.59 มีอายุอยู่ในช่วง 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.94 อยู่ในสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 49.32 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 98.31 รายได้ต่อเดือน 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 41.29 โดยมีแหล่งที่มาของรายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 100.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.15 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 48.99 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านของตัวเอง ร้อยละ 89.96 ที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัยพอสมควร ร้อยละ 53.04 มีคนในชุมชนที่สามารถช่วยเหลือได้ในยามฉุกเฉิน ร้อยละ 99.32 และส่วนใหญ่มีการสื่อสารกับคนในครอบครัวแบบเผชิญหน้า ร้อยละ 98.99 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (n=296)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	90	30.41
หญิง	206	69.59
อายุ		
60-69 ปี	73	24.66
70-79 ปี	87	29.39
80 ปีขึ้นไป	136	45.94
สถานภาพสมรส		
โสด	21	7.09
สมรส	129	43.58
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	146	49.32
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	291	98.31
ค้าขาย	5	1.69
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,001 บาท	120	40.54
1,001-2,000 บาท	124	41.89
2,001-3,000 บาท	20	6.76
3,000 บาทขึ้นไป	32	10.81
แหล่งที่มาของรายได้*		
มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	296	100.00
มีรายได้จากบุตรหลานหรือครอบครัว	126	42.57
มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้พิการ	91	30.74
มีรายได้จากเงินบำนาญ	4	1.35
มีรายได้จากการทำงาน	3	1.01

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	255	86.15
ไม่มีโรคประจำตัว	41	13.85
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
2 คน	81	27.36
3 คน	70	23.65
4 คนขึ้นไป	145	48.99
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
บ้านของตัวเอง	266	89.86
บ้านของบุตรหลาน	24	8.11
บ้านของญาติพี่น้อง	5	1.69
บ้านเช่า	1	0.34
ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย		
มีความปลอดภัยมาก	131	44.26
มีความปลอดภัยพอสมควร	157	53.04
มีความปลอดภัยน้อย	8	2.70
คนในชุมชนที่สามารถช่วยเหลือได้ในยามฉุกเฉิน		
มี	294	99.32
ไม่มี	2	0.68
ลักษณะการสื่อสารกับคนในครอบครัว*		
การสื่อสารกับคนในครอบครัวแบบเผชิญหน้า	293	98.99
การสื่อสารกับคนในครอบครัวผ่านการคุยโทรศัพท์	138	46.62
การสื่อสารกับคนในครอบครัวผ่านผู้ดูแล	65	21.96
การสื่อสารกับคนในครอบครัวผ่านโซเชียลมีเดีย	5	1.69

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. ความผูกพันในครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผูกพันในครอบครัวอยู่ในระดับผูกพันมาก ร้อยละ 52.70 รองลงมาคือ ระดับเชื่อมโยง ร้อยละ 44.59 ระดับแยกจากกัน ร้อยละ 2.36 และระดับแยกห่าง ร้อยละ 0.34 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความผูกพันในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (n=296)

ความผูกพันในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับแยกห่าง (10-20 คะแนน)	1	0.34
ระดับแยกจากกัน (21-30 คะแนน)	7	2.36
ระดับเชื่อมโยง (31-40 คะแนน)	132	44.59
ระดับผูกพันมาก (41-50 คะแนน)	156	52.70
(M=41.11, SD=4.77, Min=14, Max=50)		

3. ภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 83.78 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 11.15 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 3.38 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 1.69 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (n=296)

ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-12 คะแนน)	248	83.78
ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน)	33	11.15
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (19-24 คะแนน)	10	3.38
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (25-30 คะแนน)	5	1.69
(M=7.90, SD=5.41, Min=1, Max=27)		

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.174$, $p\text{-value}<.01$) โดยเมื่อมีความผูกพันในครอบครัวเพิ่มมากขึ้นภาวะซึมเศร้าจะลดลง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (n=296)

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความผูกพันในครอบครัว	-0.174**	.003	ต่ำมาก

**p-value<.01

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ความผูกพันในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผูกพันในระดับผูกพันมาก ร้อยละ 52.70 และระดับเชื่อมโยง ร้อยละ 44.59 รวมกันเท่ากับร้อยละ 97.29 ซึ่งเป็นผลที่ดีมาก และมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 41.11 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน แสดงให้เห็นว่าความผูกพันในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในพื้นที่นี้ยังคงแข็งแรง ผลดังกล่าวสะท้อนถึงวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยที่ยังคงรักษาคุณค่าของครอบครัวขยายและหน้าที่ของบุตรหลานในการดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุ การที่มีสมาชิกในครอบครัวหลายคนและมีการสื่อสารแบบเผชิญหน้าเป็นหลัก ช่วยสร้างความผูกพันและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สอดคล้องกับงานศึกษาของ Liu et al. (2022) ที่ประเมินความผูกพันกับความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุชาวจีนซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความผูกพันในครอบครัวระดับเชื่อมโยงและระดับผูกพันมาก

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 83.78 ซึ่งถือว่าเป็นผลที่ดีกว่าที่คาดการณ์ไว้สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อย่างไรก็ตามยังมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่าง ๆ รวมกันร้อยละ 16.22 ซึ่งไม่ใช่สัดส่วนที่น้อยและต้องได้รับความสนใจ คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมิน TGDS อยู่ที่ 7.90 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้การอยู่อาศัยในบ้านของตนเอง ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 89.86 อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคง ความเป็นอิสระ และการรับรู้คุณค่าใน

ตนเอง ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization [WHO] (2017) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและมีการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอ มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีการสื่อสารกับคนในครอบครัวแบบเผชิญหน้า ร้อยละ 98.99 สะท้อนถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ การสื่อสารโดยตรงช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงความรู้สึก ความต้องการ และปัญหาที่เผชิญได้อย่างเปิดเผย ส่งผลให้ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและการถูกทอดทิ้ง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้า (Santini et al., 2015)

ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.174$, $p\text{-value}<.01$) แม้ว่าขนาดของความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่ทิศทางของความสัมพันธ์มีความหมายสำคัญ คือ ยิ่งมีความผูกพันในครอบครัวสูงเท่าใด ก็มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยลงเท่านั้น สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีบทบาทเป็นปัจจัยคุ้มครองต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยความผูกพันที่ดีช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเครียด และเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าในตนเองและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้ดีขึ้น (Santini et al., 2015; WHO, 2017) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bian (2024) ที่ได้อธิบายว่าความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในทิศทางลบหรือแปลผลได้ว่าความผูกพันในครอบครัวในระดับที่สูงมากขึ้นนำไปสู่การลดลงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุแก่บุตรหลาน การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกภายในครอบครัว

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีแนวทางในการประเมินความผูกพันในครอบครัวและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบปัจจัยเชิงทำนาย (Predictive study) ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *สังคม*

ผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565).

สถานการณ์ครอบครัวไทย ประจำปี 2565. <https://www.dwf.go.th//storage/44648/>

สถานการณ์ครอบครัวไทย-ประจำปี-2565.pdf

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2023). *มารู้จักและหาวิธีรับมือกับภาวะซึมเศร้า สำหรับประชาชน*.

<https://dmh-elibrary.org/items/show/232>

- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ขนรส อภิญญาจักร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และนิมิตตารา แว. (2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3), 300-310.
- รศรินทร์ เกรย์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2564). *นิยาม ประเภทครอบครัว และดัชนีชี้วัดครอบครัววัยผู้ที่มีสุข: การทบทวนวรรณกรรม*. <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-633.pdf>
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567ก). *การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุ*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8f104b5d2848b8a05a487205f0287991>
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567ข). *จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2567*. <https://hdc.moph.go.th/cpm/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb9555bb51>
- สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ*. https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_7.pdf
- สุนิสา คำชื่น, ทฤทัย กงมทา, วิจิตร แผ่นทอง และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 150-163.
- Bartz, A. E. (1999). *Basics Statistical Concepts* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Bian, Y. (2024). Family cohesion and depressive symptoms among older adults: The moderating role of social support. *Journal of Affective Disorders*, 353, 45–52.
- Liu, X., Wu, X., Cheng, Q., Ying, W., Gong, X., Lu, D., Zhang, Y., & Liu, Z. (2022). Meaning in life and its relationship with family cohesion: A survey of patients with palliative care in China. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 9(11), 100118. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100118>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Thipprakmas, R. (2021). Social Protective Factors in Depression among the Elderly: The Role of Family, Social and Community Supports. *Regional Health Promotion Center* 9, 15(37), 339–351. DOI: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.24>
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>