

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม



นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION
IN OLDER PERSON WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Miss Pattaraporn Wiriyawong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing
Faculty of Nursing

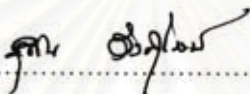
Chulalongkorn University

Academic Year 2008


Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจุบันคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
โดย นางสาวภัทรามร วิริยวงศ์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

 กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ภัทราภร วิจัยวงศ์: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.
(SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN OLDER PERSON WITH KNEE
OSTEOARTHRITIS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 137 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกระดูกและข้อ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 150 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบบวัดภาวะทุพพลภาพ แบบประเมินความปวด แบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และ 93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank-Order Correlation Coefficient: r_s) และค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient : η) โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 12.91$)
2. ความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = .205$)
3. ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = .569$)
4. รายได้ ภาวะทุพพลภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = -.208, -.215$ และ $-.164$ ตามลำดับ)
5. อายุ เพศ และระยะเวลาเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา ...การพยาบาลผู้สูงอายุ... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4977591236: MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORDS: DEPRESSION / KNEE OSTEOARTHRITIS / OLDER PERSON

PATTARAPORN WIRIYAWONG: SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSIONS IN
OLDER PERSON WITH KNEE OSTEOARTHRITIS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF.
JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 137 pp.

The purpose of this descriptive research was to examine the relationships between factors related to age, gender, income, length of illness, disability, pain, stress, social support and depression in older person with knee osteoarthritis. The subjects comprised 150 out-patients with knee osteoarthritis at orthopedic clinics, Phramongkutklo Hospital, Rajavithi Hospital and Ramathibodi Hospital, which were selected by the technique of simple random sampling. The instrumentation employed in data collection included the demographic data, the Chula ADL Index, the Brief Pain Inventory Scale, the Illness-related Stress Measurement Scale, Social Support Questionnaires and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). The instruments were tested for content validity by a panel of experts. The reliability values of the Illness-related Stress Measurement Scale and Social Support Questionnaires were .93 and .93 respectively. Data were analyzed by the basic statistics of percentage, frequency, mean, standard deviation, Spearman Rank-Order Correlation Coefficient and Eta Coefficient (η) with the significant level set at .05.

The major findings can be summarized as follows :

1. The older person with knee osteoarthritis was $\bar{X} = 12.91$ and indicated no depression.
2. Pain was significantly correlated with depression in older person with knee osteoarthritis at a level of .05 ($r_s = .205$).
3. Stress was found to be positively correlated with depression in older person with knee osteoarthritis to a moderate degree at the level of .05 ($r_s = .569$).
4. Income, disability and social support were found to be negatively correlated with depression in older person with knee osteoarthritis to a low degree at the level of .05 ($r_s = -.208$, $-.215$ and $-.164$, respectively).
5. Age, gender and length of illness were, however, not significantly correlated with depression in senior adults with knee osteoarthritis at the level of .05.

Field of study:.....Gerontological Nursing.. Student's signature:.....*Pattaraporn Wiriyawong*

Academic year:2008..... Advisor's signature:*Jiraporn K. Wattana*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความเมตตาจาก รศ.ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาคอยให้คำแนะนำ และชี้แนวทางที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ต่อการศึกษาค้นคว้า ท่านเสียสละเวลาในการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง อีกทั้งยังให้โอกาสเรียนรู้ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจ สามารถเขียนเรียบเรียงผลการศึกษาให้เสร็จลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งใจในความกรุณาครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โภทิสาร ที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้กับผู้วิจัย พร้อมคำแนะนำ และกำลังใจให้กับผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ อีกทั้งขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ทำให้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี รวมทั้งคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกระดูกและข้อ และที่สำคัญคือผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมทุกๆ ท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ที่ท่านให้ความกรุณาร่วมมือ เป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าตึกพิเศษ 10 ข.พีๆ และเพื่อนๆ ที่ร่วมงาน โรงพยาบาลราชวิถีทุกท่าน ที่เปิดโอกาสในการพัฒนาการเรียนรู้ครั้งนี้ และขอขอบคุณกัลยาณมิตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่ดีต่อกัน ขอขอบคุณ สำหรับการอำนวยความสะดวกช่วงการเก็บข้อมูลการวิจัย และความเอื้ออาทรที่มีให้ผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้ความรัก ความอบอุ่น แสดงความห่วงใย และกำลังใจเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	21
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.....	32
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคข้อเข่าเสื่อม.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76

	หน้า
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้.....	82
รายการอ้างอิง.....	83
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	94
ภาคผนวก ข หนังสือเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขออนุญาตกระทรวงมหาดไทย ใช้เครื่องมือวิจัย หนังสือขออนุญาตกระทรวงมหาดไทยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	96
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย.....	106
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	115
ภาคผนวก จ วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	125
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	137

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามโรงพยาบาล...	50
2	จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.....	51
3	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient).....	61
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่ มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามเพศ	65
5	ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนก ตามเพศ.....	65
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่ มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามอายุ	66
7	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่ มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามรายได้.....	67
8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	68
9	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามระดับภาวะทุพพลภาพ.....	69
10	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของความปวดของกลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้าจำแนกตาม ความปวด.....	70
11	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความเครียดจำแนกรายด้าน.....	71
12	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มี ภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความเครียดจำแนกรายด้าน.....	72
13	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายด้าน.....	73

14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความปวด ความเครียด ภาวะทุพพลภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	74
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.....	75



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิ

หน้า

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 48



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางถดถอย ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่างๆได้ง่าย จากการเปลี่ยนแปลงที่ค่อยเป็นค่อยไปในด้านต่าง ๆ จนปรากฏเป็นโรคเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมักเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ และมักเจ็บป่วยด้วยด้วยโรคหลายโรค และมีความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกาย และความต้านต่อโรคต่างๆลดลง เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคพาร์คินสัน เป็นต้น (Eliopoulos, 1993) ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความเสื่อมสภาพของอวัยวะหลายระบบในเวลาเดียวกัน

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ (พนิดา กุลประสูติดิถลก, 2546) จากสถิติประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 4.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด (Dillon et al., 2006) สำหรับในประเทศไทยพบโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 23.67 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ, 2542) อาการสำคัญที่สุดของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุคืออาการปวดข้อเข่า (Wilcox, 2000) ซึ่งเป็นอาการแรกที่น่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Berman et al., 1999; Diad et al., 2003)

ภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ใช้เวลาหลายปี บางรายอาจมีภาวะข้อเสื่อมอย่างรุนแรงส่งผลให้ข้อเข่าผิดรูปไป อาจทำให้เกิดความพิการได้ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า (สุภาพ อารีเชื้อ, 2540) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านจิตใจตามมา อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมตามที่เคยปฏิบัติได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ผู้สูงอายุจะใช้เวลาอยู่กับตนเองมากขึ้น จนอาจจะแยกตัวออกจากสังคมและมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและปัญหาทางจิตสังคม (ณัฐนาฏ ไชยศิริ และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2535) ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และครอบครัว อีกทั้งยังทำให้รู้สึกด้อยคุณค่า จากการศึกษาของ Fry (1986) พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 85 ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีปัญหาสุขภาพควบคุมไปด้วย ซึ่งอาการปวดเข่าเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Dworkin & Gitlin, 1991)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงออกในรูปของความเป็ยเบนทางด้านอารมณ์ ความเป็ยเบนด้านความคิดและการรับรู้ และความเป็ยเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลจากปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกัน ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่างๆ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Tsai, 2005) ได้แก่ อายุ เพศ ความปวด ภาวะทุพพลภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด จะพบโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุมากกว่าคนอายุน้อย เนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบในกระดูกอ่อนผิวข้อ (Carter, 1997) มีการลดลงของเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อน จึงทำให้การซ่อมแซมบริเวณรอยต่อกระดูกอ่อนผิวข้อกับกระดูกลดลง ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง ประกอบกับมีการเกิดโรคต่าง ๆ ขึ้นได้ง่าย ส่วนใหญ่มักเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากยิ่งอายุมากยิ่ง มีโอกาสได้รับสารทำให้เกิดโรคมายิ่งขึ้น และกลไกสร้างภูมิคุ้มกันด้านเสื่อมลง จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2539-2540 พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรังในอัตราร้อยละ 69.3 และกลุ่มอายุ 90 ปี ขึ้นไป พบได้ถึงร้อยละ 83.3 อีกทั้งยังเป็นหลายโรคร่วมกัน โดยพบว่ามีผู้ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกัน ถึงร้อยละ 70.8 (จันทรพิชญ ชูประภาวรรณ, 2543) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา

เพศ ผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า (Busch-mann et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี หลินศุนนท (2543) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรวงเมือง เขตปทุมวันกรุงเทพมหานครเพื่อหาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า ร้อยละ 22 ขึ้นอยู่กับ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวทำให้เกิดภาวะเครียดในผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมคือปัญหารายได้และเศรษฐกิจ (National Academy on an Aging Society 2000) เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นภาระของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ทำให้บทบาทสังคมลดลง ต้องมีการดูแลระยะยาว อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ บางรายต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจได้ (Birchfield, 2001)

นอกจากนี้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจเกิดความลังเลใจในการวางแผนชีวิตของตนเองทำให้เกิดความท้อแท้ ในที่สุด (ทศพร พัฒนนิรมาน, 2532)

ความปวด โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ข้อติดแข็งและเคลื่อนไหวลำบาก ด้วยลักษณะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับพยาธิสภาพของโรคนี้ไปตลอดชีวิต จึงต้องมีการจัดการควบคุมอาการ ได้รับการรักษา เฉลียวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมก็คือการควบคุมอาการของโรค ชะลอความเสื่อม และลดความเจ็บปวดของข้อเข่า ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติมากที่สุด (แหวดาว ทวีชัย, 2543) ดังนั้นหากผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคข้อเข่าเสื่อมที่เริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีอาการปวดข้อเข่ามากขึ้น อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ซ่อนเร้น เนื่องจากโรคไม่ได้ทำอันตรายจนถึงขั้นเสียชีวิตแต่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป (อุทิศ ดีสมโชค, 2536)

ความเครียด เป็นอารมณ์ความรู้สึก (Emotion) ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดความเจ็บป่วยต่าง ๆ จากการศึกษาศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของ Volicer and Burns (1977) พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้สูง คือ ความเจ็บป่วย ยิ่งมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากยิ่งมีความเครียดสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ (2540) พบว่า ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดตามมา ซึ่งเมื่อบุคคลมีความเครียด ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนด้านความคิด การรับรู้ ความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด

ภาวะทุพพลภาพ เป็นการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุเป็นห่วงและให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากทำให้ความอิสระลดลง และต้องเปลี่ยนบทบาทไปสู่สถานะที่ต้องพึ่งพามุบุคคลอื่น (Jitapunkul, 1994) ซึ่งในปัจจุบันครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแล ถึงแม้บางครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวขยาย แต่บุตรหลานจะต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหาเงินมาเลี้ยงชีพและครอบครัว จึงมีเวลาให้ผู้สูงอายุน้อยลง ขาดความรักความอบอุ่น ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (เขาวรัตน์ ชันฉวีชัย, 2544) รู้สึกไร้คุณค่ามากขึ้น ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่มีเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ พบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ

วัยอื่นๆ (ศิริวรรณ ตันศิริ และคณะ, 2535) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากกระบวนการสูงอายุ โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ นั่นคือเป็นผลจากการต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม แล้วสร้างความเครียดให้กับผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม ในวัยของผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการดูแลจากครอบครัว ต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และเศรษฐกิจ ซึ่งจะทำให้เกิดกลไกการป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ และช่วยเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า และมีความหมาย (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532) จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ภาวะข้อเข่าเสื่อมยังเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ใช้เวลาหลายปี โดยผู้สูงอายุบางรายอาการอาจดำเนินไปอย่างช้า ๆ และบางรายอาจมีภาวะข้อเสื่อมอย่างรุนแรงส่งผลให้ข้อเข่าผิดรูปไป อาจทำให้เกิดความพิการได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านจิตใจตามมา อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมตามที่เคยปฏิบัติได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ผู้สูงอายุจะใช้เวลาอยู่กับตนเองมากขึ้น จนอาจจะแยกตัวออกจากสังคมได้ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540)

อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม (Blixen and Kippes, 1999) โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาต่อร่างกายโดยตรง (Callaghan and Morrissey, 1992) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญ

ในประเทศไทย มีการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ พบว่า เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (มลฤดี บุราณ, 2548) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังการทำผ่าตัดหัวใจ (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เยาวรัตน์ ชันฉวีชัย, 2544) ซึ่งต่างจากปัญหาของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับอาการปวดข้อเข่า อาการอักเสบที่เป็น ๆ หาย ๆ กลายเป็นโรคเรื้อรังที่สร้างภาระให้แก่ครอบครัว (วิภา แก้วเคน, 2545) อีกทั้งยังทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน เป็นผลจากการขาดความคิดสร้างสรรค์

ขาดสมาธิ และด้วยระดับความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่ลดลง ส่งผลย้อนกลับไปทำลายสถานภาพของบุคคล ความภาคภูมิใจ ซึ่งจะยิ่งไปเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการดูแลป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ความรู้ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน และลดผลกระทบที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าตามมา เพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกมีคุณค่า สามารถดำรงชีวิตกับครอบครัว สังคม ได้อย่างปกติสุขต่อไป นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางในการศึกษาวิจัยในด้านการพยาบาลต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย (Preconceived notions)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Tsai (2005) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเจ็บปวดเรื้อรัง ประยุกต์จาก Roy Adaptation Model (Roy, 1976) มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ของคนและสิ่งแวดล้อมภายในระบบอย่างชัดเจน องค์ประกอบสำคัญภายในระบบ คือ คนซึ่งต้องได้รับการดูแล เป้าหมายการพยาบาลที่มุ่งการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและทิศทางการพยาบาลที่เอื้อต่อการปรับตัวจะประสานสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพื่อการทำงานระบบ

กลไก การปรับตัว และขอบเขตการปรับตัวของคนภายในระบบ (ฟาริดา อิบบราฮิม, 2546) ผู้วิจัย จึงคัดสรรปัจจัยที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งในบาง ปัจจัยบทบาทพยาบาลอาจสามารถช่วยเหลือ และจัดการได้ ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของสังเคราะห์และคัดสรรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาของการ เจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

อายุ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม นอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นอยู่กับกระบวนการเฉพาะตัว ของแต่ละบุคคลด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลง ของชีวิตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม รายได้ลดลง (พรนิภา ไครบุตร, 2540) เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยไตร่ตรอง และการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) ประกอบกับ เมื่ออายุมากขึ้น มีการเรียนรู้ มีประสบการณ์ และการปรับตัวอยู่เสมอ มีความอดทนต่อความปวด แต่จากการศึกษาของ Hamerman (1995) และ Gunther et al. (1998) ในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะมีอาการปวดข้อเข่าเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่มี อายุแตกต่างกันของ ประภาพร จินันทุยา (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60- 69 ปี มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-89 ปี เนื่องจากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพา ผู้อื่นสูง ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ อาจเป็นเพราะกำลัง เข้าสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทไปเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยความพยายามอย่างมากในการปรับตัว จึงมีการแสดงออกในการยอมรับความจริงต่างกัน ดังนั้น อายุอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

เพศ ในปัจจุบันมีการศึกษาที่ให้ความสนใจกันมากในประเด็นความแตกต่างของเพศกับ ประสบการณ์การเจ็บปวด ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้หญิงมีอาการปวด (Kneefe et al., 2000) และประสบการณ์ความปวด (Robinson et al., 2003) รุนแรงกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ในการศึกษา ของ Rollnik et al. (2003) พบว่า เพศหญิงที่ต้องเผชิญกับอาการปวดเรื้อรัง จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า เพศชาย ซึ่งเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวทางด้านจิตใจ

รายได้ เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพเศรษฐกิจ และสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ การดำเนินชีวิตในการแสวงสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถ ตอบสนองความต้องการของบุคคล จึงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต (มลฤดี บุราณ, 2548) ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวทำให้เกิดภาวะเครียดในผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมคือปัญหา

รายได้ และเศรษฐกิจ (National Academy on an Aging Society 2000) จากการศึกษาของ Mendes de Leon et al. (1994) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัญหารายได้และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีมีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่แน่นอน ขาดหลักประกันจากการหยุดงาน การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจดังกล่าว ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (วาสนา ฟุ้งฟู, 2548)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้า ถ้าบุคคลสามารถที่จะปรับกับโรคได้ก็จะเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่กับโรคในระยะเวลาที่ยาวนานมาแก้ปัญหาได้เหมาะสม แต่ถ้าบุคคลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายจากโรคเรื้อรัง เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เกิดความล้าใจในการวางแผนชีวิตของตนเองทำให้เกิดความท้อแท้ (ทศพร พัฒนนิรมาน, 2532)

ภาวะทุพพลภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ตามมาของโรคข้อเข่าเสื่อม (Dekker, 1992) ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมใช้ชีวิตในการเผชิญปัญหากับความปวด ด้วยการหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันอีกทั้งยังส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระดับสูง (Kneefe, 2000; Creamer, Lethbridge-Cejku and Hochberg, 1999) ผลกระทบที่เกิดจากการหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรมรวมทั้งผู้ป่วยยังมีภาวะเสื่อมจากสภาพร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลให้น้ำในข้อไม่คงที่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เป็นสาเหตุที่ทำให้กลับมาสู่ภาวะทุพพลภาพ (Steultjens, Dekker and Bijlsma, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ บัญญัติ (2548) ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อข้อเข่าเสื่อมรุนแรงขึ้น ได้แก่ การนั่งพับเพียบหรืองอเข่า การยกหรือหิ้วของหนัก การเดินบนพื้นขรุขระ การไม่ใช้อุปกรณ์พยุงเข่า การไม่ใช้ความเย็นประคบเมื่อปวดและบวมที่ข้อเข่า สุภาพ อาวีเอื้อ (2540) กล่าวว่า ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งความพิการ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง และความทุกข์ทรมาน จากความปวด ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมของตนเองลง ปรับเปลี่ยนบทบาท และกิจกรรมเดิม เพื่อให้สอดคล้องกับขีดจำกัดของข้อเข่า และอาการปวด ก่อให้เกิดความรู้สึก เบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า ในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Husaini and Moore (1990) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุชาวอเมริกันผิวดำ พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ความปวด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อซึ่งกำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งบุคคลจะแสดงออกถึงความปวดจากปฏิกิริยาตอบสนองของความรู้สึก ทั้งสรีรวิทยา และอารมณ์ (นียา สออารีย์, 2546) จากแนวคิด Total pain ของ Cicely Saunders (1997 อ้างถึงในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) กล่าวว่า ความปวดเป็นผลบวกของปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และความปวดจากปัญหาอื่นๆ ความปวดจากโรคข้อเสื่อมเป็นอุปสรรคอย่างมาก ต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการทำงานบ้าน (Burke and Flaherty, 1993) ความปวดที่เกิดจากข้อเข่าเสื่อมพบมากในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Zuatra and Smith, 2001) จากการศึกษาของ อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูกล้ามเนื้อคอควอดรีเซ็ปส์ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวด จากการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ความรุนแรงของโรค ความเจ็บปวดและภาวะทุพพลภาพ เป็นตัวพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า (Fifled, Reisine and Grady, 1991)

ความเครียด เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลได้ประเมินแล้วว่าเหตุการณ์นั้น มีผลต่อสวัสดิภาพของตน และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus and Folkman, 1984) ดังนั้นเหตุการณ์ที่เผชิญจะเกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุล ระหว่างความต้องการ (Demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น โดยผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด ผ่านการประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการประเมินตัดสินความสำคัญ และความหมายของเหตุการณ์นั้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ความเครียดเป็นอารมณ์ความรู้สึก (Emotion) ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดความเจ็บป่วยต่างๆ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในการใช้ชีวิตประจำวันโดยเฉพาะที่เป็นผลมาจากเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรักใคร่ความผูกพัน ให้ความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ วัตถุประสงค์ของหรืออารมณ์ ให้ความมั่นใจในควมมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกัน และกัน (มธุรส จันทรแสงสี, 2540) เพราะการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้เกิดกำลังใจ มีแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Blixen and Kippes (1999) พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่า

เสื่อมมีการใช้ระบบบริการสนับสนุนทางสังคมแบบเป็นทางการเพียงเล็กน้อยก็สามารถสร้างความพึงพอใจในระดับสูงในเครือข่ายของครอบครัว และเพื่อน นอกจากนี้ยังมีความพึงพอใจในระดับสูงของคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่ามีภาวะซึมเศร้า มีการเจ็บป่วยหลายโรค มีอาการปวด และมีข้อจำกัดในบทบาทหน้าที่ของตน ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการดูแลจากครอบครัว ต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และเศรษฐกิจ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532)

จากแนวคิดและผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าทั้งแนวคิดและผลการวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

จากข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว สามารถตั้งสมมุติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมกระดูก และข้อว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ และไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นบุคคลที่สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมกระดูก และข้อของโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ และไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นบุคคลที่สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี รวมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 150 คน จากการคำนวณสูตรของ Thorndike โดย K เป็นจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่จะศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้สูงอายุที่มารับบริการตามแพทย์นัด

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตจากความเจ็บป่วย ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแสดงออกในรูปแบบของความเป็ยเบนทางด้านอารมณ์ ความเป็ยเบนทางด้านความคิด และการรับรู้ ความเป็ยเบนทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ หมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หวาดกลัว เป็นต้น ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CED-S) ของ Radloff (1977) อ้างถึงใน Parmelee et al. (2007) เนื่องจากใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆจำนวน 20 ข้อ โดยระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามืภาวะซึมเศร้า และระดับคะแนนที่น้อยกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมกระดูก และข้อว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ และไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นบุคคลที่สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของแต่ละบุคคลที่เลือกมาศึกษาและคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่นับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามโดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นประจำทุกเดือน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อาจเป็นเงินเดือนที่ได้รับหลังเกษียณ เงินจากการดำเนินกิจการของตนเอง เงินจากบุตรหลานหรือบุคคลที่ให้การอุปการะผู้สูงอายุ โดยประเมินจากรายรับต่อเดือนของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท 10,001-15,000 บาท และมากกว่า 15,000 บาท

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ระยะเวลาของอาการ ตั้งแต่เริ่มป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จนถึงวันที่ตอบแบบประเมินของผู้สูงอายุ โดยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ประเมินจากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุซึ่งแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี 6-10 ปี 11-15 ปี และมากกว่า 16 ปี

ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถ ในการประกอบกิจต่างๆ ที่ควรจะทำได้เป็นปกติ อันเป็นผลมาจากโรคข้อเข่าเสื่อม โดยประเมินจากความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรที่ปฏิบัติ อยู่ในชีวิตประจำวันเพื่อการดำรงชีวิตในสังคม (activity of daily living) ซึ่ง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้การประเมิน ภาวะทุพพลภาพโดยใช้แบบประเมิน Chula ADL Index (CAI) (Jitapunkul, 1994) ได้แก่ การเดินออกนอกบ้าน การทำความสะอาดบ้าน การซักกรีดเสื้อผ้า การ ทอนเงินแลกเงิน การใช้การขนส่งสาธารณะ และการประกอบอาหาร

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่จะรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย มีความ แตกต่างกันไปตามการเรียนรู้ และการให้ความหมายของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึก และอารมณ์อันไม่พึงพอใจในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรค ผู้ป่วยนอกแผนกออร์โธปิดิกส์ ทำให้ผู้ป่วยต้องจัดการกับความปวด ประเมินโดยแบบสอบถามที่ ดัดแปลงจากแบบวัดความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมของ (มาริสสา สุวรรณราช, 2540) ซึ่งสร้างตาม แนวคิดจาก Brief Pain Inventory ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin - Madison ในส่วนของการประเมินความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบ และผู้ป่วยกระดูก โดยประเมินความรุนแรงของความปวด

ความเครียด หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย ที่มีผลต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่า เสื่อม ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การ ดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด ว่าก่อให้เกิดความเครียด หรือไม่ ในระดับใด วัดด้วยแบบวัดความเครียดเนื่องจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อ เข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างโดยดัดแปลงข้อคำถาม และเกณฑ์การประเมินจากแบบวัดความเครียด เนื่องจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยในหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของสุภาพ อารีเอื้อ (2540) คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเครียดมากจากผลกระทบเนื่องจาก ความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่ประเมินว่ามีความเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านใดมาก หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้านนั้นทำให้เกิด ความเครียดมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการตอบสนองความ ต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการ สนับสนุนทางสังคมของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ตามแนวคิดของCobb (1976) และJacobson (1986) ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดแรงสนับสนุนในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งการตอบสนองความต้องการที่ ได้รับมี 5 ด้าน

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ตลอดจนการช่วยทุนแรงต่างๆ
3. การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน
4. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
5. การตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย การแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและให้โอกาสปรับปรุงตน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางในการศึกษาวิจัยในด้านการพยาบาลต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.1 พยาธิสรีรภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.3 ลักษณะทางคลินิก
 - 1.4 อาการทางคลินิก
 - 1.5 ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 3.2 ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความปวด
 - 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
 - 3.5 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
4. บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในบรรดาโรคข้อเสื่อม โดยเหตุที่ข้อเข่าเป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักมากตลอดเวลาที่ยืนหรือเดิน โดยเฉพาะในคนไทยที่ชอบนั่งยอง ๆ จะเกิดแรงปฏิกิริยาที่ผิวข้ออย่างมหาศาล ผลของการที่เกิดแรงปฏิกิริยามาก ๆ จะทำให้ผิวกระดูกอ่อนมีการเปลี่ยนแปลงเกิดการแตกปริหรือมี Fibrillation อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี จนเกิดการทำลายของกระดูกอ่อนผิวข้อมากขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดการเสื่อมอักเสบในที่สุด

ลักษณะกายวิภาคของข้อเข่า

ข้อเข่าเป็นข้อชนิด synovial แบบ hinge joint ข้อเข่าประกอบด้วยข้อ 3 ข้ออยู่รวมกันคือ

1. Femoropatellar joint เป็นข้อที่เกิดจากปลายล่างของกระดูก femur มี articulation กับกระดูกสะบ้า (patella)
2. Tibiofemoral joint มี 2 ข้อคือ
 - 2.1 Medial condyle ของกระดูก femur มี articulation กับส่วนบนของกระดูก tibia
 - 2.2 Lateral condyle ของกระดูก femur มี articulation กับส่วนบนของกระดูก tibia

กล้ามเนื้อ

1. กล้ามเนื้อทางด้านหน้าของข้อเข่า คือ กล้ามเนื้อเหยียดเข่า (quadriceps หรือ extensor complex) ทำหน้าที่เหยียดเข่าประกอบขึ้นจาก

- 1.1 vastus medialis
- 1.2 vastus Intermedius
- 1.3 vastus lateralis
- 1.4 rectus femoris

โดยมี femoral nerve และ femoral vessels มาเลี้ยงส่วนปลายของกล้ามเนื้อดังกล่าวจะรวมตัวกันเป็น quadriceps tendon ไปเกาะที่กระดูกสะบ้า เอ็นส่วนที่ต่อจากปลายล่างของกระดูกสะบ้าเรียกว่า เอ็นสะบ้า (patellar tendon) จะไปเกาะที่ tibial tuberosity

2. กล้ามเนื้อทางด้านหลังของข้อเข่า

2.1 กล้ามเนื้ออเข่า (hamstrings) ทำหน้าที่งอข้อเข่าประกอบด้วยกล้ามเนื้อ semitendinosus และกล้ามเนื้อ semimembranosus ทางด้านใน (medial) และกล้ามเนื้อ biceps femoris ทางด้านนอก (lateral)

2.2 กล้ามเนื้อ gastrocnemius ส่วน medial และ lateral heads จะเกาะจากด้านหลังของ femoral condyle ทอดยาวไปเป็นเอ็นร้อยหวาย (Achilles tendon) เป็นส่วนช่วยเสริมความมั่นคงของข้อด้วย ระหว่างกล้ามเนื้อทั้งสองหัวนี้ มีเส้นประสาท และหลอดเลือด popliteal nerve และ popliteal vessels ทอดผ่าน

ระบบประสาทและหลอดเลือด (Neurovascular supply)

ระบบประสาท

1. เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ vastus
2. เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ saphenous
3. แขนงจาก posterior division ของเส้นประสาท obturator
4. แขนงจาก articular จากเส้นประสาท tibial และ common peroneal

ระบบหลอดเลือด

ข้อเข่าได้รับเลือดมาเลี้ยงจากแขนง genicular ของ popliteal artery ,femoral artery (superior geniculate artery), descending branchของ lateral femoral circumflex artery และ anterior recurrent branch ของ tibial artery มาช่วยเลี้ยงผิวหนังและกระดูกสะบ้า

เอ็นยึดข้อและเยื่อหุ้มข้อ (Ligaments and capsule)

ประกอบด้วย

1. เอ็นไขว้หน้า (anterior cruciate ligament, ACL)
2. เอ็นไขว้หลัง (Posterior cruciate ligament, PCL)
3. เอ็นประกับข้อใน (Medial collateral ligament, MCL)
4. เอ็นประกับข้อนอก (Lateral collateral ligament, LCL)

หมอนรองเข่า (Meniscus)

ภายในข้อเข่ามีหมอนรองเข่า (Meniscus) ซึ่งเป็นกระดูกอ่อนรูปจันทร์เสี้ยว (semilunar cartilage) จำนวนสองชิ้น คือ ชิ้นในกับชิ้นนอก มีหน้าตัดเป็นรูปลิ้ม มีโครงสร้างเป็น fibrocartilage วางอยู่บนลานผิวข้อของกระดูกเข่า (tibial plateau) ขอบรอบนอกของหมอนรองเข่ายึดตรึงติดกับเยื่อหุ้มข้อ ผิวบนของหมอนรองเข่ามีลักษณะหว่า (concave) เพื่อรองรับผิวข้อส่วน condyle ของกระดูกต้นขาซึ่งมีลักษณะโค้งนูน

หมอนรองเข่าทำหน้าที่กระจายแรงที่มากระทำต่อผิวข้อ ช่วยกระจายให้สารอาหารจากน้ำเลี้ยงข้อมาหล่อเลี้ยงกระดูกผิวข้อได้อย่างทั่วถึง และช่วยเสริมความมั่นคงต่อข้อด้วย การผ่าตัดเอาหมอนรองเข่าออกทั้งชิ้น (total meniscectomy) อาจเกิดผลเสียตามมาคือ กระดูกผิวข้อจะเสื่อม (degenerate) โดยเฉพาะถ้ามีปัญหา ACL ขาดร่วมด้วย

ข้อหลังสะบ้า (Patellofemoral joint)

ข้อหลังสะบ้าทำหน้าที่เป็นจุดหมุน (fulcrum) ของข้อเข่าในขณะเหยียดงอ แบ่งผิวข้อของกระดูกสะบ้าได้เป็น 2 facet ใหญ่ๆคือ

1. medial facet
2. lateral facet

การจำแนกชนิด

แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ (Primary Osteoarthritis) หมายถึง โรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่มีเหตุอื่นนำในกลุ่มนี้ แต่เดิมจัดอยู่ในกลุ่มไม่รู้สาเหตุ (Idiopathic) แต่ในปัจจุบันเชื่อว่ามียปัจจัยร่วมหลายประการข้อที่พบว่ามียุทธามาก ได้แก่ ข้อเข่า ข้อนิ้วมือ หลัง และข้อสะโพก ตามลำดับ

2. โรคข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary Osteoarthritis) หมายถึง ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุจากภาวะหรือปัจจัยอื่นนำ ทำให้มีความผิดปกติของโครงสร้างเกิดขึ้น เช่น

- 2.1 การมีกระดูกหักผ่านผิวข้อ หรือมีภาวะข้อเคลื่อนหลุดมาก่อน
- 2.2 การเกิดการตายของหัวกระดูก (avascular necrosis)
- 2.3 การติดเชื้อภายในข้อ (Pyogenic and Tuberculous arthritis)
- 2.4 โรคในวัยเด็กที่ทำให้มีการผิดปกติทางโครงสร้างของข้อ เช่น Legg-Perthes disease slipped capital femoral epiphysis, congenital hip dysplasia
- 2.5 ความผิดปกติของข้อแต่กำเนิด เช่น multiple epiphyseal dysplasia
- 2.6 โรคไขข้ออักเสบชนิด inflammatory เช่น rheumatoid arthritis, gouty arthritis, seronegative spondyloarthropathy
- 2.7 โรคทาง metabolic เช่น alkaptonuria, Wilson's disease
- 2.8 ภาวะที่กระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลาย เช่น hemophilia arthropathy, neuropathic arthropathy (Charcot's joint)

1.1 พยาธิสรีรภาพของข้อเข่าเสื่อม

ข้อชนิดที่เคลื่อนไหวได้ ประกอบด้วยกระดูกอ่อนผิวข้อ เอ็นยึด (ligament) หมอนรองกระดูก (meniscus) เยื่อข้อ (synovial membrane) น้ำหล่อข้อ (synovial fluid) และเยื่อหุ้มข้อ (joint capsule) กระดูกอ่อนผิวข้อเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ปกติจะมีสีขาวใส เรียบ ลักษณะคล้ายวุ้น (gel like consistency) ประกอบด้วยคอลลาเจน (collagen) โปรตีโอไกลัยแคน (proteoglycan) และสารประกอบอื่น ๆ (non collagenous proteoglycan) รวมกันประมาณร้อยละ 20 อีกประมาณร้อยละ 80 เป็นน้ำ กระดูกอ่อน เป็นส่วนที่ช่วยรับน้ำหนักที่กดลงบนข้อ และลดการเสียดสีขณะที่ข้อเคลื่อนไหว

กระดูกอ่อนผิวข้อเป็นส่วนที่ไม่มีหลอดเลือด และเส้นประสาทมาเลี้ยง เซลล์กระดูก จะได้รับอาหารจากน้ำหล่อข้อในขณะที่ข้อเคลื่อนไหว ความเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนเกิดขึ้นตามอายุ อันเป็นผลจากการใช้งานมานาน โดยเริ่มแรกน้ำที่เป็นส่วนประกอบจะลดลง ทำให้กระดูกอ่อน แบน บางลง ความยืดหยุ่นลดลง ช่องข้อจะแคบ ผิวกระดูกอ่อนที่เคยขาวใสจะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ทึบแสงและกระด้างขึ้น ผิวกระดูกจะถลอก ขรุขระ ยุ่ย แตกเป็นร่อง และสึกกร่อนได้ง่าย การสึกกร่อนอาจลึกมากจนถึงชั้นใต้กระดูกอ่อน (subchondral bone) ทำให้น้ำหล่อข้อแทรกซึมลงไปในชั้นใต้กระดูกอ่อน และเกิดลักษณะคล้ายถุงน้ำที่เรียก subchondral bone cyst ขึ้น กระดูกอ่อนที่ถูกทำลายแล้วไม่อาจกลับคืนมาได้ดังเดิม ร่างกายจะสร้างกระดูกขึ้นใหม่

เป็นกระดูกแข็งบริเวณของข้อ เรียกว่า osteophyte ทำให้ข้อที่เสื่อมหลุดออก เยื่อข้อจะหนาตัว และเศษกระดูกที่แตกออกหลุดออก ทำให้ข้อเสียดสีกันมาก และเกิดการอักเสบขึ้นได้

1.2 สาเหตุการเกิดโรคข้อเสื่อม (Etiology of osteoarthritis)

สาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ประกอบไปด้วยหลายสาเหตุ ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป (Systemic risk factors)

1.2.1 อายุ (Age) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด จะพบโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุมากกว่าคนอายุน้อย เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบในกระดูกอ่อนผิวข้อ (Carter, 1997) มีการลดลงของเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อน จึงทำให้การซ่อมแซมบริเวณรอยต่อกระดูกอ่อนผิวข้อกับกระดูกลดลง

1.2.2 เชื้อชาติ (Race) จากการศึกษาเกี่ยวกับความชุกโรคข้อเข่าและโรคข้อสะโพกเสื่อมในคนต่างชาติ พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างคนผิวขาวและคนผิวดำ โดยพบว่าผู้ชายชาวแอฟริกัน อเมริกันมีความชุกการเกิดโรคข้อสะโพกเสื่อมมากกว่าผู้ชายผิวขาวร้อยละ 35 และชาวแอฟริกัน อเมริกันที่มีโรคข้อเข่า และข้อสะโพกเสื่อม มักจะมีลักษณะข้อที่ถูกทำลายทางรังสีรุนแรงกว่า มีโรคข้อเสื่อมของข้อทั้ง 2 ข้างบ่อยกว่า

1.2.3 พันธุกรรม (Genetic) พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคข้อนิ้วมือเสื่อมมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในขณะที่โรคข้อเข่าเสื่อมมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมน้อย (สมชาย อรรถศิลป์ และอุทิศ ตีสมโชค, 2541)

1.2.4 การเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบนอกเซลล์กระดูกอ่อนผิวข้อ (Extracellular substance) เช่น ความผิดปกติของยีน (gene) ที่ควบคุมการสร้าง collagen, การสะสมสารบางชนิดที่กระดูกอ่อนผิวข้อ เช่น hemosiderin ทองแดง, การตกผลึกเกลือแคลเซียมที่กระดูกอ่อนผิวข้อ จากการที่สารนั้นทำอันตรายต่อเซลล์กระดูกอ่อนและทำให้เซลล์กระดูกอ่อนมีความยืดหยุ่นลดลง

1.2.5 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน (Hormone) โรคข้อเสื่อมพบสูงขึ้นในผู้หญิง ภายหลังหมดประจำเดือน เป็นแนวทางชี้ให้เห็นว่าฮอร์โมน estrogen อาจมีบทบาทต่อการเกิดโรคข้อเสื่อม จากการศึกษาพบโรคข้อเข่าเสื่อมในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

1.2.6 การเปลี่ยนแปลงในความหนาแน่นของกระดูก (Bone mass density) เชื่อว่าการที่มีความหนาแน่นกระดูกที่สูงจะทำให้มีการเพิ่มแรงที่กระทำต่อกระดูกอ่อนผิวข้อ ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์แบบตรงข้ามระหว่างโรคข้อเสื่อมกับโรคกระดูกพรุน

1.3 ลักษณะทางคลินิก (Clinical features)

ข้อเข่าเสื่อมมักเป็นทั้งสองข้าง พบว่าเมื่อข้อเข่าข้างหนึ่งเสื่อมแล้วผู้ป่วยทุกราย จะมีข้อเข่าอีกข้างเสื่อมอีกใน 11 ปีต่อมา โรคข้อเข่าเสื่อมสามารถเกิดขึ้นได้กับข้อเข่าทุกส่วน โดยพบความผิดปกติที่ medial femorotibial ได้ร้อยละ 75 lateral femorotibial ได้ร้อยละ 26 และที่ patellofemoral ร้อยละ 48 อาการแรกเริ่มในโรคข้อเข่าเสื่อมคือ อาการปวดข้อเวลาที่มีการเคลื่อนไหวข้อ เดินหรือขึ้นลงบันได และอาการดีขึ้นเมื่อหยุดพักการใช้ข้อ ร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัด โดยเฉพาะเมื่อหยุดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน บางรายอาจมีอาการปวดเฉพาะบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของข้อ ในรายที่เป็นมานานอาการปวดจะรุนแรงมากขึ้น และอาจมีอาการปวดในเวลา กลางคืน การตรวจร่างกายโดยการขยับข้อจะรู้สึกการเสียดสีของกระดูก อาจคลำส่วนกระดูกอก ได้บริเวณด้านข้างข้อ ข้อ Patellofemoral เสื่อมตรวจได้โดยการกด กระดูกสะบ้า (Patella) กับ ส่วนกระดูกต้นขาแล้วให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อ Quadriceps เต็มที่ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหรือเสียว บริเวณกระดูกสะบ้า ในรายที่มีข้ออักเสบกำเริบจะตรวจข้อบวม ร้อน และตรวจพบน้ำในช่องข้อ ในรายที่เป็นมานานจะพบว่าพิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลงโดยเฉพาะเมื่อทำการเหยียดหรืองอข้อ เข่า และพบว่ากล้ามเนื้อต้นขาลีบ

เนื่องจากการเสื่อมของส่วน medial หรือ lateral compartment จะไม่เท่ากัน ประกอบกับ มีการหย่อนยาน (laxity) ของ collateral ligament จะทำให้เกิดข้อผิดรูป ในกรณีที่ ส่วน medial compartment ถูกทำลายมากจะเกิดข้อโก่ง (genu varus) ในขณะที่ถ้าส่วน lateral compartment ถูกทำลายมากจะเกิดข้อคั่ง (genu valgus)

การดำเนินโรคข้อเข่าเสื่อมยังไม่เป็นที่ทราบดีนัก ส่วนใหญ่การดำเนินโรคจะใช้ ระยะเวลาหลายปี พบว่าเมื่อโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการอย่างชัดเจนแล้วอาการปวดข้อ และการเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสีจะไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ในบางครั้งอาการปวดข้อจะดีขึ้น อย่างมาก แต่การเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสีในทางที่ดีขึ้นจะพบได้น้อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการ กำเริบเป็นระยะๆ ในบางรายอาจกำเริบอย่างรวดเร็วในระยะเวลาไม่นาน ในกรณีเช่นนี้อาจทำให้ ข้อสูญเสียความมั่นคงและเกิดภาวะกระดูกใต้กระดูกอ่อนทรุดตัว (subchondral bone collapse)

1.4 อาการทางคลินิก

โดยทั่วไปจะมีอาการเฉพาะข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น การพบอาการร่วมกันหลาย ๆ ข้อ อาจต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก Systemic disease อื่น ๆ เช่น ไข้ออกเสบรูมาตอยด์ เป็นต้น อาการ โดยทั่วไปที่พบ ได้แก่

1.4.1 อาการข้อฝืด เป็นอาการเริ่มแรกสุดของพวกข้อเสื่อม โดยในระยะแรก ผู้ป่วยพบว่ามีอาการข้อยึดในระยะสั้นไม่เกิน 3-4 นาที แรกเมื่อเริ่มขยับข้อนั้น เช่น หลังตื่นนอน

และเมื่อใช้ข้อต่อไป อาการเหล่านี้จะเริ่มทุเลาลงและจะเกิดอาการขึ้นใหม่อีกในตอนท้าย เมื่อได้ใช้ข้อติดต่อกันนานๆอาการดังกล่าวจะหายไปเมื่อข้อนั้นได้พัก

1.4.2 อาการปวด จัดว่าเป็นอาการสำคัญที่สุดที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ในระยะแรก จะพบร่วมกับอาการข้อฝืดในระยะหลัง อาการปวดจะมากขึ้นแม้ขยับข้อเพียงเล็กน้อยหรือแม้กระทั่งขณะที่ข้อได้หยุดพักแล้ว บางรายผู้ป่วยอาจให้ประวัติปวดในเวลากลางคืนร่วมด้วย ผู้ป่วยในระยะนี้ข้อจะเริ่มมีเสียงดัง เวลาขยับ (Crepitus) ซึ่งแสดงว่าผิวข้อเริ่มจะมีการขรุขระ ไม่เรียบจากการหลุดลอกของกระดูกอ่อน ผิวข้อนั้น เนื่องจากกระดูกอ่อนผิวข้อไม่มีเส้นประสาทไปเลี้ยง เพราะนั้นอาการปวดดังกล่าวจึงไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงจากกระดูกอ่อนผิวข้อ สาเหตุที่เกิดอาการปวด เชื่อว่ามีหลายสาเหตุ ได้แก่

1.4.2.1 อาการปวดจากการที่เอ็นกระดูก หรือเยื่อหุ้มกระดูกได้รับแรงกระทำมากขึ้น เนื่องจากข้อที่เสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างไปจากเดิม เช่น genu varus อาการปวดจากสาเหตุนี้ ตรวจร่างกายจะกดเจ็บในตำแหน่งเฉพาะจุด

1.4.2.2 ในภาวะข้อเสื่อมจะพบว่ามีความดันในโพรงกระดูกของกระดูกใต้ผิวข้อเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการอุดตันของการหมุนเวียนของหลอดเลือดโลหิตดำ อาการปวดจากสาเหตุนี้ จะพบในพวกที่ปวดอยู่นาน ๆ ร่วมกับการมีการปวดในขณะพักหรือกลางคืน

1.4.2.3 เมื่อมีภาวะข้อเสื่อมจะมีเศษกระดูกอ่อนลอยอยู่ในข้อ กระตุ้นเยื่อข้อให้มีการอักเสบเกิด Synovitis พวกในกลุ่มนี้จะได้ผลดีกับการรักษาโดยใช้ยาพวก Nonsteroid Anti-Inflammatory Drug (NSAID)

1.4.2.4 การที่ข้อเปลี่ยนรูปร่างไปอาจจะทำให้เกิด Secondary periarticular disorder เช่น bursitis หรือ tenosynovitis ได้

1.4.2.5 Osteophyte หรือ chondrophyte ที่เกิดขึ้นจะดันเยื่อหุ้มกระดูกทำให้เกิดอาการปวดได้

1.4.2.6 ผู้ป่วยข้อเสื่อมและมีอาการปวด มักจะหลีกเลี่ยงการใช้ข้อที่ปวดทำงานเป็นผลให้มีการเสื่อมหรือฉีกตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงทำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อได้ Central Pain Mechanisms ผู้ป่วยที่มีอาการข้อเสื่อม มักจะพบว่ามีความวิตกกังวลเป็นแบบ anxiety หรือ depressive ได้ ทำให้มีอาการปวดมากกว่าคนปกติ

1.4.3 อาการบวม เป็นอาการระยะหลังมี 2 แบบ คือ

1.4.3.1 การบวมจากเนื้อเยื่ออ่อน โดยข้อจะบวมขึ้นไม่มากซึ่งเกิดจากการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อทำให้มีการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงข้อมากขึ้น

1.4.3.2 การบวมจากกระดูก เกิดจากมีการสร้าง osteophyte หรือ chondrophyte ขึ้น มักพบร่วมกับการเกิดเสียงดังภายในข้อ

1.4.4 การเคลื่อนไหวของข้อจะลดลง เกิดจาก

1.4.4.1 อาการปวดทำให้ผู้ป่วยไม่อยากขยับข้อมาก

1.4.4.2 เนื่องจากผิวข้อขรุขระ

1.4.4.3 มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อ

1.4.4.4 Chondrophyte หรือ Osteophyte รวมทั้ง loose bodies

ตลอดจนเยื่อหุ้มข้อที่หนาตัวขึ้นจะขัดขวางการทำงานของข้อ (ธีรสาส์น ศิริรัฐนิคม, 2546)

1.4.5 การผิดรูปของข้อ เป็นระยะสุดท้าย เกิดจากการมีกระดูกอ่อน กระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนถูกทำลายไปมากแล้ว ทำให้มีการผิดรูปของข้อ เช่น ข้อเข่าจะมีลักษณะขาโก่ง อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญก็คือ ลักษณะอาการดังกล่าวจะต้องร่วมกับอาการปวดเสมอ ผู้ป่วยบางรายที่มีการผิดรูปของข้อ แต่ไม่มีอาการปวดไม่จำเป็นต้องให้การรักษา (วรวิทย์ เลาะห์เรณู, 2546)

1.5 ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

โรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเป็นอย่างมาก เนื่องจากความปวด และความพิการเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมของตนเองลง ต่อมาจะทำให้เกิดการติดแข็งของข้อ กล้ามเนื้อลีบ และเกิดความพิการไม่สามารถ จะเคลื่อนไหวหรือกระทำกิจวัตรประจำวันได้นอกจากนี้ บางช่วงของความเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยเฉพาะความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆได้ (Kee, 1998) บางรายจะหยุดกิจกรรมการเคลื่อนไหว ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งข้อมีลักษณะผิดรูป เช่น มีการคดงอ ขาโก่ง และโป่งนูนทำให้เกิดความพิการ จนไม่สามารถรักษาโดยการประคบประครองหรือด้วยยาได้ จึงจำเป็นต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (สุณี สวรรณพสุ, 2544)

1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

การมีชีวิตอยู่กับโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง นอกจากต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคแล้ว ยังถูกจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรม และการเคลื่อนไหวจึงส่งผลทำให้เกิดความเครียด และสูญเสียพลังอำนาจ จะทำลายความเป็นตัวของตัวเอง ยิ่งกว่านั้นในวัยสูงอายุมีแนวโน้มในการเกิดปัญหาทางจิตสังคมอยู่แล้ว เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียคู่สมรส การเกษียณอายุและขบวนการเสื่อมสภาพตามวัย เมื่อเกิดปัญหา

ด้านสุขภาพอนามัยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (ณัฐนาฏ ไชยศิริ และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2535)

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสบกับการเปลี่ยนแปลงสภาพ จากคนที่มีบทบาท ได้รับการยกย่อง นับถือจากคนอื่นมาเป็นบุคคลที่ขาดคนยอมรับ ประสบกับภาวะสูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น เสียคู่สมรส เพื่อน ญาติ การสูญเสียความสามารถที่เคยมี อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายมีลักษณะเรื้อรังหรือรุนแรงมาก และการขาดช่องทางทางการเงินที่ไม่สามารถจะช่วยเหลือในการใช้จ่ายได้ตามปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากสามารถปรับตัวยอมรับหรือเกิดการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม จะทำให้มีสุขภาพจิตดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวเผชิญได้จะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งมักทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ทัศนาศูนย์ทอง (2531) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะวิกฤตอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เกิดร่วมกับความรู้สึกอื่นๆ เช่น ใจคอห่อเหี่ยว (dejection) เศร้า (sadness) หมดอาลัย (despair) รู้สึกตนเองไร้ค่า (self-depreciation) และสิ้นหวังหมดกำลังใจ (debilitation) เป็นต้น

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่ เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเป็ยเบนทางด้านอารมณ์ ความเป็ยเบนด้านความคิดและการรับรู้ และความเป็ยเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต

Velente (1994) กล่าวว่า เป็นภาวะที่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ

Beeber (1998) กล่าวว่า เป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง จัดเป็นปัญหาทาง

สุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการต่อไปนี้ โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไม่มีอะไรเลย โดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง

Caine and Bufalino (1998) กล่าวว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์บ่อยครั้ง ที่เกี่ยวกับการสูญเสีย มีลักษณะว่าเศร้าเสียใจ (sadness) การมองในแง่ร้าย (pessimism) ความสลดใจ (despondence) สูญเสียความหวังและความรู้สึกว่างเปล่า (emptiness) และสามารถที่จะเกี่ยวข้องกับส่วนภายใน (internalization) ของความโกรธหรือความรู้สึกก้าวร้าว

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หหมดหวัง มีความคิดรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ลักษณะของภาวะซึมเศร้า

เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น จะมีอาการและอาการแสดง ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Miller S.S., Miller J.A., and Miller D.E., 1986 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

1. อาการทางร่างกาย ส่วนใหญ่จะมีอาการดังต่อไปนี้ คือ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป อาจจะนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไร้สมรรถภาพทางเพศ แบบแผนการรับประทานอาหารและความอยากอาหารลดลง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ท้องอืด ท้องเสีย วิงเวียน หรือปวดศีรษะ แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงไป มีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง

2. อาการทางจิตใจ มักจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์ ความคิด สติปัญญา และการรับรู้ ได้แก่ ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สูญเสียความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น คิดว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา รู้สึกกลัว วิดตกังวล เครียด ตื่นเต้น ถูกทอดทิ้ง มีอารมณ์เศร้าหมอง โกรธ และขุ่นเคืองง่าย ไม่สนใจคนที่เคยสนิทหรือ คู่คนเคย รู้สึกไม่พอใจต่อสภาพที่เป็นอยู่ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว หหมดหนทาง ท้อแท้และหหมดหวัง มีความเชื่อว่าตนเองล้มเหลว มีความเชื่อว่าภาวะที่เป็นอยู่ของตนเอง เกิดจากมีสิ่งอื่นมากระทำ เชื่อว่าตนเองถูกละทิ้ง และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

3. อาการทางพฤติกรรมและสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอุปนิสัย และสัมพันธภาพ กล่าวคือ มีอุปนิสัยเปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่ร่าเริงสนุกสนานเหมือนเดิม มีความสนใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลงโดยสังเกตได้จากท่าทางที่นิ่งเฉย ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ยอมสบตา ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ลดลง หรือบางรายอาจจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างขาดระเบียบแบบแผน

มีพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น จนถึงแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับดังนี้ (Beck, 1967)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยขี้ขลาด ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุเพียงพอบ้างบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่อบุคลิกของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นต้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้น เป็นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลง จนกระทั่งไม่ยอมรับรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) จะมีอาการซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆ ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน และสิ้นหวังหมดความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่ายๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉยๆกับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียนานๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

จากการที่ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหลายๆด้าน เพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยว่ามีการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น สมาคมจิตแพทย์อเมริกันจึงได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย

ภาวะซึมเศร้าขั้นที่ใช้นั้นในปัจจุบัน คือ การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (The Diagnosis and Statistical Manual Disorder/ DSM-IV) (Jacoby, 1997; Kurlowicz, 2003) โดยให้การวินิจฉัยการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงว่า

1. ต้องมีอาการต่อไปนี้ มากกว่า 5 ข้อขึ้นไปจากทั้งหมด 9 ข้อ คือ

- 1.1 ซึมเศร้า เสียใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น ร้องไห้บ่อย
- 1.2 ขาดความสนใจความยินดีต่อกิจกรรมต่างๆหรือสิ่งที่เคยสนใจ
- 1.3 ความอยากอาหารน้อยลงหรือความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวลด
- 1.4 การนอนหลับเปลี่ยนไป เช่น นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป
- 1.5 การเคลื่อนไหวช้าหรือกระสับกระส่ายตลอดเวลา
- 1.6 ผอมลง อ่อนเพลีย หดเหี่ยวแรง
- 1.7 ความคิดเชิงซ้ำคิดไม่ออก สมาธิเสียไป
- 1.8 มีความคิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

อาการดังกล่าวจะต้องเกิดขึ้นเกือบทุกวัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย

2 สัปดาห์ และจะต้องมีลักษณะแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงไปจากปกติล่วงหน้ามาก่อน ระหว่างอารมณ์เศร้าหมองหรือขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ

2. อาการที่เกิดขึ้นจะต้องไม่ตรงกับเกณฑ์ของโรคจิตอย่างอื่น เช่น โรคจิตเภท โรคประสาทแบบวิตกกังวล โรคประสาทหวาดกลัว โรคประสาทแบบย้ำคิดย้ำทำ

3. อาการที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุของความกดดัน ความบกพร่องด้านสังคม ด้านการประกอบอาชีพและอื่นๆ

4. อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว จะต้องไม่เกิดขึ้นมาจากการใช้สารเสพติด และต้องไม่ใช่โรคจิตที่เกิดจากภาวะทางกาย เช่น ภาวะที่มีการขาดน้ำคืดหลังจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism)

5. อาการที่เกิดขึ้นจะต้องรุนแรงกว่าอาการที่พบในบุคคลช่วงภายหลังจากเผชิญกับการสูญเสียคู่ชีวิตหรือคนรัก โดยมีอาการยังคงอยู่ยาวนานกว่า 2 เดือน หรือมีการแสดงออกในลักษณะของความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย รู้สึกไร้ค่า มีความคิดอยากตาย อาการของโรคจิต และเชิงซึม เคลื่อนไหวช้าลง

ภาวะซึมเศร้าตามลักษณะการลำดับการเกิดความผิดปกติทางจิตมาก่อน แบ่งออกเป็น

2 ชนิด คือ

1. ชนิดปฐมภูมิ เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีความผิดปกติทางจิตใจอย่างอื่นมาก่อน ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอารมณ์เศร้าอย่างเดียว (depressive disease) และความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการคลั่งร่วมกับอารมณ์เศร้า

ที่เกิดขึ้นในการป่วยครั้งต่างๆ หรือมีอาการทั้งสองอย่างเกิดขึ้นในการป่วยครั้งเดียวกัน (manic-depressive disease)

2. ชนิดทุติยภูมิ เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในรายที่เคยเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างอื่น ที่ไม่ใช่อาการซึมเศร้าหรือคลั่งมาก่อน โดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยด้วยโรคของระบบประสาทหรือโรคทางกายอื่นๆ รวมทั้งการใช้ยาบางชนิด

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลจากปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกัน ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่างๆ (ฉิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่
 - 1.1 เพศหญิง ผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า (Busch-mann et al., 1988)
 - 1.2 เคยมีประวัติซึมเศร้า
 - 1.3 มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว
 - 1.4 มีสถานภาพสมรส หม้ายหย่า หรือแยก
 - 1.5 ระดับการศึกษาต่ำ
 - 1.6 รายได้ต่ำ ยากจน
 - 1.7 อยู่ในสถานพักฟื้นคนชรา เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางจิตสังคม เป็นกิจกรรมหรือการปฏิสัมพันธ์ที่ไร้ความหมาย
 - 1.8 บุคลิกภาพย้ำคิดย้ำทำ(obsession)และมีภาวะโรคประสาท (neuroticism) ซึ่งจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย และเจ็บป่วยบ่อย วิตกกังวลได้ง่ายแม้เหตุการณ์เล็กน้อย
2. ปัจจัยทางสังคม มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคม เกิดความเครียดเรื้อรัง ขาดปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ขาดเพื่อน สูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม
3. ภาวะสุขภาพไม่ดี รวมหมายถึงการมีโรคเรื้อรัง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่สุขสบาย มีผลให้บุคคลอ่อนแอ คิดถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมกับบทบาทความรู้สึกต่อตนเองได้ดี โรคและภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กัน บางครั้งแยกยากกว่าเป็นอาการจากโรคหรือภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นโรคที่ทำให้ปวดเรื้อรัง
4. ความผิดปกติของสมองและการรับความรู้สึกต่างๆ ในผู้สูงอายุจะมีระดับสารสื่อประสาท noradrenalin และ serotonin ลดลง และในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็มีสารสื่อประสาทสอง

ชนิดนี้ทำงานลดลง เช่นเดียวกัน ดังนั้นการลดลงของสารสื่อประสาทนี้อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับบางคน

ปัจจัยเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. ประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต เช่น การแยกจากกันและเสียชีวิตของคู่ชีวิตหรือบุตร เกิดเหตุการณ์เลวร้ายรุนแรง หรือเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด สูญเสียเงิน หรือสิ่งของ ถูกบังคับให้ย้ายที่อยู่ และเจ็บป่วย

2. การเกษียณอายุงาน

3. ความยุ่งยากในครอบครัวและสังคมในบ้าน

4. ยาและเหล้า ยาหลายชนิดมีผลข้างเคียงให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดได้มากกว่าวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะที่เคยมีภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่

4.1 ยากันตัวรับฮีสตามีน (histamine blockers) เช่น Cimetidine, Ranitidine

4.2 ยากระตุ้นทางเดินอาหาร เช่น Metoclopramide ผลการวิจัยพบว่านี้ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าภายในครึ่งชั่วโมงหลังกินยาครั้งแรก หรือเกิดหลังกินยาหลายเดือน

4.3 ยาหัวใจและยารักษาความดันโลหิตสูง เช่น Digoxin, Procainamide, Reserpine, Propranolol, Methyldopa, Clonidine

4.4 ยากระบบประสาทส่วนกลาง ยาคลายความวิตกกังวล ยารักษาอาการทางจิต เช่น Haloperidol, Benzodiazepine, Barbiturates,

4.5 ยารักษาโรค Parkinson เช่น Levodopa

4.6 ยา Steroid เช่น Corticosteroid, Estrogen, Progesterone

4.7 ยาแก้ปวดแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs) เช่น Indomethacin, Phenylbutazone, Phenylbutazone, Phenacetin

4.8 ยาต้านมะเร็ง (Antineoplastic agents) เช่น Asparaginase, Tamoxifen,

4.9 ยาต้านจุลชีพ เช่น Sulfonamides, Ethambutol

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่ธรรมดาตามความเข้าใจของคนเข้าใจของคนทั่วไป เนื่องจากสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพ จนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุตามมา 9 ประการ สามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและผลกระทบทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

1. ผลกระทบทางตรง ได้แก่

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้พฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุราก็มีการติดสุรตามมา โดยมักพบบ่อยว่าบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า มักจะมีการดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ และคิดว่า การดื่มสุราจะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าว แต่ตามความเป็นจริงแล้ว การดื่มสุราเป็นตัวสำคัญที่จะทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

1.2 มีการหลงลืม มักพบว่าผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า จะเข้าสู่ระยะหลงลืมแบบในวัยสูงอายุตอนปลายเร็วยิ่งขึ้นมากกว่าปกติ เพราะจะมีอาการแสดงที่สำคัญคือ การสูญเสียความจำ

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะตั้งเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดซึมเศร้าขึ้น จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิต้านทานลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่ายตามมา

2. ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่ง คือ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหารรุนแรง

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ ในที่สุดเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ อีกทั้งเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายทำให้ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจเรื่องต่างๆลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรม จากที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่ง คือ การนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย เห็นอย่างง่ายตามมา

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวเอง มองเห็นสิ่งต่างๆในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน เป็นผลจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และด้วยระดับความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่ลดลง ส่งผลย้อนกลับไปทำลายสถานภาพของบุคคล ความภาคภูมิใจ ซึ่งจะยิ่งไปเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้มากยิ่งขึ้น

มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้ามากมาย ตามคำนิยามและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง ซึ่งแบบประเมินโดยวิธีสังเกต ได้แก่ Cronholm-Ottosson Scale, Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Raskin Depression Scale, Beath-Rafaelsen Melancholia Scale และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDRS) ส่วนแบบประเมินโดยวิธีประเมินตนเอง ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Walkfeild Self-Assessment Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) และ Geriatric Depression Scale (GDS) (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CED-S) ของ Radloff (1977) อ้างถึงใน Parmelee et. al (2007) เนื่องจากใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆจำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านบวก 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น 2 ข้อ ผู้สูงอายุจะถูกถามว่าเหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นบ่อย เพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้า

บทบาทของพยาบาล ในการดูแลด้านจิตใจผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ควรเริ่มจากการป้องกันมิให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตสังคม ลดอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ารวมทั้งเพิ่มทักษะในการปรับตัวต่อความเครียดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และการดูแลตามการรักษาของแพทย์ ดังนี้ (นิตยา ภาสุนันท์, 2545)

1. ความสุขสบายและความปลอดภัย ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เข้าซัอนได้ง่าย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตายแม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรม คำพูดของผู้สูงอายุที่อาจบ่งชี้เป็นนัย ก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวังและให้ความเอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

1.1 ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจ ผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ

1.2 ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย ปลอดภัย สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมักต้องการคน เข้าใจ ช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ หากมีคนคุยด้วย จะช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึกอบอุ่นที่มีคนคอยห่วงใย

1.3 ดูแลให้ผู้สูงอายุ ได้รับยาตรงตามเวลา ติดตามอาการข้างเคียง

1.4 พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรค ใจจริง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น

2. การช่วยให้ผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ส่งเสริมความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ โดย

2.1.1 ให้ผู้สูงอายุทราบว่า ตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความรู้ ประสบการณ์ และมีผู้ที่ห่วงใยผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้ เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคม ที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุลดลง ฉะนั้น พยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจา และท่าทางที่แสดงต่อผู้สูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่า ของผู้สูงอายุ

2.1.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อทราบความคิดเห็นว่ามีอะไรเกิดขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ต่ำหนีดตัวเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยให้คลายความอัดอั้น กระวนกระวาย ช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลง

2.1.3 รับฟังความคิดเห็น และยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ที่ซึมเศร้าจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของบุคคลอื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบให้ความสนใจสิ่งๆ ที่ผู้สูงอายุพูดคุย และพยายามทำความเข้าใจ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2.1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมให้เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือ ความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

2.1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม เช่น การพูดคุย กับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ได้แก่ชีวิต เช่น เพื่อนใหม่ มีสังคมใหม่ มีกิจกรรมใหม่ที่พอใจเป็นต้น

2.2 ให้ผู้สูงอายุทบทวนอาการเศร้าของตนเอง โดย

2.2.1 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้สูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสิ่งดีๆ ในชีวิต โดยกระตุ้น ให้ระลึกถึงเหตุการณ์ ในอดีตในด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาหารอร่อย ของสมาชิกในครอบครัวการประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่นการมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลาย เป็นต้น

2.2.3 ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหา หรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเองหรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆ ให้น้อยลงและมองอีกด้านหนึ่ง ที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.2.4 ให้กำลังใจผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้สูงอายุที่ได้ผ่านโลก และผ่านอุปสรรคต่างๆ มามาก เป็นผู้ที่มึประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่ เผชิญให้ผ่านไปได้ด้วยดี

2.3 ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.3.1 ให้ผู้สูงอายุทราบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในวัยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

2.3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคม เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดี ช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

2.3.3 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกและวิธีคิดว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

2.3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

2.3.5 ให้ผู้สูงอายุและญาติทราบบถึงการเปลี่ยนแปลงที่

เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

2.3.6 ให้ผู้สูงอายุและญาติทราบความสำคัญของการรับประทานยาต้านซึมเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไปเพื่อให้อาการดีขึ้นพร้อมทั้งควรสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบากหรือแห้งออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

3. การได้รับปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิต ผู้ที่ซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูกเนื่องจากเนื่องจากดื่มน้ำน้อย และไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และอาจมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านอาการซึมเศร้าด้วย ดังนั้น พยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ โดย

3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายเป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหาร และน้ำที่ร่างกายได้รับ รวมทั้งการขับถ่าย ปัสสาวะด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

3.2 จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกาย และการพักผ่อน นอนหลับ ให้เหมาะสม เพื่อเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

3.3 บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุ อาจมีความไม่สุขสบายทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากรักษาโรคด้วย ฉะนั้น การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง

3.5 ช่วยเหลือด้านสุขอนามัย และการแต่งกาย เพราะร่างกายที่สะอาด และการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลง

4. การประเมินผลโดยติดตามจากบันทึกการประเมินสภาพ และผลการรักษาในเรื่องอาการ และอาการแสดงของผู้สูงอายุ ทั้งด้านการพูด อารมณ์ ความรู้สึกผิด ต่ำหนิตนเองหมดไป กระสับกระส่ายน้อยลง ควบคุมตนเองได้ดี การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้การตอบสนองต่อภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น บุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยโดยตรง และการคิดตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤติ และมีประสบการณ์พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) เมื่อเข้าสู่วัยชราจะมีความเสื่อมถอยของร่างกายและความสามารถในการปรับตัวจะน้อยลงจึงมีความอดทนต่อความรุนแรงของความปวดลดลง ยิ่งความเจ็บป่วยรุนแรงหรือหายช้ากว่าปกติ ในที่สุดเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ อีกทั้งเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายทำให้ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจเรื่องต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษาในที่สุด

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างในเรื่อง สรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิก และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว และสังคมของแต่ละคน ทำให้มีผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพจิต ซึ่งเพศชายจะมีจิตใจที่เข้มแข็งไม่คิดมาก มีการปรับตัวมากกว่าเพศหญิง (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) จากการศึกษาของเพ็ญศรี หลินศุวรรณท์ (2543) ที่ศึกษาถึงความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เพื่อหาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า ร้อยละ 22 ขึ้นอยู่กับ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ในการศึกษาของ Rollnik et al. (2003) พบว่า เพศหญิงที่ต้องเผชิญกับอาการปวดเรื้อรัง จะมีภาวะซึมเศร้ายิ่งกว่า เพศชาย ซึ่งเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวทางด้านจิตใจ

รายได้ เป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในการแสวงสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล จึงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต (มลฤดี บุราณ, 2548) จากการศึกษาของ Mendes de Leon et al. (1994) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัญหารายได้และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีมีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง และต้องได้รับการ

ตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง จึงสามารถไปโรงพยาบาลและจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ในขณะที่บางรายที่มีรายได้ต่ำ ไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้ตามแพทย์นัด เพราะการรักษาแต่ละครั้ง ต้องรบกวนญาติพามารักษา บางรายต้องหยุดงาน เสียรายได้ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเข้าเสื่อมต่อไป นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่แน่นอนขาดหลักประกันจากการหยุดงาน การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจดังกล่าว ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (วาสนา ฟุ้งฟู, 2548)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในส่วนรูปแบบอาการแสดง ในความเจ็บป่วยทั่วไป ความรุนแรงและระยะเวลาเป็นประเด็นหลักในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัว ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และระยะเวลาจะช่วยในการรักษาที่ดีที่สุด เมื่อเวลาผ่านไป ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้จากการเจ็บป่วยมากขึ้น ค้นเคยกับแผนการรักษาและมีการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) แต่จากการศึกษาของ ทศพร พัฒนนิรมาน (2532) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคร่วมกับการรักษาที่ยาวนาน มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้เกิดความล้าใจในการวางแผนชีวิตของตนเองและครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ อีกทั้งยังพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Koeing et al., 1988)

การประเมินระยะเวลาการเจ็บป่วย

มีการประเมินทั้งในลักษณะการนับเป็นจำนวนปี และลักษณะการนับเป็นจำนวนเดือน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ใช้ลักษณะการนับเป็นจำนวนปี เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ซึ่งต้องเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บางรายใช้วิธีที่พยายามรับประทานเอง หรือใช้วิธีการรักษาแบบภูมิปัญญาชาวบ้าน เช่นวิธีการประคบสมุนไพร เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนับระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นจำนวนปี โดยนับตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยทราบการแจ้งผลการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

3.2 ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของภาวะทุพพลภาพ (disability) หมายถึง ความจำกัดหรือการสูญเสียของความสามารถในการประกอบกิจ (performance) ต่างๆ ที่ควรจะทำได้เป็นผลมาจากความบกพร่อง (impairment) (Jitapunkul, 1994)

จากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ ถึง 2.6 เท่าของผู้สูงอายุที่อายุ 60-69 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคหรือปัญหาที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวและการรับรู้ เช่น ปวดเข่า เข่าอักเสบ การมองเห็น การได้ยินอยู่ในลำดับต้นๆ รวมทั้งโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการทางสมองเสื่อม ภาพรวมของภาวะทุพพลภาพของภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุไทย ใช้เครื่องมือ Bartel ADL Index (BAI) และ Chula ADL Index (CAI) พบว่า ร้อยละ 2.1 ของประชากรสูงอายุ ต้องการดูแลก่อนข้างใกล้ชิด และเป็นกลุ่มที่ต้องการทรัพยากรสูงจากระบบบริการสูง และร้อยละ 45 ไม่สามารถเดินทางโดยลำพัง นอกจากนี้ยังพึ่งพิงด้านกิจกรรมการดูแลบ้านและการประกอบอาหาร

นอกจากนี้ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) จัดลำดับความสำคัญของข้อเข่าเสื่อมเป็นอันดับที่ 1 ในผู้สูงอายุหญิง ความชุกของภาวะนี้ในผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) สูงถึงร้อยละ 32 โดยสาเหตุของภาวะข้อเสื่อมนี้ ได้แก่ การออกกำลังกายที่รุนแรงเกินไป จนเกิดการบาดเจ็บของข้อเข่า โดยเฉพาะเนื้อเยื่อภายในข้อ ภาวะน้ำหนักเกิน การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต้นขา การออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งของกล้ามเนื้อ และเพิ่มการยืดหยุ่นจะช่วย ให้ เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวต่างๆของข้อ

การวัดภาวะทุพพลภาพ

การวัดภาวะทุพพลภาพที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป คือการวัดว่าสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ โดยกิจกรรมที่เลือกใช้จะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป กิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการวัดภาวะทุพพลภาพ (Functional disability) จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (activity of daily living) โดยแบ่งออกเป็น กิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตัวเอง การลุกจากที่นอน การกลืนปัสสาวะ การกลืนอาหาร การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิต ได้แก่ การเดินออกนอกบ้าน การทำความสะอาดบ้าน การซักผ้า การทอนเงิน แลกเงิน การใช้การขนส่งสาธารณะ และการประกอบอาหาร เป็นต้น การทำแบบทดสอบหรือมาตรวัดก็อาศัยการเลือกกิจกรรมที่ทำได้ หรือตำแหน่งของกิจกรรมอันดับสุดท้ายที่ทำได้ และจัดเรียงลำดับความยากง่ายเป็นคะแนน เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. Barthel Index สร้างโดย Mahoney and Barthel (1965) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดในเครื่องมือทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้

ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตัวเอง การลุกจากที่นอน การกลืนอาหาร การกลืนยีสสาวะ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งแบบวัดนี้มีคะแนนสูงสุด 100 คะแนน ความสามารถต่ำสุด 0 คะแนน

2. The Katz Index of ADL เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นแบบประเมินตนเอง หรือใช้แบบสังเกตในการประกอบกิจกรรม โดยมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายยีสสาวะ และการรับประทานอาหาร แบบวัดนี้มีการให้คะแนนความสามารถเป็น 2 ลักษณะ (dichotomous) คือความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง และการประกอบกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้อื่นช่วย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินผู้สูงอายุและผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง

3. แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ พัฒนาโดย (Jitapunkul, 1994) เป็นแบบวัดประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 Barthel ADL Index เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขึ้นพื้นฐานเป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทยประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายยีสสาวะ

ส่วนที่ 2 Chula ADL Index เป็นแบบวัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติ เพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อน สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมของคนไทยโดยเฉพาะ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกจากบ้าน การทำหรือการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์ หรือรถสองแถว

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ Chula ADL Index (CAI) (Jitapunkul, 1994) เพื่อประเมินระดับภาวะทุพพลภาพ เนื่องจาก ได้มีการปรับให้คำถาม สอดคล้องกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมของคนไทย ง่ายต่อการเปรียบเทียบและสามารถประเมินว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพิงผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แสดงถึงความต้องการความช่วยเหลือที่เหมาะสม

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่มีความซับซ้อนมาก เป็นสัญญาณเตือนถึงภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต จึงมีผู้ให้ความหมายความปวดไว้หลายลักษณะ ดังนี้

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for the Study of pain) หรือ IASP ได้ให้ความหมายของความปวดว่า เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งบุคคลจะแสดงออกถึงความปวดจากปฏิกิริยาตอบสนองของความรู้สึก ทั้งสรีรวิทยา และอารมณ์ (นิยา สออารีย์, 2546)

Bonica (1990) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งทางด้าน การรับรู้ความรู้สึก อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม

McCaffery (1979) ให้ความหมายของความเจ็บปวดหมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคคลซึ่งกำลังประสบความเจ็บปวดอยู่ และความเจ็บปวดนั้นยังคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังคงอยู่ ความปวด หมายถึง การรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายอย่างเห็นได้ชัด หรือซ่อนเร้นอยู่ (Merskey et al., 1979 อ้างถึงในมารีสา สุวรรณราช, 2544)

กล่าวโดยสรุป ความปวด หมายถึง ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่จะรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย มีความแตกต่างกันไปตามการเรียนรู้ และการให้ความหมายของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ทฤษฎีความปวดในวัยผู้สูงอายุ

ได้มีผู้ศึกษาถึงความปวดและสร้างทฤษฎีมาอธิบายความปวดมากมาย พัทธรียา ไชยลังกาและคณะ (2545) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่สำคัญดังนี้

1. ทฤษฎีจำเพาะ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า มีประสาทรับความปวดที่จำเพาะ (specific nerve receptors) ซึ่งตอบสนองต่อการกระตุ้นที่มีความแรงพอ และมักจะแปลผลของการกระตุ้นเหล่านั้นว่าเป็นความปวด นอกจากนี้กระแสความรู้สึกปวด จะถูกนำโดยเส้นใย 2 ชนิด คือ เอ เดลตา (A-delta) และซีไฟเบอร์ (c-fiber) ไปส่งที่ไขสันหลัง จากนั้นจึงวิ่งขึ้นสู่ทาลามัส ดังนั้นความเจ็บปวดจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการกระตุ้นเส้นทางการจำเพาะนี้เท่านั้น ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่ตัวรับความปวด

2. เส้นใยประสาทจำเพาะนำความเจ็บปวด (A-delta และ c-fiber) วิถีกระแสประสาทไปจนถึงไขสันหลัง อย่างไรก็ตามมีความเจ็บปวดหลายกรณีทฤษฎีนี้อธิบายไม่ได้ เช่น

การกระตุ้นแรงๆ ที่ตัวรับความรู้สึกอื่น ก็ทำให้รู้สึกปวดได้ หรือความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจกับความเจ็บปวด

3. ทฤษฎีรูปแบบ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าไม่มีตัวรับความเจ็บปวดจำเพาะ แต่ตัวกระตุ้นใดๆก็ตามสามารถทำให้เกิดความเจ็บปวดได้หากสิ่งกระตุ้นนั้นมีความแรงพอเช่น อุณหภูมิร้อนจัดหรือเย็นจัดเสียงดังมาก แสงจ้าส่องเข้าจอตา และสารเคมี สิ่งเหล่านี้จะไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกชนิดเดียวหรือหลายชนิดก็ได้ แล้วจึงนำกระแสประสาทไปตามวิถีประสาทไปยังสมอง

4. ทฤษฎีควบคุมประตู ทฤษฎีนี้คิดค้นโดย เมลแซค และวอลล์ เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากที่สุดในปัจจุบันเนื่องจากสามารถอธิบายความเจ็บปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความเจ็บปวดและการรับรู้ความเจ็บปวด ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ คือ ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง ระบบควบคุมส่วนกลางในคอร์เทกซ์ (cortex) และทาลามัส (thalamus) และระบบการเคลื่อนไหว

5. ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน ทฤษฎีนี้ เชื่อว่าน่าจะมีสารเคมีบางอย่างในร่างกายที่มีผลต่อความเจ็บปวด สารเคมีดังกล่าวเป็นสารคล้ายมอร์ฟิน เรียกว่าเอนดอร์ฟิน ซึ่งประกอบด้วยเบตา เอนดอร์ฟิน เอนเคฟาลิน และไดนอร์ฟิน โดยออกฤทธิ์ที่ตัวรับสารคล้ายมอร์ฟิน ซึ่งมีอยู่ 3 ชนิด ในร่างกายคือ มิว แคปปา และซิกมา ซึ่งสารเคมีเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการเปิดปิดประตู เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของสารเคมี 2 ชนิดคือเอนเคฟาลินและสับสแตนซ์ พี (substance P) กล่าวคือเมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็กในร่างกายจะปล่อยสับสแตนซ์ พี บริเวณคอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) ในไขสันหลัง ในขณะที่เส้นใยประสาทขนาดใหญ่และเส้นใยประสาทนำลงจากสมอง จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเอสจี เซลล์ (SG cell) ให้ปล่อยเอนเคฟาลิน ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสับสแตนซ์ พี ทำให้ไม่มีการส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นทีเซลล์ (T cell) ประตูจึงเปิด แต่ถ้าเอนเคฟาลินไปยับยั้งการทำงานของสับสแตนซ์ พี ไม่หมด หรือมีสับสแตนซ์ พี ก็จะมีการกระตุ้นทีเซลล์ ให้ส่งกระแสประสาทไปยังสมองประตูจึงเปิดทำให้เกิดการรับรู้ความปวดขึ้น

เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมีส่วนทำให้เกิดความเจ็บปวด เนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง ร่วมกับมีเหตุเสริมจากประสบการณ์ความปวดที่สะสมมานาน ความไม่มั่นคงทางด้านการเงิน ปัญหาทางด้านจิตใจที่มีการสูญเสียด้านต่างๆ เช่น สมรรถภาพทางร่างกายเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว บกพร่องด้านการมองเห็นและการได้ยิน ขาดบุคคลที่พึ่งได้ ผู้สูงอายุมักจะมีอาการปวดมากกว่า 1 ชนิด และเป็นชนิดเรื้อรัง เนื่องจากมีพยาธิสภาพ หลายแห่ง แต่บางครั้งปัญหานี้ดูเหมือนถูกละเลย อาจเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ค่อยบ่น เกี่ยวกับความปวด และยัง

ขาดความรู้อย่างแท้จริงเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ (ลิเวอร์ณ อุณนาภิรักษ์ , 2547) ความปวดในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ ขึ้นอยู่กับ

5.1 มิติของการรับรู้ความรู้สึก (sensory dimensions) จำนวนตัวรับความเจ็บปวด (pain receptor) ที่ผิวหนังลดลงในผู้สูงอายุ แต่การประเมินความไวต่อการเจ็บปวด (pain threshold) และระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับวัยอื่นๆ ยังสรุปไม่ได้ชัดเจน แต่มีข้อสังเกตว่าผู้สูงอายุขาดประสิทธิภาพในการแยกแยะและบรรยายความปวด ความอดทนต่อความปวดลดลง เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บปวดลดลง (Ebersole and Hess, 2001)

5.2 มิติของการรับรู้ทางอารมณ์และการประเมินความเจ็บปวด (affective / evaluative dimensions) มิติด้านนี้เกี่ยวกับผลกระทบจากความเจ็บปวดต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณดังนี้ Ferrell et al. (1989)

5.2.1 ความปวดมีผลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง อ่อนเปลี้ย เคลื่อนไหวช้า ท้องผูก ความอยากอาหาร และนอนหลับผิดปกติ

5.2.2 ความปวดมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด กลัว เป็นต้น

5.2.3 ความปวดมีผลกับความเป็นอยู่ในสังคม ในส่วนของบทบาทและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

5.2.4 ความเจ็บปวดมีผลกับการรับรู้ด้านจิตวิญญาณ ในส่วนของความหมายของความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ

สาเหตุของความปวด

1. สาเหตุทางชีวภาพ ได้แก่ การอักเสบของผิวหนัง ข้ออักเสบ การดันของท่อทางผ่านของอวัยวะ เช่น นิ้ว ล้ำไส้ติ่ง การขาดออกซิเจนจากการอุดของหลอดเลือด หรือจากการถูกกดของเนื้อเยื่อจากเนื้องอกหรือมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย

2. สาเหตุทางเคมี ได้แก่ การสัมผัสกรดต่าง หรือจากที่ร่างกายผลิตขึ้นเอง เช่น น้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร น้ำย่อยจากตับอ่อนหรือน้ำดี ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ สารเคมีภายในร่างกาย จากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บเช่น แบริคตินิน (bradykinin) ซีโรโทนิน (serotonin) ฮิสตามีน (histamine) ฯลฯ และสารเคมีภายนอกในร่างกายเช่น สารที่มีพิษต่อเซลล์ (cytotoxic agents)

3. สาเหตุทางกายภาพ ได้แก่ การบาดเจ็บ การผ่าตัด แร้งกด แร้งดึงรั้ง การยืดขยายการจัดท่าไม่เหมาะสม การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การระคายเคือง ความร้อนหรือความเย็น ไฟฟ้าช็อต

4. สาเหตุทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกดดันทางจิตใจ ความกลัว และความเครียด ที่ไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติทางด้านกายวิภาค และสรีรวิทยา

องค์ประกอบของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวด เป็นความรู้สึกของร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. สิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด (pain or noxious stimuli) เป็นจุดเริ่มต้น หรือเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดดังกล่าวข้างต้น

2. ตัวรับความเจ็บปวด (pain receptor or nociceptor) ประกอบด้วยปลายประสาทอิสระซึ่งแผ่กระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย โดยจะตอบสนองต่อแรงกด อุณหภูมิ และสารเคมีตัวรับความเจ็บปวดจะรับการกระตุ้นจากประสาทรับความรู้สึก

3. วิธีประสาทนำกระแสความรู้สึกเจ็บปวด (pain impulse pathways) จากตัวรับความเจ็บปวดจะส่งกระแสความรู้สึกเจ็บปวดไปตามเส้นใยประสาท 2 ชนิด คือ ชนิดเร็ว ซึ่งหุ้มไมอีลิน (myelinated A-data fibers) และเส้นใยประสาทชนิดช้าไม่มีไมอีลินหุ้ม (unmyelinated c- fibers) เพื่อเข้าสู่ประสาทส่วนกลาง

4. การรับรู้ความเจ็บปวด (pain perception) จะเกิดขึ้นในระดับสมองโดยบุคคลนั้นจะบอกได้ว่ามีความรู้สึกเจ็บปวด ทั้งลักษณะ ความรุนแรงและ ตำแหน่งของความเจ็บปวด

5. ปฏิกริยาต่อความเจ็บปวด (pain reaction) เป็นพฤติกรรมตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บปวด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะทางอารมณ์ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ความปวดในโรคข้อเข่าเสื่อม

ความปวดนี้เป็นอาการแสดงหลักในข้อเข่าเสื่อม ความปวดที่เกิดจากข้อเข่าเสื่อม มักเกิดบริเวณข้อที่มีการใช้งาน ในช่วงที่มีการพักข้อ หรือช่วงกลางคืน จะเกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ นานเป็นเดือนหรือเป็นปี ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และมีอาการข้อติดแข็ง ความปวดของข้อเข่าเสื่อมมักปวดในช่วงเย็นมากกว่าช่วงเช้า (Bellamy et al., 1990) และมักพบร่วมกับอาการข้อติดในตอนเช้าหรือการพักข้อ

ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ ปัญหาในบ้าน การแยกตัวจากสังคม และความรู้สึก

โดดเดี่ยว (loneliness) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวดในผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีการสูญเสียจากสุขภาพทางกาย สูญเสียคนรัก สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคมลดลง การเคลื่อนไหวถูกจำกัด ไม่สามารถไปในที่ต่างๆ ได้อย่างอิสระ การศึกษาในสถานพยาบาล พบว่า ความเจ็บปวดมีผลต่อผู้สูงอายุในด้านการเข้าสังคม การเข้าร่วมนันทนาการ การฟื้นฟูสภาพความอยากอาหาร ความจำ การช่วยเหลือตนเอง แบบแผนการนอนหลับ รวมทั้งอาจทำให้เกิดหรือเสริมภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลได้ (Ferrell et al.,1989)

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความเครียด เป็นแนวคิดที่มีผู้สนใจศึกษากันมาก โดยมีพื้นฐานจากความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต (Mind and body relationship) ที่เชื่อกันว่าความรู้สึกหรืออารมณ์มีผลต่อสุขภาพหรือความเจ็บป่วยทางกายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic illness) (สุริย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545)

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายของคำว่า ความเครียด (stress) ในลักษณะของการโต้ตอบระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมดังนี้ ความเครียดทางจิตใจเป็นความสัมพันธ์ โดยเฉพาะระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการประเมินโดยบุคคลว่ามากระทบหรือมีจำนวนมากว่าทรัพยากรที่เขา มีอยู่ และจะทำให้เกิดอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดีของเขา

Belmont (2000) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์หรือสภาพที่คุกคามความผาสุกของบุคคลและทำให้บุคคลมีการใช้ความสามารถในการจัดการอย่างเต็มที่

ผ่องพัทตร์ พิทยพันธุ์ (2542) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

กล่าวโดยสรุป ความเครียด คือ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ คุกคามหรือเป็นเหตุการณ์รบกวนความสมดุล เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้สถานการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่

ประเภทของความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) แบ่งความเครียดเป็น 3 ชนิด คือ

- 1.การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนจำนวนมาก และอยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล
- 2.การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนบางกลุ่ม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต เช่น ความเจ็บป่วย การถูกออกจากงาน การหย่าร้าง การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ

3. การถูกรบกวนในชีวิตประจำวัน (Daily hassle) เป็นเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยๆ ของชีวิตซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทางที่ยากลำบาก การโต้เถียงกับบุคคลในครอบครัว ถึงแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อยๆ แต่ก็สามารถทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ได้

3.5 แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม

Brandt and Weinert (1985) ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว และสังคม โดยมีการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และเป็น การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ (Assistance and Guideline) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) ความมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) และยังรวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for nurturance) การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ระหว่างบุคคลต่อบุคคลซึ่งช่วยเหลือประคับประคองกัน และส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มขึ้น

Cobb (1976) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก และสนใจ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพัน

Jacobson (1986 อ้างถึงใน สุณี สุวรรณพสุ, 2544) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์ หรือสัมพันธภาพทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Jacobson (1986 อ้างถึงใน สุทธิ สุวรรณพสุ, 2544) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือ ยกย่อง และให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ และให้ความมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive Support) เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้ หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง สิ่งของ และบริการต่างๆ ที่ จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ซึ่งการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมี 5 ด้าน จากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986) สรุปได้ดังนี้

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ เครื่องใช้ ตลอดจนการช่วยเหลือต่างๆ

3. การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

4. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. การตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย การแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัย และให้โอกาสปรับปรุงตน

4. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคข้อเข่าเสื่อม

เนื่องจากภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง เป็นๆหายๆ และมีแนวโน้มจะเป็นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ดังนั้น จึงควรชี้แจงเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อลดความกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา และการปฏิบัติที่ถูกต้องจะช่วยลดความรุนแรงของโรคให้เสื่อมถอยช้าลง การช่วยให้ผู้สูงอายุทุเลาปวดลงและชะลอความเสื่อมสภาพของข้อดังนี้ (นิตยา ภาสูนันท์, 2545)

3.1 ลดน้ำหนักตัว เพื่อลดแรงกดบนกระดูก โดยเฉพาะข้อเข่า เพราะน้ำหนักที่กดลงบนข้อเข่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ในขณะที่ก้าวเดิน ซึ่งจะถ่าน้ำหนักไปข้างใดข้างหนึ่งตลอดเวลา

3.2 พักการใช้งานข้อนั้นๆ โดยเฉพาะระยะที่อักเสบ หรือเจ็บปวดเฉียบพลันเช่น ยกของหนักผิดท่า และเกิดอาการปวดหลังทันที หลังอุบัติเหตุ เพื่อทุเลาปวด

3.3 หลีกเลี่ยงการใช้งานข้อนั้นๆมากเกินไป โดยหลีกเลี่ยงสิ่งต่อไปนี้

3.3.1 การถือของหนัก

3.3.2 การนอนหรือนั่งกับพื้น เช่น นั่งยองๆ นั่งคุกเข่า หรือนั่งขัดสมาธิ รวมทั้งไม่ควรนอน นั่ง บนพื้นเตี้ยๆ ซึ่งทำให้เข่างอมากกว่า 90 องศา หรือนั่งเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิง

3.3.3 การอยู่ในอิริยาบถใดอิริยาบถหนึ่งนานเกินไป เช่น ถ้านั่ง ยืน หรือเดินติดต่อกันนานแล้ว ควรเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อขาได้พัก

3.3.4 การวิ่ง กระโดด หรือการกระทำที่ข้อต้องรับแรงกระแทกกระเทือนมาก เช่น วิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิค ในกรณีที่จำเป็นต้องขึ้นบันได ควรถ่าน้ำหนักลงบนขาข้างที่ดี โดยเวลาเดินขึ้นบันได ให้ก้าวขาที่ดีขึ้นก่อนแล้วก้าวขาเจ็บตาม ในทางตรงข้ามเวลาลงบันไดให้ก้าวขาเจ็บก่อนแล้วก้าวขาดีตาม

3.3.5 การนวดตืด ดึงข้อ จากผู้ที่ขาดความรู้ ความชำนาญ หรือการดัดคอ สะบัดคอบ่อยๆ สำหรับผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมอักเสบ มักเป็นเรื้อรังเป็นๆหายๆ ในกรณีนี้ควรประคบด้วยความร้อนและระยะที่มีการอักเสบ ควรพักใช้ข้อเข่าเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามการพักนานเกินไปก็มีผลเสียเพราะทำให้ข้อติดแข็ง และกล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น ดังนั้นเมื่อทุเลาปวดแล้ว ควรเริ่มเคลื่อนไหวโดยจัดกิจกรรมการใช้งานข้อนั้นๆ ให้สมดุลกับความสามารถของข้อ เช่น ผู้ที่ปวดข้อเข่า ควรแนะนำให้ถือไม้เท้า เพื่อถ่าน้ำหนักที่จะกดบนข้อเข่าไปที่ไม้เท้า ช่วยให้ข้อเข่าที่เจ็บรับแรงกดน้อยลง

3.4 รักษาท่าทาง อิริยาบถในชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง เช่น

3.4.1 นอนบนเตียงที่ไม่สูงเกินไป เพื่อลุกนั่ง ลงนอนได้สะดวก ขณะลงนอน หรือลุกจากที่นอน ควรอยู่ในท่านอนตะแคง

3.4.2 ที่นอนแน่นเพียงพอ ที่จะรองรับกระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวปกติตามธรรมชาติ

3.4.3 ขณะนอนหงาย หรือนอนตะแคง ควรรักษากระดูกสันหลังให้อยู่ในตรงเสมอ รวมทั้งหมอนที่รองรับบริเวณคอ ควรพอดีให้กระดูกอยู่ในท่านอนตะแคง

3.4.4 ปรับระดับของงานที่ทำให้อยู่ตรงหน้าพอดี ไม่ควรก้มหรือแหงนคอบ่อยเกินไป

3.4.5 นั่งเก้าอี้ที่สูงพอดี วางเท้าราบบนพื้นได้ พร้อมทั้งมีที่เท้าแขนและพนักพิง

3.5 ชี้แจงเหตุผลในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เช่น การใช้ไม้เท้า และการใช้เครื่องพยุงเดิน เป็นต้น การใช้ไม้เท้าที่ถูกต้อง ควรถือด้วยมือตรงข้ามขาที่เจ็บ และปลายไม้เท้ามีปลอกยางหุ้มกันลื่น ส่วนการใช้เครื่องพยุงเดิน ถ้าเป็นชนิดที่มีล้อเลื่อน ต้องระวัง โดยเฉพาะผู้ที่อ่อนแอมาก เพราะอาจลื่นง่าย และการใช้เครื่องพยุงเดินเหมาะสำหรับการใช้บนพื้นราบเท่านั้น ไม่สามารถใช้ในขณะขึ้นลงบันไดได้

3.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้อักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อและยาคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็น และผลของการใช้ยา รวมทั้งอาการข้างเคียง ให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจ เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ

3.7 ผู้ป่วยที่ทุเลาจากความเจ็บปวด ควรเริ่มบริหารร่างกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อ และช่วยให้ข้อนั้นๆ เคลื่อนไหวได้เต็มศักยภาพโดยเร็ว โดยเฉพาะ isometric exercise เช่น การบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้ที่ปวดหลัง ปวดคอ ปวดเข่า

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ศึกษา ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแผนกผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลรามารัตนบุรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 140 ราย พบว่าผลกระทบเนื่องจากความเจ็บปวดทำให้หญิงสูงอายุกลุ่มตัวอย่างเกิดข้อจำกัดหรือปัญหาในเรื่อง การเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความเครียด ซึ่งความปวดเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุด หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมใช้การเผชิญปัญหาทั้งการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียดร่วมกัน หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับกลางความเครียดและการเผชิญปัญหาด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แววดาว ทวีชัย (2543) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่แผนกผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น เชียงใหม่ จำนวน 150 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมใน

ระดับกลาง และพฤติกรรมกรรมการดูแลรายด้าน คือ ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองทั่วไป ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -.787$)

มาริสสา สุวรรณราช (2544) ศึกษา ความปวด การจัดการกับความปวดและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยนอกแผนกออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 98 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนความปวดต่ำสุดอยู่ในระดับน้อย มีคะแนนความปวดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย และมีคะแนนความปวดขณะประเมินอยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดโดยไปโรงพยาบาลและรักษาด้วยตนเอง ยาแก้ปวดบรรเทาอาการปวดได้มากกว่า 12 ชั่วโมง และการจัดการกับความปวดมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันมีความปวดต่างกันอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.11, p > 0.05$) รายได้และมีภาพถ่ายทางรังสีของข้อเข่าเสื่อมต่างกันมีความปวดต่างกันอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.1, P < 0.01$ และ $F = 12.1, P < 0.01$ ตามลำดับ) อายุและดัชนีมวลกายของร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.01, P > 0.05$ และ $r = -0.07, P > 0.05$ ตามลำดับ) และผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับปานกลาง

สุนี สุวรรณพสุ (2544) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 150 คน พบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัว

ปองจิตร์ ภัทรนาวิกและปาริชาติ จันท์สุนทรภาพร (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่อความปวดกับความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อเข่าในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อเข่า ($r = -.25, p < .05$) สำหรับการตอบสนองต่อความปวดโดยรวม การตอบสนองต่อความปวดด้านร่างกาย และการตอบสนองต่อความปวดด้านจิตใจ ต่างก็มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความสามารถ ในการทำหน้าที่ของข้อเข่า ($r=.31, p<.01$ $r=.33, p<.01$ และ $r=.27, p<.01$ ตามลำดับ) ส่วน BMI และการตอบสนองด้านสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อเข่า ($r=.21, p>.05, r=.086, p>.05$ ตามลำดับ)

อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขา ในผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการบริหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริหาร แรงจูงใจของการบริหาร และเวลาที่ใช้ในการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและพบว่าความรุนแรงของโรค แรงจูงใจของการบริหาร และพฤติกรรมการดูแลข้อเข่าเสื่อมสามารถร่วม ทำนายความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ร้อยละ 31 องศาการงอของข้อเข่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรคและความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายองศาการงอของข้อเข่าได้ร้อยละ 8.8 สำหรับองศาการเหยียดของข้อเข่า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายองศาการเหยียดของข้อเข่าได้ร้อยละ 14.2

จรรุวรรณ เหมะธร, จรรยา เสียงเสนาะ, สมใจ ทุนกุลและสุลี ทองวิเชียร (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาระดับ ความซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และความพอเพียงของรายได้ ความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับสังคม การมีโรคประจำตัว ประชากรที่ศึกษามีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปที่อยู่ชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม ชุมชนวัดปริณายก และชุมชนหลังวัดม่วงแค จำนวน 237 คน ซึ่งสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 59.9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้า พบว่า เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเป็นเจ้าของที่พักอาศัย ลักษณะครอบครัวและความสัมพันธ์กับสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้า ส่วนการมีโรคประจำตัวและความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

จอม สุวรรณโณ (2541) ศึกษาภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อารมณ์เศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงหลายอย่าง เกิดขึ้นได้กับทุกระบบที่ไม่จำเพาะเจาะจงจนอาจเป็นปัญหาที่ถูกละเลย บทความนี้กล่าวถึงประสบการณ์ของผู้เขียนในการประเมินภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)จากการสัมภาษณ์และการ

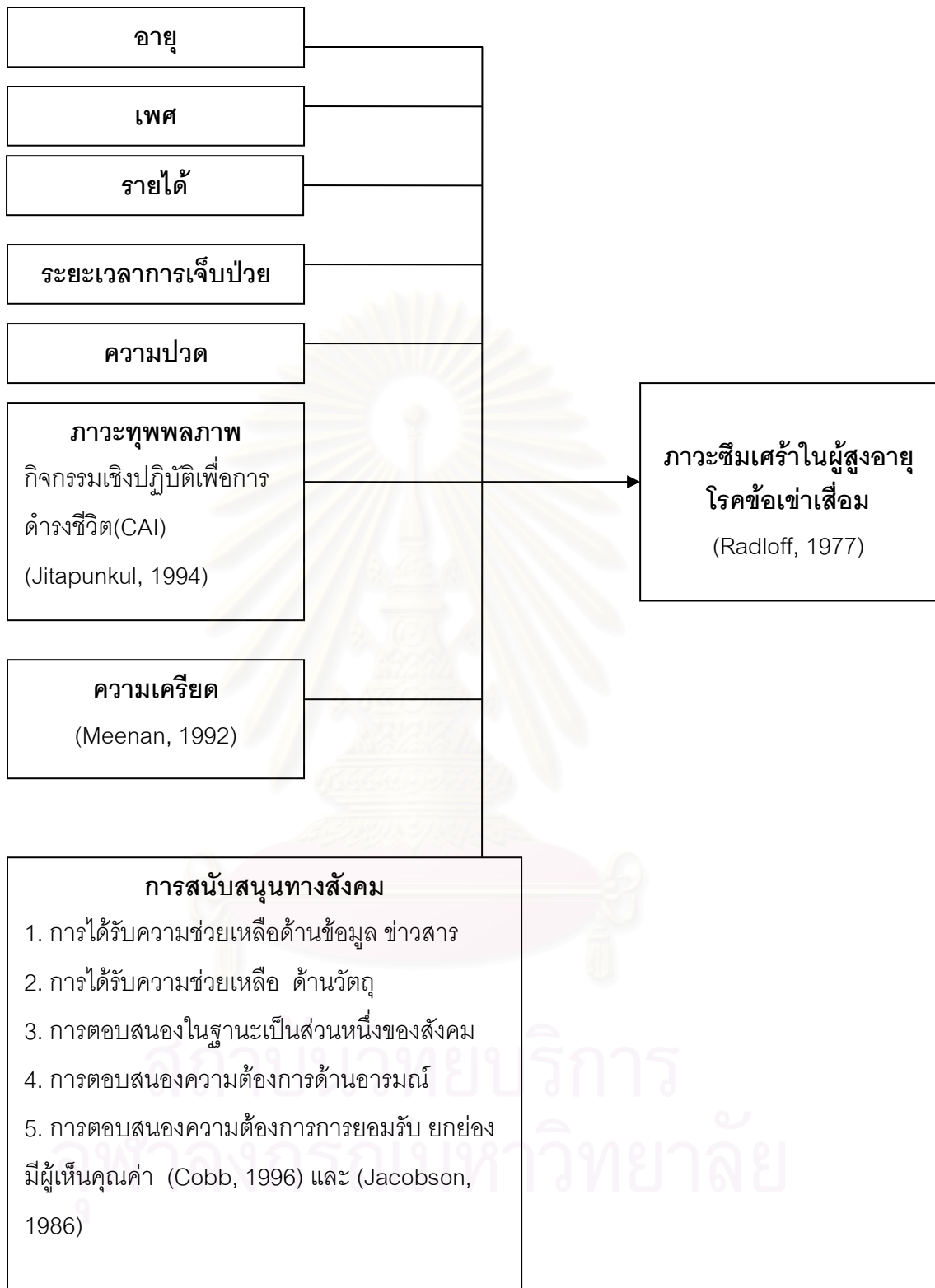
สังเกตพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์เศร้ามี 3 ประเภท คือ การสูญเสียความมีสุขภาพดี การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม บางรายอาจมีภาวะข้อเสื่อมอย่างรุนแรงส่งผลให้ข้อเข่าผิดรูปไป ทำให้เกิดความพิการได้ ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมตามที่เคยปฏิบัติได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม จนอาจจะแยกตัวออกจากสังคมและมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและปัญหาทางจิตสังคม ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ความเปราะบางด้านความคิด การรับรู้ และความเปราะบางด้านร่างกาย พฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลจากปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกัน ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่างๆ

ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจึงนำมาบูรณาการกับตัวแปรที่ศึกษาที่คัดสรรตามแนวคิดของ Tsai (2005) พบว่า มีทั้งแนวคิด และผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความปวด ความเครียด ภาวะทุพพลภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพ ที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ได้ดำเนินการวิจัยตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูก และข้อโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมกระดูก และข้อของโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 รวมเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike คือ $N \geq 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k หมายถึงจำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัวแปร) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (N) = $9K + 50 = 140$ คน ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเป็น 150 คน เนื่องจาก จำนวนการกำหนดกลุ่มตัวอย่างสามารถมากกว่าหรือเท่ากับ การคำนวณจากสูตรได้ กลุ่มตัวอย่างยังมีขนาดใหญ่มากขึ้นเท่าใด ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ก็จะลดลง (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

2. สุ่มเลือกสังกัด ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัด คณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลสังกัดองค์การอิสระ ได้มา 3 ใน 6 สังกัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบ

ไม่แทนที่ ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลกระทรวงกลาโหม และ
โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

3. สุ่มโรงพยาบาลในสังกัดทั้ง 3 สังกัดดังนี้

3.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร มี 4
แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดลิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลนพรัตนราช
ธานี สุ่ม 1 ใน 4 โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่
แทนที่ เป็นโรงพยาบาลราชวิถี

3.2 โรงพยาบาลกระทรวงกลาโหมในกรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 3 แห่ง
ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่น
เกล้า สุ่ม 1 ใน 3 โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่
แทนที่ เป็นโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3.3 โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ
มีทั้งหมด 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี สุ่ม 1 ใน 2 โดยการสุ่มอย่างง่าย
(Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เป็นโรงพยาบาลรามาธิบดี

4. ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คือ
เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ และไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ยินดีให้
ความร่วมมือในการทำวิจัย แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple
random sampling) จากผู้สูงอายุที่มารับบริการตามที่แพทย์นัดแต่ละโรงพยาบาลตัวอย่าง

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการ ณ
แผนกผู้ป่วยนอกของทั้ง 3 โรงพยาบาล ในแต่ละเดือน ทั้งนี้พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุมารับบริการ
จำนวนใกล้เคียงกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการสุ่มผู้สูงอายุจำนวนโรงพยาบาลละ 50 คน ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามโรงพยาบาล

ลำดับ	รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการเฉลี่ย/เดือน	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง/ราย
1	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	120	50
2	โรงพยาบาลราชวิถี	100	50
3	โรงพยาบาลรามาธิบดี	110	50

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=150)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	11.3
หญิง	133	88.7
อายุ (ปี) (\bar{X}=69.79 , SD=6.4 ,Min=60 ,Max=85)		
60 – 69 ปี	75	50
70 – 79 ปี	62	41.3
80 ปี ขึ้นไป	13	8.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	8.7
ระดับประถมศึกษา	82	54.7
ระดับมัธยมศึกษา	35	23.3
ระดับปริญญาตรี	18	12
อื่นๆ	2	1.3
รายได้(บาท)(\bar{X}=9,683.33 , SD=7,903 , Min=1,000 , Max=50,00)		
ต่ำกว่า 5,000	63	42
5,001-10,000	46	30.7
10,001-15,000	12	8
มากกว่า 15,000	29	19.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)(\bar{X}=5.31 , SD=44.56 ,Min=1 ,Max=20)		
ต่ำกว่า 5	101	67.3
6 - 10	38	25.3
11 - 15	7	4.7
มากกว่า 16	4	2.7

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 69.79 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด คือ 60 ปี และมีอายุสูงสุด 85 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 54.7

รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,683.33 บาท โดยมีรายต่ำสุด 1,000 บาท และมีรายได้สูงสุด 50,000 บาท และระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 5.31 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำสุด 1 ปี และระยะเวลาการเจ็บป่วยนานสูงสุด 20 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ โดยศึกษาจากหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และงานวิทยานิพนธ์มีจำนวน 5 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คือ ข้อมูล เกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบให้เติมลงในช่องว่างและระดับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือกตอบ 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับภาวะทุพพลภาพ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index; CAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการทดสอบแล้วกับผู้สูงอายุไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jitapunkul, 1994) เป็นการวัดระดับความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิต มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การเดินออกนอกบ้าน การทำความสะอาดบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงินแลกเงิน การใช้การขนส่งสาธารณะ และการประกอบอาหาร คะแนนรวม 9 คะแนน โดยเป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำได้จริง) โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์ มีระดับการวัดเป็นช่วง โดยมีการให้คะแนนตามกิจกรรม และมีการให้น้ำหนักคะแนนที่แตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจกรรมนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ทำไม่ได้	ให้	0	คะแนน
มีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ	ให้	1 หรือ 2	คะแนน
สามารถปฏิบัติกิจได้อย่างอิสระ	ให้	คะแนนเต็ม(1-3	คะแนน)

การแปลผลคะแนนรวม แบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรงของ CAI

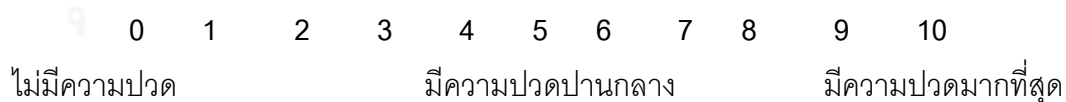
ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 0-4 คะแนน	แสดงว่า	ภาวะพึงพิงทั้งหมด
ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 5-8 คะแนน	แสดงว่า	ภาวะพึงพิงปานกลาง
ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 9 คะแนน	แสดงว่า	ดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมของมาริสสา สุวรรณราช (2540) ซึ่งสร้างตามแนวคิดจาก Brief Pain Inventory ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin Medison (Serlin, 1995) หาความเที่ยงโดยวิธีหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และกลุ่มตัวอย่าง 98 รายได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคเท่ากับ .84 และ .89 ตามลำดับ

ในส่วนของกรวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม มีข้อคำถาม 4 ข้อ คือ ความปวดสูงสุด ความปวดต่ำสุด ความปวดโดยเฉลี่ย และความปวดขณะประเมิน ให้ผู้สูงอายุเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนน 0 -10 คะแนน ใช้ Visual Analogue Scale ซึ่งเป็นมาตรวัดระดับความปวด ให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกเจ็บปวดจากเส้นตรง แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับน้อย	ค่าคะแนน	0 - 4 คะแนน	หมายถึงไม่มีความปวด
ระดับปานกลาง	ค่าคะแนน	5 - 6 คะแนน	หมายถึงมีความปวดปานกลาง
ระดับมาก	ค่าคะแนน	7 - 10 คะแนน	หมายถึงมีความปวดมากที่สุด

ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกปวดของท่าน



การแปลผลคะแนน

ความปวดสูงสุด ความปวดต่ำสุด ความปวดโดยเฉลี่ยและความปวดขณะประเมิน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CED-S) ของ Radloff (1977) อ้างถึงใน Parmelee et al. (2007) ซึ่งเครื่องมือ CED-S นั้นเป็นเครื่องมือที่มีการใช้ในงานวิจัยของ มนฤดี บุราณ (2548) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 30 ราย นำมาหาความเที่ยงโดยวิธีหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .75 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ.78

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้างต้น มาประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ ดังนี้

วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า	7 ข้อ
ความรู้สึกด้านบวก	4 ข้อ
วัดอาการทางกาย	7 ข้อ
ใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น	2 ข้อ

ผู้สูงอายุจะถูกถามว่าเหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนนโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามซึ่งมีความรู้สึกในทางลบคือข้อ 1,2,3,5,6,7,9,10,11,13,14,15,17,18,19 และ 20 ให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (<1วัน/สัปดาห์)
1	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน /สัปดาห์
2	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน /สัปดาห์
3	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน /สัปดาห์

ส่วนข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวกคือข้อ 4,8,12 และ16 ให้คะแนนตรงกันข้าม ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
3	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (<1วัน/สัปดาห์)
2	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน /สัปดาห์
1	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน /สัปดาห์
0	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน /สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีมาตรฐานวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้คือ ไม่เลย นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนนค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความแข็งแรง ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 ถือว่าไม่มีภาวะแข็งแรง (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเครียดของ สุภาพ อารีเชื้อ (2540) สร้างตามแนวคิดของ Meenan และคณะ (1992) หลังจากนำไปศึกษานำร่องกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 10 รายได้ค่าความความเที่ยงโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคโดยรวมเท่ากับ .92 และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 140 รายได้ค่าความความเที่ยงโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .88 การวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้

ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility)	3 ข้อ
การทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical activities)	4 ข้อ
ความสามารถในการดำรงบทบาท (Household activities)	3 ข้อ
ความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม (Social activities)	3 ข้อ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily living)	3 ข้อ
ความปวด (Pain)	4 ข้อ

โดยปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับสภาพสังคม วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยโรคข้อเข่าเสื่อม

แบบวัดความเครียดผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เกิดเหตุการณ์ตามข้อความนั้นเลย คำตอบคือ ไม่เลย = 0 คะแนน
เกิดเหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ บ่อยครั้ง คำตอบคือ บ่อยครั้ง = 1 คะแนน
เกิดเหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ เป็นประจำคำตอบคือ ประจำ = 2 คะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนที่ได้รายข้อแต่ละด้านรวมกันหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านมากกว่า 1 หมายถึงผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยในด้านนั้น และค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านใดมาก (เปรียบเทียบกับค่ากึ่งกลางคะแนนจากแบบวัดแต่ละด้านคือ 1 ซึ่งเป็นค่ากลางระหว่าง 0-2 จากคะแนนแบบวัด) หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยด้านนั้นๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหา หรือข้อจำกัดในด้านนั้นมาก

ในทำนองเดียวกันคะแนนเฉลี่ยน้อย ในแต่ละด้าน หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยในแต่ละด้านทำให้เกิดปัญหาหรือข้อจำกัดในด้านนั้นน้อย และคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบกันในแต่ละด้าน ด้านใดน้อย หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้านนั้นๆ น้อย

จากคะแนนเฉลี่ยที่เป็นไปได้ของแบบวัดในแต่ละด้าน คือ 0-2 เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย ในแต่ละด้านที่ผู้สูงอายุได้รับกับโดยรวมทุกด้านแล้วโดยคำนวณจำนวนของผู้สูงอายุที่ได้คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากความเจ็บป่วยรายด้านมากกว่า 1 จำนวนมากด้านใด หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยด้านนั้นๆ ทำให้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุมาก และจำนวนด้านใดน้อย หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยด้านนั้นมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ น้อย

2. เมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามในส่วนของ 1 ว่าเกิดเหตุการณ์ตามข้อความนั้นๆ แล้วจะได้รับการถามเพื่อประเมินระดับความเครียด ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมิน 3 ระดับ

เหตุการณ์ตามข้อความนั้นๆ ไม่ทำให้ท่านเกิดความเครียดเลย

คำตอบคือ ไม่เครียด = 0 คะแนน

เหตุการณ์ตามข้อความนั้นๆ ทำให้ท่านเกิดความเครียดปานกลาง

คำตอบคือ เครียดปานกลาง = 1 คะแนน

เหตุการณ์ตามข้อความนั้นๆ ทำให้ท่านเกิดความเครียดมาก

คำตอบคือ เครียดมาก = 2 คะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนที่ได้รายข้อแต่ละด้านรวมกันหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านมากกว่า 0 หมายถึงผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยในด้านนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียด และค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านมาก (เปรียบเทียบกับค่ากึ่งกลางคะแนนจากแบบวัดแต่ละด้านคือ 1 ซึ่งเป็นค่ากลางระหว่าง 0-2 จากคะแนนแบบวัด) หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยด้านนั้นๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดมาก และคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบกันในแต่ละด้าน ด้านใดมาก หมายถึง ผลกระทบจากความเจ็บป่วยทำให้มีระดับความเครียดด้านนั้นมาก

ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยในแต่ละด้าน หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดน้อย และคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบกันในแต่ละด้าน ด้านใดน้อยหมายถึงผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้มีระดับความเครียดน้อยในด้านนั้นๆ

จากคะแนนเฉลี่ยที่เป็นไปได้ของแบบวัดในแต่ละด้าน คือ 0-2 เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของความเครียดเนื่องจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยในแต่ละด้านที่ผู้สูงอายุได้รับรวมทุกด้าน โดยคำนวณจำนวนผู้สูงอายุที่ได้คะแนนเฉลี่ยความเครียดเนื่องจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยรายด้านมากกว่า 0 จำนวนมากด้านใด หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยด้านนั้นทำให้มีความเครียดต่อผู้สูงอายุมาก และจำนวนด้านใดน้อย หมายถึง ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยด้านนั้นทำให้มีความเครียดต่อผู้สูงอายุน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ตามแนวคิดของCobb (1996) และJacobson (1986) ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดแรงสนับสนุนในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับสภาพสังคม วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมี 5 ด้าน ข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ดังนี้

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร | 5 | ข้อ |
| 2. การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ | 6 | ข้อ |
| 3. การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม | 8 | ข้อ |
| 4. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ | 10 | ข้อ |
| 5. การตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า | 8 | ข้อ |

ลักษณะแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก

3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงมาก
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงปานกลาง
1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงน้อย

การแปลความหมายคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม มีหลักการแปลผลทำให้ความหมายเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
2.50 - 3.00	แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก
1.50 - 2.49	แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 - 1.49	แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นทั้งหมด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของ ภาษา ความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด พร้อมทั้งโครงร่าง วิทยานิพนธ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคกระดูกและข้อ	จำนวน 2 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	จำนวน 1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	จำนวน 1 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้สูงอายุ	จำนวน 1 ท่าน

1.2 ใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงของเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2004) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ระดับการแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุง จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในแต่ละส่วนไปปรับปรุงแก้ไข ในส่วนที่ 5 – 6 ดังนี้

การปรับเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งแบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม จากการตรวจสอบเครื่องมือ ค่า CVI เท่ากับ 1

จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษา และปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้นดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านต้องอยู่บ้านตลอดหรือเกือบทั้งวันเนื่องจากข้อเข่าเสื่อม

ข้อ 5 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านเดินหรือก้าวขึ้นลงบนไดร่าบจากข้อเข่าเสื่อม

ข้อ 10 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านไม่สามารถช่วยทำความสะอาดบ้านหรือทำกับข้าวให้ครอบครัวได้

สำหรับส่วนที่ 6 ซึ่งเป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .95

จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้นดังนี้

ข้อ 3 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านมีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อต้องการ

ข้อ 5 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่ทันสมัย

ข้อ 6 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านมีบุคคลที่จะไปกับท่านเมื่อต้องการ

ข้อ 12 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม

ข้อ 19 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านชอบที่จะพบปะพูดคุยกับคนอื่น เมื่อมีเวลา

ข้อ 29 ปรับข้อคำถามเป็น มีคนที่ท่านรู้สึกไว้ใจและสามารถพูดคุยปัญหาสำคัญได้

ข้อ 34 ปรับข้อคำถามเป็น มีผู้ให้กำลังใจสนับสนุนให้ท่านทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง (เช่น

การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก เป็นต้น)

ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่านได้ให้ตัดข้อคำถามข้อ 5 ออก แต่แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม CVI เท่ากับ .95 ซึ่งเมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้จริง (try out) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 จึงปรับแก้ไขสำนวนภาษาให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิท่านอื่น จึงยังคงข้อคำถามเท่าเดิม คือ 37 ข้อ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เนื่องจากเครื่องมือในส่วนที่ 2 - 4 นั้นเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีการยอมรับในงานวิจัย มีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ ดังนั้นในงานวิจัยนี้ จึงทำการหาค่าความเที่ยงเฉพาะเครื่องมือ 2 ส่วนนี้ คือ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมไปทดลองใช้จริง (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้ คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .94 จึงเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 150 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .93

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้จริง (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้ คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .93 จึงเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 150 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .93

จากผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสรุปได้ เครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ชุดนี้มีค่าความเที่ยงระหว่าง .93 - .94 แสดงถึงค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับดีมาก (DeVellis, 1991: 85) ทั้งในกลุ่มที่นำเครื่องมือไปทดลองใช้ และกลุ่มตัวอย่างจริง จึงเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดความเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

เครื่องมือวิจัย	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ	
	กลุ่มทดลองใช้ (n = 30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n = 150)
แบบวัดความเครียด	.94	.93
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.93	.93

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการทำการวิจัย นำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธุรการ เพื่อขอทราบผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล
3. ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับ หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกออร์โธปิดิกส์
4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจกระดูก และชื่อของแต่ละโรงพยาบาล โดยได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาล	วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล	เวลา
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	วันจันทร์ถึงวันศุกร์	08.00 -12.00น.
โรงพยาบาลราชวิถี	วันจันทร์ถึงวันศุกร์	08.00 -12.00น.
โรงพยาบาลรามธิบดี	วันอังคารและวันศุกร์	08.00 -12.00น.

5. ผู้วิจัยศึกษาจากรายงานประวัติของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มอย่าง
6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา รายละเอียด ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยอ่านแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟัง
เมื่อผู้สูงอายุยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการอ่านแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุตอบ โดยใช้เวลาเก็บข้อมูลต่อรายประมาณ 30-45 นาที ในกรณีที่ผู้สูงอายุถึงคิวเข้ารับการตรวจ จะให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามหลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้วหรือขณะมารอรับยาที่หน้าห้องจ่ายยา
7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม
8. ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนธันวาคมพ.ศ. 2551 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 รวมเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด 3 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 50 คน รวมทั้งหมด 150 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม และคณะกรรมการการวิจัยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการให้ข้อมูล มีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัย มีอิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นขณะให้สัมภาษณ์ตามความเป็นจริง ซึ่งผู้สูงอายุจะไม่ได้รับอันตราย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ โดยกำหนดไว้ในมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนในการวิจัย

เนื่องจากการดำเนินการวิจัยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงใดๆ และไม่มีภาระนัดพบกลุ่มตัวอย่างเป็นการส่วนตัวนอกเหนือจากวันนัดตรวจตามปกติโดยแพทย์ผู้รักษา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ซึ่งคำตอบ และข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัย ถือเป็นความลับ จะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น หากพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าจะส่งต่อให้พยาบาล และแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้การพยาบาลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย ความปวด ความเครียด ภาวะทุพพลภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank-Order Correlation Coefficient: r_s) โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ($\alpha = 0.05$) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร พิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) หรือค่า r (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ดังนี้

$r = \pm 1.00$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r = >.70$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r = <.30$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r มีค่าระหว่าง .30-.70	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
$r = 0$	หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient: η) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์ Eta มีค่าระหว่าง 0 ถึง + 1 โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ($\alpha = 0.05$) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4 - 13

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14 - 15



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การศึกษาภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

1.1 ภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามเพศ แสดงการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซีมเศร้าและไม่มีภาวะซีมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามเพศ

เพศ	มีภาวะซีมเศร้า		ไม่มีภาวะซีมเศร้า	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชาย	3	2.0	14	9.3
หญิง	24	16.0	109	72.7
รวม	27	18.0	123	82.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ 82) มีมากกว่าที่มีภาวะซีมเศร้า ร้อยละ 18 และพบว่าที่เป็นเพศหญิงมีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ16) มีมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 2) ส่วนที่ไม่มีภาวะซีมเศร้าเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.7) มากกว่าที่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 9.3)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 150 คนจำแนกตามเพศ

เพศ	คะแนนภาวะซีมเศร้า			
	\bar{X}	SD	Min	Max
ชาย (17 คน)	13.29	5.79	7	27
หญิง (133 คน)	12.86	4.97	3	30
รวม (150 คน)	12.91	5.05	3	30

หมายเหตุ เกณฑ์การตัดสิน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซีมเศร้า ค่าคะแนน ต่ำกว่า 16 ถือว่าไม่มีภาวะซีมเศร้า

1.2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามอายุ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามอายุ

อายุ(ปี)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
60 – 69 ปี	12	44.4	63	51.2
70 – 79 ปี	13	48.2	49	39.8
80 ปี ขึ้นไป	2	7.4	11	8.9
รวม	27	100	123	100

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุ 70 – 79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.2 รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุ 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ส่วนช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.4 ส่วนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.2 รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุ 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.8 ส่วนช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายได้ วิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามรายได้

รายได้(บาท)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5,000	11	40.7	52	42.3
5,001-10,000	14	51.9	32	26
10,001-15,000	1	3.7	11	8.9
มากกว่า 15,000	1	3.7	28	22.8
รวม	27	100	123	100

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมาได้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงมา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 26

1.4 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลา(ปี)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5	22	81.5	79	64.2
6 - 10	4	14.8	34	27.6
11 - 15	1	3.7	6	4.9
มากกว่า 16	0	0	4	3.3
รวม	27	100	123	100

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.5 และร้อยละ 64.2 ตามลำดับ รองลงมาในช่วงระยะเวลา 6 - 10 ปี พบมีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 14.8 และร้อยละ 27.6 ตามลำดับ ส่วนช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 16 ปี ขึ้นไป พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 3.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.5 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามภาวะทุพพลภาพ (ภาวะพึ่งพิง) จากกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิต (CAI) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามระดับภาวะทุพพลภาพ (ภาวะพึ่งพิง)

ระดับภาวะทุพพลภาพ	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด	4	14.8	11	8.9
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง	15	55.6	52	42.3
ดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน	8	29.6	60	48.8
รวม	27	100	123	100

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีจำนวน 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.6 มีภาวะทุพพลภาพ อยู่ในระดับพึ่งพิงปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้นส่วนใหญ่มีจำนวน 60 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.8 เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน

1.6 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามความปวด วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของความปวด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของความปวด ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามความปวด

ความปวด	มีภาวะซึมเศร้า (27 คน)			ไม่มีภาวะซึมเศร้า(123 คน)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ความปวดสูงสุด	8.19	2	มาก	7.39	1.95	มาก
ความปวดต่ำสุด	3.33	2.2	น้อย	2.44	1.78	น้อย
ความปวดโดยเฉลี่ย	5.63	2.1	ปานกลาง	4.59	1.58	ปานกลาง
ความปวดขณะ ประเมิน	2.85	2.7	น้อย	1.50	2	น้อย

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านมามีความปวดสูงสุดเฉลี่ย 8.19 คะแนน อยู่ในระดับมาก ความปวดต่ำสุดเฉลี่ย 3.33 คะแนน อยู่ในระดับน้อย ความปวดโดยเฉลี่ย 5.63 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความปวดขณะประเมินนั้นเฉลี่ย 2.85 คะแนน อยู่ในระดับน้อย ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่า มีความปวดสูงสุดเฉลี่ย 7.39 คะแนนอยู่ในระดับมาก ความปวดต่ำสุดเฉลี่ย 2.44 คะแนน อยู่ในระดับน้อย ความปวดโดยเฉลี่ย 4.59 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความปวดขณะประเมินนั้นเฉลี่ย 1.5 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เช่นกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.7 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามความเครียด วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11-12

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน ที่มี ภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความเครียดจำแนกรายด้าน

ความเครียด	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเคลื่อนไหว	10	62.5	38	33.3
การทำหน้าที่ของร่างกาย	6	66.7	47	44.3
การดำรงบทบาท	6	46.2	14	13.7
การทำหน้าที่ในสังคม	11	52.4	20	17.1
การทำกิจวัตรประจำวัน	10	41.7	18	15
ความปวด	15	75	47	41.6

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเครียด เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเครียด พบว่า ความปวดทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือร้อยละ 75 รองลงมาคือการทำหน้าที่ของร่างกาย ร้อยละ 66.7 ซึ่งในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลกระทบบให้เกิดความเครียดน้อยที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน ความเครียดจำแนกรายด้าน

ความเครียด	มีภาวะซึมเศร้า			ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
การเคลื่อนไหว	.86	.83	ปานกลาง	.20	.40	ปานกลาง
การทำหน้าที่ของร่างกาย	1.03	.8	ปานกลาง	.26	.44	ปานกลาง
การดำรงบทบาท	1	.85	ปานกลาง	.23	.42	ปานกลาง
การทำหน้าที่ในสังคม	.63	.78	ปานกลาง	.15	.35	ปานกลาง
การทำกิจวัตรประจำวัน	.33	.58	ปานกลาง	.07	.29	ปานกลาง
ความปวด	1.01	.78	ปานกลาง	.18	.35	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเครียด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.03$) ส่วนความปวดมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=1.01$) และการทำกิจวัตรประจำวันนั้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=.33$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.8 วิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายด้าน โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม แสดงไว้ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน จำแนกตามรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคม	มีภาวะซึมเศร้า			ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร	1.7	.60	ปานกลาง	1.78	.68	ปานกลาง
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านวัตถุ	1.56	.74	ปานกลาง	1.63	.75	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	1.6	.74	ปานกลาง	1.76	.73	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองความต้องการ ด้านอารมณ์	1.58	.68	ปานกลาง	1.8	.71	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า	1.71	.73	ปานกลาง	1.79	.71	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย	1.63	.70	ปานกลาง	1.75	.71	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้ามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{X}=1.63$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ การสนับสนุนทางสังคมทางด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.71$) ส่วนด้านการได้รับการช่วยเหลือ ด้านวัตถุ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.56$)

ส่วนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกันมีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{X}=1.75$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ การสนับสนุนทางสังคมทางด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.79$) ส่วนด้านการได้รับการช่วยเหลือ ด้านวัตถุ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.63$)

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความปวด ความเครียด ภาวะทุพพลภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank-Order Correlation Coefficient: r_s) รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	P-value	ระดับ
อายุ	.145	.076	ต่ำ
รายได้	-.208	.011	ต่ำ
ระยะเวลาเจ็บป่วย	.069	.400	ต่ำ
ภาวะทุพพลภาพ	-.215	.008	ต่ำ
ความปวด	.205	.012	ต่ำ
ความเครียด	.569	.000	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	-.164	.045	ต่ำ

จากตารางที่ 14 พบว่า ความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) มีค่าเท่ากับ .205 ส่วนความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) มีค่าเท่ากับ .569

ในส่วนของรายได้ ภาวะทุพพลภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) มีค่าเท่ากับ -.208, -.215 และ -.164 ตามลำดับ ส่วน อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient : η) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ (Eta)	P-value
เพศ	.027	.356

จากตารางที่ 15 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชาย และหญิง การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูก และข้อของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูก และข้อ เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวนโดยใช้สูตรของ Thorndike คือ $N \geq 10k + 50$ (บุญใจ ศรีสถิตนราภุจร, 2547) ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบบวัดภาวะทุพพลภาพ (CAI) แบบประเมินความปวด แบบวัดความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบวัดความเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงเท่ากับ .94, และ .93 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ FW version 11.5 (Statistical Package for the Social Science for Window Version 11.5) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูล อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank-Order Correlation Coefficient: r_s) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ($\alpha = 0.05$) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient : η) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 12.91$)
2. ความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = .205$)
3. ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = .569$)
4. รายได้ ภาวะทุพพลภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = -.208, -.215$ และ $-.164$ ตามลำดับ)
5. อายุ เพศ และระยะเวลาเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 18 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ เพ็ญศรี หลินศุวนนท์ (2543) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรวงเมือง เขตปทุมวันกรุงเทพมหานครเพื่อหาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า ร้อยละ 22 ซึ่งในการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมนี้ อาจกล่าวได้ว่าส่วนใหญ่ ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก จึงทำให้ส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุเล็กน้อย เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 16 ส่วนเพศชายมีเพียงร้อยละ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Busch-mann et al. (1998) พบว่า ผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

มากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า อาจกล่าวได้ว่าผู้หญิงมีอาการปวด (Kneefe et al., 2000) และประสบการณ์ความปวด (Robinson et al., 2003) รุนแรงกว่าเพศชาย เพศหญิงที่ต้องเผชิญกับอาการปวดเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า เพศชาย

จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 69.79 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุ 70 – 79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.2 ผู้สูงอายุตอนกลาง มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เมื่อพิจารณาในกลุ่มของรองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุ 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ผู้สูงอายุตอนต้น มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไม่มากนัก ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรธนา กุมารจันทร์(2543) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนบน พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.4

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,683.33 บาท ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 51.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) รายได้ส่วนใหญ่มาจากการสนับสนุนของครอบครัว อาจวิเคราะห์ได้ว่า ครอบครัวของคนไทยเป็นลักษณะสังคมที่บุตรหลาน จะแสดงความกตัญญูกับผู้มีพระคุณ เมื่อผู้สูงอายุ มีอายุมากขึ้น ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ จึงได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของต่างๆ จากบุตรหลาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสนา ฟุ้งฟู (2548) กล่าวว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีมีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่แน่นอน ขาดหลักประกันจากการหยุดงาน การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจดังกล่าวทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 5.31 ปี ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของมนฤดี นูราณ (2548) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.89 อาจวิเคราะห์ได้ว่า ผู้สูงอายุยังไม่สามารถยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองในช่วงแรกได้ ซึ่งถ้าบุคคลสามารถที่จะปรับตัวกับโรคได้ ก็จะเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่กับโรคในระยะเวลาที่ยาวนานมาแก้ปัญหาได้เหมาะสม แต่ในทางกลับกันถ้าบุคคลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายจากโรคเรื้อรัง เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ร่วมกับการรักษาอย่าง

ต่อเนื่อง อาจนำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจเกิด ความลังเลใจในการวางแผนชีวิตของตนเองทำให้เกิดความท้อแท้ได้ (ทศพร พัฒนนิรมาน, 2532)

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีจำนวน 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.6 ที่มีภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับพึงพิงปานกลาง รองลงมาเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 29.6 ที่ สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยของสุทธิชัย จิตะพันธ์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุไทย เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุ ไทย พบว่า ในส่วนของกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาในด้านการขึ้นลงบันได ทั้งนี้อาจ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุยังน้อย ความเสื่อมของข้อเข่าและ อาการของโรคยังไม่รุนแรง จึงยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความ ลำบากในการขึ้นลงบันได และเสี่ยงกับการเกิดอุบัติเหตุ จึงควรต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้ามี่มีความปวดสูงสุดอยู่ใน ระดับมาก ความปวดต่ำสุดอยู่ในระดับน้อย ความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความ ปวดขณะประเมิณนั้นอยู่ในระดับน้อย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของฮัสกินและ คณะ (Huskinssen, et al., 1979 cited in McCarthy, et al., 1994: 389) แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ มาริสา สุวรรณราช (2544) ในด้านของความปวดสูงสุดในระดับปานกลาง และ ความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

ทั้งนี้อาจเนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคทำให้การดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ ปรับตัวและเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตพร้อมกับความปวดได้

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความปวด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งไม่ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่า เสื่อม ซึ่งหมายความว่า อายุไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 69.79 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในวัยตอนต้น ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงไม่ส่งผลกระทบ ทางด้านจิตใจมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ศรีสงคราม (2551) ที่พบว่าความทุกข์ของ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านหมี่ส่วนใหญ่ก็เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ตอนต้นมากที่สุด

2.2 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($\eta = .027$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพญศรี หลินศุวนนท์ (2543) ที่ศึกษาถึงความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร เพื่อหา ระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า ร้อยละ 22 ขึ้นอยู่กับ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจวิเคราะห์ได้ว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชาย และหญิงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเท่าๆกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากเพศชาย และเพศหญิงมีประสบการณ์การเจ็บปวด พอๆกันสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ไม่แตกต่างกัน

2.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อาจวิเคราะห์ได้ว่า ลักษณะของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการดำเนินไปอย่างช้าๆ และค่อยเป็นค่อยไป อีกทั้งพยาธิสภาพของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ นอกจากรักษาโดยประคับประคอง ไปตามอาการ (อุทิศ ดีสมโชค, 2536) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อาจอธิบายได้ว่า มนุษย์ต้องมีการปรับตัวในชีวิตประจำวัน เมื่อเข้าวัยผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และสังคมสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุก็น่าจะมีความสามารถในการปรับตัวได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

2.4 ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = .205$) หมายความว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความปวดมาก ยิ่งมีผลต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Zutra and Smith (2001) ความปวดที่เกิดจากข้อเข่าเสื่อมพบมากในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อาจวิเคราะห์ได้ว่า ที่อาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าตรงกับเป้าหมายของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมก็คือการควบคุมอาการของโรค ชะลอความเสื่อม และลดความเจ็บปวดของข้อเข่า ช่วยให้ข้อเข่าสามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติมากที่สุด (แหวดาว ทวีชัย, 2543)

2.5 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = .569$) หมายถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความเครียดสูง มีภาวะซึมเศร้าสูง ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความเครียดต่ำ ก็จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสิฐชัย ประเสริฐสุด (2548) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Volicer and

Burns (1977) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของ พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้สูง คือ ความเจ็บป่วย ยังมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก ยังมีความเครียดสูง กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด เป็นอารมณ์ความรู้สึก (Emotion) ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดความเจ็บป่วยต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ (2540) พบว่า ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดตามมา

2.6 รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = -.208$) หมายถึง การที่มีรายได้สูงทำให้ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ มนฤดี บุราณ (2548) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,683.33 บาท อาจวิเคราะห์ได้ว่าลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายผู้สูงอายุไทยยังคงอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน และญาติ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จึงได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของต่างๆ จากบุตรหลาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mendes de Leon et al. (1994) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัญหารายได้และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีมีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ในทางกลับกันผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่แน่นอน ขาดหลักประกันจากการหยุดงาน การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจดังกล่าว ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (วาสนา ฟุ้งฟู, 2548)

2.7 ภาวะทุพพลภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = -.215$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศีวีวรรณ ปัญญา (2548) ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อข้อเข่าเสื่อมรุนแรงขึ้น ได้แก่ การนั่งพับเพียบหรืองอเข่า การยกหรือหิ้วของหนัก การเดินบนพื้นขรุขระ การไม่ใช้อุปกรณ์พยุงเข่า การไม่ใช้ความเย็นประคบเมื่อปวดและบวมที่ข้อเข่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = -.46$) โดยอธิบายได้ว่าผู้ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ว่าภาวะซึมเศร้าอาจพัฒนาขึ้นมาจากการตอบสนองต่อการสูญเสีย

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างรวดเร็วโดยที่ไม่ได้มีเวลาเตรียมใจยอมรับสภาพมาก่อน

2.8 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r_s = -.164$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมยิ่งสูงยิ่งทำให้ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร ศิริวัลย์ (2540) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ผกผันกับภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Cobb (1976) กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ อาจวิเคราะห์ได้ว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ทั้งในยามที่ปกติหรือเจ็บป่วย หากได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังที่จะเผชิญอุปสรรคอันเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าความเครียด และความปวดมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด
2. นำปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลและพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ตลอดจนเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป
3. ควรจัดให้มีหน่วยให้คำปรึกษา แนะนำ ด้านการให้ความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติมีความคิดเห็นและทัศนคติในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมานาน กลุ่มที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย หรือ กลุ่มที่หลังได้รับการผ่าตัด
2. ควรมีการศึกษารูปแบบของโปรแกรมในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น รูปแบบการจัดการความปวดและความเครียดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ เหมะธร, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, สมใจ ทุนกุล และสุลี ทองวิเชียร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร**. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร.
- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). **ภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. **พยาบาลสาร** 25(3): 9-20.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). **สุขภาพคนไทย พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย**. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. (2530). **ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัดเจน จันทร์พัฒน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2532). **สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศุภวณิช.
- ทัศนาศ บุณทอง. (2531). **พยาบาลกับการป้องกันโรคทางจิต**. ใน **เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมาตาทารกและการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: ศุภวณิช.

- ทศพร พัฒนนิริมาน. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บัณฑิต และสมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความทรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. **วารสารจิตวิทยาคลินิก** 21(1): 26-45.
- ธีรสาส์น ศิริรัฐนิคม. (2546). Osteoarthritis. ใน นครชัย เพื่อนปฐม (บรรณาธิการ), **Clinical Practice Guideline.** กรุงเทพมหานคร: โอเอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- นันทนา กสิตานนท์. (2546). พยาธิกำเนิดและสาเหตุการเกิดโรค. ใน วรวิทย์ เล่าห์เนฐ (บรรณาธิการ), **โรคข้อเสื่อม.** เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- นันทิกา ทวีชาชาติ และคณะ. (2534). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** 4: 195-203.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าของในผู้สูงอายุ. **สารศิริราช** 46(1): 1-9.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2545). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน จันทนา รัตนวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), **โรคข้อเสื่อม.** กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- นินยา สออารีย์. (2546). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด.** สงขลา: แมกซ์มีเดีย วาย ทู เค เพลส.
- ณัฐนาฏ ไชยศิริ และจินตนา ยูนิพันธ์. (2535). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 4(3): 77-85.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุไทย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (บรรณาธิการ), **คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ.** นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพร จินนุทยา. (2536). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปราณี ศรีสงคราม. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล บ้านหมี่. ในงานประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข 2551 “ตั้งดวงแก้ว ส่องฟ้า สาธารณสุข” วันที่ 28-30 พฤษภาคม 2551. ณ โรงแรมบรินซ์ พาเลซ (มหานาค) กรุงเทพมหานคร.
- ปองจิตร ภัทรนาวิก และปาริชาติ จันท์สุนทรพร. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการตอบสนองต่อความปวดกับความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อเข่าในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 10(2): 101-113.
- พนิดา กุลประสูติติก. (2546). **คู่มือรักษาอาการเจ็บเข่า**. กรุงเทพมหานคร: เอมี เทรดตั้ง.
- พรนิภา ไครบุตร. (2540). รายงานการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของ **ผู้สูงอายุในอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร**. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร.
- พิสิฐฐ์ ชัยประเสริฐสุด. (2548). **ภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรียา ไชยลังกา และคณะ. (2545). **ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์เล่ม 1)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เอส ซี วี บิสซิเนสส์.
- เพ็ญศรี หลินศวนนท์. (2543). **ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. (2542). **กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียดการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พาริดา อิบราฮิม. (2546). **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- ฉิววรรณ อุณนาภิรักษ์. (2547). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- มธุรส จันท์แสงสี. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มารีสา สุวรรณราช. (2544). **ความปวด การจัดการกับความปวด และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มลฤดี บุราณ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวรัตน์ ชันธิวิชัย. (2544). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภา แก้วเคน. (2545). **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แหวดดาว ทวีชัย. (2543). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรวิทย์ เล่าห์เรณู. (2546). **โรคข้อเสื่อม**. ธนบรรณการพิมพ์: เชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรียรรณมา ตันศิริ และคณะ. (2535). **ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านวาสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข 6(1): 32-39.**
- ศรียรรณมา ปัญติ. (2548). **พฤติกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). **มาตรฐานการปฏิบัติการจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา**. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมชาย อรรถศิลป์ และอุทิศ ดีสมโชค. (2541). โรคข้อเข่าเสื่อม ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ และสุรวุฒิ ปรีชานนท์ (บรรณาธิการ), **คู่มือโรคข้อ**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การดูแลตนเอง: ศาสตร์ศิลปะทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรีนติ้ง.
- สุณี สวรรณพสุ. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ, และไพบุลย์ สุริยะวงค์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: โฮสติค พับลิชชิ่ง.
- สุภาพ อารีย์เอื้อ. (2540). **ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพาศ์. (2545). **รายงานการวิจัยเรื่อง ความเครียด สุขภาพและความเจ็บป่วย: แนวคิดและการศึกษาในประเทศไทย**. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์. (2540). **ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาควอด ไตรเซ็ปส์ในผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทิศ ดีสมโชค. (2536). อาการทางข้อและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. **จุลสารรูมาติซึม** 4 (6) : 2-8.
- อัมพร ศิวิลัย. (2540). **ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนในสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Beck, A.T. (1967). **Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects**. New York: Hoeber Medical Division.
- Belmont, C.A. (2000). Stress, coping and health. In G.A. Pacific Grove, N.Y. Albany, and C.A. Belmont (eds.). **Psychology: Themes and variation briefer version**. Boston: Wadsworth pp.378-405.
- Berman, B.M. et al. (1999). A Randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. **Journal of Rheumatology** 36: 346 -354.
- Bellamy, N., Sothenm, R.B., and Campbell, J. (1990). Rhythmic variation in pain perception in osteoarthritis of knee. **Journal of Rheumatology** (17): 364-372.
- Burke, M. and Flaherty, M.J.(1993). Coping strategies and health status of elderly arthritic women. **Journal of Advance Nursing** (18): 7-13.
- Busch-mann, M.T., Dixon, M.A. and Tichy, A.M. (1998). Geriatric Depression. In Allender, J.A. and Rector, C.L. (eds). **Reading in Gerontological Nursing**. Philadelphia: Lippincott: 426-436.
- Beeber, L.S. (1998). Treating depression though the therapeutic nurse client relationship. **Nursing Clinics of North America** 33(1): 153-172.
- Birchfield, P.C. (2001). Osteoarthritis overview. **Geriatric Nursing** 22(3): 124-131.
- Blixen, C.E. and Kippes, C. (1999). Depression, Socail Support and Quality of Life in Older Adults With Osteoarthritis. **Journal of Nursing Scholarship** 31(3): 221-226.
- Brandt, P.A. and Weinert, C. (1985). The PRQ A social support measure. **Nursing Research** 30 : 277-280.
- Bonica, J.J. (1990). **The management of pain**. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Caine, R.M. and Bufalino, P.M. (1998). **Critical adult: Nursing care planning guides**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Carter, M.A. (1997). Osteoarthritis. In S.A.Price and L.M .wilson (Eds.). **Pathophysiology: Clinical concepts of disease Process**. 5th ed. St.Louis: Mosby.

- Creamer, P., Lethbridge-Cejku, M. and Hochberg, M.C. (1999). Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. **Journal of Rheumatology** 26(8): 1785-1792.
- Callaghan, P. and Morrissey, J. (1992). Social Support and health: A review. **Journal of Advanced Nursing** 18(6): 203 – 210.
- Cobb, S. (1976). Social support as a Moderator of Life stress. **Psychosomatic Medicine** 38 (5): 300- 313.
- Dekker, J., Boot, B., van der Woude, L. and Bijlsma, J.W.J. (1992). Pain and disability in osteoarthritis in osteoarthritis: a review of biobehavioral mechanisms. **Journal of behavior Medicine** 15: 189-214.
- DeVellis B.M. (1995). The psychological impact of arthritis: prevalence of depression. **Arthritis care and Research** 8(4): 284-289.
- Dillon, C.F., Rasch EK, Gu Q, Hirsch R. (2006). Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the Third Nation Health and Nutrition Examination Survey 1991- 1994. **Journal of Rheumatology** 33(11): 227 1-9.
- Doan, B. D. and Wadden, N.P. (1989). Relation between depression symptoms and description of chronic pain. **Journal of Pain** 36: 75-84.
- Dworkin, R.H. and Gitlin, M.J. (1991). Clinical aspects of Depression in chronic pain patients. **Clinical Journal of Pain** 7: 79-94.
- Eliopoulos, C. (1993). **Gerontological nursing**. 3thed. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Ebersole, P. and Hess, P. (2001). **Geriatric Nursing & Health Aging**. St. Louis: Mosby.
- Ferrell, B.E., Wisdom, C. & Wenzl, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. **Journal of Cancer** 63(11): 2321-2327.
- Fifield, J., Reisne, S.T. and Grady, K. (1991). Work disability and the experience of pain and depression in rheumatoid arthritis. **Social Science and Medicine** 33(5): 579-585.
- Fry, P.S. (1986). **Depression, stress and adaptation in the elderly**. Rockville: Aspen.
- Gunther et al. (1998). Prevalence of generalized osteoarthritis: the osteoarthritis Study. **Annals of the Rheumatic Diseases** 57(1): 717-723.
- Hamerman, D. (1995). Clinic implications of osteoarthritis and aging. **Annals of the Rheumatic Diseases** 54(2): 82-85.

- Husaini, B.A. and Moore, S.T. (1990). Arthritis, disability, depression, and life satisfaction among elderly Black People. *Journal of Health and Social Work* 15: 253-260.
- Jacoby, R. (1997). *Psychiatry in elderly*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Jacobson, D.E. (1986). Type and timing of social support. *Journal of Social Behavior* 27(9): 250-264.
- Jitapunkul, S. (1994). Disability: the elderly problems. *Chula Medicine Journal* 38(2): 68-75.
- Katz, I.R. (1996). On the inseparability of mental and physical health in age person lessons from depression and medical comorbidity. *American Journal Geriatric Psychiatry* (4): 1-16.
- Kneef, F.J. et al. (1987). Osteoarthritis knee pain: a behavioral analysis. *Journal of Pain* 28: 309-321.
- Kneefe, F.J., et al. (2000). The Relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Journal of Pain* 87: 325-334.
- Koeing, H. G., Meader, K. G., Cohen, H. T. and Blazer, D.G. (1988). Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Archive Internal Medication* 148:1929 -1936.
- Kurlowicz, H.L. (2003). Depression in Older Adults. In Mezey, M.; Fulmer T.; and Abraham L. (eds.). *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*, pp. 185-206. New York: Springer.
- Lazalus, R.S. and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and Coping*. New york: Springer.
- Mahoney, F.I. and Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State. *Journal of Medicine*,14: 61-65.
- McAlindon, T.E., Cooper, C. Kirwan, J.R., Dieppe, P.A. (1993). Determinants of Disability in osteoarthritis of the knee. *Journal of Annuals Rheumatoid Disease*, 52: 258-262.
- McCaffery, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*. New york : J.B. Lippincott.

- McCarthy, C., Cusnaghan, J. and Dieppe, P. (1994). Osteoarthritis. In P.P. Wall and R. Melzack (Eds.), **Textbook of pain**, pp.388-396. New York: Churchill livingstone.
- Meenan, R.F., Mason, J.H., Anderson, J.J., Guccion, A.A., & Kazis, L.E., (1992). The content properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status questionnaire. **Arthritis and Rheumatism** 35: 1-10.
- Mendes de Leon, C.F., Rapp, S.S. and Kasl, S.V. (1994). Financial strain and syndrome of depression in a community sample of elderly men and women: a longitudinal study. **Journal of Aging and Health** 6(4): 448-468.
- Miller, C.A. (1999). **Nursing Care of Older Adults: Theory and Practice**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Moskowitz, R.W. (1993). **Osteoarthritis: Diagnosis and medical / surgical management**. Philadelphia: WB. Saunders.
- National Academy on an Aging Society. (2000). **Arthritis: A Leading Cause of Disability in the United States**. National Academic on an Aging Society. Washington.
- Parmelee, P. A., Harralson, L.T., Smith, A.L., BA and Schumacher, R.H. (2007). Necessary and Discretion Activity in Knee Osteoarthritis: Do They Mediate the Pain-Depression Relationship?. **American Academy of Pain Medicine** 8(5): 449-461.
- Polit, D. F., and Beck, T.B. (2004). **Nursing research: Principle and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Radloff, L.A. (1977). Self-report depression scale for research in the general population. **Apply Psychological Measurement** 1: 385-401.
- Robinson, M.E., Gagnon, C.M., Riley, J.L. and Price, D.D. (2003). Altering gender role expectations: effects on pain tolerance, pain threshold and pain ratings. **Journal of Pain** 4: 284-288.
- Rollnik, J.D., et al. (2003). Gender differences in coping with tension-type headaches. **Journal of Europe Neurological** 50: 73-77.
- Roy, C. (1976). **Introduction to Nursing: An Adaptation Model**. Prentice-Hall: Englewood.
- Saunders, C. (1990). **Hospice and Pallative Care**. Edward Arnold.

- Serlin, R.C., Mendora, T.R., Nakamura, Y., Edwards, K.R. and Cleelan, C.S. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. **Journal of Pain** (61) : 277-287.
- Sherina, M. S. N., Afiah, M. Z. and Mustaqim, A. (2003). Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. **Journal of Asia Pacific Family Medicine** 2(5): 196-199.
- Steultjens, M.P.M., Dekker, J. and Bijlsma, J.W.J. (2002). Avoidance of Activity and Disability in Patients With Osteoarthritis of the Knee. **Journal of Arthritis and Rheumatism**, 46(7): 1784-1788.
- Tsai, P. (2005). Predictors of distress and depression in elders with arthritic pain. **Journal of Advanced Nursing**, 51(2): 158-165.
- Velente, S.M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. **American Journal of Nursing** 94(12): 18-25.
- Volicer, B.J. and Burns, M.W. (1977). Preexisting correlates of hospital stress. **Nursing Research** 26(12): 408-415.
- Wilcox, S., et al. (2000). Factors Related to sleep disturbance in older adults experiencing knee pain or knee pain with radiographic evidence of knee osteoarthritis. **Journal of American Geriatric Society** 48: 1241-1251.
- Walker, J. (1989). The management of elderly patient with painful conditions. **Nursing Times** 85 :153.
- Zautra, A.J. and Smith, B.W. (2001). Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. **Journal of Psychosomatic Medicine** 63(4): 687-696.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

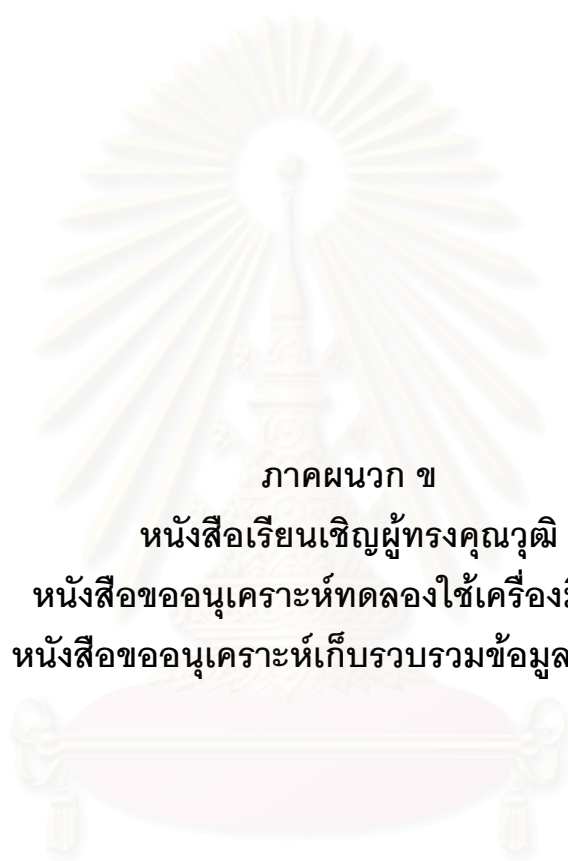
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน

ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์พรภวิษณ์ ศรีภิรมย์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี
2. พลตรีหญิง รศ.พญ. พรทิศา ชัยอำนวย	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคข้อ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
4. อาจารย์ ดร. รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
5. คุณสุณี สุวรรณพสุ	พยาบาลผู้ชำนาญการ ว.7 ตึก ภปร. ชั้น 16 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
หนังสือขออนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย
หนังสือขออนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/1399

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานท่าน นายแพทย์ พรภวิษญ์ ศรีภิรมย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตพัฒนาขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวิชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ พรภวิษญ์ ศรีภิรมย์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081- 5585843

ที่ ศธ 0512.11/1399

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามาริบัติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาริบัติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ นิสิตพัฒนาขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081- 5585843

ที่ ศธ 0512.11/1399

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตพัฒนาขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญชวิชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081-5585843

ที่ ศธ 0512.11/1399

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์นิติสดชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานท่าน พลตรีหญิง รศ. พญ. พรทิศา ชัยอำนาจ แผนกโรคข้อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตพัฒนาขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

พลตรีหญิง รศ.พญ. พรทิศา ชัยอำนาจ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081-5585843

ที่ ศธ 0512.11/1399

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์นิติสดชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ คุณสุณี สุวรรณพสุพยาบาลผู้อำนวยการ ว.7 ตึก ภปร. ชั้น 16 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตพัฒนาขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

คุณสุณี สุวรรณพสุ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081-5585843

ที่ ศธ 0512.11/ 1758

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 สิงหาคม 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยใช้ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม และข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081-558-5843

ที่ ศธ 0512.11/ 1759

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 สิงหาคม 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน โดยใช้ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม และข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081-558-5843

ที่ ศธ 0512.11/ 1759

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 สิงหาคม 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน โดยใช้ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม และข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081-558-5843

ที่ ศธ 0512.11/ 1759

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 สิงหาคม 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน โดยใช้ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม และข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

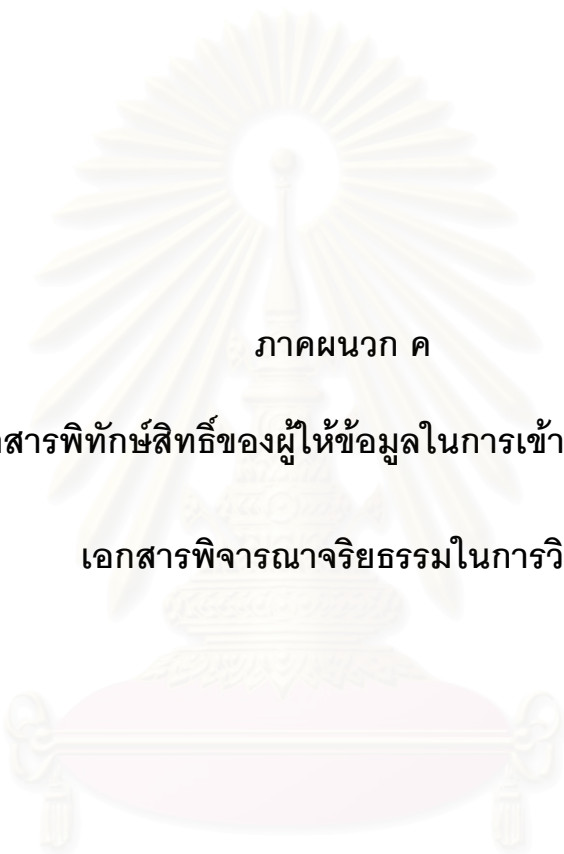
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ โทร 081-558-5843



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงและคำพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

“ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ”

โดย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยนางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์นี้จะสำเร็จ ลุล่วงได้ จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน ถือเป็นความลับ ไม่เกิดผลกระทบต่อท่าน ทั้งหน้าที่การงาน และด้านส่วนตัว ซึ่งคำตอบของท่าน มีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี และในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากท่านไม่ต้องการที่จะตอบแบบสอบถามจนครบ ท่านสามารถยกเลิกการตอบแบบสอบถาม ครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการบริการที่ท่านได้รับ คำตอบของท่าน จะนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม และใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
ชื่อผู้วิจัย นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 วช.
สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลราชวิถี
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6447000 ต่อ 3190 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-558-5843
โทรศัพท์บ้าน 02-6448869 ต่อ 1018 E-mail Address: tookpatt@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความปวด ความเครียด ภาวะทุพพลภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

3. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งโดยรวมจากการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยคาดว่าจะระบวงวนผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับในโครงการวิจัยครั้งนี้ โดย

4.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมกระดูก และข้อของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ และไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นบุคคลที่สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี รวมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบสุ่มอย่างง่าย

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่มาจากการศึกษาและวิเคราะห์เอกสารทั้งที่เป็นตำรา วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ รายได้ ปัจจัยทางด้านสุขภาพความเจ็บป่วย คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความปวด ความเครียด ภาวะทุพพลภาพ ปัจจัยทางด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม

5. การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุ สามารถสนทนาและแสดงความรู้สึกด้วยความอิสระโดยไม่มีการบังคับ และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการให้ข้อมูล มีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัย มีอิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นขณะให้สัมภาษณ์ตามความเป็นจริง ซึ่งผู้สูงอายุจะไม่ได้รับอันตราย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ โดยกำหนดไว้ในมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนในการวิจัย

6. โครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงใดๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ นอกจากจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากการดำเนินการวิจัยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ และไม่มีการนัดพบกลุ่มตัวอย่างเป็นการส่วนตัวนอกเหนือจากวันนัดตรวจตามปกติ โดยแพทย์ผู้รักษา

7. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาในการปฏิบัติตัวรวมทั้งข้อสงสัยที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเองในโรคข้อเข่าเสื่อมรวมทั้ง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยระบายความรู้สึกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่หมายเลข 081-558-5843 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีวิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นแก่ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ - นามสกุล ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบ และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

12. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 150 คน

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 124/2551

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม"

(ภาษาอังกฤษ) "Selected Factors related to Depression in Older person with Knee Osteoarthritis"

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวภัทราภร วีริยวงศ์
ตำแหน่ง -
สังกัดหน่วยงาน นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2551

ลงนาม

(รศ.คลินิก (พิเศษ) นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นางวราณี จินารัตน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EC.7

ใบสรุปคำรับรองความเห็นคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลเลิดสิน

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจุบันคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวทิพรานกร วีริยวงศ์

ความเห็น

- สมควรให้การรับรอง
- ไม่สมควรให้การรับรอง (ระบุเหตุผลและ / หรือข้อเสนอนะ) (ถ้ามี)

เหตุผลและข้อเสนอนะ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

ใบรับรองนี้ ออกให้ ณ วันที่ 9 ตุลาคม 2551 หมดอายุ 8 ตุลาคม 2552

(นายแพทย์วีร ประสาทฤทธา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเลิดสิน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Q040q51 Exp



คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยศาสตร์
ชั้น 6 อาคารพระมอญกุดข้าวปุ้นวิทยา วิทยาลัยพยาบาลพระมอญกุดข้าว
317 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (02) 2554-7600-28 ต่อ 942/70 โทรสาร 02-2554-9011

ที่ 1322 /2551

วันที่ 14 กันยายน 2551

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย
เขียน นางสาวกัญจกร นี้อยวงค์ นศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สิ่งที่ส่งมาด้วย -แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยจิตสธรรมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม" เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรม จากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยศาสตร์ เพื่อประกอบการพิจารณาพิจารณาสนับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยศาสตร์ พิจารณาดังนี้เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2551 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์เรื่องท่าน และแบบรายงานสรุปผลการวิจัย มายังคณะอนุกรรมการฯ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

-

(ชยานุภา ธนะพิพัฒน์)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ

D:\Conrad\RE\Case\Q040q51_Exp.doc

สงวนลิขสิทธิ์ © 2551 โดยสถาบันวิทยบริการ พิมพ์ครั้งที่ 14, กรุงเทพมหานคร สถาบันวิทยบริการ 10110 กรุงเทพมหานคร โทร. 02-2554-7600-28 โทรสาร 02-2554-9011





คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๗/๑๐๗๖

ชื่อโครงการ	วิจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๐-๕๑-๔๘ ๐
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวกัทรากร วิวิวงศ์
ที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ
องค์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

“ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ”
โดย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามในการวิจัยแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

() 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 3.มัธยมศึกษา

() 2.ประถมศึกษา

() 4.ปริญญาตรี

() 5.อื่นๆโปรดระบุ.....

4. รายได้(ค่าจ้าง/ค่าตอบแทน/เงินบำนาญ/จากบุตรหลาน)ที่ท่านได้รับต่อเดือนประมาณเท่าใด

รายได้.....บาท / เดือน

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะทุพพลภาพ

Chula ADL Index (CAI) (Jitapunkul, 1994)

1. Walking outdoor (เดินหรือเคลื่อนย้ายนอกร้าน)

- 0 เดินไม่ได้
- 1 ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง
- 2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
- 3 เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องเดิน เช่น walker)

2. Cooking (ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว)

- 0 ทำไม่ได้
- 1 ต้องการคนช่วยในการทำหรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ล่วงหน้า จึงจะทำได้
- 2 ทำเองได้

3. Heavy house work (ทำความสะอาด ภูบ้าน / ซักรีดเสื้อผ้า)

- 0 ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย
- 1 ทำได้เอง

4. Money exchange (ทอนเงิน / แลกเงิน)

- 0 ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย
- 1 ทำได้เอง

5. Public transport (ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว)

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
- 2 ไปมาเองได้

คะแนนรวม.....คะแนน (สำหรับผู้วิจัย)

การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรงของ CAI

- 1. () 0-4 คะแนน แสดงว่า ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด
- 2. () 5-8 คะแนน แสดงว่า ภาวะพึ่งพิงปานกลาง
- 3. () 9 คะแนน แสดงว่า ดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวด

โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกปวดเข้าของท่าน

1. ความรู้สึกปวดเข้า **สูงสุด** ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา **สำหรับผู้วิจัย ()**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ไม่ปวด ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด

2. ความรู้สึกปวดเข้า **ต่ำสุด** ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา **สำหรับผู้วิจัย ()**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ไม่ปวด ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด

3. ความรู้สึกปวดเข้า **โดยเฉลี่ย** ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา **สำหรับผู้วิจัย ()**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ไม่ปวด ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด

4. ความรู้สึกปวดเข้าใน **ขณะ** ทำแบบสอบถาม **สำหรับผู้วิจัย ()**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ไม่ปวด ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

ไม่เคย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน /สัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน /สัปดาห์
บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน /สัปดาห์

ข้อความ	ไม่เคย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ค่อนข้าง บ่อย (2)	บ่อยครั้ง (3)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย					
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร					
3.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
20. ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต					

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้แบบสัมภาษณ์ความเครียดของท่านซึ่งเป็นผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบคำถามตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

คำถามส่วนแรก เป็นเหตุการณ์ที่ท่านเผชิญเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เกิดเหตุการณ์ตามข้อความนั้นเลย
บ่อย	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ บ่อยครั้ง
ประจำ	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ เป็นประจำ

คำถามส่วนที่สอง เป็นการประเมินระดับความเครียดของท่าน เมื่อท่านมีความรู้สึกเกิดขึ้นตามข้อความนั้นๆในส่วนแรกที่ได้ถามท่านมาแล้ว

ไม่เครียด	หมายถึง	เหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ ไม่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกเครียดเลย
เครียดปานกลาง	หมายถึง	เหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ ทำให้ท่านเกิดความเครียดปานกลาง
เครียดมาก	หมายถึง	เหตุการณ์ ตามข้อความนั้น ๆ ทำให้ท่านเกิดความเครียดมาก

แบบวัดความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อความ	เหตุการณ์			ระดับความเครียด			
	ไม่เลย(0)	บ่อย(1)	ประจำ(2)	ไม่เครียด เลย (0)	เครียดปาน กลาง (1)	เครียดมาก (2)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านต้องอยู่บ้านตลอดหรือเกือบทั้งวันเนื่องจากข้อเข่าเสื่อม							
2. ในวันหนึ่ง ๆ ส่วนใหญ่ท่านอยู่บนเก้าอี้หรือเตียง							
3. ท่านไม่สามารถเดินทางไปไหน ๆ ได้เนื่องจากปวด ชัด บวม ของข้อเข่า							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
20.							

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามด้านล่างนี้บรรยายเกี่ยวกับกรที่ได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบเท่านั้น โดยแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น การเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 3 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงมาก |
| 2 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงปานกลาง |
| 1 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงน้อย |

ข้อความ	ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น			
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสมต่อท่าน (เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น)				
2. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างเพียงพอ				
3. ท่านมีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อต้องการ				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
37. มีผู้บอกหรือแสดงให้ท่านรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น				

2 เครียดมาก

1 เครียดปานกลาง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

0 ไม่เครียดเลย

รูปภาพมาตราส่วน

3**มาก****2****ปานกลาง****1****น้อย**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน ด้านการเคลื่อนไหวจำแนกตามรายข้อ

การเคลื่อนไหว	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ต้องอยู่บ้านตลอดหรือเกือบทั้งวันเนื่องจากไม่สามารถใช้ข้อเข่าได้	.74	.81	.18	.39
2. ในวันหนึ่ง ๆ ส่วนใหญ่ต้องอยู่บนเก้าอี้หรือในเตียง	.7	.87	.16	.37
3. การไม่สามารถเดินทางไปไหน ๆ ได้เนื่องจากปัญหาของข้อเข่า	1.15	.82	.27	.45
โดยรวมเฉลี่ย	.86	.83	.20	.40

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเครียด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าการไม่สามารถเดินทางไปไหน ๆ ได้เนื่องจากปัญหาของข้อเข่า มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.15$) ส่วนการต้องอยู่บ้านตลอดหรือเกือบทั้งวันเนื่องจากไม่สามารถใช้ข้อเข่าได้มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=.74$) และการที่ในวันหนึ่ง ๆ ส่วนใหญ่ต้องอยู่บนเก้าอี้หรือในเตียงนั้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=.7$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายจำแนกตามรายชื่อ

การทำหน้าที่ของร่างกาย	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. การไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องอาศัยคนอื่นหรือต้องใช้ อุปกรณ์ช่วยเดิน	.85	.82	.18	.39
2. การเดินหรือก้าวขึ้นลงบนไต่ลำบาก	1	.78	.24	.43
3. การรู้สึกยากลำบากในการก้มตัวยกของหรือ ยื่นนานๆ	1.11	.75	.28	.45
4. การที่ไม่สามารถทำงานได้ตามที่ต้องการ	1.19	.83	.33	.47
โดยรวมเฉลี่ย	1.03	.8	.26	.44

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเครียด เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า โดยที่ การไม่สามารถทำงานได้ตามที่ต้องการมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.19$) ส่วนการรู้สึกยากลำบากในการก้มตัวยกของหรือยื่นนานๆมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=1.11$) และการที่ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องอาศัยคนอื่นหรือต้องใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินนั้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=.85$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน ด้านการดำรงบทบาทจำแนกตามรายชื่อ

การดำรงบทบาท	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. การที่ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้านได้เต็มที่	1.15	.82	.28	.45
2. การไม่สามารถช่วยเหลืองานบุตรหลานได้ตามปกติ	.81	.88	.18	.39
3. การไม่สามารถทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวได้	1.04	.85	.23	.42
โดยรวมเฉลี่ย	1	.85	.23	.42

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเครียด เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า โดยที่ การไม่สามารถทำหน้าที่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้านได้เต็มที่ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.15$) ส่วนการไม่สามารถทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวได้มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=1.04$) และการที่ไม่สามารถช่วยเหลืองานบุตรหลานได้ตามปกตินั้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=.81$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน ด้านการทำหน้าที่ในสังคมจำแนกตามรายชื่อ

การทำหน้าที่ในสังคม	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. การไม่สามารถจะเข้าร่วมสังสรรค์กับลูกหลานในครอบครัวได้	.7	.76	.18	.39
2. การไม่สามารถจะออกไปพูดคุยสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน ญาติมิตร หรือเพื่อนฝูงนอกบ้านได้	.63	.74	.19	.39
3. การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ	.56	.85	.08	.27
โดยรวมเฉลี่ย	.63	.78	.15	.35

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเครียด เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าโดยที่ การไม่สามารถจะเข้าร่วมสังสรรค์กับลูกหลานในครอบครัวได้มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=.7$) ส่วนการไม่สามารถจะออกไปพูดคุยสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน ญาติมิตร หรือเพื่อนฝูงนอกบ้านได้มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=.63$) และการที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกตินั้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=.56$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน ด้านการทำกิจวัตรประจำวันจำแนกตามรายข้อ

การทำกิจวัตรประจำวัน	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. การต้องมีผู้ช่วยเหลือในการลุกนั่งโดยเฉพาะขณะเข้าส้วม	.63	.79	.17	.50
2. การต้องมีผู้ช่วยเหลือในการลุกนั่งโดยเฉพาะขณะอาบน้ำในห้องน้ำ	.22	.5	.04	.20
3. การต้องมีผู้ช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า	.15	.46	.02	.16
โดยรวมเฉลี่ย	.33	.58	.07	.29

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเครียด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการลุกนั่งโดยเฉพาะขณะเข้าส้วม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = .63$) ส่วนการต้องมีผู้ช่วยเหลือในการลุกนั่งโดยเฉพาะขณะอาบน้ำในห้องน้ำมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X} = .22$) และการที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้านั้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = .15$)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน ด้านความปวดจำแนกตามรายข้อ

ความปวด	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. การมีอาการปวดบริเวณข้อเข่ามากจนไม่สามารถพักผ่อนได้	.93	.78	.42	.50
2. การไม่สามารถงอเข้าหรือเหยียดเข้าได้เต็มที่เนื่องจากปวดบวมข้อเข่า	1	.83	.11	.31
3. การมีอาการข้อเข่าตึงแข็งภายหลังตื่นนอนตอนเช้าหรือเมื่ออยู่ในอิริยาบถเดินนานๆ	1	.76	.11	.31
4. การมีอาการปวดบริเวณข้อเข่ามากขณะเคลื่อนไหว	1.11	.75	.08	.27
โดยรวมเฉลี่ย	1.01	.78	.18	.35

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเครียด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอาการปวดบริเวณข้อเข่ามากขณะเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.19$) ส่วนการไม่สามารถงอเข้าหรือเหยียดเข้าได้เต็มที่เนื่องจากปวดบวมข้อเข่าและมีอาการข้อเข่าตึงแข็งภายหลังตื่นนอนตอนเช้าหรือเมื่ออยู่ในอิริยาบถเดินนานๆมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาเท่ากัน($\bar{X}=1$) ส่วนอาการปวดบริเวณข้อเข่ามากจนไม่สามารถพักผ่อนได้นั้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=.93$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน จำแนกตามรายข้อ

ด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสมต่อท่าน (เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น)	1.8	.66	ปานกลาง
2. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างเพียงพอ	1.83	.64	ปานกลาง
3. การมีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อต้องการ	1.73	.61	ปานกลาง
4. การมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมกับผู้อื่น	1.89	.72	ปานกลาง
5. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่ทันสมัย	1.6	.69	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย	1.77	.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{X}=1.77$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมกับผู้อื่นนั้น มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.89$) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่ทันสมัย มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย คำน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.6$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านวัตถุ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน จำแนกตามรายชื่อ

ด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านวัตถุ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การมีบุคคลที่จะไปกับท่านเมื่อต้องการ	1.67	.69	ปานกลาง
2. การมีผู้ช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน (เช่น การแต่งกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น)	1.66	.74	ปานกลาง
3. การมีคนดูแลเมื่อออกนอกบ้าน	1.63	.77	ปานกลาง
4. การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุคคลใกล้ชิด	1.56	.77	ปานกลาง
5. เมื่อมีปัญหาด้านการเงิน จะมีผู้คอยช่วยเหลือ	1.57	.76	ปานกลาง
6. เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจะมีผู้คอยช่วยเหลือ	1.64	.77	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย	1.62	.75	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านวัตถุ อยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{X}=1.62$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีบุคคลที่จะไปกับท่านเมื่อต้องการนั้น มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.67$) ส่วนการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุคคลใกล้ชิด มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย ค่าน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.56$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน จำแนกตามรายข้อ

ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม	1.61	.74	ปานกลาง
2. การพบปะเพื่อนฝูงหรือบุคคลที่รู้จักมักคุ้นทักทายกันเสมอ	2.02	.75	ปานกลาง
3. การได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น	1.87	.64	ปานกลาง
4. การร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรมกับบุคคลรอบข้าง	1.75	.68	ปานกลาง
5. การรับรู้ความเป็นไปของบุคคลรอบข้างเสมอ	1.75	.74	ปานกลาง
6. การรู้สึกที่ตนเองมีส่วนสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น	1.62	.8	ปานกลาง
7. การใช้เวลาดำรงส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมทางสังคม	1.62	.77	ปานกลาง
8. การชอบที่จะพบปะพูดคุยกับคนอื่น เมื่อมีเวลา	1.59	.75	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย	1.72	.73	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{X}=1.72$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยการพบปะเพื่อนฝูงหรือบุคคลที่รู้จักมักคุ้นทักทายกันเสมอนั้น มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.02$) ส่วนการชอบที่จะพบปะพูดคุยกับคนอื่น เมื่อมีเวลา มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย คำน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.59$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองของความต้องการ ด้านอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน จำแนกตามรายชื่อ

ด้านการตอบสนองของความต้องการ ด้านอารมณ์	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การได้รับการเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ	1.58	.68	ปานกลาง
2. มีผู้รับฟังเมื่อไม่สบายใจ	1.61	.68	ปานกลาง
3. บุคคลรอบข้างมักแสดงให้รู้สึกว่าคุณใจที่ได้ใกล้ชิด	1.8	.67	ปานกลาง
4. บุคคลรอบข้าง ญาติมิตรหรือบุตรหลานไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้หมดกำลังใจ	1.82	.77	ปานกลาง
5. เมื่อมีอันตรายเกิดขึ้นมั่นใจว่าต้องมีผู้ช่วยเหลือ	1.95	.79	ปานกลาง
6. บุคคลรอบข้างทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	1.83	.78	ปานกลาง
7. ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว	1.77	.78	ปานกลาง
8. เมื่อมีความทุกข์ทางใจ แนใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือ จากบุคคลรอบข้าง	1.81	.72	ปานกลาง
9. บุคคลรอบข้างทราบปัญหาและความต้องการดี	1.78	.63	ปานกลาง
10. มีคนที่รู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาสำคัญได้	1.73	.67	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย	1.77	.72	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองของความต้องการ ด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{X}=1.77$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อมีอันตรายเกิดขึ้นมั่นใจว่าต้องมีผู้ช่วยเหลือนั้น มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.95$) ส่วนการได้รับการเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย คำน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.58$)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน จำแนกตามรายชื่อ

ด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การมีผู้ให้ความเคารพยกย่อง	1.9	.67	ปานกลาง
2. บุคคลรอบข้างคอยให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติงเพื่อให้กระทำในสิ่งที่เหมาะสมขึ้น	1.8	.8	ปานกลาง
3. การได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจเมื่อกระทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม	1.8	.79	ปานกลาง
4. การได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานบ้านที่สามารถทำได้ (เช่น การอบรมเลี้ยงดูหลาน การดูแลบ้าน เป็นต้น)	1.6	.7	ปานกลาง
5. การมีผู้ให้กำลังใจสนับสนุนให้ทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง (เช่น การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก เป็นต้น)	1.58	.72	ปานกลาง
6. การมีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำ	1.6	.7	ปานกลาง
7. การมีโอกาสตัดสินใจกิจกรรมของครอบครัว	1.64	.69	ปานกลาง
8. การมีผู้บอกหรือแสดงให้รู้สึกว่าคุณมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	2.29	.67	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย	1.78	.72	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า อยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{X}=1.78$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีผู้บอกหรือแสดงให้รู้สึกว่าคุณมีประโยชน์ต่อผู้อื่นนั้น มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.29$) ส่วนการมีผู้ให้กำลังใจสนับสนุนให้ทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง มีค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ย คำน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.58$)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวภัทราภร วิริยวงศ์ เกิดวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2521 ที่จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษา
 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เมื่อปีการศึกษา 2543
 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
 ผู้สูงอายุ ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549 ปัจจุบัน
 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษ 10 ข.
 โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย