

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง

นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธิเมตตา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF THE OLDER PERSONS
WITH DEPRESSIVE DISORDER IN THE CENTRAL REGION)

Miss Mootjarin Puttametta



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric
Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้าในเขตภาคกลาง
โดย	นางสาวมัจรินทร์ พุทเมตตา
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

มูจรินทร์ พุทเมตตา : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง (SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF THE OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER IN THE CENTRAL REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 241 หน้า.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า และมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 176 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 4) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 7) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ และ 8) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบค่าความตรงอยู่ระหว่าง .88 ถึง 1.00 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 2-8 อยู่ระหว่าง .811 ถึง .962 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.4
2. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r=.242, p<.01$)
3. การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r=.238, p<.01$ และ $r=.435, p<.01$ ตามลำดับ)
4. ความสามารถในการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r=-.181, p<.05, r=-.318, p<.01, r=-.320, p<.01, r=-.331, p<.01, r=-.362, p<.01$ และ $r=-.179, p<.05$ ตามลำดับ)
5. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577312436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SELECTED FACTORS / RELATED TO DEPRESSION / THE OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER

MOOTJARIN PUTTAMETTA: SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF THE OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER IN THE CENTRAL REGION). ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 241 pp.

The purpose of this descriptive correlational research were to examine level of depression of the older persons with depressive disorder and to study the relationship between gender, chronic illness, cognitive function, alcohol drinking, stressful life event, self-esteem, resilience, social supports, functional ability, religion belief and depression. A Sample of 176 patients with depressive disorder, aged 60 years and older was recruited from the psychiatric outpatient department, the tertiary hospital by using multi-stage random sampling. The research instruments included: 1) Personal Questionnaire, 2) Mini – Mental State Examination : Thai version, 3) Geriatric Social Readjustment Rating Scale (GSRRS), 4) Self Esteem Scale, 5) Resilience Scale Instrument, 6) The personal resource questionnaire (PRQ85), 7) Late-Life Function Instrument (LLFI) and, 8) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). All instruments were verified for Content Validity Index (CVI) by five experts. The CVI of instruments was .88 - 1.00. The reliability of the 2nd-8th questionnaires was .811 - .962. Data were analyzed by using descriptive statistics, Point biserial correlation and Pearson's Product Moment correlation.

Findings were:

1. The Percentage and level of depression of the older persons with depressive disorder was 65.9% mild, 30.7% moderate and 3.4% severe.
2. Gender was statistically significant related to depression. ($r=.242$, $p<.01$)
3. Alcohol drinking and stressful life event were statistically significant positive correlation with depression. ($r=.238$, $p<.01$ and $r=.435$, $p<.01$ respectively)
4. Cognitive function, self-esteem, resilience, social support, functional ability and religion belief were statistically significant negative correlation with depression. ($r=-.181$, $p<.05$, $r=-.318$, $p<.01$, $r=-.320$, $p<.01$, $r=-.331$, $p<.01$, $r=-.362$, $p<.01$ and $r=-.179$, $p<.05$ respectively)
5. Chronic illness were not related to depression of the older persons with depressive disorder.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature
 Advisor's Signature

Academic Year: 2014

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็นและแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่และให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิภตร ฤทธิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชา ความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย และบุคลากรประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลแก่งคอย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และบุคลากรประจำคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลนครนายก ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมทั้งเพื่อนนิสิตทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการคิด เพิ่มพูนความรู้ ซึ่งช่วยให้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อปรีชา-คุณแม่ศรีรัตน์ พุทเมตตา ที่อบรมสั่งสอนดูแลให้ความรักความห่วงใย รวมถึงผู้เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุกุศลทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	8
สมมติฐานการวิจัย	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	17
2. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	34
3. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	45
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	77
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	83
วิธีการดำเนินการวิจัย	83
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	83

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	86
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	93
การเก็บรวบรวมข้อมูล	96
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	98
การวิเคราะห์ข้อมูล	99
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	100
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	122
สรุปผลการวิจัย.....	126
อภิปรายผลการวิจัย.....	129
ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย.....	142
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	143
รายการอ้างอิง	144
ภาคผนวก.....	159
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ	160
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	167
ภาคผนวก ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	189
ภาคผนวก ง. เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัย และเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลการ วิจัย	200
ภาคผนวก จ เอกสารการรับรองจริยธรรม	206
ภาคผนวก ฉ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย.....	212
ภาคผนวก ช ตารางแสดงสถิติวิเคราะห์.....	216
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	241

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการบริหารยาต้านเศร้า (Antidepressant)	27
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วย จำนวนผู้ที่ผ่านการคัดกรอง และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สูงอายุ ที่เข้าเกณฑ์การวิจัย จำแนกตามโรงพยาบาล	86
ตารางที่ 3 แสดงการตรวจสอบคุณภาพ ของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับ ภาษาไทย	88
ตารางที่ 4 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	94
ตารางที่ 5 แสดงการปรับภาษาของข้อคำถาม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล.....	94
ตารางที่ 6 แสดงการปรับภาษาของข้อคำถาม แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ	95
ตารางที่ 7 แสดงค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	96
ตารางที่ 8 แสดงการให้บริการในคลินิกจิตเวช จำแนกตามโรงพยาบาล.....	97
ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	101
ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	102
ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	103
ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม เพศ	104
ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.....	104
ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม ความเชื่อทางศาสนา.....	105
ตารางที่ 15 สดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม การดื่มแอลกอฮอล์	106
ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการรู้คิด	107

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม ความสามารถในการรู้คิด	108
ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	109
ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม ระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	110
ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	111
ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	112
ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความเข้มแข็งทางใจ.....	113
ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม ระดับความเข้มแข็งทางใจ.....	114
ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	115
ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม ระดับการสนับสนุนทางสังคม	116
ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการทำหน้าที่.....	117
ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตาม ระดับความสามารถในการทำหน้าที่.....	118
ตารางที่ 28 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของปัจจัยคัดสรร.....	119
ตารางที่ 29 แสดงค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (rpb) และ ระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (N = 176).....	120

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดง The Stress-Diathesis Model of Depression ที่มา : Ingram et al. (1998).....	35
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	82
ภาพที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	85



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติการสำรวจประชากรทั่วโลกพบว่ามีจำนวน 6,892 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 8 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6 ส่วนในประเทศไทยมีประชากรจำนวน มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 7 ในปี 2553 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.30 ของประชากรทั้งหมดในปี 2557 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหิดล, 2557) จึงจัดได้ว่าจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และมีจำนวนมากกว่าทุกช่วงวัย การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ทั้งการเจ็บป่วยทางกายและการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 50 มีการเจ็บป่วย 2 โรคขึ้นไป (CDC, 2015) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ที่พบได้บ่อยและรุนแรงเป็นอันดับต้นๆ ของภาวะโรคทั้งหลายทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ หากไม่ได้รับการรักษาและปล่อยให้เป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยอาจมีความคิดเรื่องฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตนเองได้ จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ในการคาดการณ์ภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ.1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ.2020 ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ โดยเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภทในปี พ.ศ. 2542 พบโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years, DALYs) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วยพบว่า โรคซึมเศร้าก่อความสูญเสีย เป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทยและเป็นอันดับที่ 3 ในชายไทย และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียที่สำคัญเป็นลำดับที่ 2 ของโลก (สาวิตรี วิษณุโยธิน และนพพร อธิวิศวกุล, 2553) แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความรุนแรงและทวีจำนวนมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.2-14.1 ต่อ 100 ราย ต่อปี ส่วนใหญ่อายุ 70 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Buchtemann et al., 2012) และ การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในต่างประเทศ พบระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก คือร้อยละ 12.9, 58.0, 91.5 และ 98.9 ตามลำดับ (Kroenke and Spitzer, 2002) ส่วนในประเทศไทยมีรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2551-2556 พบความชุกของโรคซึมเศร้ามี แนวโน้มไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น คือ 233.16, 260.78, 242.13, 290.82, 345.70 และ 345.08 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) และการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการ สสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551 (The Prevalence of Major Depressive Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008) ประมาณการการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive episode) เท่ากับ 1,311,797 คน และประมาณการกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับ 3.3(0.52), 3.9(0.86) และ 5.0(0.32) %(SE) และประมาณการการป่วยด้วยโรค ซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) จำนวน 181,809 คน เท่ากับ 0.3(0.14), 0.5(0.28) และ 1.8(1.03) %(SE) (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2551) จากการศึกษาของธรรณิธา เจริญบุญ และคณะ (2553) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.7 และ การศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากร (2554) ซึ่งศึกษาภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่พบความชุกร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี 2548-2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2554) ซึ่ง พบว่าภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ การมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 87 และพบว่าความชุกของโรคจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นโดยผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความชุกสูงสุดร้อยละ 5.6 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามะยามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก ปี พ.ศ.2551 ถึงปี พ.ศ.2553 คือจำนวน 3,562, 3,663 และ 3,745 ราย (สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยามะยามี, 2553) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรงคือร้อยละ 38.9, 48.9, และ 12.2 ตามลำดับ (นิษา สมานทรัพย์, 2554)

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทำให้บุคคลมีความผิดปกติด้านอารมณ์ด้านความคิด ด้าน แรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองสิ่งแวดล้อมหรือ โลกและอนาคต ในลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิตัวตน และ

ลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เปื่อหน่ายขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมต่างๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ เป็นต้น (Beck, 1967; Beck et al., 1979; Beck and Alford, 2009) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และด้านสรีรวิทยา โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเอง (Roose and Sackeim, 2004) ซึ่งอาการและอาการแสดงมีความแตกต่างจากอาการในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือผู้ป่วยสูงอายุจะมีอาการไม่สบายทางกายมาก แต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มาก และมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัยและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยเหตุผลที่ยังพบจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในอัตราที่สูง ทั้งนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม เตรียมพร้อมต่อการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในอนาคต ทำให้สภาพสังคมมีการแข่งขัน เร่งรีบ เพิ่มภาระความกดดันเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าบางรายถูกละเลย หรือบางรายไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากการขาดผู้ดูแลหลัก หรือบางรายซึ่งมีอาการแสดงไม่ชัดเจนสมาชิกครอบครัวอาจมุ่งเน้นรักษาที่โรคประจำตัวทางกายมากกว่าทำให้ละเลยโรคซึมเศร้าไป ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) ซึ่งการฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น พบการฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 60 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ดังนั้นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่ทางสาธารณสุขควรเฝ้าระวังและดูแลอย่างเร่งด่วน

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและสรีรวิทยา ด้านอารมณ์แสดงออกโดยรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ถดถอย ยืนหรือนั่งในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ แยกตัว ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ต่ำหนืดตนเอง คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา มีการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง (กรมสุขภาพจิต, 2552; พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) หากมีอาการเป็นอยู่นาน โดยไม่มีที่ท่าว่าจะดีขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มากขึ้น นอกจากนั้นการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงเพิ่มขึ้นมีผลต่อการรู้คิดในตัวบุคคล ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้เพิ่มขึ้นตามระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น (Blazer and Hybels, 2005) และยังเป็นสาเหตุต้นๆ ของทุพพลภาพ (Years Lived with Disability [YLDs]) โดยบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุราหรือยาเสพติด มีเหตุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางร่างกายสูง การที่มีอาการ

เรื้อรังทำให้คุณภาพการทำงานด้อยลง (Impair Performance) และสูญเสียผลิตภาพ (Productivity) นำไปสู่ความคิดเกี่ยวกับการตาย และมีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายจริงๆ โดยความคิดอยากตายพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน (Blazer and Hybels, 2005; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดสภาวะอาการของโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อแผนการรักษาที่ยากและยาวนานขึ้น ส่งผลต่อการคิดที่บิดเบือน การทำหน้าที่ของระบบต่างๆภายในร่างกายแย่งลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง (Blazer and Hybels, 2005; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้เกิดสำหรับผู้ป่วยเท่านั้น เพราะยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีผลต่อครอบครัว ทำให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ทำให้วิตกกังวลต่ออนาคตผู้ป่วย บางครอบครัวรู้สึกอับอายผู้อื่น ก่อให้เกิดความเครียด ท้อแท้เบื่อหน่าย ซึ่งเป็นผลมาจากความยากลำบากในการดูแล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น บางครอบครัวญาติจำเป็นต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา ในครอบครัวที่รับภาระไม่ไหวส่งผลให้มีพฤติกรรมทอดทิ้งผู้ป่วย (Fiske, Wetherell, and Gatz., 2009) ผลกระทบในระดับประเทศ โดยก่อให้เกิดภาระการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นภาระสังคมที่รัฐบาลต้องติดตามเยียวยา และสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการจัดการ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554)

แนวคิด The Stress-Diathesis Model (Ingram, Miranda, and Segal, 1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะผิดปกติที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อน หลากหลาย มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมได้แก่ ปัจจัยชีววิทยา พัฒนาการและจิตสังคม อธิบายได้ว่าบุคคลมีจำนวนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตัวบุคคล หรือความเปราะบางที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน การพัฒนาการของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ โดยจะเกิดขึ้นเมื่อมีการกระตุ้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยความเสี่ยงภายในตัวบุคคลหรือความเปราะบาง ร่วมกับความเครียดต่างๆได้แก่กระบวนการคิดเชิงลบ ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นต้น แสดงออกโดยเมื่อบุคคลมีประสบการณ์ความเครียดมากขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นด้วย ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจเกิดได้จากสาเหตุและปัจจัยต่างๆมากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องที่เฉพาะเจาะจงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของ Blazer and Hybels (2005) ซึ่งอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยสำคัญคือ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) และปัจจัยปกป้อง (Protective factors)

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) คือ สิ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถจำแนกได้เป็น 3 ส่วนได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risks) ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risks) และปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมวิทยา (Social risks) โดยปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risks) คือ ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแหล่งกำเนิด ได้แก่ ลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย โดยมีลักษณะการพึ่งพาค่อนข้างสูง ฉะนั้นเมื่อสัมพันธ์ภาพถูกรบกวนหรือได้รับการตำหนิ จะรู้สึกมีคุณค่าตนเองต่ำ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าเพศชาย (Hughes-Hammer, Martsolf, and Zeller, 1998) หรือในรายที่ยังต้องทำงานนอกบ้าน ต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในชีวิต ทั้งการทำงานบ้าน การหารายได้ การเลี้ยงดูบุตรและดูแลสมาชิกในครอบครัว จะมีผลต่อภาวะอารมณ์ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีขจี และคณะ, 2549) ประวัติพันธุกรรม พบว่า ญาติในลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้นสูงกว่าคนทั่วไป 1.5-3 เท่า (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) ถ้าฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกันมีคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดโรคนี้นสูงถึงร้อยละ 70-80 (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ระบบสารเคมีในสมองไม่สมดุล พบว่าความเข้มข้นของสารสื่อประสาทคือ Acetylcholine, Serotonin, Dopamine, Norepinephrine จะลดลงโดยเฉพาะ Catecholamine จะลดลงมากในวัยสูงอายุ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น (Frisch and Frisch, 2002; Varcarolis, 2002) รวมถึงการหลั่งสาร Corticotropin-releasing factor (CRF) ที่เพิ่มขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังต่างๆ อาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ท้อแท้จากการใช้ยา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน รวมถึงอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Blazer and Hybels, 2005; Sheline et al., 2006)

ด้านจิตวิทยา (Psychological risks) คือ ลักษณะบุคลิกภาพ การคิด การแสดงอารมณ์ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ จะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าถึง 4 เท่าของคนปกติ (Blazer and Hybels, 2005) โดยบุคลิกภาพจะสัมพันธ์กับความเครียด ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย ทำให้ลดการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มสูญเสียการทำงานของร่างกาย 6-11 เท่า (Mazure et al., 2002) ความสามารถในการรู้คิดบกพร่องจะพบว่าผู้สูงอายุ Functional pathways มักมีปัญหา ทำให้เกิดความพร่องด้านการจดจำ การพูดซ้ำ กระบวนการทำหน้าที่การรู้คิดบกพร่อง ส่งผลต่อการคิดบิดเบือนไป มองตนเองในแง่ลบ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Blazer and Hybels, 2005) และด้านสังคมวิทยา (Social risks) คือ เหตุการณ์หรือความเครียดทางสังคมที่เข้ามาในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สัตว์เลี้ยง การแยกจาก การย้ายที่อยู่ ปัญหาเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว การขาดการสนับสนุนทางสังคม ปัญหา

เศรษฐกิจ การขาดรายได้ที่พึงมีประจำ การเกษียณอายุ การใช้แอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อจิตใจให้เกิดความเครียด และเพิ่มภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ (Murphy, 1982)

ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) คือ สิ่งช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถรับรู้ เข้าใจ การเปลี่ยนแปลงของชีวิตและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ คือการคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเผชิญต่อภาวะตึงเครียด โดยพบว่าหากมีความเข้มแข็งทางใจจะช่วยป้องกันอาการซึมเศร้าได้ (Burns and Anstey, 2010) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Orth and Robins, 2013) ความสามารถในการทำหน้าที่ พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีการเคลื่อนไหวที่ช้า พุดช้าและการตัดสินใจแก้ปัญหา การตอบสนองต่อสิ่งต่างๆระดับพอใช้ แต่หากมีการพัฒนาความสามารถในหน้าที่ที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงจากโรคซึมเศร้าไม่ให้เกิดลุกลามรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ (Lockwood, Alexopoulos, and Van Gorp, 2002) ความเชื่อทางศาสนา ได้แก่หลักธรรม คำสอนต่างๆ พบว่าความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุใช้ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หากมีน้อยจะส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมทางลบ ซึ่งสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ (Richardson, 2012) และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกครอบครัว บุคคลในสังคมและชุมชน จะมีบทบาทต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสื่อกลางที่เข้มแข็งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Yang Yang, 2006) โดยสรุปพบว่าหากบุคคลมีปัจจัยเสี่ยงมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมามาก แต่ในขณะเดียวกันถ้าบุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้องร่วมด้วย ปัจจัยปกป้องก็จะเข้าไปทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงลดน้อยลง มีผลทำให้บุคคลนั้นลดความเสี่ยงในการที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (McAllister and McKinnon, 2009) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ตามแนวคิด The Stress-Diathesis Model (Ingram et al., 1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยคัดสรรปัจจัยที่มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนเพียงพอในการศึกษา โดยแบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาสภาพปัญหาการเกิดโรคซึมเศร้าในปี 2551-2556 ในทุกภูมิภาคมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาเฉพาะเขตภาคกลางพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ ได้แก่ 182.20, 194.00, 209.08, 309.93, 310.59 และ 362.65 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) ประกอบกับปัญหาที่พบอีกส่วนหนึ่งคือการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งกรมสุขภาพจิตตั้งเป้าหมายในปี 2556 ไว้ร้อยละ 31 แต่ในภาคกลางพบการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 25.97 เท่านั้น

(กรมสุขภาพจิต, 2556) ทั้งนี้ที่ภูมิภาคนี้การคมนาคมค่อนข้างสะดวก และสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการเฉพาะด้านจิตเวชและสุขภาพจิตมีจำนวนเพียงพอและค่อนข้างจะมีประสิทธิภาพที่สูงกว่าภูมิภาคอื่น จากสภาพดังกล่าวภูมิภาคนี้จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกภาคกลางเป็นพื้นที่สำหรับสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา แม้ว่าปัจจุบันจะพบว่ามีมีการพัฒนาระบบการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทั้งการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาและการจัดการต่ออาการข้างเคียงของยา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) มีการพัฒนาระบบยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การใช้จิตบำบัด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) แต่ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องด้วยปัญหาการขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินอาการซึมเศร้าทางคลินิกที่นำไปสู่โรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมักบดบังด้วยอาการเจ็บป่วยทางกายเป็นส่วนใหญ่ รวมถึงในประเทศไทยมีงานวิจัยไม่มากนักที่สำรวจ ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุ ปัญหา และการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าและปัจจัยปกป้องที่เฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อนำข้อค้นพบของการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสืบไป

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลในเขตภาคกลาง เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การตีความแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ในปัจจุบันอัตราผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีการคาดการณ์ว่าอาจเพิ่มขึ้นถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ.2573 (การุญพงศ์ ภัทรามรุต, 2555) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้การคัดกรองและการรักษาไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เกิดภาวะการดูแลที่มากขึ้น ปัญหาที่นอกจากภาวะการดูแลแล้วคือ ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่พบมากถึงร้อยละ 60 ซึ่งพบว่าเกิดจากภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า ไร้ประโยชน์ ด้านพฤติกรรม ได้แก่ เชื่องซึม ถดถอย การเคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิด มีความคิดตำหนิตนเอง คิดร้ายต่อตนเอง ในรายอาการรุนแรงอาจมีหลงผิด ประสาทหลอน ด้านสรีรวิทยา มีพฤติกรรมเฉื่อยชา เชื่องช้า นอนไม่หลับ ตื่นเช้ากว่าปกติ ระบบการสื่อสารประสาทเสื่อม (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2549; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด Stress diathesis model (Ingram et al., 1998) กล่าวคือ บุคคลมีความเปราะบางแตกต่างกัน (Vulnerability) ซึ่งไวต่อการเจ็บป่วยที่จำเพาะเรียกว่า Diathesis เมื่อมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นความเครียดเข้ามากระทบ ทำให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดดังกล่าวร่วมกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ Blazer and Hybels (2005) ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้อง 1) ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) คือ องค์ประกอบพื้นฐานหรือคุณลักษณะภายในของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป พบว่าคุณลักษณะบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งประกอบด้วยด้านชีววิทยา (Biological risks) ด้านจิตวิทยา (Psychological risks) และด้านสังคม (Social risks) ได้แก่ เพศ พันธุกรรม หรือคุณลักษณะบางอย่างที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังโดยเฉพาะระบบหลอดเลือด ระบบสารเคมีในสมองไม่สมดุล ระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการรู้คิด ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในอดีต

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีเหตุการณ์หรือความเครียดเข้ามากระทบต่อชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัว ได้แก่ความเครียดจากการสูญเสียคู่ชีวิต เพื่อนหรือสัตว์เลี้ยง การแยกจาก การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย การปรับเปลี่ยนบทบาทจากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้อาศัย การเกษียณอายุก่อให้เกิดการขาดรายได้ที่เคยมีประจำส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความคับข้องใจรู้สึกยากลำบากในการปรับตัว รวมถึงการมีปัญหาขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว หรือการขาดแหล่งสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม อาจนำมาสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมการแยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรืออาจมีการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ร่วมด้วยทำให้เกิดอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ 2) ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) คือสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีศักยภาพในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม

จากปัจจัยที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงพิจารณาคัดสรรตัวแปร ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าน่าศึกษาดังนี้ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยอธิบายรายละเอียดดังนี้

เพศ องค์การอนามัยโลก กล่าวว่าเพศมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน (WHO, 2002) ซึ่งความแตกต่างของดังกล่าวอาจจะเป็นผลมาจาก ความค่านิยม ความเชื่อที่ว่าผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มจะรายงานอาการไม่สบายทางกายแสดงออกทางอารมณ์ชัดกว่า รวมถึงมาใช้บริการดูแลรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ชาย (Loewenthai et al., 2002) หรืออาจจะเป็นผลเนื่องมาจาก ผู้หญิงต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในชีวิต การทำงานบ้าน การหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร และต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว และวัยใกล้หมดประจำเดือน จะมีผลต่อภาวะอารมณ์ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีขจี และคณะ, 2549) ซึ่งเมื่อทบทวนวรรณกรรมในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้า พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Beck, 1967) จากการศึกษางานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า พบอุบัติการณ์ในผู้หญิงประมาณ 2 เท่าของผู้ชาย (Vikram, 2005) ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตพบความชุกของโรคซึมเศร้า ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1.6 ต่อ 1 (ธรมินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) แต่การศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2554 พบความชุกเพศชายร้อยละ 7.0 เพศหญิงร้อยละ 5.2 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2554) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักพบการเจ็บป่วยโดยมีโรคทางกายอย่างน้อยคนละ 1 โรค ทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้ยาเฉพาะโรค อาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน รวมถึงอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Blazer and Hybels, 2005; Sheline et al., 2006) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความสามารถในการรู้คิด เป็นการทำงานของสมองด้านการคิด วิเคราะห์และแปลผลโดยอาศัยการส่งต่อข้อมูลตามลำดับ กระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะเกิดความบกพร่องเมื่อ Functional pathways มีปัญหา เกิดความพร่องด้านการจดจำ การพูดซ้ำ กระบวนการทำหน้าที่ การรู้คิดบกพร่อง (Blazer and Hybels, 2005) พบว่าหากกระบวนการรู้คิดบกพร่องนานเกินกว่า 5 เดือนจะมีความเสี่ยงต่อ Alzheimer's disease (Alexopoulos et al., 1993) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Sheline et al. (2006) พบว่าหากความสามารถในการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

การดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจใช้การดื่มแอลกอฮอล์เป็นการระบายความเครียด บางรายมีภาวะ Alcohol withdrawal เนื่องจากในอดีตมีการใช้แอลกอฮอล์มาตลอดจากการศึกษาพบว่าการใช้แอลกอฮอล์มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นตัวกระตุ้นให้ส่งผลต่อสมอง (Devenand et al., 2002) สัมพันธ์กับการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การที่บุคคลวัยสูงอายุประสบกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่เคร่งเครียด ยากแก่การปรับตัว บางเหตุการณ์ก่อให้เกิดความเศร้าสะเทือนใจ หรือผิดหวังในชีวิตเช่น การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก สัตว์เลี้ยง การสูญเสียบทบาททางสังคม จากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิกผู้พักอาศัย ปัญหาเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ที่ควรมีส่งผลต่อปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Engle, 1971; Blazer and Hybels, 2005) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เหตุการณ์ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์หรือความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง เป็นสิ่งไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ บทบาททางสังคม และเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน (Mesenhelder, 1985) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูง หรือสัมพันธ์เชิงลบ (Sowislo and Orth, 2013) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความเข้มแข็งทางใจ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจ็บป่วยได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยและปรับตัวหลังเหตุการณ์วิกฤติ หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก เป็นคุณสมบัติที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Stewart and Yuen, 2011) และพบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะจิตที่ไม่ดี เช่น อาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ความผิดปกติและพิการทางร่างกาย (Burns and Anstey, 2010; Mehta et al., 2008) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ในการได้รับความรู้ คำแนะนำเรื่องสุขภาพ รวมทั้งข่าวสารต่างๆของชมรม ชุมชน และการให้ความช่วยเหลือเรื่องการเงิน การใช้เวลาว่าง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Schaefer, Coyne, and Lazarus, 1981) จากการศึกษาพบว่าสิ่งที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุดคือการสนับสนุนทางสังคม (William, Joel, and Cullen, 1992) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Yang Yang (2006) ที่พบว่าหากมีการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะเกิดการรับรู้แหล่งสนับสนุน ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร้อยละ 53 และมีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความสามารถในการทำหน้าที่ คือ การปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ ที่จำเป็นได้ด้วยตนเอง (Hardy, Concato, and Gill, 2004) จากการศึกษาพบว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตตามแบบแผนปัจจุบันได้สม่ำเสมอตามปกติภายใน 3 เดือนแรกหลังสูญเสียคู่ชีวิตหรือสิ่งอันเป็นที่รัก จะทำนายได้ว่าระดับภาวะซึมเศร้าใน 1 ปีจากนี้จะมีเพียงเล็กน้อย สรุปได้ว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำหน้าที่ได้ดี ภาวะซึมเศร้าจะลดลง (Prigerson et al., 1996) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความเชื่อทางศาสนา คือความศรัทธา ยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนา พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ภาวะซึมเศร่าลดลง ส่งเสริมการคิดด้านบวกมากขึ้น (Martin, Peterson, and Seligman, 1984) เช่นเดียวกับ Richardson (2012) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน 378 คน โดยศึกษา

ด้านความรุนแรงของอาการ ความเชื่อทางศาสนา พบว่าความเชื่อทางศาสนาที่น้อยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซ้ำของโรคซึมเศร้า ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
3. ความสามารถในการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD 10) และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยจิตแพทย์ ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง

ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นิยามความหมายของคำต่างๆ ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases/ICD 10) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี และจังหวัดนครนายก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การแสดงความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีอาการและอาการแสดงเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ โดยแสดงออกในด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับเล็กน้อย ชอบเปรียบเทียบตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่า อารมณ์ไม่สดชื่นแจ่มใสเศร้าขึ้นๆลงๆ บางครั้งไม่สมเหตุสมผล ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความต้องการที่จะตาย ความอยากอาหารลดลง หลับยาก ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย หนึ่งอย่าง

2. ระดับปานกลาง คิดว่าตนเป็นคนล้มเหลว ขาดประสิทธิภาพ วิตกกังวลว่าร่างกายผิดปกติ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการหลังตื่นนอน สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ มีความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย ไม่อยากรับประทานอาหาร ลืมรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท หนึ่งอย่างไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

3. ระดับรุนแรง คิดว่าตนไร้ค่า ล้มเหลวทุกอย่าง สร้างภาระให้ผู้อื่น คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย เป็นที่รังเกียจของสังคม มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมทุกชนิดแม้จะถูกกระตุ้น รู้สึกทุกข์ทรมานไม่สามารถทนอยู่ได้ ไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วนอนต่อไม่ได้ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้ รวมทั้งมีความคิดอยากตายและพยายามฆ่าตัวตายถี่ขึ้น

สามารถประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง โดยนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537)

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชาย การศึกษาในครั้งนี้เป็นของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลนี้ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เมื่อเริ่มเป็นอาจไม่มีอาการ แต่อาการจะค่อยๆ รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อไม่ได้รับการรักษา อาการมักเกิดต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป มักต้องมีการรักษาต่อเนื่องอาจตลอดชีวิตและมักไม่หายขาด มักเป็นๆ หายๆ และเกิดอาการเฉียบพลันซ้ำซ้อนได้เสมอ เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมากจากการขาดประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วยขาดคุณภาพชีวิต (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2558) ข้อมูลนี้ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือไม่

ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง ความสามารถในการทำงานของสมองในการรับรู้ วัน เวลา เดือน ปี ฤดูกาล การรับรู้สถานที่ การทบทวนความจำ การคิดคำนวณ การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน การทำตามคำสั่ง การเขียนและการวาดภาพ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002)

การดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา (วีรนุช ก่อแก้ว, 2552) ข้อมูลนี้ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลว่ามีการดื่มหรือไม่

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง สภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระตุ้น ก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจเกี่ยวกับตนเองและครอบครัว โดยเกิดการจากการสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การแยกจาก การย้ายถิ่นที่อยู่ การสูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสูญเสียพลังอำนาจในการคิดตัดสินใจ และการยึดติดจากสิ่งที่มีมาแต่ก่อน เช่น หน้าที่การงาน รายได้ที่เคยมี ทำให้คุณค่าของตนเองลดลง ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา วัดได้จากแบบประเมินประสบการณ์ความเครียดตามแนวคิดของ Amster and Kraus (1974) ซึ่งพัฒนาโดย Piboon et al. (2010)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความคิดของตนเอง ในการเห็นคุณค่าของตน ยอมรับตนเอง นับถือและเชื่อมั่นในตนเอง มีการประเมินตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ วัดได้จากแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg (RSES) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529)

ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในการทนต่อความเครียดและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต วัดได้จากแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Connor and Davidson (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคคลในชุมชน ในการสนับสนุนด้านการเงิน การดูแลด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al., (1981) และนำมาใช้โดยรุจิรงค์ แอกทอง (2549)

ความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ด้วยตนเองในการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและการแสดงบทบาททางสังคม วัตถุประสงค์จากแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ จากแบบประเมิน Late-Life Function and Disability Instrument ของ Jette, Haley, and Kooyoomjian (2004) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยในส่วนของ Late-Life Function โดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556)

ความเชื่อทางศาสนา หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ศรัทธาต่อหลักความเชื่อในศาสนาที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านำมาปฏิบัติ ประเมินได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลว่ามีความเชื่อทางศาสนาหรือไม่ อย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเฉพาะเจาะจงตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลจิตเวชในการลดหรือป้องกันภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจาก เอกสาร ตำรา บทความ และ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.2 ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.4 อาการและการดำเนินของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การรักษาโรคซึมเศร้า
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 2.4 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

Roose and Sackeim (2004) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด พฤติกรรมการนอนหลับ และความอยากอาหาร โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเอง เนื่องจากว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

สมภพ เรืองตระกูล (2544) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุจะมีการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมาก แต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มาก และมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ให้ความหมายว่า ภาวะจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวังมองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิดไร้ค่าและตำหนิตัวเอง จะมีอาการเป็นอยู่นาน โดยไม่มีที่ท่าว่าจะดีขึ้นจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน

พูนสิน เถลิวัฒน์ (2552) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์โดยมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ และมีอาการร่วมกับอาการสำคัญอื่นๆ เช่น มีปัญหาการนอนหลับ ความอยากอาหารเพิ่ม/ลด ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ การเคลื่อนไหวช้า/กระสับกระส่าย มีความรู้สึกกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกเหงา หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เฉยชากับสิ่งแวดล้อม และถ้าอาการรุนแรงมากอาจมีความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง

กระทรวงสาธารณสุข (2555) ให้ความหมายว่า ภาวะที่ผู้ป่วยสูงอายุทุกขั้ทรมาณจากการลดลงของอารมณ์ พลัง และกิจกรรม ความสนุกสนานความสนใจ สมาธิลดลง เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ความภาคภูมิใจและความมั่นใจตัวเองลดลง รู้สึกผิด หรือรู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม พบอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ขาดความสนใจ รู้สึกว่าไม่มีความสุข ตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความสนใจทางเพศลดลง

สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ในลักษณะแปรปรวน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่มีความสุข ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า หมดกำลังใจ

นอนไม่หลับหรือหลับมาก เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลง หรือมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นมากเกินไป กินปกติ อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกาย มองตนเองสังคม สิ่งแวดล้อม ด้านลบ ความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำทั้งหมดลดลงอย่างมาก รวมทั้งความสัมพันธ์กับผู้อื่นร่วมด้วย ในรายที่รุนแรงจะมีความคิดต้องการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย

1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ในการคาดการณ์ภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปี ที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปีค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งหมายถึงโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต (สาวิตรี วิษณุโยธิน และนชพร อธิธิวิศกุล, 2553)

จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย เปรียบเทียบปี 2546 และปี 2551 ประเมินการว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive episode) เท่ากับ 871,744 คนในปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 1,311,797 คนในปี 2551 และป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) เท่ากับ 371,347 คนในปี 2546 เป็น 181,809 คนในปี 2551 (ธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ, 2551) และพบว่าผู้ป่วยทางจิตได้รับการดูแลรักษาในปี 2551 ทั่วประเทศมี 1,668,041 ราย เป็นโรคซึมเศร้า 199,667 ราย มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ยทั่วประเทศประมาณร้อยละ 2.39 โดย 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 35-54 ปี (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2553) และจากรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทย จำแนกตามเขตสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2551 ถึงปี พ.ศ.2553 มีจำนวน 148,240, 165,785 และ 153,756 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2553)

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า เป็นการศึกษาด้านความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุ มีรายงานด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในหลายกรณี เช่น ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.2-14.1 ต่อ 100 รายต่อปี ส่วนใหญ่อายุ 70 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Buchtemann et al., 2012) ในการศึกษาความชุกอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ชุมชนแห่งหนึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้ารระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 24 และผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ความชุกร้อยละ 5-13 ในการศึกษาของ Jacoby (1997) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 10-15

จะมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในผู้ที่อายุมากจะมีอาการของโรคซึมเศร้ามากขึ้น (Jones, 2003) อย่างไรก็ตามความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 1-3.7 (Steffens, Hays, and Krishnan, 2000) จากรายงานความชุกของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจากรายงาน 10 ประเทศแถบยุโรป ได้แก่ สวีเดน เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ เยอรมัน ออสเตรเลีย สวิสเซอร์แลนด์ ฝรั่งเศส อิตาลี สเปน และ กรีซ เท่ากับร้อยละ 18-36 และพบในกลุ่มอายุช่วง 60-74 ปีมากที่สุด (Castro-costa et al., 2007)

ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลายพื้นที่ การศึกษาในภาคเหนือพบความชุกร้อยละ 29.3 (เกษรภรณ์ คุณาวัดน์เดช, 2543) การศึกษาในภาคใต้พบความชุกร้อยละ 41 (ประภาส จิตตา ศิรินิวัตร์, 2544) ส่วนการศึกษาในระดับประเทศพบความชุกร้อยละ 14 (ปรีชา ศตวรรษธำรง และคณะ, 2544) จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจระดับชาติทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551 (The Prevalence of Major Depressive Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008) ประเมินการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive episode) เท่ากับ 1,311,797 คน และประมาณการกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับ 3.3(0.52), 3.9(0.86) และ 5.0(0.32) %(SE) และประมาณการการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) จำนวน 181,809 คน เท่ากับ 0.3(0.14), 0.5(0.28) และ 1.8(1.03) %(SE) (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2551) จากการศึกษาของธรรมนาท เจริญบุญและคณะ (2553) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.7 นอกจากนั้นจากการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่พบร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี 2548-2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2554) ซึ่งพบว่าภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ การมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 87

1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยตามระบบการวินิจฉัยโรค เช่นเดียวกับระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ในประเทศไทยมีระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, 4th edition (DSM-IV) และระบบการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัย

โลก (International Classification of Disease (ICD 10) มีดังนี้ (พราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2541)

Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, 4th edition (DSM-IV) มีดังนี้

1.3.1.1 มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ (หรือมีมากกว่า) ร่วมกันอยู่ 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อของ
1) อารมณ์ซึมเศร้า 2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข

หมายเหตุ : ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ mood-in-congruent delusion หรือ hallucinations

1.3.1.1.1 มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น รู้สึกเศร้า รู้สึกว่างเปล่า ก็จากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้

1.3.1.1.2 ความสนใจหรือความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

1.3.1.1.3 น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน (หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือมีการเจริญอาหารแทบทุกวัน)

1.3.1.1.4 นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน

1.3.1.1.5 Psychomotor agitation หรือ Retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของคนอื่น มิใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

1.3.1.1.6 อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

1.3.1.1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแต่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

1.3.1.1.8 สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

1.3.1.1.9 คิดถึงเรื่องความตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

1.3.1.2 อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

1.3.1.3 อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญ
ทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงานหรือด้านอื่นๆที่สำคัญ บกพร่องลง

1.3.1.4 อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด หรือจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย เช่น hypothyroidism

1.3.1.5 อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ Psychomotor retardation

1.3.2 หลักเกณฑ์ในการจำแนกโรคซึมเศร้า ขององค์การอนามัยโลกโดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) มีดังนี้

1.3.2.1 มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวันหรือแทบทั้งวัน

1.3.2.2 ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของแทบทุกวัน

1.3.2.3 น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

1.3.2.4 นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน

1.3.2.5 Psychomotor agitation หรือ

1.3.2.6 อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

1.3.2.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม/มากเกินไป

1.3.2.8 สมาธิหรือการคิดอ่านลดลง

1.3.2.9 คิดถึงเรื่องความตายอยู่เรื่อยๆ Retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของคนอื่น)

อาการเกิดขึ้นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการ 1 ข้อของ 1) อารมณ์ซึมเศร้า 2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข

1.4 อาการและการดำเนินของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.4.1 อาการของโรค อาการหลักของโรคซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอารมณ์ร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ซึ่งมีการร่วมอื่นๆ ได้แก่

1.4.1.1 อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบ

1.4.1.2 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง

1.4.1.3 อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ต้นนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของภาวะซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.4.1.4 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้า เชื่องซึม (retardation) พูดซ้ำๆพูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่ค่อม คอตก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้านิ่วคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน

1.4.1.5 ความรู้สึกผิดโทษตัวเอง มีได้ตั้งแต่ไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

1.4.1.6 อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

1.4.1.7 อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมิได้ตั้งแต่ว่ารู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตาย พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

1.4.1.8 อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือ มีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 04.00-05.00 น. และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

1.4.1.9 อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60-70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น

ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะ หรือปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก

1.4.1.10 อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหาเช่นนี้เหมือนกัน

1.4.1.11 อาการวิตกกังวลว่าเป็นโรคทางกาย (Hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบ หรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

1.4.2 การดำเนินของโรคซึมเศร้า การศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ยาวนานตลอดชีวิต (life long illness) มีอาการเกิดเป็นช่วงๆ เมื่อได้รับการรักษาจะทุเลาลงและสามารถเป็นซ้ำได้อีก โดยโอกาสจะกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หรือกลับเป็นใหม่ (Recurrence) มีมากถึงร้อยละ 55 หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและมีโอกาสฆ่าตัวตายได้สูง ลักษณะการดำเนินของโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.4.2.1 Acute Phase (6-12 สัปดาห์) เป็นการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจนหายดีไม่มีอาการตกค้าง ระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

1.4.2.2 Continuation Phase (4-9 เดือน) มีการรักษาต่อเนื่องป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ในช่วง 6-9 เดือน

1.4.2.3 Maintenance Phase (1 ปีขึ้นไป) มีการติดตามต่อเนื่องระยะยาว ป้องกันการกลับเป็นใหม่ (Recurrence) ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าควรรักษายาวนานเท่าใด แต่อย่างน้อยควรให้ยาวนาน 3 ปี จากนั้นประเมินซ้ำว่าควรให้ยาต่อหรือไม่

สรุปอาการและการดำเนินของโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจมีอาการเป็นช่วงๆเมื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาการจะทุเลาลง แต่สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกหากไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง การประเมินว่าอาการทุเลา (Remission) เมื่อคะแนน $9Q < 7$, เมื่ออาการทุเลานาน 6 เดือนเข้าสู่การฟื้นตัว (Recovery) หลังอาการทุเลาภายใน 6 เดือน หากมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นเรียกการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) กรณีการกลับเป็นใหม่ (Recurrence) เป็นการเกิด new episode ภายหลังอาการซึมเศร้าหายไป นานกว่า 6 เดือน และหากเกิดอาการบ่อย ระยะเวลาระหว่างการเกิดอาการครั้งต่อไปจะยิ่งสั้นลง

1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความ

แปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ คือโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al, 1979)

1.5.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประหม่นค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.1.1 ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจรูปลักษณ์ของตนเอง

1.5.1.2 ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

1.5.1.3 ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.5.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.2.1 ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

1.5.2.2 ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศรารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกกดดัน รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

1.5.2.3 ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศรารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.5.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.3.1 ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

1.5.3.2 ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

1.5.3.3 ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

1.5.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.4.1 ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

1.5.4.2 ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

1.5.4.3 ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนต่อไปได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

สรุประดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าแบ่งได้ 3 ระดับ คือระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง แสดงออกโดยมีความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นเท่าไร้อัตรากำลัง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นเช่นกัน

1.6 การรักษาโรคซึมเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน มีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยจิตสังคัมบำบัด และการรักษาด้วยไฟฟ้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุด คือ การรักษาทางยาร่วมกับการรักษาทางจิตสังคัม ขณะที่มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ร้อยละ 80 ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้านั้น จะพิจารณาจากกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.6.1 การรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 3 ระยะตามการดำเนินโรค ได้แก่ การรักษาในระยะเฉียบพลันซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการของผู้ป่วย ต่อมาคือการรักษาระยะต่อเนื่องเพื่อเป็นการคงยาต่อแม้ว่าผู้ป่วยปกติแล้วเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และในผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่ (Recurrent) ของโรค (สาวิตรี วิชญโยธิน และนชพร อธิธิวิศกุล, 2553)

1.6.1.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นอาการไม่ได้ดีขึ้นภายในวันสองวัน ยาบางตัวมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ผู้ป่วยทนไม่ได้ อีกทั้งต้องใช้เวลาในการรักษาอยู่หลายเดือนทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดการติดตามการรักษาไป การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยาระยะเวลาที่อาการจะดีขึ้น รวมทั้งยาที่เห็นมีไซยานอนหลับและไม่มีการติดยา ยาแก้เศร้าทุกตัวไม่ได้ออกฤทธิ์รักษาอาการซึมเศร้าทันที โดยทั่วไปจะเห็นผลหลังจากได้ยาไปแล้ว 2 สัปดาห์ ในบางรายอาจนานกว่านี้ อย่างไรก็ตามในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นจากผลด้านอื่นๆ ของยา เช่น หลับได้ดีขึ้น เบื่ออาหารลดลง ความวิตกกังวลลดลง เป็นต้น

1.6.1.1.1 การเลือกใช้ยา ยาแก้เศร้าอาจแบ่งคร่าวๆ ออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ได้แก่ กลุ่มที่มีโครงสร้างเป็นแบบ tricyclic และยากกลุ่มใหม่ซึ่งสังเคราะห์ขึ้นมาในช่วงไม่นานมานี้ ข้อดีของยาในกลุ่ม tricyclic คือ เป็นยาที่ใช้ในการรักษามานานจนทราบกันดีถึงอาการข้างเคียงของยาแต่ละตัว มีประสิทธิภาพเป็นที่ยืนยันแน่นอนทั้งในการรักษาในระยะเฉียบพลันและการป้องกันระยะยาวและราคาถูก ประสิทธิภาพในการรักษาของยาแก้เศร้าแต่ละตัวนั้นไม่ต่างกัน ความแตกต่างอยู่ที่ฤทธิ์ข้างเคียง ซึ่งรวมถึงยาในกลุ่มใหม่ด้วยเช่นกัน ในการเลือกใช้ยา ควรพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้ ตามลำดับ

1.6.1.1.1.1 หากเป็นผู้ป่วยที่เคยป่วยและรักษาหายมาก่อน ประวัติการรักษาเดิมมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยมักตอบสนองต่อยาตัวเดิมและขนาดเดิมที่เคยใช้ ดังนั้นจึงควรใช้ยาขนาดเดิมเป็นตัวแรก

1.6.1.1.1.2 ปัญหาทางร่างกายที่เป็นข้อห้ามหรือควรหลีกเลี่ยงในการใช้ยาบางตัว ผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกายเช่น ต่อมลูกหมากโต ต้อหิน หรือมี conduction defect อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่มที่มีอาการข้างเคียง anticholinergic ต่ำ หรือ ยาที่มีผลต่อหัวใจน้อย เป็นต้น

1.6.1.1.1.3 ความคุ้นเคยของแพทย์ในการใช้ยา การใช้ยาเพียงไม่กี่ตัว เช่น amitriptyline, nortriptyline และยากลุ่มใหม่บางตัว แต่ให้คุ้นเคยกับทั้งฤทธิ์ข้างเคียงและการตอบสนองของผู้ป่วย จะเหมาะสมกว่าการใช้ยาแก้เศร้าเปลี่ยนชนิดไปเรื่อยๆ ข้อควรระวังในการให้ยาช่วงแรกคือผู้ป่วยอาจคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้ไปครั้งละมากๆ หากนัดติดตามการรักษาทุกสัปดาห์ยาที่ให้จะไม่ถึง lethal dose รายละเอียดการบริหารยาด้านเศร้า (antidepressant) รวมทั้งชนิดและปริมาณการ ดึงเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการบริหารยาด้านเศร้า (Antidepressant)

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยา	วิธีการให้ยา
Tricyclics (TCA)	Nortriptyline	75-150	เริ่มต้น 25 mg. ก่อนนอน (ผู้สูงอายุเริ่มที่ 10 mg.)
	Amitriptyline	mg. 75-150	เพิ่มยา 25 mg. ทุก 2 สัปดาห์ และประเมินผลข้างเคียงของยาทุกครั้งที่เพิ่มยา ถ้ามีหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม ความดันต่ำ ปัสสาวะลำบาก ให้หยุดยาและเปลี่ยนเป็นยา Fluoxetine และให้ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามทุก 1 เดือน
			<ul style="list-style-type: none"> • ถ้าคะแนนลดลง $\geq 50\%$ จากเดิมหรือคะแนนรวม < 7 แสดงว่าตอบสนองดีต่อยา ก็ให้ยาขนาดเดิม แล้วนัดประเมินผลด้วยแบบประเมินทุก 1 เดือน • ถ้าคะแนนลดลง $< 50\%$ จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 25 mg. แล้วประเมินอีก 1 เดือน • หลังให้ยาเต็ม dose (150 mg.) แล้ว 2 เดือน ถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหรือคะแนนรวมยัง ≥ 7 แสดงว่า ไม่ตอบสนองต่อยาให้เปลี่ยนเป็นยา Fluoxetine แล้วดำเนินการตามวิธีให้ยา Fluoxetine

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยา	วิธีการให้ยา
Serotonin reuptake inhibitors (SSRI)	Fluoxetine	20-60 mg.	<p>เริ่มต้น 20 mg. ตอนเช้าหลังอาหาร นัดติดตาม ประเมินผลครั้งแรก 2 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 9 คำถาม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ถ้าคะแนนลดลง $\geq 50\%$ จากเดิมหรือคะแนนรวม < 7 แสดงว่าตอบสนองดีต่อยา ก็ให้ยาขนาดเดิม แล้วนัดประเมินผลด้วยแบบประเมินทุก 1 เดือน • ถ้าคะแนนลดลง $< 50\%$ จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 20 mg. แล้วนัดประเมินอีก 1 เดือน • ถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหลังให้ยาเต็ม dose แล้ว 2 เดือน แสดงว่าไม่ตอบสนองต่อยา ให้ส่งต่อ

1.6.1.1.2 ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ในที่นี้จะเน้นฤทธิ์ข้างเคียงที่แตกต่างกันของยาแต่ละตัวซึ่งมีผลต่อการเลือกใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละคน

1.6.1.1.2.1 Sedation ยา tricyclic ทุกตัว มีฤทธิ์ sedation โดยเฉพาะ amitriptyline และ doxepin ซึ่งบางครั้งเป็นปัญหาทำให้ปรับเพิ่มขนาดยาได้ลำบาก หากผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมให้ปรับการให้ยาโดยให้ยาขนาดต่ำในช่วงกลางวัน และขนาดสูงในช่วงเย็นหรือก่อนนอน อย่างไรก็ตามควรระวังในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งอาจเกิดอาการวิงเวียน เดินเซ หรือ postural hypotension ได้ หากลุกขึ้นมาในตอนกลางคืน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเกิด tolerance ต่อฤทธิ์นี้ ทำให้อาการง่วงซึมลดลงในระยะหลัง

1.6.1.1.2.2 ฤทธิ์ anticholinergic เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย อาการที่พบได้แก่ ปากคอแห้ง ท้องผูก ตามัว และปัสสาวะลำบาก บางอาการ เช่น accommodation disturbance และ blurred vision จะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป หากมีอาการปัสสาวะลำบาก อาจให้ bethanechol 25-50 มิลลิกรัม 3-4 ครั้งต่อวัน

1.6.1.1.2.3 ฤทธิ์ด้าน cardiovascular ยา tricyclic ทุกตัวทำให้ conduction time เพิ่มขึ้น จึงควรเลี่ยงในผู้ป่วยที่มี conduction defect ยาที่ค่อนข้างปลอดภัยได้แก่ยาในกลุ่มใหม่ เช่น mianserin, fluvoxamine และ fluoxetine

1.6.1.1.2.4 ฤทธิ์ด้าน autonomic ฤทธิ์ postural hypotension พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ยา nortriptyline มีผลน้อยในการก่อให้เกิดอาการข้างเคียงนี้ การวัดความดันในท่ายืนและนอนก่อนให้ยาอาจพอช่วยบอกได้

1.6.1.2 การรักษาในระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment) เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการแล้วไม่ควรรีบหยุดยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปอีกนาน 4-6 เดือน จากการศึกษาพบว่าในช่วงนี้ผู้ป่วยที่หยุดยาไปเกิด relapse สูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่อง relapse ร้อยละ 20 ในแง่ของขนาดยาปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปเนื่องจากพบว่าป้องกัน relapse ได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักลดยาเอง ซึ่งควรเตือนผู้ป่วยในเรื่องของการป้องกันว่าสำคัญในการหยุดยาควรค่อยๆ ลดยาลง โดยใช้เวลาเป็นเดือน หากลดเร็วผู้ป่วยมักมีอาการขาดยา (withdrawal effects) เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้น

1.6.1.2.1 การยุติการรักษาด้วยยา หลังการให้ยาต้านเศร้า (Antidepressant) ถ้าคะแนนจากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม < 7 คะแนนเป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกันจะถือว่ามี Full remission ให้ค่อยๆ ลดขนาดยาลงประมาณ 25% ทุกๆ 2 สัปดาห์ ขณะลดยาควรประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามทุกครั้งที่พบผู้ป่วย แต่ถ้าคะแนน > 7 แสดงว่าผู้ป่วยมีการกลับซ้ำให้เพิ่มยาในขนาดที่ก่อนจะลดแล้วนัดติดตามประเมินอาการทุกเดือน (โดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่ Full remission ระยะเวลาลดยาจนหยุดได้นั้นประมาณ 1-2 เดือน)

1.6.1.2.2 การติดตามป้องกันการกลับซ้ำ เนื่องจากโรคซึมเศร้า มีอัตราการกลับซ้ำสูงในช่วง 2 ปีแรกดังนั้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาดีจนสามารถหยุดยาได้แล้วให้ส่งต่อไปยัง PCU ใกล้บ้านเพื่อติดตามประเมินทุกเดือนด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี ถ้าคะแนนจากแบบประเมิน < 7 ทุกครั้ง ก็สามารถหยุดการติดตามประเมินได้ แต่ถ้าคะแนนจากการประเมิน > 7 ให้ดำเนินการตามแนวทางจัดการตามที่กำหนดไว้ตามความรุนแรงของโรคหรือตามคะแนนที่ได้

1.6.1.3 การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) มีผู้ป่วยบางคนมีประวัติการป่วยมาหลายครั้งในอดีต ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรให้กินยาป้องกันต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลานานเป็นปี อย่างน้อย 2-3 ปี เป็นการให้ยากลับเดิมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และการกลับเป็นใหม่ (Recurrent) โดยทั่วไปมีความเห็นว่าจะให้ยาต่อเนื่องต่อเมื่อผู้ป่วยมีประวัติอาการที่ชัดเจนของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2-3 ครั้งขึ้นไป

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT) การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยไฟฟ้านั้น (Electroconvulsive Therapy : ECT) จะเป็นการพิจารณาทำในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา ไม่ได้ผลหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือ ทนต่ออาการข้างเคียงของยา

ไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อการรักษา หรือในรายที่มีอาการรุนแรงมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือพยายามทำร้ายตนเองซ้ำ (Kaplan and Sadock, 1998)

1.6.3 การรักษาด้านจิตสังคมบำบัด (Psychotherapy) เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ การรักษาด้านจิตบำบัดชนิดที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขการคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรมใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหาตามแนวคิดของ Beck (1967) ส่วนการบำบัดรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy : IPT) ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น เป็นการรักษามีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่าปัญหาในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า การรักษาโดยวิธีนี้จะเน้นที่การแก้ไขปัญหา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบัน (Current life situations) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (Distress) (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2551) เป็นการรักษาที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในใจ ดังนั้นจิตบำบัดจึงมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า แต่ต้องทุ่มเทเวลาในการรักษามากกว่า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามบทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ควรเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยครอบคลุมการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้า หรือยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา และการพยาบาลที่คำนึงถึงสภาพจิตสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (American Psychiatric, 2000 อ้างถึงใน อรพิน คำโต, 2554) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

1.7.1 ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเข้าชั้นได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ายามากจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัว

ตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัย ก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้เอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

1.7.1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส

1.7.1.2 ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน

1.7.1.3 ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บยาสะสม

1.7.1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงบางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับอันตรายเพิ่มมากขึ้น

1.7.1.5 พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.7.1.6 ควรทำสัญญากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เนื่องด้วยเป็นสิ่งที่ประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.7.2 ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1.7.2.1 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดย

1.7.2.1.1 ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ห่วงใยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.7.2.1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด

ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

1.7.2.1.3 รับฟังความคิดเห็น และการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งๆ ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.7.2.1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อมและ กิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุช่วยตนเอง ได้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกั้ดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นโดยไม่จำเป็น

1.7.2.1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่นการพูดคุยกับเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ตีแกชีวิต

1.7.2.2 ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

1.7.2.2.1 ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเพื่อช่วยให้อาการดีขึ้น

1.7.2.2.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

1.7.2.2.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

1.7.2.2.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

1.7.2.2.5 ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสมและวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า

1.7.2.2.6 ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

1.7.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวันทั้ง ด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากการดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

1.7.3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

1.7.3.2 ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามโภชนาการ

1.7.3.3 จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น มีความอยากอาหารและนอนหลับได้ดี

1.7.3.4 ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่นช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

1.7.3.5 บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้าและจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสุขสบายขึ้นจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

1.7.3.6 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล และการบำบัดในรูปแบบต่างๆ เช่น รูปแบบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และยังพบแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยย้อนมาทบทวนปัจจัยการเกิดปัญหาต่างๆในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสิ้นหวัง (นิษา สมานทรัพย์, 2554) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัว (อรพิน คำโต, 2554) เพื่อแสวงหาแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิตในปัจจุบันให้มากที่สุด

2. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

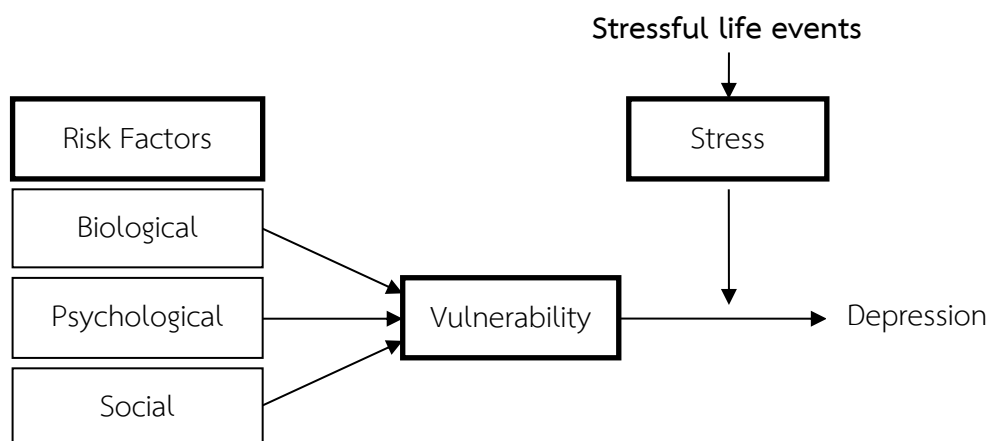
2.1 ความหมายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

หมายถึงสภาวะทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ โดยมีลักษณะอาการแสดงไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ กล่าวคือมีการแสดงออกทางร่างกาย ได้แก่อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ การแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่อาการหงุดหงิดง่าย หรือหดหู่ เบื่อหน่ายต่อการทำกิจกรรมที่เคยทำประจำ การแสดงออกทางความคิด ได้แก่ การคิดช้าลง หมกมุ่น คิดวนไปวนมา ขาดสมาธิ มีความคิดด้านลบ มองโลกในแง่ร้าย การจำกัดความคิดอยู่กับความสิ้นหวัง ที่ได้รับจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นำไปสู่ความคิดเกี่ยวกับการตายและมีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายจริงๆ (Blazer and Hybels, 2005; Martin, 2010)

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่ามีแนวคิด The Stress-Diathesis Model (Ingram et al., 1998) ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงเชื่อมโยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเกิดจากปัจจัยชีววิทยา พัฒนาการและจิตสังคม ความเปราะบางที่แตกต่างกันของตัวบุคคลคือปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อบุคคลได้แก่ ด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ระบบสารสื่อประสาทไม่สมดุล ด้านจิตวิทยาได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน และด้านสังคมวิทยา ได้แก่ การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำปฏิกริยาต่อความเครียดที่เข้ามากระทบ ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การลดบทบาททางสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดภาวะผิดปกติทางจิต โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดมากขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดง The Stress-Diathesis Model of Depression ที่มา : Ingram et al. (1998)

2.2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2.2.1 ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (biological theories of depression)

2.2.2.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ซึ่งจากผลการศึกษาของผู้วิจัยหลายคนพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาทคือ Acetylcholine Serotonin Dopamine Norepinephrine ลดลง ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการลดลงของสารสื่อประสาทโดยเฉพาะ Catecholamine ซึ่งมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Frisch and Frisch, 2002; Garber, 2000; Varcarolis, 2002)

2.2.2.1.2 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (genetic theory) คือ ลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งจากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ญาติในลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไป 1.5-3 เท่า (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) ถ้าฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกันมีคนเดียวคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้าโอกาสที่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดโรคนี้สูงถึงร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบหรือพี่น้องทั่วๆไปที่ไม่ใช่ฝาแฝด โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะพบประมาณร้อยละ 10-25 (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักพบประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัวด้วย (Hughes, 1997)

2.2.2.1.3 ประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) แนวคิดนี้เชื่อว่า ฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่อมไร้ท่อใน

ภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธี DST (Dexamethasone Suppression Test) พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของระดับ Glucocorticoids ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Akiskal, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุชายฮอริโมน Testosterone ลดลงทำให้ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศจะลดลง เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนผู้สูงอายุหญิงการสร้าง Estrogen และ Progesterone ลดลง มีผลทำให้อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง อารมณ์ผู้หญิงในช่วงนี้มักจะผิดปกติไปด้วยบางคนหงุดหงิดอารมณ์เสี้ง่าย บางคนซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรค หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยมักพบว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Niti et al. (2007) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุเอเชีย พบว่ามีภาวะซึมเศร่าระดับสูงในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

2.2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychological theories of depression)

2.2.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคับข้องใจที่ ego ไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลของ superego ที่เป็นคุณธรรม เป็นความรับผิดชอบชั่วดี ของบุคคลที่ได้จากการอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เด็ก เมื่อไม่สามารถแสดงออกได้ตามความคาดหวังทำให้เกิดความรู้สึกผิด เกลียดตัวเองแล้วจะผันแปรเป็นความโกรธ ก้าวร้าว และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาที่บุคคลย้อนคิดถึงอดีต หากผู้สูงอายุนึกถึงอดีตทำให้ตนขมขื่น เขาจะรู้สึกทุกข์ร้อน ผิดหวังในชีวิต จะย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่ก็ไม่ได้ จะแก้ไขความผิดพลาดเวลาก็เหลือน้อย ดังนั้นผู้สูงอายุต้องทนอยู่กับความขมขื่น ผิดหวัง ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540)

2.2.2.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (learned helplessness theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกท้อแท้หมดหนทาง และจากการเรียนรู้หลายๆ ครั้งว่า การดิ้นรนไม่เกิดประโยชน์ จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่ขุ่นเคือง ไม่เป็นปรปักษ์ ต่ำหนืดตนเองอยู่เสมอ จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน หรืออาจเกิดจากการถูกล่วงโทษ การพ่ายแพ้ ล้มเหลวหรือการสูญเสีย ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ปัญหาในชีวิตอย่างไร ก็จะไม่เป็นผลสำเร็จทั้งสิ้น จะพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความรู้สึกไร้ประโยชน์หรือไม่มีพลังในตนเองจาก

ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ไม่ประสบผลสำเร็จในอดีต ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Frisch and Frisch, 2002; Garber, 2000; Varcariolis, 2002)

2.2.2.2.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (reduced positive reinforcement) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) และการมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ และเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบในชีวิตยิ่งทำให้บุคคลลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลลดการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และมุ่งเน้นที่ตนเอง (focus on the self) เพิ่มการจับผิดตนเอง (self-criticism) มากขึ้นและคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Garber, 2000) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองสิ่งรอบๆ ตัวเป็นสิ่งที่ยากลำบากเต็มไปด้วยอุปสรรคที่ยากจะเอาชนะได้ และไม่มี ความหวังในอนาคตจะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขในชีวิต เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

2.2.2.2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (life events and stress theory) พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเกิดจากเหตุการณ์สะเทือนใจต่างๆ ในชีวิต เช่น การสูญเสียชนิดต่างๆ การพลัดพรากจากกัน ความไม่สมหวัง การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด และความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก นอกจากนี้ยังเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในทางลบและแยกตัว (Garber, 2000) จากการศึกษาผู้สูงอายุซึ่งมีการสูญเสียชีวิตของคู่ครอง จำนวน 120 คน พบว่า อาการซึมเศร้านี้มีความรุนแรงสูงสุดภายในเวลา 2-3 เดือนแรกของการสูญเสีย (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

2.2.2.2.5 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) โดย Beck (Beck, 1976; Beck et al., 1979) ได้กล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากสาเหตุ 2 ประการคือ การประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต และการมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงทำให้มีโรคประจำตัว หรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคอัมพาตหรือข้ออักเสบอย่างรุนแรง การสูญเสียการมองเห็น การสูญเสียการได้ยิน นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก ญาติหรือคนใกล้ชิด จากการศึกษาผู้สูงอายุซึ่งมีการสูญเสียชีวิตของคู่ครอง จำนวน 120 คน พบว่า อาการซึมเศร้านี้มีความรุนแรงสูงสุดภายในเวลา 2-3 เดือนแรกของ

การสูญเสีย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) การต้องออกจากงานและขาดสิ่งทดแทนที่ พึงพอใจ การ ประสบความสูญเสียหลายอย่างในช่วงเวลาสั้นๆ การเผชิญกับสิ่งที่คุกคามความเป็นอยู่ใน ชีวิตประจำวัน เช่น ฐานะการเงินฝืดเคือง เจ็บป่วยต้องใช้จ่ายเงินมาก ไม่มีทางรักษาหรือรักษาแล้วไม่ ดีขึ้น ขาดที่พึ่งขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ขาดแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้สูงอายุต้อง เผชิญ ประกอบกับผู้สูงอายุมีแนวโน้มมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ มองตนเองเป็นคนไร้ค่ามองสิ่งรอบๆ ตัว เป็นสิ่งยากลำบากเต็มไปด้วยอุปสรรคที่ยากจะเอาชนะได้ และไม่มี ความหวังในอนาคตจะทำให้ ผู้สูงอายุไม่มีความสุขในชีวิต เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

จากทฤษฎีปัญญานิยม Beck ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะ ซึมเศร้า ที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) และความคิดที่บิดเบือน (cognitive error or faulty information processing) ดังนี้ (Beck, 1976; Beck et al., 1979)

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) เป็นความคิดที่ บุคคลพิจารณาตนเองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือนไป คือ การมองตนเอง ในทางลบผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่องไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความ บกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความ ผิดพลาดต่างๆ ขึ้น ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (schema) โครงสร้างทางความคิด แบ่งออกเป็น การแปรความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคล อาจปรับเปลี่ยนได้ดีหรือบิดเบือน (adaption-maladaption) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นลักษณะเฉพาะตัว สำหรับผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะมี ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic)

3. ความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors) คือ การด่วนลง ความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะ ประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (selective abstraction) การคิดและการแปรความเกินกว่า พื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ ตนเอง (personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่ สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) ซึ่งในผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทาง ลบมากกว่าทางบวก (Beck et al., 1979)

องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการของรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงต้นชีวิตของบุคคล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวกับตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรรูปแบบนี้เรื่อยไป (Beck, 1967; Beck et al., 1979)

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ปัจจัยทั่วไปที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Blazer and Hybels, 2005)

2.3.1.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่

2.3.1.1.1 พันธุกรรม (Hereditary) พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า จากการศึกษาผู้สูงอายุในสแกนดิเนเวีย สนับสนุนว่าพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า โดยร้อยละ 16 ผู้สูงอายุผาแฝดในสวีเดนพบระดับความซึมเศร้า (Blazer and Hybels, 2005) และการประวัติการเป็นโรคซึมเศร้าก็มีความเกี่ยวข้องของผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 67 เคยมีประวัติซึมเศร้ามาก่อน (Musetti et al., 1989)

2.3.1.1.2 เพศ (Gender) เพศหญิงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายถึง 2-3 เท่า โดยพบว่าเพศหญิงมีร้อยละ 13.6 เพศชายร้อยละ 7.6 (Buschmann et al., 1995)

2.3.1.1.3 ความผิดปกติของระบบประสาท (Underactivity of serotonergic neurotransmission) เช่น สารสื่อประสาท serotonin (Blazer and Hybels, 2005) เป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญที่สุดและมีผลต่ออารมณ์ โดยสารซีโรโทนินจะลดลง 70% ในวัยกลางคน และในวัยสูงอายุพบว่าจะมีการลดการจับตัวกันระหว่างสาร serotonin กับตัวรับสาร serotonin และผลที่ตามมาเมื่อขาดสาร serotonin คือจะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

2.3.1.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk) ได้แก่

2.3.1.2.1 ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยเป็นปัจจัยที่ก่ออารมณ์เศร้า เช่นบุคลิกภาพผิดปกติย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกผิดปกติชนิดฟุ้งฟุ้ง Borderline (ธรรณินทร์ กองสุข, 2550) ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของ

บุคลิกภาพพบว่า มีประสบการณ์หรือการเกิดอาการซึมเศร้าได้สูงเป็น 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ (Blazer and Hybels, 2005) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่นมีอาการทางประสาทเป็นระยะเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้มากกว่า ถึงแม้ไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายในชีวิต โดยบุคลิกภาพของแต่ละคนจะสะท้อนให้เห็นว่าแต่ละคนมีลักษณะนิสัย การตัดสินใจ อารมณ์และความพอใจเป็นอย่างไรในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตของแต่ละคน (บุญศรี นุกฤต, 2550)

2.3.1.2.2 Neuroticism บุคลิกภาพแบบอ่อนไหว ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวในระดับต่ำๆจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวระดับสูงๆ (Olderhinkel, Bouhuys, and Brillman, 2001)

2.3.1.2.3 มีความผิดปกติด้านการคิด (Cognitive distortions) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะมีความคิดผิดปกติ บิดเบือนไปจากความเป็นจริงมากกว่าปกติ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Blazer and Hybels, 2005) และมักมีความคิดแปลความผิดไปจากความเป็นจริง มองตนเองในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

2.3.1.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) ได้แก่

2.3.1.3.1 ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย (Bereavement) เป็นสภาวะหรือระยะเวลาที่บุคคลรู้สึกโศกเศร้าจากการสูญเสีย โดยเฉพาะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือการพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งของต่างๆ รวมถึงการสูญเสียอาชีพการงาน อาจเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ขาดการยอมรับในสังคมโดยเฉพาะในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

2.3.1.3.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) ทำให้เกิดความขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน ทางการเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจนทำให้อยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย เกิดความเครียด จนส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มีหนทาง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรรณิ์ทรงสุข, 2550)

2.3.1.3.3 การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยภาพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

2.3.2 ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง เหตุการณ์ในชีวิตหรือการสะสมประสบการณ์ชีวิต ความทุกข์โศก ซึ่งหากเพิ่มมากขึ้นจะเกิดความเครียดต่อโรคทางจิต (Rahe, 1979) โดยเหตุการณ์ความเครียด จะเป็นสภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระตุ้น ก่อให้เกิดความเครียด โดยเกิดการจากการสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การแยกจาก การย้ายถิ่นที่อยู่ การสูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสูญเสียพลังอำนาจในการคิดตัดสินใจ และการยึดติดจากสิ่งที่มีมาแต่ก่อน เช่น หน้าที่การงาน รายได้ที่เคยมี ทำให้คุณค่าของตนเองลดลง ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อีกทั้งเหตุการณ์ความเครียดยังเกิดได้จากภัยธรรมชาติ สงคราม ปัญหาอาชญากรรม การย้ายที่อยู่ (Schwarzer and Schulz, 2001) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า stressful life events คือการสูญเสียสัมพันธ์ภาพ รวมทั้งภาวะโศกเศร้า การพลัดพรากจากสิ่งที่รัก การคุกคาม นำมาสู่การสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Hammen, 2005; Brown, Harris, and Hepworth, 1995)

2.3.3 ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่

ช่วยสนับสนุนให้มีศักยภาพในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

2.3.2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์หรือความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะบทบาททางสังคม และเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน (Mesenhelder, 1985) พบว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ (Blazer and Hybels, 2005; Orth and Robins, 2013)

2.3.2.2 ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยและปรับตัวหลังเหตุการณ์วิกฤติ หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก เป็นคุณสมบัติที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Stewart and Yuen, 2011) รวมถึงการคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเผชิญต่อภาวะตึงเครียด โดยพบว่าหากมีความเข้มแข็งทางใจจะช่วยป้องกันการซึมเศร้าได้ (Burns and Anstey, 2010)

2.3.2.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ในเรื่องการให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องสุขภาพ ข่าวสารต่างๆในชมรม/ชุมชน รวมถึงการให้ความช่วยเหลือเรื่องการเงิน เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม พบว่าหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถป้องกันภาวะ

เครียดได้ โดยจะส่งผลกระทบต่อเพียงเล็กน้อย หรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป (Schaefer et al., 1981)

2.3.2.4 ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function ability) พบว่าหากผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง จะเกิดความภาคภูมิใจช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Hardy et al., 2004) และพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ช้า พุดช้าและมีปัญหาในการตัดสินใจหากปล่อยให้มีการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นได้ (Lockwood et al., 2002)

2.3.2.5 ความเชื่อทางศาสนา (Religious belief) เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุใช้ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หากมีน้อยจะส่งผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมทางลบซึ่งสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าของโรคซึมเศร้าได้ (Richardson, 2012) พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง ส่งเสริมการคิดด้านบวกมากขึ้น (Martin et al., 1984)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ปัจจัยสำคัญคือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัจจัยปกป้อง ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยาได้แก่ พันธุกรรม เพศ ความผิดปกติของระบบประสาท ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยาได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ บุคลิกภาพแบบอ่อนไหว และการมีความผิดปกติด้านความคิด ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย ปัญหาเศรษฐกิจ และปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา

2.4 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าคือ อาการเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ และอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงซึ่งรบกวนการรู้คิดของผู้สูงอายุคือ อาการหลงลืมและการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อม (Frisch and Frisch, 2002) ได้มีการพิจารณาจากอาการและอาการแสดงตามระดับความรุนแรงที่แสดงถึงความแปรปรวน 4 ด้านคือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ และความแปรปรวนด้านร่างกายและมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Beck et al., 1979)

2.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้ายตำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป

2.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองใน ทางลบรื่องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง

2.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัว จากสังคมหรือต้องการที่จะตาย

2.4.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการ นอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อย น้ำหนักลด

สรุปได้ว่าอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะแสดงออกโดยมีความแปรปรวน ด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ และความแปรปรวนด้าน ร่างกาย โดยอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต หากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการ รักษาอาจมีภาวะสมองเสื่อม

2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้มีการศึกษาสร้างและพัฒนาเครื่องมือจาก อาการและอาการแสดงได้ 2 ประเภท คือ การประเมิน ภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer และ observer rated scale) และการ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) ในที่นี้กล่าวถึงเฉพาะแบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าด้วยตนเอง ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจาก ประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.5.1 Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS] พัฒนาโดย Zung (1965) แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะ เมื่อทดสอบประสิทธิภาพของยา เน้นการประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบ ประสาทควบคุม การทำงานของร่างกาย และด้านจิตใจ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบบประเมินนี้ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีเทคนิคการแบ่งครึ่ง (split-half) มีค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และประเมินในชุมชนจำนวน 1,173 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 แบบประเมินนี้มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) เท่ากับ 0.68 ถึง 0.76 และมีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale (MMPI-D) เท่ากับ 0.65

2.5.2 Center for Emidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมิน อาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และด้านการ

เปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.5.3 Beck Depression Inventory (BDI) พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1961 ข้อคำถามเดิมของแบบประเมินได้จากการสังเกตลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตบำบัด มีการปรับปรุงครั้งแรกในปี 1978 โดยการตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออก และปรับเปลี่ยนข้อคำถามบางข้อ และในปี 1993 ได้มีการปรับปรุงระดับคะแนนเพื่อใช้ในการบำบัดทางปัญญา และในปี 1996 ได้ออกแบบประเมินใหม่ คือ BDI-II ซึ่งปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSMIV แบบประเมินนี้สร้างบนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยมประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ และแปรผลเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แบบประเมินนี้ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 63-248 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มนักเรียน จำนวน 91-568 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.82-0.92 และตรวจสอบความตรงในผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) เท่ากับ 0.61 ถึง 0.83

2.5.4 Thai Geriatric Depression Scale : TGDS พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตเวช จาก 14 สถาบันทั่วประเทศได้ประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้นมาจาก Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นแบบวัดที่สะดวกเข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้นมีความตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 20 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ซึ่งมีจำนวน 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ .93 โดย

ตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้อีกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 และข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้อีกทางลบ 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,3,4,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25, 26,28 เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความด้านบวก หากตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน ข้อความด้านลบ หากตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินระดับความซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน ปกติ, คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

การคัดสรรตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษาแนวคิด Stress diathesis model (Ingram et al, 1998) ร่วมกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่เฉพาะเจาะจงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ Blazer and Hybels (2005) รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการศึกษา สามารถอธิบายรายละเอียดของตัวแปร ดังต่อไปนี้

3.1 เพศ

สารานุกรมเสรี (2556) ให้ความหมายไว้ว่า คือสิ่งที่แสดงลักษณะความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง

WHO (2002) ให้ความหมายไว้ว่า คุณลักษณะของผู้หญิงและผู้ชายในบทบาทประกอบสร้างทางสังคม พฤติกรรม กิจกรรมและคุณลักษณะที่ให้สังคมพิจารณาว่าเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง

จากการศึกษาสรุปได้ว่า เพศ หมายถึง สิ่งที่คุณลักษณะระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ในบทบาททางสังคม พฤติกรรม

3.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าพบว่าเพศมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน การศึกษางานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า พบอุบัติการณ์ในผู้หญิงประมาณ 2 เท่าของผู้ชาย (Vikram, 2005) การศึกษาในประเทศไทย ของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของโรคซึมเศร้า ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1.6 ต่อ 1 (ธรมินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจาก ความค่านิยม ความเชื่อว่าผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ชัดกว่า (Loewenthai et al., 2002) เมื่อถูกตำหนิจะรู้สึกมีคุณค่าตนเองต่ำ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายและเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย

(Hughes-Hammer et al., 1998) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ซึ่งกล่าวว่าเพศมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างของเพศอาจจะเป็นผลมาจากความค่านิยม ความเชื่อว่าผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มจะรายงานอาการไม่สบายทางกายแสดงออกทางอารมณ์ชัดกว่า รวมถึงมาใช้บริการดูแลรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ชาย เช่นเดียวกับพุนศรี รังสีขจี และคณะ (2549) อธิบายว่าเนื่องจาก ผู้หญิงต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในชีวิต การทำงานบ้าน การหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร และต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว และวัยใกล้หมดประจำเดือน จะมีผลต่อภาวะอารมณ์ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ Beck (1967) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้า พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

3.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (2557) ให้ความหมายไว้ว่า บุคคลที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถกลับไปปกติอย่างเดิมได้ เป็นกลุ่มภาวะอาการที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ในร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และทำให้ร่างกายแยลง ต้องการฟื้นฟูและใช้เวลานานในการรักษา

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ให้ความหมายไว้ว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ หรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาพักตัวของโรครวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยทางสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกาย และรักษาไม่หาย

อารีย์ เสนีย์ (2557) ให้ความหมายไว้ว่า โรคที่รักษาไม่หาย การรักษา เป็นการประคับประคองไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น โรคเรื้อรังมีหลายประเภท เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น ลักษณะของการเกิดโรคมีลักษณะการดำเนินของโรคยาว (Long duration) ระยะการแฝงตัวของโรคนาน (Long latent period) การสะสมของโรคและการก่อตัวของโรคเกิดขึ้นทีละน้อย

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2558) ให้ความหมายไว้ว่า โรคที่เมื่อเริ่มเป็น อาจไม่มีอาการ แต่อาการจะค่อยๆรุนแรงขึ้นเรื่อยๆเมื่อไม่ได้รับการรักษา อาการมักเกิดต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป มักต้องมีการรักษาต่อเนื่องอาจตลอดชีวิตและมักไม่หายขาด มักเป็นๆหายๆ และเกิดอาการเฉียบพลันซ้ำซ้อนได้เสมอ เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมากจากการขาดประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วย ขาดคุณภาพชีวิต และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล

ในภาพรวมสูงมาก เช่น โรคในกลุ่มโรค NCD (เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง) และโรคมะเร็ง

สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ หรือภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกาย หรือเบี่ยงเบนไปอย่างถาวร ระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 6 เดือน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ อาจทำให้เกิดความพิการ ต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องการการฟื้นฟูและต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตลอดไป

3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการศึกษาของ Blazer and Hybels (2005) ที่พบว่าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักพบการเจ็บป่วยโดยมีโรคทางกายอย่างน้อยคนละ 1 โรค ทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้ยาเฉพาะโรค อาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน รวมถึงอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.3 ความสามารถในการรู้คิด

ชวรัตน์ ชาญศิลป์ (2552) ให้ความหมายไว้ว่า การรับประสบการณ์ต่างๆ ไปประมวลคิดและใช้เหตุผลในการตัดสินใจ

มานิตย์ วัชรชัยนันท์ (2555) ให้ความหมายไว้ว่า การทำหน้าที่ของสมองใน ส่วนความจำ (รู้คิด) สมาธิและการรับรู้ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมตามที่คนเราต้องการ เมื่อสมองของคนเราเกิดเสื่อมลง ความสามารถของสมองดังกล่าวย่อมลดลงเป็นธรรมดา

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ให้ความหมายไว้ว่า การตระหนักรู้ และการควบคุมการรู้คิดของตนเอง ความสามารถในการรับรู้ จดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและการฝึกสมาธิ คือรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในกระบวนการคิดใด และสามารถควบคุมตนเองให้ทำตามนั้นได้

สรุปได้ว่าความสามารถในการรู้คิด หมายถึง การทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ ประมวลผล และแปลความหมายโดยใช้เหตุผลและผลช่วยในการตัดสินใจ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ

3.3.1 การประเมินความสามารถในการรู้คิด แบบทดสอบเพื่อใช้ประเมินการทำงานด้านการรู้คิดของสมองทั่วไป (General cognitive function) มีหลายแบบได้แก่

3.3.1.1 Mini Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท พัฒนาโดย Folstein, Folstein, and McHugh, (1975) ใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด ความจำ และพฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพในสมอง เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ใช้ได้ดีในการประเมินขนาดความรุนแรงของ Cognitive function ที่บกพร่อง ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ สภาด้านจิตใจ ความจำและการระลึกได้ ความสามารถในการเลียนแบบ แพลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3.3.1.2 Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดในวัยผู้ใหญ่ พัฒนาโดย Kierman et al. (1987) ซึ่งสามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองได้ 5 ด้าน ได้แก่ ภาษา การเข้าใจ ความหมาย ความจำ การคำนวณ และการคิดเป็นเหตุเป็นผล ถ้าคะแนนรวมต่ำ แสดงว่าอาจมีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่สมองส่วนใดส่วนหนึ่ง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002) ปรับปรุงโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ การจดจำข้อความ การคิดคำนวณ การเขียน และการปฏิบัติตามคำสั่ง การให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมจะแตกต่างกันออกไปตามความยากง่าย คะแนนความสามารถในการทำแบบทดสอบนี้เทียบวัดกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยแต่ละคน คะแนนเต็มของแบบทดสอบจึงมีค่าไม่เท่ากันซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเหมาะแก่การประเมินสมรรถภาพของสมองของผู้สูงอายุ

3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อภาวะซึมเศร้า พบว่าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีปัญหาเรื่องความบกพร่องในการคิด หากปล่อยไว้เป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจก่อให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ตามมาได้ ซึ่งจะ

ส่งผลให้เกิดภาวะซึ่มเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นได้ในอนาคต (Blazer and Hybels, 2005) จากการศึกษาของ Sheline et al. (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคซึ่มเศร้าต่อระดับภาวะซึ่มเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงทำนายการสูญเสียการทำหน้าที่ของกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วย พบว่าหากความสามารถในการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคซึ่มเศร้า จะส่งผลให้เกิดภาวะซึ่มเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นได้ หรืออีกนัยก็คือ ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึ่มเศร้า และสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึ่มเศร้าคือ ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยมีกระบวนการรู้คิดบกพร่องนานเกินไป ซึ่งอาจจะทำให้เกิดโรคตามมา ดังการศึกษาของ Alexopoulos et al. (1993) ที่พบว่าหากกระบวนการรู้คิดบกพร่องนานเกินกว่า 5 เดือนจะมีความเสี่ยงต่อ Alzheimer's disease

3.4 การดื่มแอลกอฮอล์

วีรณช ก่อแก้ว (2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริโภค ความถี่ในการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 30 วัน และในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

พัชชราวลัย กนกจรรยา (2554) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ลักษณะการเสพสุรา อันประกอบด้วยปริมาณและความถี่ของการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การไม่สามารถควบคุม การดื่มได้ และต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม

สรุปได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ทุกชนิด อันประกอบด้วยปริมาณและความถี่ของการดื่ม ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในทางการแพทย์มีการจัดกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ตามลักษณะพฤติกรรมการดื่มโดยเปรียบเทียบความเสี่ยงของการดื่มแบบต่างๆ กับ ปริมาณการดื่มอย่างปลอดภัย หรือปริมาณของการดื่มมาตรฐาน ซึ่งปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐาน หรือ standard drinking โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่า 1 ดื่มมาตรฐาน เท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์ 10 กรัม โดยสามารถจัดแบ่งระดับการดื่มตามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (พันธุันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) และประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) ขององค์การอนามัยโลกได้ ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย (low-risk drinking) มีคะแนนประเมิน พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือ AUDIT อยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 60 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 1.5-2 กระป๋อง หรือไวน์ประมาณ 2 แก้ว หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย ซึ่ง

เทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 120ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง ทั้งนี้ในหนึ่งสัปดาห์ต้องมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วัน โดยการดื่มลักษณะนี้อาจเรียกว่าดื่มแบบปลอดภัยได้ ยกเว้นผู้สูงอายุสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรุนแรงผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ที่ต้องรับประทานยาที่อาจมีผลต่อแอลกอฮอล์ ควรดื่มในปริมาณที่ต่ำกว่าหรือไม่ควรมีการดื่มแอลกอฮอล์เลย

2. กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือ AUDIT อยู่ระหว่าง 8-15 คะแนน เป็นการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มมีความเสี่ยงในการเกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมปริมาณการดื่มโดยประมาณ ในผู้หญิงคือการดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เทียบเท่าเบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 1/4 แบน หรือการดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์เทียบเท่าเบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง สำหรับในผู้ชายคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เทียบเท่าเบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 4.5 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 1/2 แบน หรือการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ เทียบเท่าเบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง และยังรวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยแต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น กำลังตั้งครรภ์มีโรคทางกาย หรือกำลังรับประทานยาที่อาจจะมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ รวมทั้งการดื่มแบบ “Binge drinking” คือการดื่มหนักมากติดต่อกัน ซึ่งการดื่มหนักเป็นสาเหตุทำให้เกิดพิษของแอลกอฮอล์เฉียบพลันได้

3. กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือ AUDIT อยู่ในระหว่าง 16-19 คะแนน หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์มากจนได้รับผลเสียซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง เทียบเท่าเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี 1/2 แบนขึ้นไป หรือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย เทียบเท่าเบียร์ชนิดแรง 4.5 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 1/2 แบนขึ้นไป

4. กลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือ AUDIT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งมีรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม (alcohol used disorders) จนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง เช่น การงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่ม หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำ จนกระทั่งไม่ทราบว่าเป็นตนเองติดแอลกอฮอล์ จะรับรู้ได้ต่อเมื่อเกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) ขึ้น หากต้องหยุดดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม

การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ มีหลากหลายวิธีได้แก่

1. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test [WHO] ซึ่งองค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ขึ้น โดยนักวิชาการจากประเทศต่างๆ และได้ผ่านการทดลองใช้ในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยแบบประเมินนี้ได้รับการแปลโดย สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย (2547) และนำมาใช้ในสถานบริการทุกระดับ และบุคคลทั่วไปสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ เวลาที่ดื่ม ปริมาณความถี่ของการดื่ม อาการของการติดแอลกอฮอล์ และปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีค่าความไว (sensitivity) 96% และความจำเพาะ (specificity) 96% ในการตรวจพบภาวะของการดื่มที่เป็นอันตรายและมีค่าความไว (sensitivity) 87% และความจำเพาะ (specificity) 81% ในการตรวจพบภาวะของการดื่มที่มีปัญหา เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราแบบง่ายและสั้นที่ใช้คัดกรองผู้ที่ดื่มสุรามากเกินไป จนเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพ สามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงน้อย (low-risk drinking) กลุ่มดื่มแบบอันตรายหรือเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) และกลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) สามารถใช้ได้ในทุกประเทศไม่พบปัญหาในการใช้ที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน

2. แบบประเมินปริมาณ และความถี่ (The Quantity/Frequency Questionnaire) ตามแนวคิดของสถาบันการเสพติดสุราและโรคพิษสุราแห่งชาติ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]) เป็นแบบประเมินที่จำแนกผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดปัญหาและโรคติดสุรา (Alcoholism) ได้มี 3 ข้อคำถาม ที่ถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ คำตอบที่ได้จะนำไปแปลผลโดยมีข้อบ่งชี้ถึงการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นความเสี่ยง หรือทำให้เกิดปัญหาคือในผู้หญิงและผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีการดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์หรือ 3 ดื่มมาตรฐานต่อเหตุการณ์ สำหรับผู้ชายที่อายุน้อยกว่า 65 ปีมีการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์หรือ มากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อเหตุการณ์ แต่ไม่มีรายละเอียดของคุณภาพเครื่องมือ

3. แบบคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ The Fast Alcohol Screening Test (FAST) ของ Hodgson, et al. (2002) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนามาจากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) เพื่อใช้คัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ที่เร่งด่วนในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกอื่นที่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา แบบคัดกรองนี้จะมีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน และมีคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 0-16 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป เป็นการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .77

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้การสอบถามด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ในหัวข้อในปัจจุบันท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) แบบสอบถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือกคือ ดื่ม และไม่ดื่ม เนื่องจากต้องการทราบข้อมูลเพียงผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

3.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าร้อยละ 40 ของคนที่ดื่มจะมีอาการซึมเศร้า โดยพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านักหันไปใช้สุราเนื่องจากเชื่อว่าจะสามารถบรรเทาอาการเศร้าได้ โดยผู้ที่บริโภคสุราเป็นเวลานานแอลกอฮอล์จะลดระดับ serotonin และ norepinephrine ในสมองถือเป็นปัจจัยกระตุ้นในการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2555) จากการศึกษาของ Devenand et al. (2002) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นตัวกระตุ้นให้ส่งผลกระทบต่อสมอง และการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) ที่พบว่าการดื่มสุราเป็นประจำเป็นปัจจัยอันดับรองมาที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ซับซ้อน อาจเกิดร่วมกันโดยบังเอิญ หรือโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักเอง พบการดื่มสุราเป็นประจำ (OR = 10.81, 95%CI = 2.68-43.56) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของสถิตย์ วงศ์สุรประภิต และสมพร สันติประสิทธิ์กุล (2555) ซึ่งพบว่าผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าจะดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 25.74 โดยแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

3.5 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

Dohrenwend and Dohrenwend (1974) ให้ความหมายไว้ว่า เหตุการณ์ความเครียดที่เป็นเหตุการณ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่คาดคิด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นไปในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ หรือกระตุ้นให้เกิดความสะเทือนใจ ผิดหวังในชีวิต เช่น การสูญเสีย การแยกจาก ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

Rahe (1979) ให้ความหมายไว้ว่า การสะสมประสบการณ์ชีวิต ความทุกข์ โศก ซึ่งหากเพิ่มมากขึ้นจะเกิดความเสี่ยงต่อโรคทางจิต

Stuart and Sundeen (1991) ให้ความหมายไว้ว่า เหตุการณ์ใดๆที่เมื่อเกิดกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิต

สรุปได้ว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง เหตุการณ์หรือความเครียดที่เข้ามากระทบบุคคล ก่อให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัว หรือกระตุ้นให้เกิดความสะเทือนใจในชีวิต ได้แก่ การพลัดพราก การสูญเสีย ความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่กระตุ้นก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.5.1 การประเมินความเครียดในชีวิต

3.5.1.1 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของ Hankin, Abramson, and Siler (2001). ที่ใช้ศึกษาการรับรู้ที่ทำให้สะเทือนใจ ในผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพจิต สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และด้านการเรียนรู้ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 เหมาะกับกลุ่มที่ไม่มีโรคทางกาย ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต มี 30 ข้อ ด้านครอบครัว 14 ข้อ ด้านเพื่อน 9 ข้อ ด้านการเรียนรู้ 5 ข้อ

3.5.1.2 แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดตามแนวคิดของ Amster and Kraus (1974) ซึ่งพัฒนาโดย Piboon et al. (2010) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านการรู้จัก ด้านอารมณ์ โดยข้อคำถามประเมินเหตุการณ์ที่เกิดภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาว่าประสบกับเหตุการณ์ความเครียดหรือไม่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลดีหรือผลเสียต่อตนเองหรือไม่ มีค่าความเชื่อมั่น .85

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดตามแนวคิดของ Amster and Kraus (1974) ซึ่งพัฒนาโดย Piboon et al. (2010) นำมาใช้โดยนิษานสมานทรัพย์ (2554) พบว่ามีการพัฒนาเพื่อใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะ โดยเนื้อหาครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านการรู้จัก ด้านอารมณ์ของผู้ป่วย 25 ข้อคำถามในแต่ละข้อถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดภายใน 6 เดือนว่าเกิดเหตุการณ์ขึ้นหรือไม่ ถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วส่งผลดีให้ 0 คะแนน ถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วส่งผลเสียให้ 1 คะแนน หรือถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วส่งผลดีหรือผลเสียให้ 1 คะแนน แล้วคิดค่าคะแนนรวมทั้งหมด

3.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะ

ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านักเกิดความท้อแท้ ไม่มั่นใจในการตัดสินใจ เมื่อมีเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงเข้ามากระทบโดยไม่ตั้งตัว อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ในรายที่รุนแรงไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) จากการศึกษาของ Engle (1971); Blazer and Hybels (2005) ได้ให้เหตุผลไว้ว่าการที่บุคคลวัยสูงอายุประสบกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่เคร่งเครียด ยากแก่การปรับตัว บางเหตุการณ์ก่อให้เกิดความเศร้า สะเทือนใจ หรือผิดหวังในชีวิตเช่น การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก สัตว์

เลี้ยง การสูญเสียบทบาททางสังคม จากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิกผู้พักอาศัย ปัญหาเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ที่ควรมี ส่งผลต่อปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการศึกษาของ Prince et al. (1997) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับเหตุการณ์ในชีวิต โดยการสำรวจผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ในลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่าภาวะซึมเศร้าและจำนวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผ่านมา เช่น การเจ็บป่วย ฆ่าตัวตาย และการถูกขโมย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson (2012) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซ้ำของโรคซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Kendler, Karkowski, and Prescott (1999) ซึ่งศึกษาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า การเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคซึมเศร้า มากกว่าปัจจัยทั่วไปถึงร้อยละ 5.64 และพบได้ถึงหนึ่งในสามที่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาเริ่มต้นของการเกิดโรคซึมเศร้า

3.6 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Rosenberg (1965) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ประกอบไปด้วย การยอมรับนับถือในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองและเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเป็นผลผลิตที่มีอิทธิพลมาจากสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม มีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

Maslow (1970); Roger (1980) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือมโนภาพของบุคคลในการรับรู้ตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ การรับรู้สัมพันธ์ภาพที่ตนเองมีต่อบุคคลอื่น

Sasse (1978) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสำคัญและมีคุณค่า มีความต้องการได้รับความเชื่อถือ การยอมรับนับถือโดยได้รับการสนับสนุนหรือยอมรับนับถือจากผู้อื่นเพื่อที่จะได้เกิดความรู้สึกภูมิใจและนับถือตนเอง

Coopersmith (1984) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้ตนเองของบุคคล ซึ่งแสดงออกได้ใน 2 ลักษณะคือการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง แสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีพลังอำนาจของตนเอง โดยบุคคลสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและการกระทำที่แสดงออกไป

Mesenhelder (1985) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์หรือความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ เป็นสิ่งไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาวะ บทบาททางสังคม และเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน

Lawrence (1987) ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลประเมินตนเองถึงความแตกต่างระหว่างตนที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบันกับตนที่อยากจะเป็น (Ideal Self) ซึ่งเป็นกระบวนการทางด้านอารมณ์ที่วัดได้จากการที่บุคคลเอาใจใส่ต่อความแตกต่างนี้ บุคคลซึ่งมีความแตกต่างในการประเมินมากจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ถ้าหากมีความแตกต่างน้อยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

Seigley (1999) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกและทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านดีและไม่ดี โดยมีการประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองในด้านความสำคัญ การยอมรับ ความเชื่อมั่น ความสามารถความสำเร็จในการทำงาน ความล้มเหลว ความรู้สึกมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนการได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม

สรุปได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึง การที่บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง ประกอบด้วยการนับถือตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ซึ่งพิจารณาจากการประเมินคุณค่าตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ คุณค่าดีและความมีพลังอำนาจของตนเอง รวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นคุณค่าที่ผู้อื่นมีต่อตน ความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ของแต่ละบุคคล

3.6.1 แนวคิดของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Rogers (1959) มีความเชื่อว่ามนุษย์มีอิสระเสรีภาพ มีธรรมชาติที่ใฝ่ดี มีความปรารถนาที่จะรู้จักตนเอง มีความรับผิดชอบต่อชีวิตและการกระทำของตนเอง มีความสามารถในการแก้ปัญหาชีวิตของตนเอง ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล โดย กล่าวถึงโครงสร้างบุคลิกภาพว่าประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. บุคลิกภาพของบุคคลที่ถูกหล่อหลอม และผลักดันจากประสบการณ์ของบุคคล ตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่บุคคลสำนึกรู้เฉพาะตน (phenomenal field)
2. ตัวตนของบุคคล (self) หมายถึงกระบวนการที่รวมเอาอัตมโนทัศน์ ค่านิยมจุดมุ่งหมาย และอุดมคติ (ideal) เข้าด้วยกัน เพื่อช่วยเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต สามารถแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ตัวตนที่แท้จริง (real self) ตัวตนตามอุดมคติ (ideal self) และตัวตนที่มองเห็น (self concept) ถ้าตัวตนที่แท้จริงกับตัวตนตามอุดมคติมีความแตกต่างกันมาก บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มเป็นผู้ที่ก่อปัญหาให้กับตนเองและผู้อื่นมาก

นอกจากนั้นได้กล่าวถึงความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ในแง่ของการประเมินตนเองระหว่างตัวตนที่แท้จริงกับตัวตนตามอุดมคติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) บุคคลที่มองตนเองตรงกับตัวตนตามความจริง มักมองตนเองตามอุดมคติที่ค่อนข้างเป็นไปได้ ทำให้การดำเนินชีวิตของเขาเป็นไปอย่างมีความมุ่งมั่นหวังกระตือรือร้น และได้ตามตั้งใจไว้เสมอ เขามีความพอใจในตนเองอยู่มาก ซึ่งจะนำไปสู่ความพอใจในบุคคลอื่นด้วย เป็นการมองตนเองและคนอื่นในด้านดีและนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองสูงด้วย

2) บุคคลที่มองตนเองสูงกว่าตนตามความเป็นจริง มีแนวโน้มที่จะมองตนเองตามอุดมคติอย่างเพ้อฝัน ไม่มีลู่วางดำเนินไปสู่ความสำเร็จ ฉะนั้นจึงมักทำอะไรไม่สมหวังอยู่เสมอ แล้วก็โทษบุคคลอื่น สถานการณ์อื่นว่าเป็นต้นเหตุของความไม่สมหวังนั้น

3) บุคคลที่มองตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง มักเป็นผู้ที่ยอมแพ้ถอยย่น ไม่ได้ใช้ศักยภาพและคุณสมบัติตามความเป็นจริง จึงมีแนวโน้มที่จะวาดภาพตนในอุดมคติที่ตกต่ำลงอีก เพราะไม่เชื่อในความสามารถและศักยภาพของตน อันจะนำไปสู่การมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงไปอีก

Rosenberg (1979) ถือว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนทัศน์ (self concept) โดยทั้งสองสิ่งไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นเพียงมิติหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนทัศน์ ได้แยกออกเป็น 2 มิติคือ

1. Cognitive self (การตระหนักรู้ด้วยตนเอง) เป็นเรื่องของความรู้ ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเองจากการที่บุคคลเป็นเจ้าของตำแหน่ง สถานภาพ ภายในโครงสร้างสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่หรือเป็นสมาชิกอยู่ ทำให้บุคคลแต่ละคนมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น เป็นพ่อ แม่ เพื่อน ครู เอกลักษณ์ที่บุคคลได้จากสังคมทำให้บุคคลรู้ว่าเขาเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร การรับรู้นำไปสู่อัตมโนทัศน์ของบุคคล ซึ่งไม่เกี่ยวกับการประเมินของบุคคล

2. Evaluative self (การประเมินตนเอง) เป็นการอธิบายตนเองของบุคคลซึ่งเกิดจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือคนอื่น เพื่อที่จะให้บุคคลรู้ว่าเขามีคุณค่า หรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงหรือต่ำเพียงไร การประเมินตนเองของบุคคลในแนวสังคมวิทยาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่าการที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอย่างไร ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น

3.6.2 องค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

มีผู้ศึกษาองค์ประกอบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

Maslow (1970) ได้แบ่งองค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง ออกเป็น 2 องค์ประกอบคือ

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากตนเอง เช่น ความต้องการมีความเข้มแข็ง การประสบความสำเร็จ มีทรัพย์สินสมบัติ มีความมั่นใจในการเผชิญต่อสิ่งแวดล้อมสามารถพึ่งตนเองได้และมีสิทธิเสรีภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากบุคคลอื่น เป็นความต้องการให้บุคคลอื่นเห็นคุณค่าของตนเอง ต้องการเป็นผู้มีชื่อเสียง เป็นที่ชื่นชอบและได้รับการยอมรับของบุคคลอื่น

Coopersmith (1984) ได้แบ่งองค์ประกอบพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลไว้ 4 องค์ประกอบคือ

1. Significance (ความสำคัญ) เป็นแนวทางที่บุคคลรู้สึกกับตนเองต่อการได้รับการยอมรับ การมีคุณค่าอย่างเหมาะสม และรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักของบุคคลอื่น รวมทั้งมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

2. Competence (ความสามารถ) เป็นแนวทางที่บุคคลได้พิจารณาถึงความมีคุณค่าจากผลของการกระทำที่ได้รับ ความสำเร็จตามเป้าหมาย และความสามารถในการเผชิญกับปัญหา

3. Virtue (คุณความดี) หรือการบรรลุมาตรฐานตามศีลธรรมและจริยธรรม เป็นแนวทางที่บุคคลได้กระทำ หรือปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับค่านิยม ของวัฒนธรรม สังคม ประเพณี จริยธรรมและศีลธรรม โดยการรับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริงมองโลกในแง่ดี มีความพึงพอใจในสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

4. Power (พลังอำนาจ) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่นและต่อเหตุการณ์ต่างๆรอบตัว มีความเชื่อมั่นในอำนาจการกระทำของตนว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ และมีความสามารถเพียงพอในการที่จะกระทำสิ่งต่างๆให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการได้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคล

นอกจากจะมีการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามองค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น ยังสามารถประเมินได้จากทั้ง 3 ด้านดังต่อไปนี้คือ

1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านทั่วไป หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อลักษณะทางกายภาพ ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพและการกระทำ ตลอดจนมีความพอใจในภาวะทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความทะเยอทะยานหรือระดับความมุ่งหวังของตน

2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อความสัมพันธ์กับผู้ปกครองหรือ

บุคคลในครอบครัวและการรับรู้ความรู้สึกที่ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวมีต่อตนในทางที่ดี ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าตนเป็นผู้ที่มีความหมาย ความสำคัญในครอบครัว

3) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อลักษณะความเป็นอยู่ รายได้ สถานที่อยู่อาศัย บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในสังคม ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าตนได้รับการยอมรับจากสังคมรวมทั้งมีความเท่าเทียมกับผู้อื่น รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ความเป็นที่นิยมยกย่อง การยอมรับจากเพื่อนฝูง ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าตนเป็นผู้ที่เพื่อนฝูงชื่นชอบรวมทั้งให้ความไว้วางใจ

3.6.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลในแต่ละวัยอาจแตกต่างกันไป เห็นได้จากการศึกษาของ Coopersmith (1984) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลมี 2 ปัจจัยดังนี้คือ

3.6.3.1 ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล หมายถึงลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคนที่มีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน ซึ่งประกอบด้วย

3.6.3.1.1 Physical attributes ลักษณะทางกายภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยบางลักษณะจะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่น ลักษณะรูปร่างที่งดงาม ความงดงามทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การมีสุขภาพที่แข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไวในการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในเพศชาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์อย่างมากกับความแข็งแรงและความกล้าหาญมากกว่าในเพศหญิง สิ่งเหล่านี้จะเอื้ออำนวยให้บุคคลประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่บุคคลนั้นให้คุณค่า ลักษณะทางกายภาพใดๆจะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือไม่ เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมและมาตรฐานของบุคคลเป็นตัวกำหนด บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดี จะมีความพึงพอใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ด้อยกว่า

3.6.3.1.2 General ability, capacity and performance ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และผลงานมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเป็นตัวบ่งบอกถึงความสำเร็จของการประสบความสำเร็จในสิ่งที่บุคคลกระทำ ซึ่งมีสติปัญญาเข้ามาเป็นตัวสนับสนุน เช่นการศึกษาคุณภาพชีวิตกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ที่มีงานทำและไม่มีการทำงาน พบว่าผู้ที่มีการทำงานมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.6.3.1.3 Affective states ภาวะทางอารมณ์เป็นสภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข ความวิตกกังวล ที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่จะแสดงออกหรือไม่แสดงออก ส่วนใหญ่เป็นผลสืบเนื่องจากการที่บุคคลประเมินสิ่งที่ตนประสบ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแล้วส่งผลกระทบต่ออารมณ์ตนเอง ถ้าบุคคลมีการประเมินตนเองในทางที่ดี จะแสดงความรู้สึกพึงพอใจและแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก จะมีความสุข และมีความวิตกกังวลต่ำ หากบุคคลมีการประเมินตนเองในทางลบ จะไม่มีความพึงพอใจ มองตนเองไม่ประสบผลสำเร็จในอนาคตได้

3.6.3.1.4 Self-values บุคคลจะประเมินตนเองกับสิ่งที่ตนให้คุณค่าให้ความสำคัญ บุคคลที่ให้คุณค่าแก่สิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วมีความสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าค่านิยมส่วนตัวของบุคคลไม่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนี้การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินการพฤติกรรมที่มีความสอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัวของเขา จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

3.6.3.1.5. Aspiration การตัดสินใจคุณค่าของบุคคลส่วนหนึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน และความสามารถของตนกับระดับเกณฑ์ความสำเร็จที่ตั้งไว้ การที่สามารถทำได้ตามเกณฑ์หรือดีกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จะนำไปสู่การมองตนเองว่ามีคุณค่า

3.6.3.1.6 Sex สังคมและวัฒนธรรมส่วนใหญ่ มักให้ค่านิยมและคุณค่าที่ดีต่อเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมักได้รับมอบหมายตำแหน่งที่มีอำนาจในสังคม ในขณะที่เพศหญิงได้รับตำแหน่งและบทบาททางสังคมที่ด้อยกว่า เพศชายมีลักษณะที่ชอบการแข่งขัน ขอบงานที่ท้าทายความสามารถ ทำให้มีทักษะการทำงาน มีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่าเพศหญิง มีผลทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเพศหญิงยังได้รับการปฏิบัติจากสังคมในฐานะเป็นเพศที่อ่อนแอ ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลที่แข็งแรงกว่า ทำให้เมื่อประเมินตนเองแล้วพบว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเพศชาย

3.6.3.2 ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย และส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งประกอบด้วย

3.6.3.2.1 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่าง พ่อ แม่ และลูก เด็กที่ได้รับความรัก ความอบอุ่น การสนับสนุนให้กำลังใจ ให้สิทธิเสรีภาพในการกระทำของเด็ก การจัดระเบียบและกฎเกณฑ์ ที่พ่อแม่ใช้ปกครองลูกและจัดการดูแลให้มีอิสระในขอบเขตที่กำหนด มีส่วนพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กและเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต

3.6.3.2.2 โรงเรียนและการศึกษา การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ประสบการณ์ที่โรงเรียนสามารถช่วยสนับสนุนต่อจากทางบ้าน โรงเรียนเป็นแหล่งการศึกษาที่ช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในทักษะ ความสามารถและความรู้สึกมีคุณค่าที่เป็นสิ่งสำคัญภายในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้สามารถทำการใดๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การที่บุคคลได้รับการศึกษาสูงทำให้มีโอกาสได้ทำงานในตำแหน่งที่สูงมีสถานการณ์งานที่มั่นคงส่งผลให้บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

3.6.3.2.3 สถานภาพทางสังคม บุคคลที่ประสบความสำเร็จและเห็นคุณค่าในตนเองคือบุคคลที่มีตำแหน่งหน้าที่ทางสังคมระดับสูง โดยพิจารณาจาก อาชีพ รายได้ และถิ่นที่อยู่อาศัย บุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมสูง จะได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าบุคคลอื่น จึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมากกว่าบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ พบว่าสถานภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของบุคคลอย่างไม่เด่นชัด

3.6.3.2.4 กลุ่มเพื่อน จะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเพื่อนในวัยเดียวกัน หากบุคคลไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ไม่อยู่ในความสนใจของเพื่อน ไม่มีการแบ่งปันความคิดเห็นและแสดงความรู้สึกของตนร่วมกับเพื่อนในที่สุดก็จะไม่เป็นที่ไว้วางใจของเพื่อน เกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครชอบ หรือไม่ได้รับการยอมรับนับถือ ดังนั้นการเป็นสมาชิกของกลุ่ม และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนจะส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.6.1 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.6.1.1 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Scale : RSE) ซึ่งสร้างขึ้นมาวัดความรู้สึกการยอมรับตนเองของบุคคลในด้านมองเห็นคุณค่า มีการพัฒนาปรับปรุงทำให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ เมื่อเริ่มใช้ Rosenberg (1965) ได้นำไปวัดในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ต่อมาได้มีการนำเครื่องมือไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ เช่น วัยผู้สูงอายุ ปรากฏว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้

3.6.1.2 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (Coopersmith Self-esteem Inventory: SEI) เป็นแบบวัดที่ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยวิธีรายงานตนเองและมีสเกล แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith เริ่มแรกออกแบบมาเพื่อประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในเด็ก (John and MacArthur, 2004) ต่อมาก็มีการพัฒนาและเริ่มนำมาใช้กับกลุ่มอายุต่างๆ มากขึ้น สำหรับประเทศไทย นาดยา วงศ์เหล็กภัย (2532) ได้

นำแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ของ Coopersmith (1984) มาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg's Self-Esteem Scale -RSES) ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของนิชา สมานทรัพย์ (2554) มีค่าความเชื่อมั่น .82 เนื่องจากเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในประเทศไทย มีทั้งคำถามที่เป็นไปในด้านบวกและด้านลบ จำนวน 10 ข้อ การตอบแบบสอบถามให้เลือกตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ไม่เห็นด้วย, เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อคำถามมีข้อความที่มีความหมายในเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 และข้อความที่มีความหมายในเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10

3.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาจากโมเดลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูง โดยภาวะซึมเศร้าจะมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.08$) (Sowislo and Orth, 2013) จากการศึกษาของ Watson, Suls, and Haig (2002) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูง หรือสัมพันธ์เชิงลบ และจากการศึกษาของ

3.7 ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)

Turner (2001) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถพิเศษของบุคคล ในการทนต่อความยากลำบาก สามารถผ่านมรสุมและดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทนทาน มีความสามารถ “งอไม่หัก” (Bent without breaking) และหวนกลับมาเย็นได้ใหม่

Corner and Davidson (2003) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถจากการปรับตัวที่สำเร็จจากอุปสรรคและความทุกข์ยาก ซึ่งเป็นลักษณะหลายมิติที่แตกต่างกันไปตามบริบท เวลา เพศ อายุ และความเป็นมาทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละเรื่องราว และสถานการณ์ชีวิต

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2550) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่เลวร้าย เป็นการฟื้นตัวขึ้นจากประสบการณ์ที่ย่างยากรุนแรง ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างต่อเนื่อง ในเหตุการณ์วิกฤตต่างๆที่เกิดขึ้นกับมนุษย์เรา พบว่าคนเรามีความสามารถนี้อยู่ภายในตนเอง และสถานการณ์วิกฤตจะช่วยให้เราค้นพบและเปิดเผยส่วนนี้

ออกมาให้ได้เห็นกัน การมีความเข้มแข็งทางใจ ไม่ได้หมายความว่าคนอื่นๆนั้นจะไม่รู้สึกเครียดกับปัญหาที่เผชิญอยู่ แต่ยังรับรู้ได้ถึงความเจ็บปวด ความเศร้าโศก ในเวลาที่เกิดความสูญเสีย แต่เขาสามารถยืนหยัด ฝ่าฟันปัญหาไปได้

กรมสุขภาพจิต (2556) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถที่จะปรับตัวฟื้นคืนต่อภาวะวิกฤติและสามารถดำเนินภารกิจได้ต่อไป การฟื้นคืนได้มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คือ มีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ รู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนและผู้อื่น สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ของตนเองได้ ในสถานการณ์ที่กดดัน ด้านความหวังและกำลังใจ คือ มีความหวังและแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน ซึ่งความหวังและกำลังใจนี้อาจมาจากการสร้างด้วยตนเองหรือคนรอบข้างก็ได้ และด้านต่อสู้อาชนะอุปสรรค คือ ความมั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤติ

สรุปได้ว่าความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ความสามารถในการจัดการต่อปัญหา เมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ที่วิกฤติ ทุกข์ยาก ลำบาก กัดกร่อนหรือเป็นปัญหาในชีวิต แต่สามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตินั้นได้ สามารถฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติได้โดยเร็ว และกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยอาศัยความมั่นคงทางอารมณ์ มีความหวังและกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการเอาชนะอุปสรรค รวมทั้งสามารถนำประสบการณ์ที่ได้ไปเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตต่อไป

ความเข้มแข็งทางใจ สามารถจำแนกได้ 4 มิติ (กรมสุขภาพจิต และสำนักงานสนับสนุนกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556) คือ

1. มิติความสามารถในการดูแลและควบคุมตัวเอง หมายถึง ความสามารถในการตระหนักรู้หรือการเข้าใจตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อมั่นในศักยภาพและคุณค่าของตนเอง ในการที่จะกระทำการต่างๆ เพื่อให้ประสบความสำเร็จ การมีวินัยในตนเอง สามารถยับยั้งชั่งใจ รับผิดชอบ และทนต่อแรงต้านของกลุ่มเพื่อน และแรงกดดันของสังคมได้

2. มิติความสามารถในการแก้ไขปัญหา หมายถึง ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล ประเมินความเสี่ยง ตัดสินใจจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม การมีทัศนคติและค่านิยมเชิงบวก มีอารมณ์ขัน มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา รวมทั้งรู้จักเปิดใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น มองปัญหาอย่างทำทหาย ไม่คุกคามต่อชีวิต ฟังตนเองได้ และรู้จักแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพเมื่อประสบภาวะยุ่งยาก

3. มิติความสามารถทางสังคม หมายถึง สามารถในการสื่อสารให้ผู้อื่น รับรู้ความคิด ความรู้สึกของตนเองได้ รวมทั้งเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เห็นอกเห็นใจ เคารพในสิทธิ์

ของผู้อื่น สามารถให้อภัยผู้อื่น สร้างมิตรภาพ เป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีส่วนร่วม เสียสละในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่วนรวมและสามารถปรับตัวได้

4. มิติการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิตและการมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ หมายถึงความสามารถในการตั้งจุดมุ่งหมาย ความสำเร็จในชีวิตที่เป็นไปได้ ดำเนินชีวิตเพื่อบริหารเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีแรงจูงใจเพื่อให้ตนเองบรรลุเป้าหมาย ความกระตือรือร้นมุ่งมั่นพยายาม และมีความเชื่อหรือแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตเพื่อบริหารความสำเร็จ

3.7.1 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ ดังนี้

Wolin and Wolin (1993) กล่าวว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นลักษณะเฉพาะที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่จะใช้ในการเผชิญกับความทุกข์ยากและปัญหาในชีวิต ได้จำแนกลักษณะของความเข้มแข็งทางใจไว้ 6 องค์ประกอบคือ

1. การหยั่งรู้ในตนเอง (Insight) คือการตระหนักในตนเอง การรับรู้ ความรู้สึก การตั้งคำถามและให้คำตอบที่ซื่อสัตย์แก่ตนเอง
2. การเป็นอิสระ (Independence) เป็นการกำหนดขอบเขตของตนเองที่ปลอดภัย จัดการกับสำนักผิดชอบชั่วดีของตนเอง
3. สัมพันธภาพ (Relationship) เป็นความใกล้ชิดสนิทสนม และผูกพันกับบุคคลอื่นอย่างเต็มที่ เป็นความสามารถที่จะรักหรือรับรักจากบุคคลอื่นได้
4. การเป็นผู้ริเริ่ม (Initiative) คือการพิจารณาตัดสินใจในการแสดงตัวตน และจัดการสิ่งแวดล้อมรอบๆคน
5. การมีความคิดสร้างสรรค์ และมีอารมณ์ขัน (Creativity and humor) เป็นที่กำบังความปลอดภัยโดยใช้จินตนาการ เพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามและปรับรายละเอียดชีวิตใหม่ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในตนเอง
6. การมีศีลธรรมจรรยา (Morality) เป็นการเรียนรู้เรื่องสำนึกผิดชอบชั่วดี รู้ว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด มีการเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ ยุติธรรม

Grotberg (1995) กล่าวถึงคุณลักษณะภายในตัวบุคคลเป็นบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ในการเอาชนะปัญหาและอุปสรรค ซึ่งเป็นความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ

1. I HAVE (ฉันมี)... เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับสังคมและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง (Social and Interpersonal support) ด้วย เช่น มีคนรอบข้างที่รัก

และไว้วางใจ มีกฎเกณฑ์ กฎระเบียบในครอบครัว ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีตัวแบบในการทำสิ่งที่ถูกต้อง มีอิสระทางความคิดและพฤติกรรม มีคนที่ช่วยเหลือเมื่อเราเจ็บป่วยหรือต้องการเรียนรู้

2. I AM (ฉันเป็น)... เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแรงใจ (Inner strength) ที่มีในตัวบุคคล เช่น การเป็นคนที่ถูกคนอื่นชอบและรักได้ เป็นคนที่มีความสุขที่ได้ทำดีกับผู้อื่น เป็นคนที่เคารพตัวเองและผู้อื่น เป็นคนที่เต็มใจรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ เป็นคนที่เชื่อว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น

3. I CAN (ฉันสามารถ)... เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับบุคคลรอบข้าง และมีทักษะในการจัดการกับปัญหา (Interpersonal and problem solving skills) เช่น ความสามารถในการพูดกับคนอื่นในสิ่งที่רבกวนจิตใจได้ สามารถหาวิถีทางที่จะแก้ปัญหา สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธมาก/ผิดหวังมาก สามารถประเมินได้ว่าเมื่อไหร่ควรจะพูดกับใคร/ทำอะไร สามารถค้นหาใครบางคนที่จะช่วยเหลือในยามที่ต้องการ

Davis (1999) ได้แบ่งองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจไว้ 6 องค์ประกอบคือ

1. Physical competence (ความสามารถในด้านกายภาพ) แสดงถึงการมีสุขภาพดีและนิสัยยืดหยุ่น

2. Social and relation competence (ความสามารถทางสังคม และความสามารถด้านสัมพันธภาพ) แสดงถึงการที่บุคคลที่มีความสามารถในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เป็นความรู้สึกผูกพัน และมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน มีความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง

3. Emotional competence (ความสามารถทางด้านอารมณ์) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีความสามารถในการรอคอยความพึงพอใจ

4. Moral competence (ความสามารถด้านคุณธรรม) เป็นการอุทิศตนช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น เช่น ได้ช่วยแก้ไข้ปัญหา ช่วยตัดสินใจ ช่างวางแผน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความหมาย

5. Cognitive competence (ความสามารถด้านการรู้คิด) แสดงถึงการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ ถึงขั้นตอนในการจัดการกับความท้าทายทางสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการแก้ไข้ปัญหาที่ดี มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถประสบความสำเร็จตามที่ปรารถนา

6. Spiritual competence (ความสามารถด้านจิตวิญญาณ) เป็นความศรัทธาที่เป็นเหตุผลส่วนบุคคล การมองเห็นความหมายในชีวิต การมีศีลธรรม การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ

Corner and Davidson (2003) แบ่งองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจไว้ 4 องค์ประกอบคือ

1. Hardness เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความเข้มแข็งที่คิดว่าจะสามารถจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นที่พึงพอใจ หรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ไม่ถอดใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างง่ายดาย มีการจัดการกับความเครียดอย่างเข้มแข็ง คิดว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ มองว่าตนเองเป็นคนที่มีความเข้มแข็ง

2. Optimism เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี แม้อยู่ภายใต้สภาพการณ์ที่กดดันและขาดความหวัง คิดว่าจะสามารถจัดการกับสภาพการณ์นั้นได้ สามารถที่จะฟื้นคืนกลับ มีการปรับตัวต่อสภาพการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นได้

3. Resource fullness เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมองทรัพยากรที่มีรอบข้างหรือมีในตนเอง การมองถึงความสำเร็จที่ผ่านมามีความมั่นใจที่จะท้าทายกับสิ่งใหม่ๆที่จะเกิดขึ้นกับชีวิต สามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถหาแหล่งที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อตกอยู่ในภาวะเครียด เชื่อว่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของเหตุผล สามารถเปิดใจที่จะมีความไว้วางใจและเกิดความรู้สึกปลอดภัย

4. Purpose เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งที่จะไปให้ถึงเป้าหมายของชีวิต มีการวางเป้าหมายในการทำงาน มีการควบคุมชีวิตของตน ชอบความท้าทาย มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตน

3.7.2 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ

3.7.2.1 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ของ Wagnild and Young (1993) เป็นแบบประเมิน Resilience Scale (RS) เป็นการวัดโครงสร้างของความเข้มแข็งทางใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ประเมินค่า 7 ระดับ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือความสามารถส่วนบุคคล และการยอมรับชีวิต/การยอมรับตนเอง เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงภายในที่เหมาะสม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .67-.84 ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินในกลุ่มอายุ 53-95 ปี แบบประเมินเน้นการประเมินคุณลักษณะเท่านั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย

3.7.2.2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ของ Connor and Davidson (2003) นำมาจากการแปลเป็นภาษาไทย ตามหลักการแปลของอรุณลักษณ์ คงไพศาล โสภณ (2556) การตอบแบบสอบถามให้เลือกตามความจริงที่เกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ .84 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจซึ่งนำมาจากการแปลเป็นภาษาไทยของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Connor and Davidson (2003) ซึ่งพบว่าแบบประเมินครอบคลุมทั้งด้านการปรับตัว การเผชิญความเครียด การจัดการต่อปัญหา และการตั้งเป้าหมาย ซึ่งเหมาะสมแก่การนำมาใช้ประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีข้อคำถาม 25 ข้อ การตอบแบบสอบถามให้เลือกตามความจริงที่เกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยบางครั้ง เห็นด้วยบ่อยครั้ง และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะนิสัยและรูปแบบของพฤติกรรมที่พัฒนาผ่านประสบการณ์ชีวิตในอดีต และเป็นสิ่งบ่งชี้ความสำเร็จของการดำรงชีวิตในสภาวะตึงเครียด ใช้การทดสอบ The Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC) และประเมินผลทั้งทางบวกและทางลบ พบว่าความเข้มแข็งทางใจส่งผลดีต่อภาวะซึมเศร้าโดยช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ (Burns and Anstey, 2010) จากการศึกษาของ Hardy et al. (2004) ; Mehta et al. (2008) ที่พบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะจิตที่ไม่ดี เช่น อาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ความผิดปกติและพิการทางร่างกาย จากการศึกษาของ Burns and Anstey (2010) ซึ่งศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประกอบด้วยความคิดและพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะนิสัย และรูปแบบของพฤติกรรมที่พัฒนาผ่านประสบการณ์ชีวิตในอดีต ความเข้มแข็งทางใจมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ และเป็นสิ่งบ่งชี้ความสำเร็จของการดำรงชีวิตในสภาวะตึงเครียด พบว่าความเข้มแข็งทางใจส่งผลดีต่อภาวะซึมเศร้าโดยช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.8 การสนับสนุนทางสังคม

Elliot, Timothy, and Robin (2004) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงการตอบสนองและรับรู้ถึงความต้องการของคนอื่น ซึ่งเป็นการช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับการจัดการกับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้เกิดประโยชน์ใน 2 ด้าน คือ สามารถช่วยให้เข้าใจ

สถานการณ์ได้มากยิ่งขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ดีขึ้นอีกด้วย

George and Jones (2005) ให้ความหมายไว้ว่า เมื่อมีปัญหาหรือมีความกดดันทางอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นเพื่อน ญาติ ผู้ร่วมงาน หรือบุคคลอื่นใดก็ตาม ผู้ซึ่งคอยห่วงใยในตัวพนักงาน และพร้อมที่จะโต้แย้งในปัญหาต่างๆ เหล่านี้ จะสามารถให้คำแนะนำหรือสามารถอยู่กับพนักงานได้ จนทำให้ปัญหาคลี่คลาย ทั้งปริมาณของคนและคุณภาพของความสัมพันธ์จะเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความเครียด

Mohr et al. (2005) ให้ความหมายไว้ว่า การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นทางด้านอารมณ์ความรู้สึกและในด้านการแก้ไขปัญหา ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบในทางบวกกับสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ

สุรีย กัญจนวงศ์ (2551) ให้ความหมายไว้ว่า คือการทำหน้าที่ของบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลอื่นที่มีความทุกข์ในใจ เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน

พิชามญช์ โตะโถมงาม (2552) ให้ความหมายไว้ว่า การแสดงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผู้ให้การสนับสนุน จะแสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร หรืออารมณ์ โดยมีลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์กันประกอบด้วย การถ่ายทอดข้อมูลสาระสำคัญที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีความเข้าใจและมีความรักความหวังดี และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเป็นประโยชน์แก่สังคม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และบริการจากเครือข่ายสังคม โดยมีลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์กัน มีการแสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงได้รับการยอมรับและเอาใจใส่ ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหา ความเจ็บป่วยและความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

3.8.1 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม และองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคม

Kahn and Antonucci (1980) สรุปไว้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ หรือปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านคุณสมบัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส ศาสนา วัฒนธรรม ความสามารถของ แต่ละบุคคลมีอิทธิพลต่อความต้องการ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

1.1 อายุ มีอิทธิพลต่อปริมาณและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ในวัยทารกจะมีความต้องการการดูแล ช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลเดียวกันและในปริมาณที่สูง เมื่อมีอายุมากขึ้นความถี่ของการสนับสนุนจะลดลง และจำนวนบุคคลที่จะให้การสนับสนุนก็จะขยายกว้างออกไป ซึ่งมีทั้งสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อน ในวัยรุ่นพบว่า มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนเพิ่มมากขึ้น ส่วนในวัยผู้ใหญ่การสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน รวมทั้งจากญาติพี่น้อง ดังนั้นจึงพบว่าขนาดของกลุ่มจะเพิ่มขึ้นในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และจะคงที่เมื่ออายุ 35-55 ปี และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายจะได้รับการสนับสนุนน้อยลง เนื่องจากกลุ่มสังคมเล็กลง เพราะมีการตาย และการพลัดพราก

1.2 เพศ ทำให้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน เพศหญิงได้รับการสนับสนุนมากกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงมีความใกล้ชิดและมีสัมพันธภาพดีกว่าเพศชาย

1.3 สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบการได้รับการสนับสนุนในวัยผู้ใหญ่ที่แต่งงานแล้วกับหญิงหม้าย พบว่าหญิงที่แต่งงานแล้วได้รับการสนับสนุนมากกว่าหญิงหม้าย หญิงหม้ายได้รับมากกว่าพวกหย่าร้างและพวกหย่าร้างได้รับมากกว่าคนโสด เกี่ยวกับระดับรายได้พบว่าในสตรีที่สามีป่วยด้วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นชนระดับกลางได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าสตรีที่อยู่ในชนระดับต่ำ และนอกจากนี้พบว่าหญิงที่มีการศึกษาสูงมักจะโดดเดี่ยวและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.4 ความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีเครือข่ายทางสังคมเล็ก จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย เนื่องจากความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมมีน้อย

2. องค์ประกอบด้านคุณสมบัติแต่ละสถานการณ์ แต่ละสถานการณ์ของชีวิต มีผลทำให้บุคคลต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เช่น ในวัยตั้งครรภ์ หรือวัยเตรียมการเป็นมารดา ถือเป็นารเปลี่ยนแปลงตามวัยที่อยู่ในช่วงวิกฤตได้ ในสถานการณ์นี้พบว่า จะได้รับการสนับสนุนจากญาติและเพื่อนมาก หรือผู้ป่วยที่พิการทุพพลภาพหรือถูกคุกคามชีวิตจากโรคมะเร็ง พบว่า จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

Pilisuk (1982) องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม มีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะให้ผู้รับเชื่อว่า มีความสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. มีปัจจัยนำเข้าซึ่งอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

3.8.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมถือได้ว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทางสังคมของบุคคลที่อยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ในการทำงานจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย ตั้งแต่ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงบุคคลในครอบครัวหากบุคคลได้รับการยอมรับ สนับสนุนช่วยเหลือจากกลุ่มคนเหล่านี้ก็จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความราบรื่น จากการศึกษาค้นคว้ามีผู้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

Pender (1996) แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. กลุ่มที่ผูกพันกันโดยธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนที่เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารภายในอย่างมีประสิทธิภาพ มีความนับถือหรือยอมรับความต้องการของส่วนรวม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
2. กลุ่มเพื่อน ประกอบด้วยบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการ โดยกลุ่มนี้เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงในชีวิต และประสบความสำเร็จในการปรับตัว มีการพัฒนาการในทางที่ดี ทำให้คนกลุ่มนี้ มีความเข้าใจอย่างซาบซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ในส่วนที่คล้ายกับประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมา
3. กลุ่มองค์กรศาสนา เช่น กลุ่มบุคคลที่โบสถ์ หรือกลุ่มองค์กรศาสนาอื่นๆ ที่ได้มีการพบปะกันในทางศาสนานั้น ในการช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนาแบ่งเป็น

ความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับจุดหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีการสักการบูชาทางศาสนา และแนวทางการดำเนินชีวิต และการให้การช่วยเหลือโดยตรงเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสุขภาพจิตที่ดี

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้การดูแลช่วยเหลือในด้านวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลด้านสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะเฉพาะด้าน และการให้บริการที่เสนอให้แก่ผู้ป่วย บุคคลจะแสวงหาจากบุคคลกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ หรือสนับสนุนไม่ได้ผลหรืออาจถูกใช้ไปหมดแล้ว ซึ่งกลุ่มบุคคลในด้านวิชาชีพด้านสุขภาพนี้ จะเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ขาดหรือบกพร่องได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ได้จัดตั้ง โดยกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกอบด้วยอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงชีวิต เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรค หรือในครอบครัวที่มีความพิการ

Ivancevich and Mattteson (2002) แบ่งแหล่งการสนับสนุนเป็น 2 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนจากที่ทำงาน ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา และลูกค้า

2. การสนับสนุนจากนอกที่ทำงาน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว

3.8.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่บุคคลต้องการได้รับ จากการตรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าได้มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

Dalton (2001) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนทั่วไป (Generalized Support) เป็นการสนับสนุนที่อาจมีต่อเนื่องหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ในประเด็นของสัมพันธภาพระหว่างกัน การยอมรับและการได้รับการเอาใจใส่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ

1.1 การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการเข้าไปอยู่ในสังคม ตัวอย่างเช่น ความเป็นมิตร ความสัมพันธ์ในที่ทำงานและการเป็นสมาชิกในทางศาสนาหรือการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน

1.2 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้กำลังใจและเอาใจใส่ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ที่กระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นรูปแบบของการ

สนับสนุนที่ได้รับจากคนที่สนิทสนม และมีความสัมพันธ์อันแนบแน่น เช่น คู่สามีภรรยา ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกหรือสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อน ซึ่งมักไม่มีเงื่อนไขและอาจจะผูกพันกับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดนั้น

2. การสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจง (Specific Support) เป็นการสนับสนุนที่มุ่งเน้นโดยตรงกับการจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยอาจได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านหรือที่ทำงาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.1 การส่งเสริม (Encouragement) เป็นการสนับสนุนให้บุคคลรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการจัดการกับความท้าทายต่างๆ ได้

2.2 การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information Support) เป็นการให้คำปรึกษาหรือการแนะนำซึ่งมักเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ

2.3 การสนับสนุนในสิ่งที่จับต้องได้ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้สิ่งที่สามารถจับต้องได้ ซึ่งมักจะหมายถึง สิ่งของ เงินทองหรือช่วยเหลือในการทำงาน เช่น การให้ยืมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน เป็นต้น

Kinicki and Kreitner (2001) กล่าวว่า เครือข่ายของการสนับสนุนเป็นการเชื่อมโยงของบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม สถาบันทางสังคม องค์กร กลุ่ม และบุคคล โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านความเคารพนับถือ (Esteem Support) เป็นการให้ข้อมูลที่บุคคลรู้สึกถึงการยอมรับและนับถือ โดยไม่เกี่ยวข้องกับปัญหา

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Support) เพื่อประโยชน์ในการอธิบาย เข้าใจและเผชิญกับปัญหาได้ดี

3. ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Companionship) เป็นการใช้เวลากับคนอื่นๆ เพื่อเป็นการพักผ่อน

4. การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ (Instrumental Support) เช่น ความช่วยเหลือด้านการเงินวัสดุอุปกรณ์หรือการบริการ เป็นต้น

3.8.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.8.3.1 Schaefer et al. (1981) ได้สร้างแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) ประกอบด้วยการได้รับแรงสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร และแบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ SSQ 1 วัดแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถนับจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ 2 วัดแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน

ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามส่วนนี้เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ เครื่องมือมีความสอดคล้องภายในด้านอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ภายในด้านข้อมูลข่าวสาร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และภายในด้านสิ่งของ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

3.8.3.2 Brandt and Weinert (1981) ได้สร้างแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resouce Questionnair [PRQ-1981) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ (Weiss, 1974) ประกอบด้วยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้ช่วยเหลือผู้อื่น และ การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่างๆ ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล 11 แหล่ง และในส่วนที่ 2 เป็นสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 25 ข้อ สามารถประเมินได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

3.8.3.3 Norbeck, Lindsey and Carrieri (1982) สร้างแบบที่มีชื่อว่า Norbeck Social Support Questionnair (NSSQ) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3.8.3.4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของรุจิรารงค์ แอกทอง (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ให้มีความครอบคลุมต่อความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามในแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8802

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของรุจิรารงค์ แอกทอง (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งพบว่ามีครอบคลุมต่อความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ลักษณะคำถามในแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 24 ข้อ

3.8.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในลอนดอน ประเทศอังกฤษพบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีข้อมูลเพิ่มเติมว่าความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (Prince et al., 1997) จากการศึกษาของ Yang Yang (2006) ซึ่งศึกษาบทบาทการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อเกิดความพิการร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนรูปแบบและการ

วิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นการรับรู้ แหล่งสนับสนุน มีการควบคุมความรู้สึก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบด้านความพิการจะเพิ่มภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ในการได้รับความรู้ คำแนะนำเรื่องสุขภาพ รวมทั้งข่าวสารต่างๆของชมรม ชุมชน และการให้ความช่วยเหลือเรื่องการเงิน การใช้เวลาว่างเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาของ Greenglass, Fiksenbaum, and Eaton (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในกลุ่มเป้าหมายอายุ 62-98 ปี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีสัมพันธ์ทางลบต่อภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Richardson (2012) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน 378 คน โดยศึกษาด้านความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนจากชุมชน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซ้ำของโรคซึมเศร้า

3.9 ความสามารถในการทำหน้าที่

Mahoney and Barthel (1965) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการประกอบกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำวันประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น เป็นต้น

Katz (1983) ให้ความหมายไว้ว่า สิ่งที่เราทำตามปกติในชีวิตประจำวัน รวมถึงการดำเนินการใดๆ ในชีวิตประจำวันในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ-แต่งตัว การทำงานบ้าน และการพักผ่อน ความสามารถหรือไม่สามารถที่จะดำเนินการ ADLs สามารถนำมาใช้เป็นมาตรการในทางปฏิบัติมากความสามารถ/ความพิการในความผิดปกติจำนวนมาก

Hardy et al. (2004) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ความสามารถในการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำหรือการอาบน้ำ และการดูแลความสะอาดของร่างกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้คนมีแนวโน้มที่จะทำในชีวิตประจำวัน โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ โดยกิจกรรมส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ-แต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การทำงานบ้าน ซึ่งสามารถแบ่งเป็นการแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal role) และการแสดงบทบาททางสังคม (Social

role) กิจกรรมประจำวัน และเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดการดูแลระยะยาว เช่น การดูแลรักษาพยาบาลที่บ้านหรือการดูแลที่บ้าน

3.9.1 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

3.8.1.1 The Barthel Activity of Daily Living Index สร้างขึ้นโดย Mahoney and Barthel (1965) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยวัดพฤติกรรมการปฏิบัติใน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนตัวจากที่นั่งไป-กลับเตียงนอน การทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำด้วยตนเอง การเดินบนพื้นราบ การขึ้นลงบันได การแต่งตัว การถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ เครื่องมือนี้เหมาะในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อคาดคะเนหรือทำนายศักยภาพในการคืนสู่สภาพเดิมของร่างกาย และช่วยในการวางแผนการดูแล

3.9.1.2 The Katz Index of ADL สร้างขึ้นโดย Katz (1983) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง หรือใช้เป็นแบบสังเกตในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายการขับถ่ายและการรับประทานอาหาร มีการให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ ซึ่งเครื่องมือนี้นิยมใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีเจ็บป่วยเรื้อรัง

3.9.1.3 The Modified Barthel Activities Daily Living Index : BAI ซึ่งปรับปรุงโดย Jitapunkul, Kamolratanakul, and Ebrahim (1994) เพื่อความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการประเมินกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุในสังคมไทย ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า ทวีผม แปรงผมและโกนหนวด 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและมีการปรับคะแนนในการประเมินแต่ละข้อซึ่งมีคะแนนรวม 0-20 คะแนน โดยแบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบ โดยมีการนำไปใช้วัดคุณภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตยทั้งหมด 73 คนและเป็นการทดสอบความเหมาะสมกับการใช้ในผู้สูงอายุไทย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าแบบประเมินชุดนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และมีความเหมาะสม ที่จะนำมาใช้ในการสำรวจระดับคุณภาพในผู้สูงอายุไทย การแปรผล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ไม่มีภาวะพึ่งพา (คะแนน Chula ADL มากกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน) ระดับที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (คะแนน ADL 12- 17 คะแนน) ระดับที่มีภาวะพึ่งพามากปานกลาง (คะแนน ADL 9-11 คะแนน) ระดับที่มีภาวะพึ่งพามาก (คะแนน ADL น้อยกว่า 5-8 คะแนน) ระดับที่มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด (คะแนน ADL 0-4 คะแนน) แต่

เมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูลแล้วได้พิจารณาปรับการจัดระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ไม่มีภาวะพึ่งพา (คะแนน ADL มากกว่าหรือเท่ากับ 28 คะแนน) ระดับที่มีภาวะพึ่งพาบางส่วนและช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (คะแนน ADL 12- 27 คะแนน) และระดับที่มีภาวะพึ่งพามาก ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (คะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)

3.9.1.4 Late-Life Function and Disability Instrument เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Jette et al. (2004) ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย Boston โดยประเมินผลลัพธ์และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผลลัพธ์ 2 ประการ คือ การทำหน้าที่ (Function) และภาวะทุพพลภาพ (Disability) เครื่องมือข้อคำถามเป็นการรวมกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิตเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal role) ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง ดูแลความต้องการของตนเองได้ หมายรวมถึง การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การจ่ายตลาดเพื่อซื้ออาหาร การเตรียมทำอาหาร เป็นต้น และการแสดงบทบาททางสังคม (Social role) ได้แก่ การเขียนจดหมาย โทรศัพท์ การส่งอีเมล เป็นต้น

3.9.1.5 Chula Activity of Daily Living Index ซึ่งสุทธิชัย จิตตะพันธุ์กุล (2542) เป็นผู้พัฒนามาจาก Bathel Activity of Daily Living ของ Mahoney and Barthel (1965) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 กิจกรรมคือ การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การปรุงอาหาร การทำความสะอาดบ้าน หรือการซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงิน การเดินทางโดยรถขนส่งสาธารณะ

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ Late-Life Function and Disability Instrument ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Jette et al. (2004) ซึ่งผู้วิจัยปรับจากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ซึ่งนำมาจากแบบประเมินซึ่งเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ คือ ประเด็นบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม และเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

3.9.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จากการศึกษาของ Prigerson et al. (1996) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังจากคู่ชีวิตเสียชีวิต เพื่อดูการปกป้องจากภาวะซึมเศร้าที่จะตามมาใน 1 และ 2 ปีต่อมา และระดับ

ที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งสรุปได้ว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำหน้าที่ได้ดี ภาวะซึมเศร้าจะลดลง และกลุ่มผู้สูงอายุ สถานภาพหม้ายพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้เป็นปกติจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้ และการศึกษาของ Lockwood et al. (2002) ซึ่งศึกษาระดับการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อการแสดงออกของสภาวะจิตในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย พบว่าปฏิภยาระหว่างอายุและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ต่อระดับการทำหน้าที่ โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีการเคลื่อนที่ช้า พุดช้าและการตัดสินใจแก้ปัญหา การตอบสนองต่อสิ่งต่างๆระดับพอใช้ สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความพร้อมในการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Greenglass et al. (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย

3.10 ความเชื่อทางศาสนา

Wittgenstein (2007) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความเชื่อในความเป็นจริงของตำนานเหนือธรรมชาติหรือจิตวิญญาณของศาสนา อาจแตกต่างจากการปฏิบัติทางศาสนาหรือพฤติกรรมทางศาสนา มักจะเกี่ยวข้องกับการดำรงอยู่ของลักษณะและเคารพบูชาของเทพในชีวิตรมนุษย์ หรือเป็นการปฏิบัติของผู้นำทางจิตวิญญาณหรือกลุ่มตรงกันข้ามกับระบบความเชื่ออื่นๆ

สรุปได้ว่า ความเชื่อทางศาสนา หมายถึง เป็นการนับถือต่อศาสดา ปรัชญา หลักคำสอน แนวทางปฏิบัติ และอาจรวมถึงความศรัทธา เชื่อมั่นในลัทธิต่างๆ ระหว่างมนุษย์กับอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ซึ่งเชื่อว่ามีอิทธิพลเหนือธรรมชาติ

3.10.1 การประเมินความเชื่อทางศาสนา

3.10.1.1 แบบประเมินโดยใช้การสอบถามความเชื่อทางศาสนา ในหัวข้อท่านมีความเชื่อทางศาสนาของท่าน มีคำตอบ 5 ตัวเลือก คือ ไม่เชื่อ เชื่อน้อย เชื่อปานกลาง เชื่อมาก และเชื่อมากที่สุด

3.10.1.2 แบบประเมินความเชื่อทางศาสนา The Religious Well-Being (RWB) ของ Paloutzian and Ellison (1982) จำนวน 20 ข้อคำถาม คะแนนอยู่ในช่วง 10-60 คะแนน ประเมินเกี่ยวกับระดับความเชื่อทางศาสนาในตัวบุคคล

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้การสอบถามด้านความเชื่อทางศาสนา ในหัวข้อท่านมีความเชื่อทางศาสนาหรือไม่ แบบสอบถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก คือ ไม่เชื่อ เชื่อน้อย เชื่อปาน

กลาง เชื่อมาก และเชื่อมากที่สุด เนื่องจากต้องการทราบข้อมูลเพียงผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีความเชื่อทางศาสนาหรือไม่

3.10.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยศึกษาปัจจัยความเชื่อทางศาสนาไปด้วย พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อทางศาสนาน้อยจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดซ้ำของโรคซึมเศร้า (Richardson, 2012) โดยผู้ที่ไม่มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จะมีจิตใจว่าวุ่นอ่อนแอ ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาน้อย มีผลทำให้เกิดความท้อแท้ ไร้หนทาง นำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด (Murphy et al., 2000)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Prigerson et al. (1996) ศึกษาความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามปกติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังจากคูชีวิตเสียชีวิต เพื่อดูการปกป้องจากภาวะซึมเศร้าที่จะตามมาใน 1 และ 2 ปีต่อมา และระดับที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า เก็บข้อมูลใน 3 เดือนหลังการสูญเสีย ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 41 ราย วัดภาวะซึมเศร้าที่ระดับ 3, 12, 24 เดือน วิเคราะห์สถิติถดถอย พบว่าหากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใน 3 เดือนแรกหลังการสูญเสีย ทำนายได้ว่าจะเกิดภาวะซึมเศร้าใน 1 ปีต่อมาเพียงเล็กน้อย โดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปกติ ใน 3 เดือนหลังการสูญเสียจะสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าใน 24 เดือนต่อมา ผลสรุปการศึกษาคือการแนะนำให้กลุ่มผู้สูงอายุ สถานภาพหม้ายพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้เป็นปกติจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้

Prince et al. (1997) ศึกษาเรื่องการขาดการสนับสนุนทางสังคม ความโดดเดี่ยว และเหตุการณ์ในชีวิตซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ในชีวิต โดยการสำรวจผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป ในลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่า ภาวะซึมเศร้าและจำนวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผ่านมา เช่น การเจ็บป่วย ฆ่าตัวตาย และการถูกขโมย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุด มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูง ซึ่งจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับอายุ ความบกพร่องทางกาย ความโดดเดี่ยว และการใช้บริการของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด

Kendler et al. (1999) ศึกษาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า การเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคซึมเศร้า มากกว่าปัจจัยทั่วไปถึงร้อยละ 5.64 และพบได้ถึงหนึ่งในสามที่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาเริ่มต้นของการเกิดโรคซึมเศร้า

Lockwood et al. (2002) ศึกษาอัตราการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อดูการแสดงออกของสภาวะจิตในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ใน 40 ผู้ป่วยโรค Major Depressive Disorder โดย 20 คน อายุช่วง 20-60 ปี และอีก 20 คนอายุ ≥ 61 ปี พบว่าปฏิกริยาระหว่างอายุและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ต่อระดับการทำหน้าที่ โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีการเคลื่อนไหวที่ช้า พุดช้าและการตัดสินใจแก้ปัญหา การตอบสนองต่อสิ่งต่างๆระดับพอใช้ สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความพร้อมในการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hammen (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า ในประเด็นที่มีความสัมพันธ์ในหลายหัวข้อ ได้แก่ การประเมินจากภาวะเครียดเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้า การสำรวจความแตกต่างของกระบวนการความเครียดและภาวะซึมเศร้า พบว่าสัมพันธ์กับระยะเริ่มเป็นครั้งแรก และเป็นไปได้ว่าเพศที่ต่างกันจะเกิดปฏิกริยาต่อความเครียดที่ต่างกัน มีการทดลองปฏิกริยาการตอบสนองในการศึกษาระยะยาวโดยใช้ diathesis-stress models ร่วมกับความเข้าใจกระบวนการทางชีวภาพ พบว่ามีสัมพันธ์กับภาวะเครียดตามธรรมชาติ และก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้เช่นกัน โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ผลของเหตุการณ์ความเครียด บุคลิกภาพส่วนบุคคลที่แสดงออกโดยภาวะเครียด เป็นไปได้ว่าจะพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้ตลอดทุกช่วงชีวิต

Greenglass et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายอายุ 62-98 ปี จำนวน 224 ราย พบว่าการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบต่อการต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเผชิญปัญหา แต่มีสัมพันธ์ทางลบต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย

Sheline et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น และปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดสมองและกระบวนการเร่ง รวมถึงทำนายการสูญเสียการทำหน้าที่ของกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 155 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก DSM-IV ว่าเป็น Major

Depressive Disorder ทั้งหมดที่คัดเลือกเข้ามีการคัดเลือกแล้วว่ามีประวัติโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรค หลอดเลือด ประเมินด้วย MMSE คะแนน < 21 ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่อายุ อายุที่เริ่มเป็น การศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบหลอดเลือด ทำการศึกษาด้วย Neuropsychological Test Performance in LLD, Language processing, Processing speed, Working Memory, Executive Function พบว่า อายุ ระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ระดับ การศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการรู้คิด การเจ็บป่วยด้วยโรกระบบหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเร่ง การทำหน้าที่และความจำ สรุปได้ว่า หากความสามารถในการรู้คิดบกพร่องจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นได้

Yang Yang (2006) ศึกษาบทบาทการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อเกิดความพิการร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษาวิเคราะห์ 2 ทาง ปี 1986-1992 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 65 ปีขึ้นไป จาก The Nation Institutes of Aging Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE) ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนรูปแบบและการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นการรับรู้ แหล่งสนับสนุน มีการควบคุมความรู้สึก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบด้านความพิการจะเพิ่มภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สิ่งสนับสนุนทางจิตจะเข้ามามีบทบาทโดดเด่นต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ระดับการควบคุมความรู้สึกและการมีคุณค่าในตนเองอยู่ที่ร้อยละ 53 ของผลรวมความพิการ และร้อยละ 43 ของผลรวมการเปลี่ยนแปลงในความพิการ วัดจาก CES-D พบว่าการมีคุณค่าในตนเองจัดเป็นสื่อกลางที่แข็งแกร่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

Fuller-Iglesias, Sellars, and Antonucci (2008) ศึกษาความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ ประเด็นปัจจัยการปกป้องทางสังคม ศึกษาในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 292 คนที่มีประสบการณ์ด้านลบในรอบ 12 ปีที่ผ่านมา โดยศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมและสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์สถิติแบบถดถอย พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นและกลุ่มผิวขาวมีภาวะซึมเศร้า แต่ไม่มีความแตกต่างด้านเพศ เพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าเพศหญิง ความสัมพันธ์ทางเครือข่ายลดน้อยลงทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น หลังการแต่งงานพบว่ามีสัมพันธ์เชิงบวกภาวะซึมเศร้าจะลดน้อยลง ความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น แต่บางครั้งครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การศึกษานี้เน้นที่ความสัมพันธ์ด้านสังคม ที่ความเข้มแข็งทางใจอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการปกป้องชีวิตในบั้นปลาย

Weyerer et al. (2008) ศึกษาาระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 75 ปีที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 138 คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองของประเทศเยอรมัน และใช้แบบวัด The GDS-15 เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า

ร้อยละ 9.7 ของผู้สูงอายุ 75 ปีในชุมชนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยเสี่ยงขึ้นอยู่กับ เพศ อายุที่เพิ่มขึ้น อาศัยอยู่คนเดียว หย่าร้าง ความรู้ที่น้อย สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ สูญเสียการปรับกระบวนการคิด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การสูบบุหรี่ และการใช้สุรา

Burns and Anstey (2010) ศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยความคิดและพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะนิสัยและรูปแบบของพฤติกรรมที่พัฒนาผ่านประสบการณ์ชีวิตในอดีต ความเข้มแข็งทางใจมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ และเป็นสิ่งบ่งชี้ความสำเร็จของการดำรงชีวิตในสภาวะตึงเครียด ใช้การทดสอบ The Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC) และประเมินผลทั้งทางบวกและทางลบ ใช้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 1,775 ราย พบว่าความเข้มแข็งทางใจส่งผลดีต่อภาวะซึมเศร้าโดยช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

Richardson (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยศึกษาด้านความรุนแรงของอาการ การใช้ Alcohol การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การสนับสนุนจากชุมชน เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความเชื่อทางศาสนา พบว่าผู้สูงอายุ 378 คน ค่าเฉลี่ยอายุ 77 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 69 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมที่น้อย และความเชื่อทางศาสนาที่น้อยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซ้ำของโรคซึมเศร้า

Orth and Robins (2013) ศึกษาการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบจำลองทางทฤษฎีตรวจสอบความเชื่อมโยงและรวบรวมการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่างๆที่เคยมีมา รวมถึง The diathesis-stress model พบว่าผลการศึกษาแบบจำลองต่างๆที่ผ่านมา สามารถช่วยป้องกันหรือลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ โดยใช้โปรแกรมเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

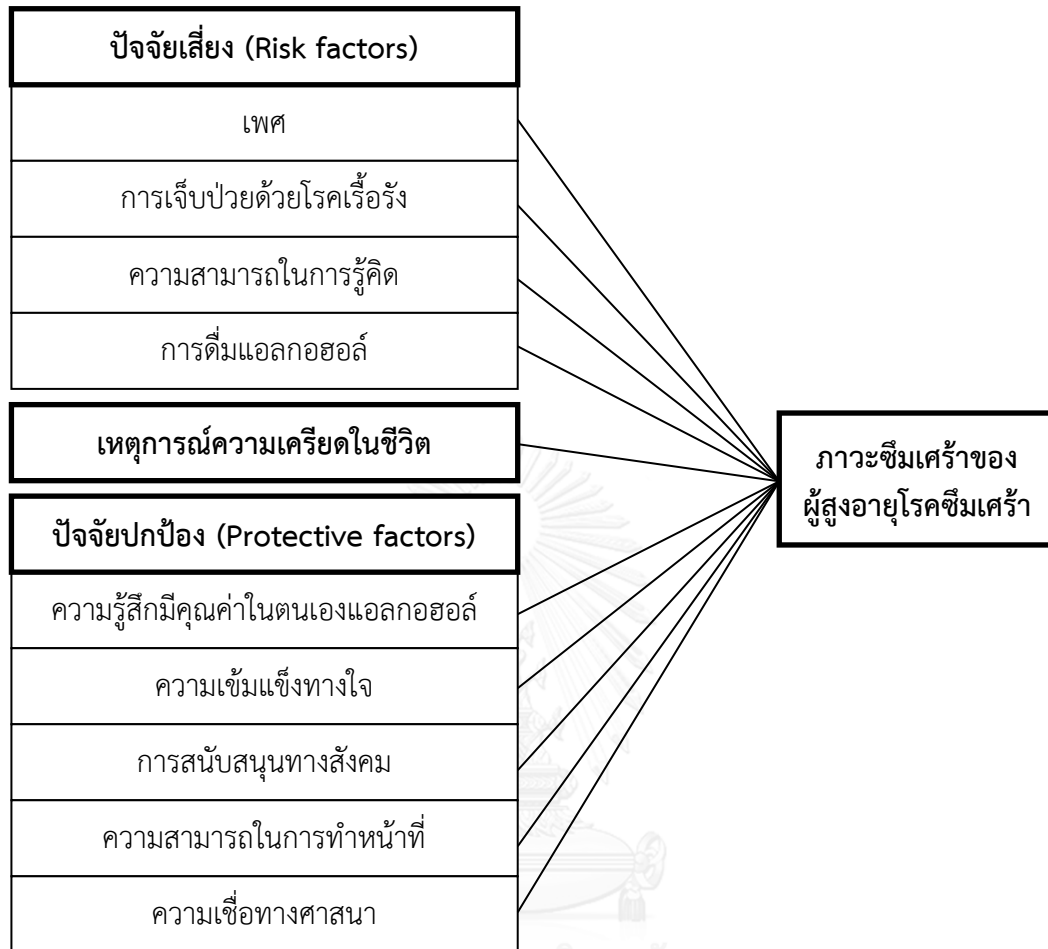
Sowislo and Orth (2013) ศึกษาจากโมเดลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพบว่า เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูง และนำมาศึกษาเพิ่มเติมกับโรควิตกกังวล ในการศึกษาระยะยาว (77 การศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, 18 การศึกษาในผู้ป่วยโรควิตกกังวล) ค่าอายุกลุ่มตัวอย่างคือวัยเด็กถึงวัยสูงอายุ จากการวิเคราะห์การศึกษาโรคซึมเศร้าพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.16$) และผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.08$) ในทางกลับกันผลกระทบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำต่อโรควิตกกังวล ($\beta = -.10$) และโรควิตกกังวลสามารถทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้เท่ากับ ($\beta = -.08$) ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ไม่ได้รับอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ตามเพศ อายุ การวัดของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า หรือความล่าช้าเวลาระหว่างการประเมิน

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 426 ราย ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด MDD : Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ร่วมกับแบบประเมินสถานะทางสุขภาพกายและทางจิตสังคมฉบับภาษาไทย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Simple logistic regression และ multiple logistic regression analysis พบความชุกร้อยละ 5.9 เพศชายความชุกร้อยละ 7.0 เพศหญิงความชุกร้อยละ 5.2 พบว่าสถานภาพสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ ($p < .01$) การดื่มสุราเป็นประจำ ($p < .01$) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ($p < .001$) ความพอใจในสุขภาพระดับต่ำ ($p < .05$) การนอนไม่หลับ ($p < .01$) และความไม่เพียงพอของรายได้ ($p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยด้วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 165 ราย พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยผลกระทบที่รุนแรงและควรเฝ้าระวังสูงสุดได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาแนวคิด Stress diathesis model (Ingram et al., 1998) ร่วมกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของ Blazer and Hybels (2005) ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ได้แก่ ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา รวมถึงเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง ที่มีจิตแพทย์ควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลนครนายกระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558

1. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ $N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา) ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 11 ตัวแปร จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 160 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้คือ 176 ราย

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

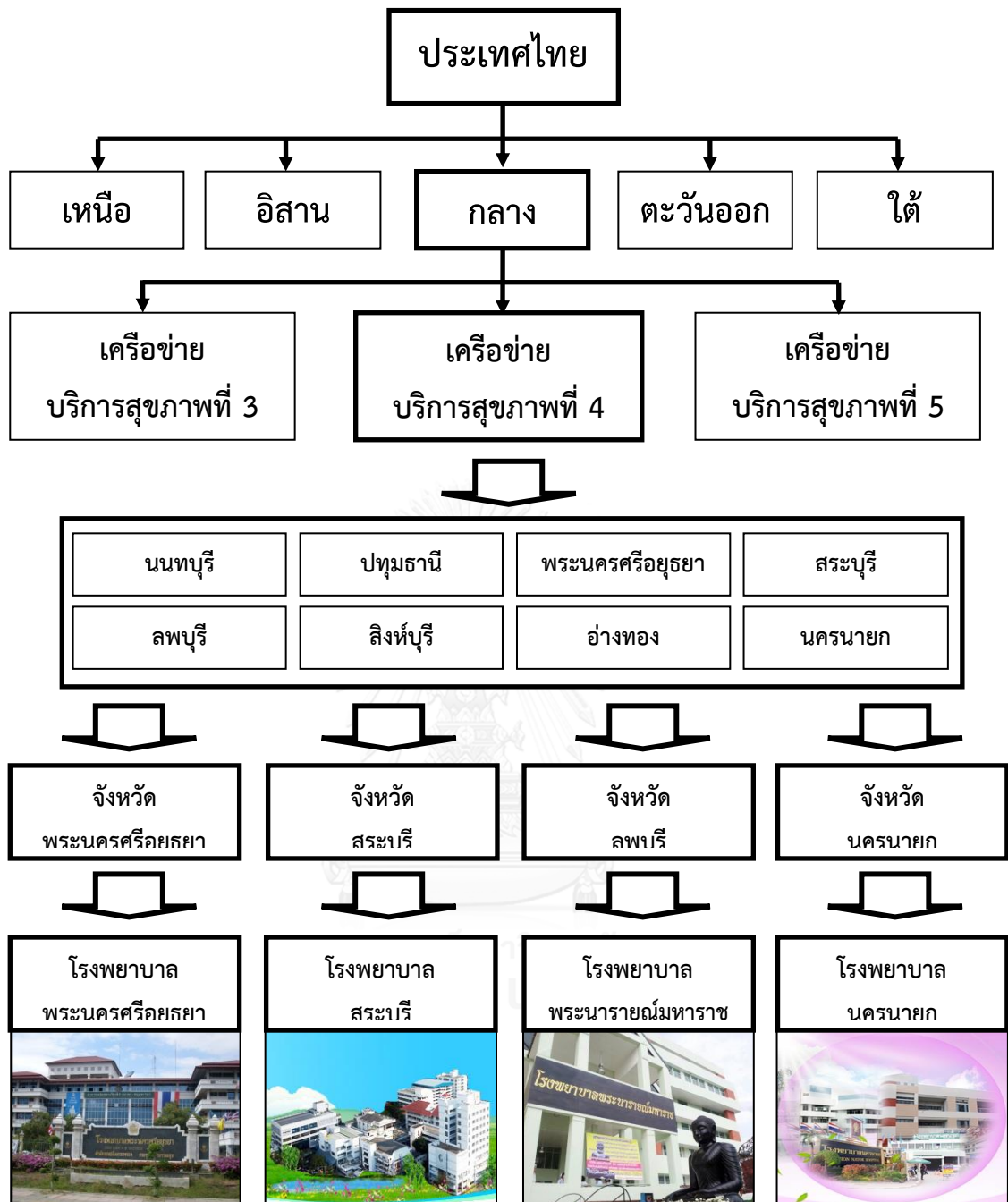
- 2.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามมาตรฐานการจำแนกโรคของ DSM-IV หรือ ICD 10 หมวด F32, F33
- 2.2 ได้รับการประเมินตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยมีภาวะเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป หรือระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป
- 2.3 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2.4 สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ด้วยการลงลายมือชื่อยินยอมในการให้ข้อมูล

3. เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 3.1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
- 3.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากงานวิจัยในระหว่างสัมภาษณ์

4. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (สถานที่เก็บข้อมูล) โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

- 4.1 เนื่องจากภาคกลางมีแนวโน้มของจำนวนโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2556) ผู้วิจัยจึงเลือกภาคกลางเป็นพื้นที่สำหรับสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งภาคกลางตามการแบ่งของเครือข่ายบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ 3 เครือข่าย คือเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 เครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ 4 และเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5 ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากได้ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด คือจังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง และจังหวัดนครนายก ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากพอในการคัดเลือกเพื่อศึกษา เมื่อได้กลุ่มจังหวัดของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 แล้ว ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งด้วยการจับฉลากได้จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี และจังหวัดนครนายก หลังจากนั้นผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีคลินิกจิตเวชและให้การรักษาโดยจิตแพทย์ เป็นพื้นที่ในการศึกษา ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4.2 แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สัดส่วนที่เท่ากันของจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วย จำนวนผู้ที่ผ่านการคัดกรอง และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ที่เข้าเกณฑ์การวิจัย จำแนกตามโรงพยาบาล

อันดับ	ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนที่ผ่านการคัดกรอง	กลุ่มตัวอย่าง
1	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	231	76	46
2	โรงพยาบาลสระบุรี	302	115	60
3	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	246	80	49
4	โรงพยาบาลนครนายก	105	43	21
รวม		884	314	176

4.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นัดมารับบริการในคลินิก ในช่วงเวลาที่เข้าเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ได้ระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป และติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุจนครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 8 ส่วน ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างเอง ส่วนที่ 2-8 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ มีจำนวนทั้งสิ้น 165 ข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 30-45 นาที โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง บางรายที่มีปัญหาด้านสายตาผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้ตอบด้วยตนเอง ซึ่งในแต่ละส่วนของแบบสอบถามมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก และระบุรายละเอียดบางส่วน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยนำมาจากการพัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 โดย

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนามาจากแบบทดสอบ MMSE ของ Folstein et al. (1975) เป็นการแบบทดสอบความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive impairment) ในด้านต่างๆ คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ (orientation to time and place) ด้านความจำ (registration and memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (attention and calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษารวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (visual constructional) จำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมจะแตกต่างกันออกไปตามความยากง่าย คะแนนความสามารถในการทำแบบทดสอบนี้ สัมพันธ์กับพื้นฐานความรู้ คะแนนเต็มของแบบทดสอบจึงมีค่าไม่เท่ากันเมื่อใช้ทดสอบบุคคลที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

เกณฑ์การให้คะแนน จำนวน 11 กิจกรรม 30 คะแนน มีดังนี้

1. ทบทวนการรับรู้เรื่องวัน-เวลา	จำนวนคะแนน	5 คะแนน
2. ทบทวนการรับรู้เรื่องสถานที่	จำนวนคะแนน	5 คะแนน
3. ทดสอบความจำ	จำนวนคะแนน	3 คะแนน
4. ทดสอบความใส่ใจ	จำนวนคะแนน	5 คะแนน
5. ทบทวนความจำ	จำนวนคะแนน	3 คะแนน
6. การเรียกชื่อ	จำนวนคะแนน	2 คะแนน
7. การพูดตาม	จำนวนคะแนน	1 คะแนน
8. การทำตามเสียงพูด	จำนวนคะแนน	3 คะแนน
9. การทำตามคำเขียน	จำนวนคะแนน	1 คะแนน
10. การเขียน	จำนวนคะแนน	1 คะแนน
11. การมองโครงสร้าง	จำนวนคะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน เพราะผู้ถูกทดสอบไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

ผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

เครื่องมือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการตรวจสอบคุณภาพ ของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

ระดับการศึกษา	คะแนน		ความไว Sensitivity	ความจำเพาะ Specificity	Positive Predictive value	Negative Predictive value	Efficiency
	จุดตัด	เต็ม					
	ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก)	≤ 14					
ประถมศึกษา	≤ 17	30	56.6	93.8	88.9	71.0	76.3
สูงกว่า ประถมศึกษา	≤ 22	30	92.0	92.6	91.2	93.3	92.4

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นแบบประเมินประสบการณ์ความเครียดตามแนวคิดของ Amster and Kraus (1974) ซึ่งพัฒนาโดย Piboon et al. (2010) และนำมาใช้โดยนิชา สมานทรัพย์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ ด้านการรู้จัก จำนวน 8 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อคำถามในแต่ละข้อถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนว่าเกิดเหตุการณ์ขึ้นหรือไม่ ถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วส่งผลดีให้ 0 คะแนน ถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วส่งผลเสียให้ 1 คะแนน หรือถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วส่งผลดีและผลเสียให้ 1 คะแนน แล้วคิดค่าคะแนนรวมทั้งหมด

เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

คะแนน 1-8 หมายถึง มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเล็กน้อย

คะแนน 9-16 หมายถึง มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตปานกลาง

คะแนน 17-25 หมายถึง มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ .93 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .85

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg (Rosenberg's Self-Esteem Scale –RSES) ซึ่งแปลและดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโดยเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) และนำมาใช้โดย นิษา สมานทรัพย์ (2554) มีทั้งคำถามที่เป็นไปในด้านบวก จำนวน 5 ข้อ และด้านลบ จำนวน 5 ข้อ

การตอบแบบประเมินให้เลือกตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายในเชิงบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 การให้คะแนนข้อความที่เป็นด้านบวก มีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน

เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 4 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายในเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10 การให้คะแนนข้อความที่เป็นด้านลบ มีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน

เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

คะแนน 1-20 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ

คะแนน 21-30 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 31-40 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ .98 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .78

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบวัดความเข้มแข็งทางใจซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดของ Connor and Davidson (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยตามการแปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) โดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) มีข้อคำถาม 25 ข้อ การตอบแบบประเมินให้เลือกตามความจริงที่เกี่ยวกับตัวผู้ตอบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยบางครั้ง เห็นด้วยบ่อยครั้ง และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้ 2 คะแนน
เห็นด้วยบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วยบ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 5 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผล มีดังนี้

คะแนน 0-41	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจระดับเล็กน้อย
คะแนน 42-83	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง
คะแนน 84-125	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ .84 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .89

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) นำมาใช้โดยรุจิราภรณ์ แอกทอง (2549) ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 24 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

มาก	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
น้อย	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

คะแนน 0-24	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย
คะแนน 25-49	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 50-74	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .8802

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ จากแบบประเมิน Late-Life Function and Disability Instrument ของ Jette et al. (2004) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยในส่วนของ Late-Life Function ตามการแปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) โดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ เครื่องมือข้อคำถามเป็นการรวมกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิตเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal role) ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง ดูแลความต้องการของตนเอง ได้ หมายรวมถึง การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การจ่ายตลาดเพื่อซื้ออาหาร การเตรียมทำอาหาร และการแสดงบทบาททางสังคม (Social role) ได้แก่ การเขียนจดหมายโทรศัพท์ การส่งอีเมล เป็นต้น

เครื่องมือนี้เนื่องจากเป็นเครื่องมือครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจคือ ประเด็นบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม และเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมจะประเมินผู้สูงอายุ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่สามารถทำได้เลย สามารถทำได้เล็กน้อย สามารถทำได้ปานกลาง สามารถทำได้ดี และสามารถทำได้ดีมาก

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ไม่สามารถทำได้เลย	ได้	1	คะแนน
สามารถทำได้เล็กน้อย	ได้	2	คะแนน
สามารถทำได้ปานกลาง	ได้	3	คะแนน
สามารถทำได้ดี	ได้	4	คะแนน
สามารถทำได้ดีมาก	ได้	5	คะแนน

เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

คะแนน 0-53	หมายถึง มีความสามารถในการทำหน้าที่ระดับเล็กน้อย
คะแนน 54-107	หมายถึง มีความสามารถในการทำหน้าที่ระดับปานกลาง
คะแนน 108-161	หมายถึง มีความสามารถในการทำหน้าที่ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ .81 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .80

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีจำนวน 30 ข้อ ทดสอบด้วยตนเองในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางลบ 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ใช่ ได้ 0 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

ข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางลบ 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ใช่ ได้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

คะแนน 0-12 หมายถึง ปกติ

คะแนน 13-18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19-24 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25-30 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ถูกพัฒนาขึ้น และผ่านการศึกษาหาความเที่ยงของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 ราย จาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย จำแนกเป็นเพศหญิง 154 ราย และเพศชาย 121 ราย ผลการวิเคราะห์คะแนนพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบ เท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเที่ยงพบว่า มีความเที่ยงในเพศหญิงเท่ากับ .94 เพศชายเท่ากับ .91 โดยมีความเที่ยงรวมเท่ากับ .93 (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การคัดเลือกและตรวจสอบเครื่องมือที่นำมาใช้ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากแนวคิด ทฤษฎี และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องจากสถาบันการศึกษาหน่วยงานต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกเครื่องมือการวิจัย

2. วิเคราะห์เครื่องมือที่จะนำมาใช้วิจัย โดยเลือกจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่สืบค้นได้ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกัน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ตลอดจนกรอบแนวคิดของการวิจัย

3. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงและแก้ไข ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

การพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ตัดสินโดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องและยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 2	หมายถึง	คำถามสอดคล้องกับคำนิยามน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	คำถามค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 4	หมายถึง	คำถามสอดคล้องกับคำนิยามมาก

จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยดำเนินการให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ตรวจสอบเครื่องมือแล้ว มีผลการทดสอบดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ความตรงเชิงเนื้อหา
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	0.88
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น	1.00
แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	0.96
แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.90
แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ	0.84
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	0.92
แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่	0.91
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย	1.00

เมื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว พบว่าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (CVI=0.88) และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (CVI=0.84) ทางผู้วิจัยจึงได้ปรับภาษาภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ดังตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5 แสดงการปรับภาษาของข้อคำถาม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ () ไม่มี () มี	7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (โรคประจำตัว หมายถึง โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ในอดีตถึงปัจจุบัน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น) () ไม่มี () มี (ระบุ).....

ตารางที่ 6 แสดงการปรับภาษาของข้อคำถาม แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
ข้อที่ 3 เวลาที่หาทางออกของปัญหาไม่ได้ บางครั้งโชคชะตาหรือพระเจ้าก็ช่วยได้	เวลาที่หาทางออกของปัญหาไม่ได้ บางครั้งโชคชะตาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็ช่วยได้
ข้อที่ 15 ท่านชอบที่จะเป็นผู้นำในการแก้ปัญหา มากกว่าจะให้ผู้อื่นตัดสินใจทั้งหมด	ท่านชอบที่จะเป็นผู้นำในการแก้ปัญหา มากกว่าจะให้ผู้อื่นตัดสินใจทั้งหมด
ข้อที่ 20 บางครั้งในการเผชิญกับปัญหาชีวิต ท่านทำไปตามกลางสังหรณ์โดยไม่รู้เหตุผล	ในการเผชิญกับปัญหาชีวิต บางครั้งท่านก็ทำไปตามกลางสังหรณ์โดยไม่รู้เหตุผล
ข้อที่ 23 ท่านรู้สึกชอบความท้าทาย	ท่านชอบความท้าทาย

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เลือกมา และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วไปตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาล แก่งคอย จังหวัดสระบุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 30 คน

4.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้

4.3 วิเคราะห์ค่าความความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังตารางที่ 7 (แสดงรายละเอียดการคำนวณในภาคผนวก ข. หน้า 211)

ตารางที่ 7 แสดงค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ค่าความเที่ยง	
	กลุ่มทดลองใช้ (N = 30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (N = 176)
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น	.811	.840
แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.818	.821
แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.844	.873
แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ	.962	.966
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	.876	.893
แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่	.921	.934
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	.838	.872

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นคำร้องถึงคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำหนังสือติดต่อประสานงานไปถึงโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลนครนายก เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งในส่วนของการศึกษาแพทย์ประจำตัวและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง
2. เมื่อได้รับอนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งแล้ว จึงได้นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อเสนอขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ทั้งในส่วนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง
3. หลังจากผู้วิจัยได้รับเอกสารการรับรองให้ทำการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากทุกแห่ง ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบกับผู้รับผิดชอบประจำคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นัดมารับบริการในคลินิก ในช่วงเวลาที่เข้าเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ได้ระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป และติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุจนครบจำนวน โดยหมุนเวียนกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ตามที่ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในช่วงวัน-เวลาที่ทางคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล กำหนดวันในการให้บริการ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 8 แสดงการให้บริการในคลินิกจิตเวช จำแนกตามโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล	วันที่ให้บริการ	เวลาที่ให้บริการ
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์	08.30-12.00 น.
โรงพยาบาลสระบุรี	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์	08.30-12.00 น.
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	วันจันทร์-วันอังคาร (ทุกสัปดาห์)	08.30-12.00 น.
	และวันพุธ (สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน)	08.30-12.00 น.
โรงพยาบาลนครนายก	วันอังคาร และ วันพฤหัสบดี	08.30-12.00 น.

5. ผู้วิจัยศึกษาเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผ่านการคัดกรองโดยพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนา และปรับปรุงจนมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 176 ตัวอย่าง โดยดำเนินการดังนี้

5.1 ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างและญาติ มีการชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) มีการพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมให้กลุ่มเป้าหมายลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดตามใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form)

5.2 หลังจากกลุ่มตัวอย่างซักถาม และลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียด พร้อมอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง บางรายที่มีปัญหาด้านสายตาผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้ตอบด้วยตนเอง

5.3 เพื่อเป็นการป้องกันความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการให้ข้อมูล จะใช้คลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาลเป็นสถานที่สัมภาษณ์ อันเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการบริการในสถานที่นี้ ทำให้คุ้นเคยกับสถานที่ดังกล่าวมากที่สุด ไม่ทำให้เกิดอาการเกร็งหรือหวาดกลัว และจะมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในคลินิกจิตเวชขอใช้พื้นที่บางส่วน จัดเป็นห้องในการสัมภาษณ์ โดยเน้นให้มีความเป็นส่วนตัว ป้องกันการเปิดเผยความลับ ทำการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

5.4 เนื่องจากแนวคิดตามทฤษฎี จำเป็นต้องมีแบบสอบถาม 8 ชุด ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดเป็นข้อมูลที่จำเป็นต้องศึกษา ต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน และอาจเป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงจัดให้มีการแก้ไขโดยให้มีการพักชั่วคราว เพื่อดื่มน้ำซึ่งผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ หรือพักเข้าห้องน้ำ ประมาณ 5-10 นาที แล้วจึงสัมภาษณ์ต่อจนสมบูรณ์ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยังตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ แต่มีกิจกรรมที่ต้องทำก่อน เช่น การเข้าพบแพทย์ จะให้กลุ่มตัวอย่างได้พบแพทย์ก่อน แล้วจึงขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามต่อหลังเสร็จสิ้นจากกิจกรรมแล้ว

5.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล หากยังไม่ครบถ้วนให้สอบถามข้าจณสมบูรณ์ พร้อมทั้งลงรหัสในแบบสอบถาม

6. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโครงร่างของงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลการเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด แล้วให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อยินยอมให้ลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form) คำตอบหรือข้อมูลที่ไดจากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation : r_{pb}) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation : r) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร พิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หรือค่า r (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ดังนี้

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

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียด ในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการ ทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับบริการในแผนก ผู้ป่วยนอก (คลินิกจิตเวช) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาล สระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก จำนวน 176 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบ ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินการสนับสนุนทาง สังคม แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 165 ข้อ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับ การศึกษา ความเชื่อทางศาสนา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ และ ค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพศ การเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และ ความเชื่อทางศาสนา ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การ ดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation : rpb) โดยกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการ รู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุน ทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation : r) โดยกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	47	26.7
หญิง	129	73.3
2. อายุ		
อายุ (ปี) (\bar{X} = 68.08, S.D. = 6.344, Min = 60, Max = 88)		
60 – 69 ปี	118	67.0
70 – 79 ปี	45	25.6
80 ปีขึ้นไป	13	7.4
3. สถานภาพ		
โสด	11	6.2
สมรส	81	46.0
หม้าย	70	39.8
หย่า/แยก	14	8.0
4. ศาสนา		
พุทธ	172	97.7
อิสลาม	4	2.3

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง สามารถจำแนกได้ดังนี้ ด้านเพศ พบเพศหญิง ร้อยละ 73.3 เพศชาย ร้อยละ 26.7 ด้านอายุ พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 68.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.344 อายุต่ำสุด เท่ากับ 60 ปี และอายุสูงสุด เท่ากับ 88 ปี เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 67.0 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.6 และ 7.4 ตามลำดับ ด้านสถานภาพ พบสมรส ร้อยละ 46.0 รองลงมาได้แก่หม้าย และหย่า/แยก ร้อยละ 39.8 และ 8.0 ตามลำดับ ด้านศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 ส่วนศาสนาอิสลาม พบร้อยละ 2.3

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ (%)
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	13	7.4
ประถมศึกษา	120	68.2
มัธยมศึกษา	22	12.5
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	11	6.2
ปริญญาตรี	10	5.7
6. ความเชื่อทางศาสนา		
เชื่อน้อย	6	3.4
เชื่อปานกลาง	12	6.8
เชื่อมาก	111	63.1
เชื่อมากที่สุด	47	26.7
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	62	35.2
มี	114	64.8
จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	45	39.5
2 โรค ขึ้นไป	69	60.5
8. การดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	17	9.7
ไม่ดื่ม	159	90.3

จากตารางที่ 10 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านระดับการศึกษา พบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.2 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษา และไม่ได้เรียน ร้อยละ 12.5 และ 7.4 ตามลำดับ ด้านความเชื่อทางศาสนา พบว่ามีความเชื่อมาก ร้อยละ 63.1 รองลงมาได้แก่มีความเชื่อมากที่สุด และมีความเชื่อปานกลาง ร้อยละ 26.7 และ 6.8 ตามลำดับด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.8 ส่วนไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.2 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่าง

ที่มีโรคประจำตัว พบว่า มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 60.5 เช่น โรคเบาหวานร่วมกับ ความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ส่วนมีโรคประจำตัวเพียง โรคเดียวพบร้อยละ 39.5 ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.9 โรค ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 5.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.8 ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ดื่ม แอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงร้อยละ 9.7

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพศ การเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และ ความเชื่อทางศาสนา ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ (%)
เล็กน้อย (13-18 คะแนน)	116	65.9
ปานกลาง (19-24 คะแนน)	54	30.7
รุนแรง (25-30 คะแนน)	6	3.4

ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 16.82$, S.D. = 3.636, Min = 13, Max = 29)

จากตารางที่ 11 ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ที่ระดับภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย ($\bar{X} = 16.82$, S.D. = 3.636) โดยพบว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 65.9 รองลงมา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 30.7 และ 3.4 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 16.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 3.636 ค่าคะแนน ต่ำสุดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 13 และค่าคะแนนสูงสุดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 29

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามเพศ

ระดับภาวะซีมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	เพศชาย		เพศหญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	78	67.2	38	32.8
ปานกลาง (54 : 30.7)	46	85.2	8	14.8
รุนแรง (6 : 3.4)	5	83.3	1	16.7

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย (n=116) พบในเพศหญิง ร้อยละ 67.2 และเพศชาย ร้อยละ 32.8 ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าปานกลาง (n=54) ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง ร้อยละ 85.2 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 14.8 ส่วนผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศรารุนแรง (n=6) ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง ร้อยละ 83.3 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 16.7

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ระดับภาวะซีมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	ไม่มีโรค		1 โรค		2 โรคขึ้นไป	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	43	37.1	29	25.0	44	37.9
ปานกลาง (54 : 30.7)	16	29.6	15	27.8	23	42.6
รุนแรง (6 : 3.4)	3	50.0	1	16.7	2	33.3

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย (n=116) จะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 37.9 และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 25.0 ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร่าปานกลาง (n=54) จะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 42.6 และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 27.8 ส่วนผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศรารุนแรง (n=6) จะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 33.3 และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 16.7

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามความเชื่อทางศาสนา

ระดับภาวะซึมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	เชื่อน้อย		เชื่อปานกลาง		เชื่อมาก		เชื่อมากที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	1	0.9	9	7.8	73	62.9	33	28.4
ปานกลาง (54 : 30.7)	1	1.9	2	3.7	37	68.5	14	25.9
รุนแรง (6 : 3.4)	4	66.6	1	16.7	1	16.7	0	0.0

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามความเชื่อทางศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (n=116) มีความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อมาก ร้อยละ 62.9 รองลงมาได้แก่ความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อมากที่สุด และความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อปานกลาง ร้อยละ 28.4 และ 7.8 ตามลำดับ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (n=54) มีความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อมาก ร้อยละ 68.5 รองลงมาได้แก่ความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อมากที่สุด และความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อปานกลาง ร้อยละ 25.9 และ 3.7 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศรารุนแรง (n=6) มีความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อน้อย ร้อยละ 66.6 รองลงมาได้แก่ความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อปานกลาง และความเชื่อทางศาสนาในระดับเชื่อมาก ร้อยละ 16.7

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามการดื่มแอลกอฮอล์

ระดับภาวะซีมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	ดื่มแอลกอฮอล์		ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	9	9.5	105	90.5
ปานกลาง (54 : 30.7)	5	9.3	49	90.7
รุนแรง (6 : 3.4)	3	50.0	3	50.0

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย (n=116) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.5 ส่วนดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.5 ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าปานกลาง (n=54) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.7 ส่วนดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.3 ส่วนผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้ารุนแรง (n=6) พบดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์เท่ากัน ร้อยละ 50

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการรู้คิด

ความสามารถในการรู้คิด	บกพร่อง		ไม่บกพร่อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน (จุดตัด ≤ 14)	1	0.6	12	6.8
ประถมศึกษา (จุดตัด ≤ 17)	8	4.6	112	63.6
สูงกว่าประถมศึกษา (จุดตัด ≤ 22)	2	1.1	41	23.3

ค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิด ($\bar{X} = 24.70$, S.D. = 4.405, Min = 12, Max = 30)

จากตารางที่ 16 ระดับความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่บกพร่องในการรู้คิด ($\bar{X} = 24.70$, S.D. = 4.405) ส่วนใหญ่พบไม่บกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 93.7 ส่วนบกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 6.3 เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มไม่ได้เรียนพบไม่บกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 6.8 บกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 0.6 ระดับประถมศึกษาไม่บกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 63.6 บกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 4.6 ระดับสูงกว่าประถมศึกษาพบไม่บกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 23.3 บกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 1.1 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิด เท่ากับ 24.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการรู้คิด เท่ากับ 4.405 ค่าคะแนนต่ำสุดความสามารถในการรู้คิด (บกพร่อง) เท่ากับ 12 และค่าคะแนนสูงสุดความสามารถในการรู้คิด (ไม่บกพร่อง) เท่ากับ 30

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซีมเศร้ำของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้ำ จำแนกตามความสามารถในการรู้คิด

ระดับภาวะซีมเศร้ำ (จำนวน : ร้อยละ)	บกพร่อง		ไม่บกพร่อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	2	1.7	114	98.3
ปานกลาง (54 : 30.7)	7	16.1	47	83.9
รุนแรง (6 : 3.4)	2	33.3	4	66.7

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซีมเศร้ำของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้ำ จำแนกตามความสามารถในการรู้คิด พบว่า ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้ำที่มีภาวะซีมเศร้ำเล็กน้อย (n=116) ส่วนใหญ่ความสามารถในการรู้คิดไม่บกพร่อง ร้อยละ 98.3 ส่วนความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 1.7 ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้ำที่มีภาวะซีมเศร้ำปานกลาง (n=54) ส่วนใหญ่ความสามารถในการรู้คิดไม่บกพร่อง ร้อยละ 83.9 ส่วนความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 16.1 ส่วนผู้สูงอายุโรคซีมเศร้ำที่มีภาวะซีมเศร้ำรุนแรง (n=6) พบความสามารถในการรู้คิดไม่บกพร่อง ร้อยละ 66.7 และความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 33.3

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ (%)
ระดับน้อย (1-8 คะแนน)	119	67.6
ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	52	29.6
ระดับมาก (17-25 คะแนน)	5	2.8

ค่าเฉลี่ยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($\bar{X} = 7.51$, S.D. = 3.958, Min = 3, Max = 20)

จากตารางที่ 18 ระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่เกิดและส่งผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ที่ระดับน้อย ($\bar{X} = 7.51$, S.D. = 3.958) ส่วนใหญ่พบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับน้อย ร้อยละ 67.6 รองลงมาคือเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลาง และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับมาก ร้อยละ 29.6 และ 2.8 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เท่ากับ 7.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เท่ากับ 3.958 ค่าคะแนนต่ำสุดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เท่ากับ 3 และค่าคะแนนสูงสุดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เท่ากับ 20

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ระดับภาวะซึมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	87	75.0	28	24.1	1	0.9
ปานกลาง (54 : 30.7)	32	59.3	21	38.9	1	1.8
รุนแรง (6 : 3.4)	0	0.0	3	50.0	3	50.0

จากตารางที่ 19 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (n=116) ส่วนใหญ่ มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับน้อย ร้อยละ 75 รองลงมาได้แก่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลาง และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับมาก ร้อยละ 24.1 และ 0.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (n=54) มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับน้อย ร้อยละ 59.3 รองลงมาได้แก่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลาง และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับมาก ร้อยละ 38.9 และ 1.8 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศรารุนแรง (n=6) มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 50

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ (%)
ระดับต่ำ (1-20 คะแนน)	9	5.1
ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน)	148	84.1
ระดับสูง (31-40 คะแนน)	19	10.8

ค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\bar{X} = 25.32$, S.D. = 3.869, Min = 20, Max = 35)

จากตารางที่ 20 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.32$, S.D. = 3.869) พบส่วนใหญ่คือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 84.1 รองลงมาคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 10.8 และ 5.1 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 25.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 3.869 ค่าคะแนนต่ำสุดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 20 และค่าคะแนนสูงสุดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 35

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ระดับภาวะซึมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	4	3.5	94	81.0	18	15.5
ปานกลาง (54 : 30.7)	3	5.6	50	92.6	1	1.8
รุนแรง (6 : 3.4)	2	33.3	4	66.7	0	0.0

จากตารางที่ 21 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (n=116) ส่วนใหญ่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81 รองลงมาได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 15.5 และ 3.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (n=54) ส่วนใหญ่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.6 รองลงมาได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง ร้อยละ 5.6 และ 1.8 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ายุทธรุนแรง (n=6) มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 33.3

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความเข้มแข็งทางใจ

ระดับความเข้มแข็งทางใจ	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ (%)
ระดับน้อย (0-41 คะแนน)	2	1.1
ระดับปานกลาง (42-83 คะแนน)	111	63.1
ระดับมาก (84-125 คะแนน)	63	35.8

ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ($\bar{X} = 80.29$, S.D. = 18.008, Min = 32, Max = 121)

จากตารางที่ 22 ระดับความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 80.29$, S.D. = 18.008) พบความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ ความเข้มแข็งทางใจระดับมาก และความเข้มแข็งทางใจระดับน้อย ร้อยละ 35.8 และ 1.1 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ เท่ากับ 80.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเข้มแข็งทางใจ เท่ากับ 18.008 ค่าคะแนนต่ำสุดความเข้มแข็งทางใจ เท่ากับ 32 และค่าคะแนนสูงสุดความเข้มแข็งทางใจ เท่ากับ 121

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับความเข้มแข็งทางใจ

ระดับภาวะซึมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	0	0.0	62	53.4	54	46.6
ปานกลาง (54 : 30.7)	0	0.0	45	83.3	9	16.7
รุนแรง (6 : 3.4)	2	33.3	4	66.7	0	0.0

จากตารางที่ 23 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (n=116) มีความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4 ส่วนความเข้มแข็งทางใจระดับมาก ร้อยละ 46.6 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (n=54) ส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 ส่วนความเข้มแข็งทางใจระดับมาก ร้อยละ 16.7 ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (n=6) มีความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และความเข้มแข็งทางใจระดับน้อย ร้อยละ 33.3

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ (%)
ระดับปานกลาง (25-49 คะแนน)	110	62.5
ระดับมาก (50-74 คะแนน)	66	37.5

ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 49.15$, S.D. = 8.757, Min = 32, Max = 69)

จากตารางที่ 24 ระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 49.15$, S.D. = 8.757) พบการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 และการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 37.5 ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 49.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 8.757 ค่าคะแนนต่ำสุดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 32 และค่าคะแนนสูงสุดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 69

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม

ระดับภาวะซีมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	ระดับปานกลาง		ระดับมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	58	50.0	58	50.0
ปานกลาง (54 : 30.7)	47	87.0	7	13.0
รุนแรง (6 : 3.4)	5	83.3	1	16.7

จากตารางที่ 25 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย (n=116) พบการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าปานกลาง (n=54) ส่วนใหญ่พบการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 13 ส่วนผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศรารุนแรง (n=6) ส่วนใหญ่พบการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 และการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 16.7

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการทำหน้าที่

ระดับความสามารถในการทำหน้าที่	จำนวน (N = 176)	ร้อยละ (%)
ระดับปานกลาง (54-107 คะแนน)	122	69.3
ระดับมาก (108-161 คะแนน)	54	30.7

ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ ($\bar{X} = 103.52$, S.D. = 12.987, Min = 81, Max = 134)

จากตารางที่ 26 ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ที่ภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 103.52$, S.D. = 12.987) พบความสามารถในการทำหน้าที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.3 ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ระดับมาก ร้อยละ 30.7 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ เท่ากับ 103.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการทำหน้าที่ เท่ากับ 12.987 ค่าคะแนนต่ำสุดความสามารถในการทำหน้าที่ เท่ากับ 81 และค่าคะแนนสูงสุดความสามารถในการทำหน้าที่ เท่ากับ 134

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่

ระดับภาวะซีมเศร้า (จำนวน : ร้อยละ)	ระดับปานกลาง		ระดับมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย (116 : 65.9)	71	61.2	45	38.8
ปานกลาง (54 : 30.7)	45	84.3	9	15.7
รุนแรง (6 : 3.4)	6	100	0	0.0

จากตารางที่ 27 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้า จำแนกตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ พบว่า ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย (n=116) พบความสามารถในการทำหน้าที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 61.2 ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ระดับมาก ร้อยละ 38.8 ผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้าปานกลาง (n=54) ส่วนใหญ่ความสามารถในการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.3 ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ระดับมาก ร้อยละ 15.7 ส่วนผู้สูงอายุโรคซีมเศร้าที่มีภาวะซีมเศร้ารุนแรง (n=6) พบความสามารถในการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100

ตารางที่ 28 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของปัจจัยคัดสรร

ปัจจัยคัดสรร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความสามารถในการรู้จัก	24.70	4.405	ไม่บกพร่อง
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	7.51	3.958	น้อย
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	25.32	3.869	ปานกลาง
ความเข้มแข็งทางใจ	80.29	18.008	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	49.15	8.757	ปานกลาง
ความสามารถในการทำหน้าที่	103.52	12.987	ปานกลาง
ความเชื่อทางศาสนา	4.13	.676	เชื่อมาก

จากตารางที่ 28 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยคัดสรรในกลุ่มตัวอย่าง พบดังนี้ ความสามารถในการรู้จัก พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 24.70 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.405 อยู่ในระดับไม่บกพร่องในการรู้จัก เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 7.51 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.958 อยู่ในระดับน้อย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 25.32 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.869 อยู่ในระดับปานกลาง ความเข้มแข็งทางใจ พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 80.29 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 18.008 อยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคม พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 49.15 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.757 อยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการทำหน้าที่ พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 103.52 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.987 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเชื่อทางศาสนา พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .676 อยู่ในระดับเชื่อมาก

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation : r_{pb}) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation : r) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 29 แสดงค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb}) และระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($N = 176$)

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			ระดับ
	r	r_{pb}	p-value	ความสัมพันธ์
ปัจจัยเสี่ยง				
เพศ		.242	.001	ต่ำ
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		.035	.643	-
ความสามารถในการรู้คิด	-.181		.016	ต่ำ
การดื่มแอลกอฮอล์		.238	.001	ต่ำ
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.435		.000	ปานกลาง
ปัจจัยปกป้อง				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.318		.000	ปานกลาง
ความเข้มแข็งทางใจ	-.320		.000	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	-.331		.000	ปานกลาง
ความสามารถในการทำหน้าที่	-.362		.000	ปานกลาง
ความเชื่อทางศาสนา	-.179		.018	ต่ำ

จากตารางที่ 29 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามกลุ่มปัจจัย พบดังนี้

ด้านปัจจัยเสี่ยง พบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .242, p = .001$)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r_{pb} = .035, p = .643$)

ความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.181, p = .016$)

การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .238, p = .001$)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .435, p = .000$)

ด้านปัจจัยปกป้อง พบว่า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.318, p = .000$)

ความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.320, p = .000$)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331, p = .000$)

ความสามารถในการทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362, p = .000$)

ความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.179, p = .018$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Correlational Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
3. ความสามารถในการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 176 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณตามสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการ

ติดต่อสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ด้วยการลงลายมือชื่อยินยอมในการให้ข้อมูล และไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออก คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือขอลอนตัวออกจากงานวิจัยในระหว่างสัมภาษณ์ ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลคิดตามสัดส่วน จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ตามรายงานของโรงพยาบาลนั้นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 8 ส่วน ทั้งในส่วนที่ผู้วิจัยสร้างเอง และส่วนที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก และระบุรายละเอียดบางส่วน แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยนำมาจากการพัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนามาจากแบบทดสอบ MMSE ของ Folstein et al. (1975) เป็นการทดสอบความสามารถของผู้สูงอายุ จำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 1.00 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .811

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นแบบประเมินประสบการณ์ความเครียดตามแนวคิดของ Amster and Kraus (1974) ซึ่งพัฒนาโดย Piboon et al. (2010) และนำมาใช้โดยนิษา สมานทรัพย์ (2554) จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 0.96 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .818

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg (Rosenberg's Self-Esteem Scale –RSES) ซึ่งแปลและดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโดยเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) และนำมาใช้โดยนิษา สมานทรัพย์ (2554) จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 0.90 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .844

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบวัดความเข้มแข็งทางใจซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดของ Connor and Davidson (2003) ซึ่งแปลแบบย้อนหลัง (Back Translation) และนำมาใช้โดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 0.84 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .962

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) นำมาใช้โดยรุจิรงค์ แอกทอง (2549) จำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 0.92 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .876

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ จากแบบประเมิน Late-Life Function and Disability Instrument ของ Jette et al. (2004) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยในส่วนของ Late-Life Function โดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) จำนวนข้อคำถาม 32 ข้อ แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 0.91 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .921

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบสอบถามที่ได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง จำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 1.00 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .838

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยหมุนเวียนกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ตามช่วงวัน-เวลาที่ทางคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล กำหนดการให้บริการ ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558 รวมเวลาทั้งสิ้น 7 เดือน ดังนี้

1. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เปิดบริการทุกวัน เวลา 08.00-12.00 น. ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลช่วงเดือน พฤศจิกายน 2557-มกราคม 2558 รวมเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน
2. โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เปิดบริการทุกวัน เวลา 08.00-12.00 น. ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลช่วงเดือน พฤศจิกายน 2557-มกราคม 2558 รวมเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน
3. โรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก เปิดบริการเฉพาะวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลช่วงเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2558 รวมเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน
4. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เปิดบริการเฉพาะวันจันทร์และวันอังคาร (ทุกสัปดาห์) และวันพุธ (สัปดาห์ที่ 4) ของเดือน เวลา 08.00-12.00 น. ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลช่วงเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2558 รวมเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation : rpb) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation : r) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3) อายุเฉลี่ย เท่ากับ 68.08 สถานภาพได้แก่สมรส (ร้อยละ 46.0) รองลงมาได้แก่หม้าย และหย่า/แยก (ร้อยละ 39.8 และ 8.0) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 68.2) รองลงมาได้แก่มัธยมศึกษาและไม่ได้เรียน (ร้อยละ 12.5 และ 7.4) มีความเชื่อมากทางด้านศาสนา (ร้อยละ 63.1) รองลงมาได้แก่มีความเชื่อมากที่สุด และมีความเชื่อปานกลาง (ร้อยละ 26.7 และ 6.8) พบมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.8) และพบว่าไม่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 60.5) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 90.3)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ส่วนใหญ่พบเพศหญิง ร้อยละ 73.3 ($\bar{X} = 1.73$, S.D. = .444) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.8 ($\bar{X} = 1.65$, S.D. = .479) ความสามารถในการรู้คิด ส่วนใหญ่พบไม่มีภาวะบกพร่อง ร้อยละ 93.7 ($\bar{X} = 24.70$, S.D. = 4.405) การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่พบไม่ดื่ม ร้อยละ 90.3 ($\bar{X} = 1.90$, S.D. = .296) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบในระดับน้อย ร้อยละ 67.6 ($\bar{X} = 7.51$, S.D. = 3.958) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนใหญ่พบในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.1 ($\bar{X} = 25.32$, S.D. = 3.869) ความ

เข้มแข็งทางใจ พบในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1 ($\bar{X} = 80.29$, S.D. = 18.008) การสนับสนุนทางสังคม พบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ($\bar{X} = 49.15$, S.D. = 8.757) ความสามารถในการทำหน้าที่ พบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.3 ($\bar{X} = 103.52$, S.D. = 12.987) ส่วนความเชื่อทางศาสนา พบมีความเชื่อมาก ร้อยละ 63.1 ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = .676) และภาวะซึมเศร้า พบในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 65.9 ($\bar{X} = 16.82$, S.D. = 3.636)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ตามสมมติฐานการวิจัย พบดังนี้

3.1 เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3.1.1 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .242$, $p = .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3.2.1 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r_{pb} = .060$, $p = .430$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.2.2 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r_{pb} = .238$, $p = .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

3.2.3 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .435$, $p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

3.3 ความสามารถในการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3.3.1 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) พบว่า ความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.181$, $p = .016$) เป็นไปตาม

สมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการรู้คิดในระดับสูง จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

3.3.2 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.318, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

3.3.3 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) พบว่า ความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.320, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

3.3.4 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

3.3.5 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการทำหน้าที่สูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

3.3.6 จากการวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) พบว่า ความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.179, p = .018$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเชื่อทางศาสนาสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผล จำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง คือ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 176 ราย พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 65.9 รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าปานกลาง และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 30.7 และ 3.4 ($\bar{X} = 16.82$, S.D. = 3.636, Min = 13, Max = 29)

จากการวิจัยครั้งนี้ พบกลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 65.9 และระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 34.1 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 21.6 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 4.5 และ 0.6 ตามลำดับ เพศหญิงมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 44.3 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 26.2 และ 2.8 ตามลำดับ ในกรณีที่พบระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย อาจจะเป็นเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะรักษาต่อเนื่อง และระยะป้องกันระยะยาว ซึ่งมีการรับยาต่อเนื่อง รวมถึงระยะที่เก็บข้อมูลไม่มีเหตุการณ์ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด เช่น ภัยธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ การใช้ชีวิต ดังเช่นในหลายปีที่ผ่านมา ซึ่งค่อนข้างจะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง เพราะเมื่อพิจารณาถึงความรู้สึกหรือการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะพบว่ามีลักษณะไปในเชิงลบค่อนข้างมาก เช่น รู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ ร้อยละ 100 รู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ ร้อยละ 100 รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า ร้อยละ 96.7 มีเรื่องกังวลตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้ ร้อยละ 95.0 รู้สึกไม่มีที่พึ่ง ร้อยละ 91.7 รู้สึกสิ้นหวัง ร้อยละ 91.7 และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า ร้อยละ 90.0 ซึ่งหากให้มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตัวในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลเสียต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นไปอีก ในขณะที่ความรับรู้หรือการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง ในกลุ่มคำถามเชิงบวก จะค่อนข้างน้อยและเป็นไปในทิศทางที่ลดลง เช่น มีความหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า ร้อยละ 75 รู้สึกอารมณ์ดี ร้อยละ 60 รู้สึกมีความสุข ร้อยละ 55 พอใจกับชีวิตความ

เป็นอยู่ตอนนี้ ร้อยละ 45 และมีจิตใจสบายแจ่มใส ร้อยละ 26.7 เป็นต้น อภิปรายผลได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง จะมีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตัวไปในเชิงลบค่อนข้างมาก และจะเพิ่มขึ้นเมื่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ให้ความสนใจหรือหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาคนอื่น มีความเข้มแข็งทางใจในการที่จะเผชิญกับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างแรงบันดาลใจหรือทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจหรืออื่นๆ จากคูชีวิต ญาติ ผู้ใกล้ชิด ผู้ดูแลหรือสังคมแวดล้อม นอกจากนี้ยังต้องลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ เช่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หรือการแก้ไขปัญหาจากความเครียดด้วยวิธีการ ที่ผิด เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น เพื่อเป็นการช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลงต่อไป

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.1 เพศ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .242, p = .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย พบในเพศหญิง ร้อยละ 67.2 และเพศชาย ร้อยละ 32.8 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง ร้อยละ 85.2 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 14.8 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศรารุนแรง ที่ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง ร้อยละ 83.3 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 16.7 ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ซึ่งกล่าวว่าเพศมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างของดังกล่าวอาจจะเป็นผลมาจากความค่านิยม ความเชื่อว่าผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มจะรายงานอาการไม่สบายทางกายแสดงออกทางอารมณ์ชัดกว่า รวมถึงมาใช้บริการดูแลรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ชาย เช่นเดียวกับ พูนศรี รังสีขจี และคณะ (2549) อธิบายว่าเนื่องจาก ผู้หญิงต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในชีวิต การทำงานบ้าน การหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว และบทบาททางสังคมซึ่งโดนจำกัดมากกว่าเพศชาย ทำให้สะสมประสบการณ์ความเครียดได้ง่าย รวมถึงวัยหมดประจำเดือน จะมีผลต่อภาวะอารมณ์ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 73.3 ซึ่งสอดคล้องกับ Beck (1967) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้า พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r_{pb} = .035$, $p = .643$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคระบบหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งพบร้อยละ 64.8 และพบว่ามีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 60.5 แตกต่างจากการศึกษาของ Blazer and Hybels (2005) ที่พบว่าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักพบการเจ็บป่วยโดยมีโรคทางกายอย่างน้อยคนละ 1 โรค ทำให้เกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้ยาเฉพาะโรค อาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน รวมถึงอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย เมื่อจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 37.9 และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 25.0 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 42.6 และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 27.8 ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 33.3 และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 16.7 ถึงแม้จะพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป จะมีโรคประจำตัว 1-2 โรคขึ้นไป แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละบุคคลพบว่า โดยรวมมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะที่ไม่รุนแรงและได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงหรือไร้ซึ่งการรักษา โรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.9 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 5.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.8 และโรคร่วม ร้อยละ 60.5 เป็นต้น ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 68.08 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป สามารถช่วยเหลือตนเอง มารับบริการได้ด้วยตนเอง และจากประวัติการรักษาโรคเรื้อรังพบว่ามีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และจากการสอบถามพบว่าส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากครอบครัว บางรายสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ ทำให้การพึ่งพาสังคมและคนรอบข้างน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าเล็กน้อย หรืออาจไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่

เกี่ยวข้องทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ดี จึงทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.3 ความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.181, p = .016$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการรู้คิดระดับสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง เนื่องจากการรู้คิดที่ทำงานได้ตามปกติ ไม่ทำให้ผู้ป่วยคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น จึงไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคิดผิดปกติดจนเกิดภาวะซึมเศร้า (Blazer and Hybels, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheline et al. (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงทำนายการสูญเสียการทำหน้าที่ของกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 155 ราย พบว่าหากความสามารถในการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นได้ หรืออีกนัยก็คือ ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าคือ ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยมีกระบวนการรู้คิดบกพร่องนานเกินไป ซึ่งอาจจะทำให้เกิดโรคตามมา ดังการศึกษาของ Alexopoulos et al. (1993) ที่พบว่าหากกระบวนการรู้คิดบกพร่องนานเกินกว่า 5 เดือนจะมีความเสี่ยงต่อ Alzheimer's disease

จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีความบกพร่องในการรู้คิด ร้อยละ 93.7 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดเท่ากับ 24.70 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูง เมื่อพิจารณา ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามความสามารถในการรู้คิด พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วนใหญ่ความสามารถในการรู้คิดไม่บกพร่อง ร้อยละ 98.3 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ที่ส่วนใหญ่ความสามารถในการรู้คิดไม่บกพร่อง ร้อยละ 83.9 ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร่ารุนแรง ที่พบว่าความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 33.3 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นกระบวนการจัดการข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางต่างๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จัดจำ และการดัดแปลงการใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลมีปัญหาทางด้านการรู้คิด จึงส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว สามารถช่วยเหลือตนเอง มารับบริการอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ทำให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ จึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความสามารถในการรู้คิดที่ดีหรือสูงขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง

2.4 การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r_{pb} = .238, p = .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Devenand et al. (2002) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นตัวกระตุ้นให้ส่งผลต่อสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) ที่พบว่าการดื่มสุราเป็นประจำเป็นปัจจัยอันดับรองมาที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ซับซ้อน อาจเกิดร่วมกันโดยบังเอิญ หรือโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักเอง พบการดื่มสุราเป็นประจำ ($OR = 10.81, 95\%CI = 2.68-43.56$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของสถิตย์ วงศ์สุรประภิต และสมพร สันติประสิทธิ์กุล (2555) ซึ่งพบว่าผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าจะดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 25.74 โดยแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 9.7 ส่วนไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.3 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.5 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ที่ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.7 แต่พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 50 อภิปรายผลได้ว่า พฤติกรรมการดื่มมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า โดยการดื่มแอลกอฮอล์ อาจส่งผลให้เกิดอารมณ์แปรปรวน การตัดสินใจกับเหตุการณ์ความเครียดไม่เหมาะสม หากดื่มในระยะเวลายาวนานอาจก่อให้เกิดการติดสุรา ส่งผลให้การรู้คิดบกพร่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (พิชัย แสงชาญชัย, 2555) จากกรณีดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.5 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .435, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Blazer and Hybels (2005) ได้ให้เหตุผลไว้ว่าการที่บุคคลวัยสูงอายุประสบกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่เคร่งเครียด ยากแก่การปรับตัว บางเหตุการณ์ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าสะเทือนใจ หรือผิดหวังในชีวิตเช่น การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก สัตว์เลี้ยง การสูญเสียบทบาททางสังคม จากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิก ผู้พักอาศัย ปัญหาเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ที่ควรมี ส่งผลต่อปัญหา

เศรษฐกิจในครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการศึกษาของ Prince et al. (1997) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับเหตุการณ์ในชีวิต โดยการสำรวจผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ในลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่าภาวะซึมเศร้าและจำนวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผ่านมา เช่น การเจ็บป่วย ฆ่าตัวตาย และการถูกขโมย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุด มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson (2012) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน 378 คน โดยศึกษาด้านความรุนแรงของอาการ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซ้ำของโรคซึมเศร้า

จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 97.2 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับน้อย ร้อยละ 75 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับน้อย ร้อยละ 59.3 ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ที่พบว่ามีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลาง และมาก ร้อยละ 50 เมื่อพิจารณาควบคู่กับแนวคิด The Stress-Diathesis Model พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเปราะบางอยู่แล้ว ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว เมื่อมีสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากระตุ้น จะทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่แล้วเกิดเพิ่มขึ้นอีก เหตุการณ์ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้แก่ ปัญหาเจ็บปวดจากข้อกระดูก (ร้อยละ 85) ส่งผลให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ช้าลงกว่าเดิม (ร้อยละ 98.3) และให้ทำกิจกรรมที่ชอบได้ลดลง (ร้อยละ 81.7) ทำให้รู้สึกเป็นภาระแก่ลูกหลาน บางรายมีปากเสียงกับคนในครอบครัว (ร้อยละ 66.7) จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาปวดข้อกระดูกเป็นส่วนใหญ่ แต่ขาดการดูแลรักษาเนื่องจากแพทย์ไม่ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรค ทำให้อาการปวดยังหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมเพิ่มขึ้นร่วมกับความเปราะบางเฉพาะตัวบุคคล โดยเฉพาะบางรายมีปัญหาการปรับตัวและการดำเนินชีวิต ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหา เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (Blazer and Hybels, 2005) ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ปานกลางถึงรุนแรง บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เพื่อไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน จากที่กล่าวมาจึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีเหตุการณ์ความเครียดมาก จะทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสูงขึ้น

2.6 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -318, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Watson et al. (2002) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูง หรือสัมพันธ์เชิงลบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Orth and Robins (2013) ศึกษาการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบจำลองทางทฤษฎีตรวจสอบความเชื่อมโยง และรวบรวมการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่างๆที่เคยมีมา รวมถึง The diathesis-stress model พบว่าผลการศึกษาแบบจำลองต่างๆที่ผ่านมา สามารถช่วยป้องกันหรือลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ โดยใช้โปรแกรมเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sowislo and Orth (2013) ศึกษาจากโมเดลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพบว่า เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูง

จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 89.2 ค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 25.32 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วนใหญ่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ส่วนใหญ่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.6 ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศรารุนแรง ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำถึง ร้อยละ 33.3 อภิปรายโดยใช้แนวคิดของ Rosenberg (1979) ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 68.08 ซึ่งยังไม่สูงมากนักสามารถประเมินตนเองและดูแลตนเองได้ สามารถเป็นที่พึ่งพาแก่บุตรหลาน บางรายยังสามารถประกอบอาชีพหารายได้จุนเจือครอบครัวได้ ก่อให้เกิดความตระหนักรู้ถึงคุณค่าในตนเอง แต่เมื่อพิจารณาถึงค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเชิงบวกและเชิงลบไม่แตกต่างกัน ได้แก่ รับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเชิงบวก ประกอบด้วย รู้สึกว่ายังเป็นที่ยังพามาของลูกหลานเสมอ รู้สึกว่ามีความพอใจในตนเอง รู้สึกว่าสามารถทำสิ่งต่างๆได้ดีเท่าผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเป็นคนที่มีความค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น ส่วนการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเชิงลบ ประกอบด้วย รู้สึกมีความภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ รู้สึกว่าเป็นคนไม่มีอะไรดีเลย ประเมินตนเองว่าทำอะไรไม่สำเร็จ นับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรเป็น และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร่าปานกลางถึงรุนแรง พบว่ามีการประเมินตนเองในเชิงลบสูงเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ รู้สึกว่าเป็นคนไม่มีอะไรดีเลย รู้สึก

มีความภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน และรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ ร้อยละ 85, 85, และ 80 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำผู้เกี่ยวข้องให้ความสนใจหรือหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเบื้องต้นได้ เพื่อเป็นการช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ลดลง

2.7 ความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.320, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Connor, Davidson, and Lee (2003); Hardy et al., (2004); Mehta et al. (2008) ที่พบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะจิตที่ไม่ดี เช่น อาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ความผิดปกติและพิการทางร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Burns and Anstey (2010) ซึ่งศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยความคิดและพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะนิสัย และรูปแบบของพฤติกรรมที่พัฒนาผ่านประสบการณ์ชีวิตในอดีต ความเข้มแข็งทางใจมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ และเป็นสิ่งบ่งชี้ความสำเร็จของการดำรงชีวิตในสภาวะตึงเครียด พบว่าความเข้มแข็งทางใจส่งผลดีต่อภาวะซึมเศร้าโดยช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ ครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 64.2 ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ 80.29 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีความเข้มแข็งทางใจระดับมาก ร้อยละ 46.6 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร่ารุนแรง มีความเข้มแข็งทางใจระดับน้อยถึง ร้อยละ 33.3 อภิปรายได้ว่าประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านจากอดีตสู่ปัจจุบัน ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย เชื่อมโยงต่อจิตใจผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่สามารถปรับตัว ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับกระบวนการคิดให้ตรงกับสภาวะความเป็นจริงในปัจจุบัน จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

(Connor and Davidson, 2003) จากการศึกษาคุณลักษณะภายในในการเอาชนะปัญหาและอุปสรรคที่ดีของ Grotberg (1995) ซึ่งประกอบด้วย มีคนรอบข้างที่รักและไวใจ มีคนที่ช่วยเหลือเมื่อเราเจ็บป่วยหรือต้องการเรียนรู้ เป็นคนที่เคารพตัวเองและผู้อื่น เป็นคนที่เต็มใจรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ เป็นคนที่เชื่อว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น สามารถหาวิถีทางที่จะแก้ปัญหา สามารถควบคุมตนเองได้อย่างเหมาะสม ถือเป็นปัจจัยปกป้องอย่างหนึ่ง เปรียบเสมือนการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้แก่ผู้ป่วยไม่ให้มีความย่อท้อต่ออุปสรรค โดยมีกำลังใจที่ดีจากคนรอบข้างคอยสนับสนุนตลอดเวลา จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดว่าพยายามทำดีที่สุดไม่ว่าผลจะออกมาเป็นอย่างไร สามารถปรับตัวได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และเชื่อว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าดีหรือเลวมันมีเหตุผลในตัวมันเอง แต่ยังมีบางส่วนโดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ปานกลางถึงรุนแรง จะมีค่าความเข้มแข็งทางใจอยู่เกณฑ์ต่ำ เช่น ขาดแหล่งสนับสนุนทางครอบครัวโดยขาดผู้ดูแลหลัก เมื่อมีความเครียดไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ขาดแหล่งพึ่งพิง ไม่มีการพูดหรือระบายความรู้สึก ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดัน ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต เมื่อปล่อยไว้เป็นเวลานานจะขาดความสนใจต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว เก็บตัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในแง่ลบ ไร้คุณค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จากกรณีดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหากมีความเข้มแข็งทางใจมาก จะทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง ทางผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำผู้เกี่ยวข้อง ให้ความสนใจหรือหากิจกรรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าให้มากขึ้น โดยร่วมกันทั้งระดับครอบครัวและชุมชน เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลงต่อไป

2.8 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang Yang (2006) ซึ่งศึกษาบทบาทการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อเกิดความพิการร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนรูปแบบและการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นการรับรู้ แหล่งสนับสนุน มีการควบคุมความรู้สึก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบด้านความพิการจะเพิ่มภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ในการได้รับความรู้ คำแนะนำเรื่องสุขภาพ รวมทั้งข่าวสารต่างๆของชมรม ชุมชน และการให้ความช่วยเหลือเรื่องการเงิน การใช้เวลาว่าง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาของ Prince et al. (1997) ซึ่งศึกษาเรื่องการขาดการสนับสนุนทางสังคม ความโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูง ซึ่งจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับอายุ ความบกพร่องทางกาย ความโดดเดี่ยว และการใช้บริการของสถานบำบัดผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด และการศึกษาของ Greenglass et al. (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในกลุ่มเป้าหมายอายุ 62-98 ปี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีสัมพันธ์ทางลบต่อภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson (2012) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน 378 คน โดยศึกษา ด้านความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนจากชุมชน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซ้ำของโรคซึมเศร้า

จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 49.15 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87 ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) คือแรงสนับสนุนที่สำคัญ 3 ด้านคือ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวใหญ่ มีการอยู่อาศัยร่วมกันหลายครัวเรือน หรือญาติพี่น้องอาศัยอยู่ในเขตละแวกติดกัน ทำให้เกิดการเกื้อกูลกันทั้งการดูแลความปลอดภัย การสนับสนุนด้านการเงิน การดูแลยามเจ็บป่วย ซึ่งมีคะแนนในการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์สูง เช่น คู่สมรส/บุตรหลานของกลุ่มตัวอย่างคอยเฝ้าดูแลการป่วยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วย แต่ยังมีบางส่วนเช่นกันที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควรจากคู่สมรส/บุตรหลาน/ญาติ เช่น เป็นเพื่อนออกกำลังกาย และค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากการสนับสนุนจากส่วนภาครัฐ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. มีกิจกรรมบริการต่อกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายจากการพลัดล้ม จากกรณีดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีครอบคลุมทุกด้านจะมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำผู้เกี่ยวข้องทั้งสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน บุคคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ในการ

อำนวยความสะดวกด้านการรักษา ดูแลสิทธิประโยชน์ตามสิทธิที่พึงได้ จัดหากองทุนช่วยเหลืออุดหนุนกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า รวมถึงจัดทากิจกรรมเพิ่มความรักความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้เพิ่มมากขึ้น จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

2.9 ความสามารถในการทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามมีความสามารถในการทำหน้าที่สูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Prigerson et al. (1996) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังจากคู่ชีวิตเสียชีวิต เพื่อดูการปกป้องจากภาวะซึมเศร้าที่จะตามมาใน 1 และ 2 ปีต่อมา และระดับที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งสรุปได้ว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามทำหน้าที่ได้ดี ภาวะซึมเศร้าจะลดลง และกลุ่มผู้สูงอายุ สถานภาพหม้ายพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้เป็นปกติจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้ และการศึกษาของ Lockwood et al., (2002) ซึ่งศึกษาระดับการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อดูการแสดงออกของสภาวะจิตในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย พบว่าปฏิกริยาระหว่างอายุและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ต่อระดับการทำหน้าที่ โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามจะมีการเคลื่อนไหวที่ช้า พุดช้าและการตัดสินใจแก้ปัญหา การตอบสนองต่อสิ่งต่างๆระดับพอใช้สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามมีความพร่องในการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Greenglass et al., (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้ามมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย

จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.3 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่เท่ากับ 103.52 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีความสามารถในการทำหน้าที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 61.2 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.3 ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามที่มีภาวะซึมเศร้ามรุนแรง พบความสามารถในการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด หากเปรียบเทียบกับแนวคิดของ Jette et al. (2004) ซึ่งประเมินผลลัพธ์และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการทำหน้าที่ (Function) โดยดูจาก 2 องค์ประกอบ คือ การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal

role) และการแสดงบทบาททางสังคม (Social role) พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมแสดงบทบาทส่วนบุคคลได้ดี โดยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำกิจกรรมต่างๆภายในและนอกบ้านได้ในระดับดี แต่บางรายยังมีปัญหาด้านการทรงตัวในการทำกิจกรรม เช่น การขึ้นลงบันไดโดยไม่จับราวบันได การถือของขณะขึ้นบันได ซึ่งเมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างพบว่าเกิดจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเริ่มเปลี่ยนไป ขาดการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้ความทนต่อกิจกรรมมีน้อย เมื่อต้องออกแรงทำกิจกรรมบางอย่าง ร่างกายจะทนต่อการทำกิจกรรมได้ในระยะเวลาอันสั้น ส่วนการแสดงบทบาททางสังคมอาจยังมีไม่มากนัก ควรพัฒนาเพิ่มกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น เข้าร่วมชมรมต่างๆที่ทางพื้นที่ได้จัดตั้งขึ้น จากกรณีดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการทำหน้าที่มาก จะทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำผู้เกี่ยวข้องให้ความสนใจหรือหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามดำเนินการด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เช่น การกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง กระตุ้นให้มีการคิดการตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆของครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ส่งผลช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

2.10 ความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.179, p = .018$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามมีความเชื่อทางศาสนาสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Martin et al., (1984) ที่พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง ส่งเสริมการคิดด้านบวกมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson (2012) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน 378 คน โดยศึกษาด้านความรุนแรงของอาการ ความเชื่อทางศาสนา พบว่าความเชื่อทางศาสนาที่น้อยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซ้ำของโรคซึมเศร้า

จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามมีความเชื่อทางศาสนาอยู่ในระดับเชื่อมากถึงเชื่อมากที่สุด ร้อยละ 92.1 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามจำแนกตามความเชื่อทางศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามที่มีภาวะซึมเศร้ามเล็กน้อย มีความเชื่อทางศาสนามากเชื่อมาก ร้อยละ 62.9 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามที่มีภาวะซึมเศร้ามปานกลาง มีความเชื่อทางศาสนามากเชื่อมาก ร้อยละ 68.5 ซึ่งกลุ่มที่มีความเชื่อทางศาสนามากถึงมากที่สุด จะมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญ สวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นกิจวัตร และยึดหลักคำสอนทางศาสนาอย่างเคร่งครัด แต่ในทางกลับกันพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามที่มีภาวะซึมเศร้ามรุนแรง มีความเชื่อทาง

ศาสนาระดับเชื่อมากเพียง ร้อยละ 16.7 แต่พบมีความเชื่อทางศาสนาระดับเชื่อน้อยถึง ร้อยละ 66.6 ซึ่งกรณีดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ต้องเฝ้าระวัง ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะจากการศึกษาของ Uncapher et al. (1998) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า หากมีความเชื่อทางศาสนาและมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาน้อย จะส่งผลให้เกิดความท้อแท้ ไร้หนทาง สิ้นหวังและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สรุปผลการศึกษา ในด้านปัจจัยเสี่ยง พบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในด้านปัจจัยปกป้อง พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้ทราบได้ว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นจากคู่สมรส บุตรหลาน บุคคลในครอบครัวอื่นๆ ตลอดจนญาติที่ใกล้ชิด รวมถึงสังคมที่แวดล้อมผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะพยาบาลผู้ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ทั้งในส่วนของพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลทุกระดับ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจสามารถนำผลการวิจัยในแต่ละปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ไปปรับใช้ในการดูแลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พัฒนาผลการวิจัยที่ได้ปรับเป็นกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเพิ่มความสามารถในการรู้คิด กิจกรรมการสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ กิจกรรมที่ก่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนกิจกรรมที่พัฒนาการเพิ่มความสามารถในหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเหล่านั้น สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขสืบต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ควรมีแนวทางจัดการให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาเบื้องต้นในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา เช่น การแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้า และเพิ่มทักษะการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจ การออกกำลังกาย

2. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ควรให้ช่วยเหลือในด้านการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง การไปพบแพทย์ตามนัด การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การสนทนาบำบัด การเป็นที่ปรึกษา เป็นต้น

3. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีบางกิจกรรมยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิด เช่น เป็นเพื่อนออกกำลังกาย หรือจัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือจัดหากิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ผู้วิจัยเห็นควรให้มีการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมในแต่ละส่วน ดังนี้

3.1 สมาชิกภายในครอบครัว ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง ควรให้ความรัก ความใส่ใจ ดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว มีการพูดคุยเมื่อกิจกรรมได้สำเร็จ เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้สูงอายุ

3.2 บุคคลในชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน ควรมีการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ให้เกียรติผู้สูงอายุ อาจมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้มีช่วงเวลาในการพบปะพูดคุยเรื่องราวต่างๆด้วยกัน ช่วยสร้างสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน ไม่ให้มีความคิดหมกมุ่นอยู่คนเดียว

3.3 บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรออกเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามความเป็นอยู่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคประจำตัว การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา ฝึกทักษะให้รู้จักขนาดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายจากการพลัดล้ม และควรมีการข่าวสาร กิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้นเป็นระยะ ทั้งนี้การออกเยี่ยมบ้านเป็นไปเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลหลัก และไม่ให้อารมณ์เสียแต่เพียงผู้เดียว

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อันเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ยังไม่สอดคล้องกับหลายวิจัยที่ผ่านมา

2. ศึกษาวิจัยในการจัดทำโปรแกรม หรือกิจกรรมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น โปรแกรมหรือกิจกรรมเพิ่มความสามารถในการรู้คิด โปรแกรมหรือกิจกรรมการสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง โปรแกรมหรือกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ โปรแกรมหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมหรือกิจกรรมที่พัฒนาการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นต้น



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2550). รายงานความก้าวหน้าแผนงานวิจัยบูรณาการ : การพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหา และป้องกันความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้า ระยะที่ 2 ปี 2550.

นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.

กรมสุขภาพจิต. (2550). คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT

(Cognitive-Behavioral Therapy). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.

กรมสุขภาพจิต. (2552). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมมนุสสรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมสุขภาพจิต. (2553). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553.

นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2555). ICD-10-TM บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับภาษาไทย

อังกฤษ-ไทย เล่ม 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค ฉบับปี 2012. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

การุณพงศ์ ภัทรามรุต. (2555). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสมอง

เสื่อมคลินิกโรคสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพรส.

เกษราภรณ์ คุณาวัดน์เดช. (2543). สุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด

เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้.

วารสารพยาบาลศาสตร์. 6(2): 97-98.

ชวนันท์ ชาญศิลป์ (2552). เอกสารประกอบการสอน เรื่องทฤษฎีการเรียนรู้.

ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้. กรุงเทพฯ:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554).

ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 56: 103-116.

ธรณินทร์ กองสุข. (2550). **โรคซึมเศร้า องค์กรความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ เล่ม 1.**

อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับ

การเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 53(1): 61-68.

ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาว,

ศิริจันทร์ สุขใจ, จินตนา ถังเพิ่มพูน. (2551).

ความชุกของโรคซึมเศร้า : การสำรวจระดับชาติ ปี 2551. กรมสุขภาพจิต.

ธรรมนาถ เจริญบุญ และคณะ. (2553). ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

15 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. **ธรรมศาสตร์เวชสาร.** 10(4) : 428-36.

นาคยา วงศ์หลีกภัย. (2532). **ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา สาขาจิตวิทยาการปรึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. **สารศิริราช.** 46(1): 1-9

นิชา สมานทรัพย์. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

วัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญศรี นุกฤต. (2550). **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** (พิมพ์ครั้งที่ 5)

กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

ปรีชา ศตวรรษดำรง และคณะ. (2544). **การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมอง**

เสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** (พิมพ์ครั้งที่ 3)

กรุงเทพฯ: ด้านสุธาการพิมพ์.

ประภาส จิตตาศิริวัฒน์. (2544). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอละแม

จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

ชมรมผู้สูงอายุ. **วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร.** 19(4): 242.

ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล. (2550). **แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งทาง**

ใจ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.**

กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV**

ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนชม.

บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). **ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ

พรพิมล ภูมิฤทธิกุล. (2552). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของมารดาวัยรุ่นในจังหวัด**

สมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาและการแนะแนว

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

พัชชราวัลย์ กนกจรรยา. (2554). **ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การ**

เสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและ

พฤติกรรมการเสพยา ในผู้เสพยาติดยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และ ททัยชนนี บุญเจริญ. (2549). **แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มี**

ปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอ แอม ออกาไนเซอร์

แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง.

พิชามญชุ์ โตโฉมงาม. (2552). **ปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการ**

ยอมรับนวัตกรรมด้านกาป้องกันโรคเอดส์ของเด็กเร่ร่อนในศูนย์สร้างโอกาสเด็ก.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า.**

กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.

พูนศรี รังสีขจี และคณะ. (2549). **ความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดยา**

ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 51(3): 14-24

พูนสิน เฉลิมวัฒน์. (2552). **ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พงกษาติคุณากร. (2542). **โรคอารมณ์แปรปรวน.**

ตำราจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ.**

กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามานาธิบัติ**.
กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย
จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง
จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจิรารงค์ แยกทอง. (2549). **การปรับตัวของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครนครปฐม จังหวัด
นครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วีระนุช ก่อแก้ว. (2552). **ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกันและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ
วัยรุ่นที่อยู่นอกระบบการศึกษาในชุมชน จังหวัดพิจิตร**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2536). **ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
หมอชาวบ้าน.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). **จิตวิทยาพัฒนาการ : พฤติกรรมศาสตร์ตลอดช่วงชีวิต เล่ม 2**.
กรุงเทพฯ: คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน**. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2544). **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:
เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว
การพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). **ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรยุทธ วาสิกันานนท์. (2547). **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยา
ของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ. (2553).

การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2550 – 2553.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา.

สถิตย์ วงศ์สุรประภิต และสมพร สันติประสิทธิ์กุล. (2555). สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดย การตรวจคัดกรองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*. 27(3): 91-105.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

สุริย์ กาญจนวงศ์. (2551). **จิตวิทยาสุขภาพ**. คณะสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย นครปฐม.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). **รายงานการสาธารณสุขไทย 2551-2553**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

สาวิตรี วิษณุโยธิน และนชพร อธิธิวิศกุล, (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 16(1): 5-22

สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย. (2547). แอลกอฮอล์ : การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติ ทั่วไป. *คลินิก*. 20(9): 701-708

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัทวี.พริ้นท์ (1991) จำกัด.

อรพิน คำโต. 2554. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2556). **ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์ เสนีย์, (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2): 129-134

ภาษาอังกฤษ

Akiskal, H. S. (2000). Mood disorder: Introduction and overview. In B.J. Sadock & Sadock (Eds.), **Comprehensive textbook of psychiatry**. Philadelphia: Lippincott.

- Alexopoulos, G., Mayers, B., Young, R., Mattis, S., and Kakuma, T. (1993).
The course of geriatric depression with reversible dementia : a controlled study. **American Journal of Psychiatry**. 150: 1693-1699.
- Amster, L. E., and Krauss, H. H. (1974). The relationship between life crises and mental deterioration in old age. **International Journal of Aging and Human Development**. 5: 51-55.
- Beck, A. T. (1967). **Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects**.
New York: Harper Medical Division.
- Beck, A. T. (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorder**.
New York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., and Alford, B. A. (2009). **Depression : Causes and treatment (2nd ed.)**.
Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Blazer, D., and Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life.
Psychological Medicine. 35: 1-12.
- Brandt, P. A., and Weinert, C. (1981). PRQ: A social support measure.
Nursing Research, 30: 277-280.
- Brown, G. W., Harris, T. O., and Hepworth, C. (1995).
Loss, humiliation and entrapment among women developing depression:
a patient and non-patient comparison. **Psychology Medical**. 25: 7-21.
- Buchtemann, M. T., Luppa, M., Bramesfeld, A., and Riedel-Heller, S. (2012).
Incidence of late-life depression : A systematic review.
Journal of Affective Disorder. 142(1): 172-179.
- Burns, R., and Anstey, K. (2010). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC):
Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is
independent of positive and negative affect. **Personality and Individual Differences**. 48(5): 527-531.
- Casas, R. (2011). **Older Adults Perceptions of Stress and Effective Coping Strategies**. California Lutheran University.

- Castro-costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., Bula, C., Reisches, F., Wancata, J., Ritchie, K., Tsoaki, M., Mateos, R., and Prince, M. (2007). Prevalence of depressive Symptoms and Syndromes in later life in ten European countries : The share study. **British Journal of Psychiatry**. 191: 393-401.
- Connor, K. M., and Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale : the Connor– Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**. 18: 76–82.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., and Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. **Journal of Traumatic Stress**. 16(5): 487-494.
- Coopersmith, S. (1984). SEI : Self-esteem inventories. **Pato Alto**. California: Consulting Psychologist Press.
- Dalton, J. H. (2001). **Community Psychology: Linking Individuals and Communities**. Australia: Wadsworth Pub.
- David, A. E. (2000). Cognitive impairments following traumatic brain injury, Etiologies and intervention. **Critical care nursing clinics of North America**. 12: 447-56.
- Davis, N. J. (1999). **Resiliency: Status of the Research and Research-Based Programs-Working Paper Draft**. USA: Center for Mental Health Services.
- Devenand, D., Kim, M., Paykina, N., and Sackeim, H. (2002). Adverse life events in elderly patients with major depression or dysthymia and in healthy-control subjects. **American Journal of Geriatric Psychiatry**. 10: 265-274.
- Dohrenwend, B. S., and Dohrenwend, B. P. (1974). **Stressful life events: their nature and effects**. John Wiley & Sons Inc.
- Elliot, A., Timothy, D. W., and Robin, M. A. (2004). **Social Psychology**. (4th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Engel, G. L. (1971). Sudden and rapid death during psychological up-given up complex. **Annual of Internal Medical**. 74: 771-782.

- Enoch, M. A., and Goldman, D. (2002). Problem drinking and alcoholism : Diagnosis and treatment. **Journal of the American Academy of Family Physicians.** 65(3): 441-448.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., and Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. **Annual Review of Clinical Psychology.** 5(12): 363-389.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., and McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State"
A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. **Journal of Psychiatric research.** 12(3): 189-219.
- Frisch, N. C., and Frisch, L. E. (2002). **Psychiatric mental health nursing : Understanding the client as well as the condition.** (2nd ed.). Albany: Delmar.
- Fuller-Iglesias, H., Sellars, B., and Antonucci, T. C. (2008). Resilience in old Age : Social Relations as a Protective Factor. **Research in Human Development.** 5: 181-193.
- Garber, J. (2000). Psychosocial Antecedents of Variation in Girl's Pubertal Timing Maternal Depression, Stepfather presences, and Marital and Family stress. **Child development.** 71: 485-501.
- George, J. M., and Jones, G. R. (2005). **Understanding and Managing Organizational Behavior.** (4th ed). New Jersey: Prentice-Hall.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., and Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. **Anxiety, Stress, and Coping.** 19(1): 15-31
- Grotberg, H. E. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. **The Hague.** Netherlands : Bernard Van Lee Foundation.
- Mammen, C. (2005). Stress and Depression. **Annual reviews Clinic Psychology.** 1: 293-319.
- Hankin, L. H., Abramson, L. Y., and Siler, M. (2001). A Prospective Test of the Hopelessness Theory of depression in Adolescent. **Cognitive Therapy of Research.** 25(5): 607-632.

- Hardy, S. E., Concato, J., and Gill, T. M. (2004). Resilience of community dwelling older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**. 52(2): 257-262.
- Hodgson, R., Alwyn, T., Bev, J., Betsy, T., and Smith, A. (2002). The fast alcohol screening test. **Journal of Alcohol and Alcoholism**. 37(1): 61-66.
- Hughes, C. (1997). **Depression and mania in later life: Mental health care for elderly people**. New York: Churchill Living stone.
- Hughes-Hammer, C., Martsof, D.S., and Zeller, R.A. (1998). Depression and codependence in woman. **Archives of Psychiatric Nursing**. 12(6): 326-334.
- Ingram, R. E., Miranda, J., and Segal, Z. V. (1998). **Cognitive vulnerability to depression**. New York: Guilford.
- Jacoby, R. (1997). **Psychiatry in elderly**. (2nd ed.). Oxford: Oxford University press.
- Jackson, H. J., and Heller, V. R. (1986). Depression in Health Care : A Behavioral Approach. **N.J.King & A Remeny. Grune and Stratton : Sydney**. pp. 217-224.
- Jett, A. M., Haley, S. M., and Kooyoomjian, J. T. (2004). Late life function and Disability Instrument : II Development and evaluation of the function component. **Journal Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 57: 17-22.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., and Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population : Development of a new index. **Age Ageing**. 23: 97-101.
- Jones, R. N. (2003). Prevalence and correlates of Recognized Depression in U.S. Nursing Homes. **Journal of the American Geriatrics Society**. 51: 1404-1409.
- Kahn, R. L., and Antonucci, T. C. (1980). **Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support**. New York: Academic Press.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. (1993). **Comprehensive group psychotherapy**. (3th ed.). Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. **JAGS**. 31(12): 721-726.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., and Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. **The American journal of psychiatry**. 156(6): 837-41.

- Kierman, R. L., Muller, J., Langston, J. W., and Van Dyke, C. (1987).
The Neurobehavioral Cognitive Screening Examination: A brief but
differentiated approach to cognitive assesment. **Annual Internal Medicine.**
107(4): 481.
- Kinicki, A. and Kreitner, R. (2001). **Organizational Behavior.** (5th ed.)
New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Lockwood, K. A., Alexopoulos, G. S., and Van Gorp, N. G. (2002). Executive Dysfunction
in Geriatric Depression. **Am J Psychiatry.** 159: 1119-1126.
- Loewenthal, K. M., Macleod, A. K., Lee, M., Cook, S., and Goldblatt, V. (2002).
Tolerance for depression: are there cultural and gender differences?.
Journal of psychiatry and mental health nursing. 9(6): 681-688.
- Lawrence D. (1987). **Enhancing Self-Esteem in the Classroom.**
London: Paul Chapman Publishing.
- Mahoney, F. L., and Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation : The Barthel index.
Marryland State Medical Journal. 14: 61-65.
- Martin, E., Peterson, C., and Seligman, M. E. (1984). Causal Explanations as a risk factor
for depression : Theory and evidence. **American Psychological Association.**
91, 347-374.
- Maslow, A. (1970). **Motivation and personality.** (2nd ed.). New York: Haper & Row.
- Mazure, C., Maciejewski, P., Jacobs, S., and Bruce, M. (2002). Stressful life events
interacting with cognitive/personality styles to predict late-onset major
depression. **American Journal of Geriatric Psychiatry.** 10, 297-304.
- McAllister, M., and McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning
resilience in the health disciplines : A critical review of the literature.
Nurs Educ. 29: 371-379.
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W., and
Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: Associations with
apathy, resilience and disability vary between young old and old old.
International Journal of Geriatric Psychiatry. 23(3): 238-243.
- Mesenhelder, J. B. (1985). Self-esteem : a closer look at clinical interventions.

- Journal Nurse Study.** 22: 127-135.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., and Tasch, E. T. (2005). Telephone-administered Psychotherapy for Depression. **Archives of General Psychiatry.** 62(9): 1007-1014.
- Murphy, P. E., Joseph, W. C., Ralph, L. P., Sharon Cheston, Mark Peyrot, and George Fitchett (2000). The Relation of Religious Belief and Practices, Depression, and Hopelessness in Persons With Clinical Depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** 68(6): 1102-1106.
- Musetti, L., Perugi, G., Soriani, A., Rossi, V. M., Cassano, G. B., and Akiskal, H. S. (1989). Depression before and after age 65 A re-examination. **The British Journal of Psychiatric.** 155: 330-336.
- Niti, M., Ng, T. P., Kua, E. H., Ho, R. C., and Tan, C. H. (2007). Depression and chronic medical illnesses in Asian older adult. **International Journal of Geriatric Psychiatry.** 22(11): 1087-1094.
- Norkbeck, J. S., Lindsey, M. A., and Carrieri, V. L. (1982). Further development of the Norbeck Socail Support Questionarie normative data and validity testing. **Nursing Research.** 32(1): 4-9.
- Oldehinkel, A., Bouhuys, A., and Brilman, E. (2001). Functional disability and neuroticism as predictors of late-life depression. **American Journal of Geriatric Psychiatry.** 9, 241-248.
- Orth, U., and Robins, R. W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. **Psychological Science.** 22: 445-460.
- Paloutzian, R. F., and Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. **Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy.** New York: Wiley.
- Pender, N. J. (1996). **Health Promotion in nursing practice.** (2nd ed). Connecticut : Appleton & Lange.
- Piboon, K., Subgranon, R., Hengudomsub, P., Wongnam, P., and Louise C. B. (2010). A Causal Model of Depression Among Older Adults in Chon Buri Province, Thailand. **Issues in mental health nursing.** 33(2): 118-126.

- Pilisuk, M. (1982). Delivery of Social Support : The Social Innovation.
American Journal Orthopsychiatry. 52: 20
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., and Mann, A. H. (1997).
 Social support deficits, Loneliness and life events as risk factors for depression
 in old age. **Psychological Medicine.** 27: 323–332
- Rahe, R. H. (1979). Life change events and mental illness: an overview.
Journal Hum Stress. 5: 2-10.
- Richardson, T. M. (2012). Depression and Its Correlates Among Older Adults Accessing
 Aging Services. **The American Journal of Geriatric Psychiatry.** 346–354.
- Rogers, C. R. (1959). **A theory of therapy, personality, and interpersonal
 relationships, as developed in the client-centered framework.**
 New York: McGraw-Hill.
- Roger, C. R. (1980). **Away of being.** Boston: Houghton Mifflin.
- Roose, S. P., and Sackeim, H. A. (2004). **Late-Life Depression.** USA: Oxford University
 press.
- Rosenberg, M. (1965). **Society and the adolescent self-image.** Princeton : University
 Press.
- Rosenberg, M. (1979). **Conceiving The Self.** New York: Basic Book.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry.**
 (7th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Sasse, C. R. (1978). Person to Person. **Peoria.** Illinois : Benefit Publishing.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of
 Social Support. **Journal of Behavior Medicine.** 4: 381-405.
- Seigley L. A. (1999). Self-esteem and health behavior: Theoretic and empirical links.
Nursing Outlook. 47, 74-77.
- Sheline, Y. I., Barch, D. M., Garcia, K., Gersing, K., Pieper, C., Welsh-Bohmer, K.,
 Steffens, D. C., and Doraiswamy, P. M. (2006). Cognitive Function in Late life
 Depression : Relationships to Depression Severity, Cerebrovascular Risk Factors
 and Processing Speed. **Biological Psychiatry.** 60(1): 58-65

- Sowislo, J. F., and Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. **Psychological Bulletin American Psychological Association**. 139(1): 213–240
- Steffens, D. C., Hays, J. C., and Krishnan, K. R. (2000). Disability in geriatric depression. [Electronic version]. **American Journal of Geriatric psychiatry**. 7: 34–40
- Stewart, D. E. and Yuen, T. (2011). A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. **Psychosomatics**. 52(3): 199-209.
- Stuart, G.W., and Sundeen, S. J. (1991). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Turner, S. (2001). Resilience and social work practice: Three case studies. **Journal of Contemporary Human Services**. 82: 441-448.
- Uncapher, H., Gallagher-Thompson, D., Osgood, N. J., and Bongar, B. (1998). Hopelessness and Suicidal Ideation in Older adults. **The Gerontological Society of America**. 38: 62-72.
- Varcarolis, E. M. (2002). **Foundations of psychiatric mental health nursing : a clinical approach**. W.B.Saunders.
- Wagnild, G. M.. and Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**. 165-178.
- Watson, D., Suls, J., and Haig, J. (2002). Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. **Journal of Personality and Social Psychology**. 83: 185–197
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Jessen, F., Maier, W., Fuchs, A., Pentzek, M., Kaduszkiewicz, H., Bachmann, C., Angermeyer, M. C., Lippa, M., Wiese, B., Mösch, E., and Bickel, H. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demanded primary care attenders ages 75 years and older. **Journal of Affective Disorder**. 111(2-3): 153-163.
- Wittgenstein, L. (2007). Lectures and Conversations on Aesthetics, **Psychology and Religious Belief**. USA: University of California Press.
- Wolin, A. J., and Wolin, S. (1993). **The resilience self : how survivors of trouble family Rise above Adversity**. New York: Villard Books.

- World Health Organization. (2002). **Gender and woman's mental health**. Geneva.
- Yang Yang. (2006). How Does Functional Disability Affect Depressive Symptoms in Late life? The Role of Perceived Social Support and Psychological Resources. **Journal of Health and Social Behavior**. 47: 355-372.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**. 12: 63-67.

WEBSITE

- กรมสุขภาพจิต. (2556). **สถิติผู้ป่วยทางสุขภาพจิตในประเทศไทย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp> [14 กันยายน 2556]
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2558). **โรคเฉียบพลัน (Acute disease) โรคเรื้อรัง (Chronic disease) โรคกึ่งเฉียบพลัน (Subacute disease) ภาวะฉุกเฉิน (Emergency)**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://haamor.com/> [20 พฤษภาคม 2558].
- พิชัย แสงชาญชัย. (2555). **สายด่วน 1413 ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา (Alcohol Help Line)**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.1413.in.th/content-view-12.htm> [29 มีนาคม 2557]
- มานิตย์ วัชรชัยนันท์. (2555). **Brain Reserve**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://vatchainan2.blogspot.com/2012/12/brain-reserve.html> [23 มีนาคม 2557]
- มทิตล, มหาวิทยาลัย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2557). **ข้อมูลประชากรในประเทศไทย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr.th/population.thai.html> [21 มีนาคม 2557]
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์. (2557). **โรคเรื้อรัง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.med.cu.ac.th> [20 มีนาคม 2557].
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2554). **โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://static.agingthai.org/files/content/4 regions. pdf>. [6 กรกฎาคม 2557].
- สารานุกรมเสรี. (2556). **เพศภาวะ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://th.wikipedia.org/wiki/เพศภาวะ>. [20 มีนาคม 2557].
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ. (2552). **ซึมเศร้าสัญญาณโรครายทางอารมณ์**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.thaihealth.or.th>. [20 พฤษภาคม 2557].

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2556). โครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินความ
เข้มแข็งทางใจในเด็ก และจัดทำฐานข้อมูลแนวทางการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็ง
ทางใจ. **เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **โรคเรื้อรัง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :

<http://service.nso.go.th/nso/knowledge/knowledge09/sanitation1.html>

[20 มีนาคม 2557].

CDC. (2015). **Depression is Not a Normal Part of Growing Older**. [Online] Available
from : <http://www.cdc.gov/aging/mentalhealth/depression.htm>
[2015, July 20].

Prigerson, H., Monk, T. H., Reynolds, C. F., Begley, A., Houck, P. R., Bierhals, A. J., and
Kupfer, D. J., (1996). Lifestyle regularity and activity level as protective factors
against bereavement-related depression in late-life.

Article first published online. [Online] Available from :

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/depr.3050030607/abstract>

[2014, January 22].

Vikram, P. (2005). **Gender in mental health research**. [Online] Available from :

<http://www.who.int/gender/documents/Mentalhealthlast2.pdf>

[2014, February 16].

Schwarzer, R., and Schulz, U. (2001). **The Role of Stressful Life Events**. [Online]

Available from : <http://userpage.fu-berlin.de/health/materials/lifeevents.pdf>

[2015, July 10].

William, L. B., Joel, F., and Cullen, H. (1992). **Social Support and Depression Among
Low Income Elderly**. [Online] Available from :

<http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?sid=8AV3DE2GOWH49>

H034PSG6LC4FUB1BSQ4&ID=7672 [2014, January 7].



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณโกลมชัย (จิตแพทย์)	นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี
2. อาจารย์ ดร.กนกกร ชาวเวียง	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
3. นายวีระชัย เตชะนิตติชัย	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา
4. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5. นางปัทมา ทวีเศษ	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

ที่ ศธ 0512.11/ 0๒๘๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณโกลมชัย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (จิตแพทย์ทั่วไป) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณโกลมชัย
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา โทร. 08-1946-4690

ที่ ศธ 0512.11/๐๖๕๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา พุทธเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. กนกอร ชาวเวียง อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชาญศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. กนกอร ชาวเวียง

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต นางสาวจริญญา พุทธเมตตา โทร. 08-1946-4690

ที่ ศธ 0512.11/0๖๖๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมจรินทร์ พุทธเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวีระชัย เตชะนริตติชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิตดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายวีระชัย เตชะนริตติชัย
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวมจรินทร์ พุทธเมตตา โทร. 08-1946-4690

ที่ ศธ 0512.11/06๖๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมจรินทร์ พุทธเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวมจรินทร์ พุทธเมตตา โทร. 08-1946-4690

ที่ ศธ 0512.11/ 0689



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมูจรินทร์ พุทเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางปัทมา ทวีเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ ฌนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางปัทมา ทวีเศษ

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต นางสาวมูจรินทร์ พุทเมตตา โทร. 08-1946-4690

ภาคผนวก ข
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลแก่งคอย 107 ม.8 ต.ตาลเดี่ยว อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110

(ที่บ้าน) 8 ถ.วรสวัสดิ์ ต.แก่งคอย อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-3624-4433 ต่อ 105 (ที่บ้าน) 0-3625-1573

(เคลื่อนที่) 08-1946-4690

E-mail mputtametta@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรทั้ง 2 ปัจจัยคือปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องต่างๆที่โน้มนำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 46 ราย โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 60 ราย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 49 ราย โรงพยาบาลนครนายก จำนวน 21 ราย รวมทั้งสิ้น 176 ราย

4.2 เกณฑ์การคัดเลือก คัดออก และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

4.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร อ่านหนังสือได้และยินดีเข้าร่วมการโครงการโดยความสมัครใจ และได้รับการประเมินตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยมีภาวะเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป หรือระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

4.2.2 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือถอนตัวออกจากงานวิจัย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร จะเป็นการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม 8 ชุด ใช้เวลาทั้งสิ้น 40 นาที ชุดที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2 เกี่ยวกับสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ชุดที่ 3 เกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ชุดที่ 4 เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ชุดที่ 5 เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ชุดที่ 6 เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ชุดที่ 7 เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ ชุดที่ 8 เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงที่อันตรายเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย แต่คำถามบางคำถามอาจทำให้ไม่พอใจและบางคำถามจะเป็นการให้ทำตามคำสั่ง การนำเสนอจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

6. การขอข้อมูลจากเวชระเบียนในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลนครนายก ก่อนทำการวิจัย

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้ คือ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการวางแผนหรือแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสืบไป

8. หากมีคำถามที่กระทบความรู้สึกของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธ ยุติการตอบคำถาม หรือสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆต่อท่าน

9. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์ 08-1946-4690

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน ข้อมูลจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

11. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมของที่ระลึก คือกล่องจดยา เพื่อตอบแทนแก่ผู้ที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยทุกราย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

หนังสือแสดงเจตนาและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

ทำที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง
ชื่อผู้วิจัย นางสาวมูจรินทร์ พุทธเมตตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ที่อยู่ติดต่อ บ้านเลขที่ 8 ถ.วรสวัสดิ์ ต.แก่งคอย อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110
โทรศัพท์ 08-1946-4690

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ จำนวน 32 ข้อ และส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 30 ข้อ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในด้านการดูแลรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

(นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พยาน

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมจฺรินทร์ พุทธเมตตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลแก่งคอย 107 ม.8 ต.ตาลเดี่ยว อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110

(ที่บ้าน) 8 ถ.วรสวัสดิ์ ต.แก่งคอย อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110

โทรศัพท์

(ที่ทำงาน) 0-3624-4433 ต่อ 105 (ที่บ้าน) 0-3625-1573

(เคลื่อนที่) 08-1946-4690

E-mail

mputtametta@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การตีความแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การตีความแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 60 ราย

4.2 เกณฑ์การคัดเข้า คัดออก และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

4.2.1 เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร อ่านหนังสือได้และยินดีเข้าร่วมการโครงการด้วยความสมัครใจ และได้รับการประเมินตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยมีภาวะเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป หรือระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

4.2.2 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือถอนตัวออกจากงานวิจัย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 8 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002) ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และไม่ทำลายเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. การให้ข้อมูลและขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย กระทำโดยผู้วิจัยหลัก

7. การขอข้อมูลจากเวชระเบียนในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลสระบุรี ก่อนทำการวิจัย

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้ คือ

8.1 ได้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

8.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการวางแผนหรือแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสืบไป

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 08-1946-4690 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยเร็ว

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย แต่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมของที่ระลึกเพื่อตอบแทนแก่ผู้ที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยทุกราย

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 5 โทร 036-316555 โทรสาร 036-211624



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ
..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง

ชื่อผู้วิจัย นส.มูจรินทร์ พุทธเมตตา

สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลสระบุรี

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลา
ราชการ โรงพยาบาลแก่งคอย เลขที่ 107 หมู่ 8 ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
18110 หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 0-3624-4433 ต่อ 105 เคลื่อนที่ 08-1946-4690

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี 6 เดือน

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษา
ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การ
ดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางจิตใจ
การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ได้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร
และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการ
วางแผนหรือแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสืบไป

ข้าพเจ้าได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะมีผู้เข้าร่วม
การวิจัยนี้ทั้งสิ้น 60 ราย

หากข้าพเจ้าตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ เลือกรูปแบบสอบถามการวิจัยทั้งหมด 8 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ จำนวน 32 ข้อ ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) จำนวน 30 ข้อ โดยไม่จำกัดเวลาในการทำแบบสอบถาม ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ ผู้วิจัยหลัก

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การตอบแบบสอบถามอาจต้องเสียเวลาประมาณ 30 นาที

หากข้าพเจ้าไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของข้าพเจ้าตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์และพยาบาลจิตเวช

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ นางสาวมูจรินทร์ พุทธิเมตตา สถานที่ทำงาน/ติดต่อ โรงพยาบาลแก่งคอย เลขที่ 107 หมู่ 8 ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี 18110 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 0-3624-4433 ต่อ 105 เคลื่อนที่ 08-1946-4690

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ได้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการวางแผนหรือแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสืบไป

ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบเอง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ข้าพเจ้าสามารถแจ้งให้ประธานกรรมการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 5 โทร 036-316555 โทรสาร 036-211624

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธิเมตตา)

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง

ชื่อผู้วิจัย นางสาว มุจรินทร์ พุทธเมตตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลแก่งคอย 107 ม.8 ต.ตาลเดี่ยว อ.แก่งคอย จ.สระบุรี
18110

(ที่บ้าน) 8 ถ.วรสวัสดิ์ ต.แก่งคอย อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-3624-433 ต่อ 105 (ที่บ้าน) 0-3625-1573

(เคลื่อนที่) 08-1946-4690

E-mail mputtametta@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรทั้ง 2 ปัจจัยคือปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องต่างๆที่โน้มนำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 46 ราย

4.2 เกณฑ์การคัดเลือก คัดออก และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

4.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร อ่านหนังสือได้และยินดีเข้าร่วมการโครงการโดยความสมัครใจ และได้รับการประเมินตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยมีภาวะเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป หรือระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

4.2.2 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือถอนตัวออกจากงานวิจัย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร จะเป็นการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 8 ส่วน ใช้เวลาทั้งสิ้น 40 นาที ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนที่ 4 เกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนที่ 5 เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ส่วนที่ 6 เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 7 เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ ส่วนที่ 8 เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงที่อันตรายเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย แต่คำถามบางคำถามอาจทำให้ไม่พอใจและบางคำถามจะเป็นการให้ทำตามคำสั่ง การนำเสนอจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

6. การขอข้อมูลจากเวชระเบียนในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ก่อนทำการวิจัย

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้ คือ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการวางแผนหรือแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสืบไป

8. หากมีคำถามที่กระทบความรู้สึกของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธ ยุติการตอบคำถาม หรือสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆต่อท่าน

9. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 08-1946-4690

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน ข้อมูลจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

11. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมของที่ระลึก คือกล่องจดยา เพื่อตอบแทนแก่ผู้ที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยทุกราย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

ทำที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง
ชื่อผู้วิจัย นางสาวมูจรินทร์ พุทธเมตตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ที่อยู่ติดต่อ บ้านเลขที่ 8 ถ.วรสวัสดิ์ ต.แก่งคอย อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110
โทรศัพท์ 08-1946-4690

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมิน
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง
จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินการ
สนับสนุนทางสังคม จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ จำนวน
32 ข้อ และส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 30 ข้อ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในด้านการดูแลรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

(นางสาวมัจฉรินทร์ พุทเมตตา)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พยาน

คำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก

เรียน ผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวมัจฉรินทร์ พุทเมตตา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยลักษณะการให้ข้อมูลคือตอบแบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ จำนวน 32 ข้อ และส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย จำนวน 30 ข้อ

ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการเตรียมและประเมินความพร้อมก่อนการสอบถามพูดคุยตามแบบสอบถาม และข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ในภาพรวม และนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 08-1946-4690 ดิฉันยินดีจะตอบคำถามให้ท่านเข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างเสรี และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ตาม ท่านยังคงได้รับการดูแลจากการเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ดิฉันขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

มูจรินทร์ พุทธเมตตา

ผู้วิจัยหลัก



สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดการวิจัยดังกล่าว จากการอธิบายของผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้า ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

*** ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลแก่งคอย 107 ม.8 ต.ตาลเดี่ยว อ.แก่งคอย จ.สระบุรี
18110

(ที่บ้าน) 8 ถ.วรสวัสดิ์ ต.แก่งคอย อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-3624-433 ต่อ 105 (ที่บ้าน) 0-3625-1573

(เคลื่อนที่) 08-1946-4690

E-mail mputtametta@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรทั้ง 2 ปัจจัยคือปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องต่างๆ ที่โน้มนำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 49 ราย

4.2 เกณฑ์การคัดเลือก คัดออก และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

4.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร อ่านหนังสือได้และยินดีเข้าร่วมการโครงการโดยความสมัครใจ และได้รับการประเมินตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยมีภาวะเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป หรือระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

4.2.2 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือถอนตัวออกจากงานวิจัย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร จะเป็นการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 8 ส่วน ใช้เวลาทั้งสิ้น 40 นาที ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนที่ 4 เกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนที่ 5 เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ส่วนที่ 6 เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 7 เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ และส่วนที่ 8 เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงที่อันตรายเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย แต่คำถามบางคำถามอาจทำให้ไม่พอใจและบางคำถามจะเป็นการให้ทำตามคำสั่ง การนำเสนอจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

6. การขอข้อมูลจากเวชระเบียนในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ก่อนทำการวิจัย

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้ คือ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการวางแผนหรือแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสืบไป

8. หากมีคำถามที่กระทบความรู้สึกของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธ ยุติการตอบคำถาม หรือสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆต่อท่าน

9. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 08-1946-4690

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน ข้อมูลจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

11. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมของที่ระลึก คือกล่องจดยา เพื่อตอบแทนแก่ผู้ที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยทุกราย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

ทำที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง
ชื่อผู้วิจัย นางสาวมูจรินทร์ พุทธเมตตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ที่อยู่ติดต่อ บ้านเลขที่ 8 ถ.วรสวัสดิ์ ต.แก่งคอย อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 18110
โทรศัพท์ 08-1946-4690

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมิน
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินการ
สนับสนุนทางสังคม จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ จำนวน
32 ข้อ และส่วนที่ 8 แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 30 ข้อ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในด้านการดูแลรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

(นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พยาน



ภาคผนวก ค.
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถาม เลขที่..... วันที่.....
--

แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบสอบถามนี้ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นภาษาไทย	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 24 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่	จำนวน 32 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)	จำนวน 30 ข้อ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่าน ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริงของท่าน ขอขอบพระคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา
 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
--

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อความ

หรือเขียนตอบตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

การลงรหัส สำหรับผู้วิจัย

- | | | | | |
|---|-----------------------|--------------------------------|--------------------------|----|
| 1. เพศ | () 1. ชาย | () 2. หญิง | <input type="checkbox"/> | A1 |
| 2. อายุ |ปี | | <input type="checkbox"/> | A2 |
| 3. สถานภาพ | | | <input type="checkbox"/> | A3 |
| | () 1. โสด | () 2. สมรส | | |
| | () 3. หม้าย | () 4. หย่า/แยก | | |
| 4. ศาสนา | | | <input type="checkbox"/> | A4 |
| | () 1. พุทธ | () 2. คริสต์ | | |
| | () 3. อิสลาม | () 4. อื่นๆ ระบุ..... | | |
| 5. ระดับการศึกษา | | | <input type="checkbox"/> | A5 |
| | () 1. ไม่ได้เรียน | () 2. ประถมศึกษา | | |
| | () 3. มัธยมศึกษา | () 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา | | |
| | () 5. ปริญญาตรี | () 6. สูงกว่าปริญญาตรี | | |
| 6. ท่านมีความเชื่อทางศาสนาของท่าน | | | <input type="checkbox"/> | A6 |
| | () 1. ไม่เชื่อ | () 2. เชื่อน้อย | | |
| | () 3. เชื่อปานกลาง | () 4. เชื่อมาก | | |
| | () 5. เชื่อมากที่สุด | | | |
| 7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (โรคประจำตัว หมายถึง โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ในอดีตถึงปัจจุบัน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น) | | | <input type="checkbox"/> | A7 |
| | () 1. ไม่มี | () 2. มี (ระบุ)..... | | |
| 8. ในปัจจุบันท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) | | | <input type="checkbox"/> | A8 |
| | () 1. ดื่ม | () 2. ไม่ดื่ม | | |

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย
Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE – Thai 2002)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

- | | | |
|------------------------|-------|--------------------------|
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 วันนี้วันอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร | | <input type="checkbox"/> |

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- | | | |
|---|-------|--------------------------|
| 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร | | <input type="checkbox"/> |

2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- | | | |
|---|-------|--------------------------|
| 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.3 ที่นี้อำเภอเขต / อะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร | | <input type="checkbox"/> |

.....

.....

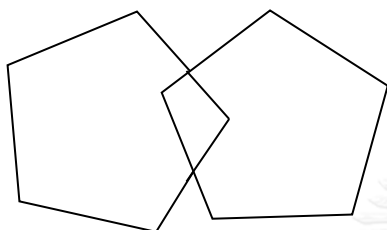
.....

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ “คุณ (ตา , ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”
(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนเต็ม 30

MMSE-THAI 2002

ระดับ การศึกษา	คะแนน		Sensiti vity	Specifi city	Positiv e Predict ive value	Negativ e Predict ive value	Efficie ncy
	จุดตัด	เต็ม					
ไม่ได้เรียน หนังสือ(อ่าน หนังสือไม่ออก)	≤ 14	23	35.4	76.8	64.5	50.0	54.3
จบ ประถมศึกษา	≤ 17	30	56.6	93.8	88.9	71.0	76.3
สูงกว่า ประถมศึกษา	≤ 22	30	92.0	92.6	91.2	93.3	92.4

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความซึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาว่าได้ประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ดังต่อไปนี้บ้างหรือไม่

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่แสดงถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่าน และ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านนั้นส่งผลดีหรือว่าผลเสียต่อตัวท่าน

(ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อที่	เกิด/ ไม่เกิด เหตุการณ์	ข้อความ	เกิด ผลดี กับท่าน	เกิด ผลเสีย กับท่าน	การลง รหัส สำหรับ ผู้วิจัย
1		การเสียชีวิตของคู่สมรส			C1
2		การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล			C2
.....				
.....				
8		สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง อย่างมาก			C8
9		ทำกิจกรรมที่ท่านชอบลดลงอย่างเห็น ได้ชัด			C9
.....	
.....	
14		อาการเจ็บปวดจากโรคข้ออักเสบ			C14
15		รู้สึกทำอะไรได้ช้าลงกว่าเดิม			C15
.....	
24		การมีปากเสียวกับลูกหลาน			C24
25		การมีปากเสียวกับคู่สมรส			C25

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเอง ไม่มีคำตอบใดถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดตอบด้วยความสบายใจตามความรู้สึกจริงของท่าน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	การ ลงรหัส สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น					D1
2	ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ					D2
.....
5	ท่านมีความภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน					D5
.....
9	ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์					D9

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ระบุไว้ว่าตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หากสถานการณ์ดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานี้ให้ท่านประเมินตามความรู้สึกของท่านว่าน่าจะรู้สึกอย่างไร ซึ่งประกอบด้วย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เคยมีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น แต่ไม่มีความรู้สึกหรือ
ไม่เห็นด้วยกับสถานการณ์นั้นๆ อย่างยิ่ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง เคยมีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น แต่มีความรู้สึกหรือ
เห็นด้วยกับสถานการณ์นั้นๆ น้อย

เห็นด้วยบางครั้ง หมายถึง เคยมีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น และมีความรู้สึกหรือ
เห็นด้วยกับสถานการณ์นั้นๆ บางครั้ง

เห็นด้วยบ่อยครั้ง หมายถึง เคยมีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น และมีความรู้สึกหรือ
เห็นด้วยกับสถานการณ์นั้นๆ บ่อยครั้ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เคยมีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น และมีความรู้สึกหรือ
เห็นด้วยกับสถานการณ์นั้นๆ อย่างยิ่ง

ข้อ ที่	สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย บ่อย ครั้ง	เห็น ด้วย บางคร ั้ง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	การ ลงรหัส สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านสามารถปรับตัวได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้น						E1
.....
24	ท่านทำตามเป้าหมายได้ไม่ ว่าจะมีอุปสรรคมาขวางกั้น						E24
25	ท่านมีความภาคภูมิใจใน ความสำเร็จของท่าน						E25

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการที่ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ทั้งบุคคลในครอบครัวและบุคคลทางสังคม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความจริงที่ท่านได้รับเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลในสังคมบ่อยหรือเป็นประจำ

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลในสังคมบางครั้ง

น้อย หมายถึง ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลในสังคมนานๆ ครั้ง หรือไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย

ข้อที่	ข้อความ	การลงรหัสสำหรับผู้วิจัย		
		ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติน้อย
1	เมื่อท่านเจ็บป่วย คู่สมรส/บุตรหลานคอยเฝ้าดูแลการป่วยอย่างสม่ำเสมอ			F1
2	คู่สมรส/บุตรหลาน เป็นเพื่อนพาท่านไปโรงพยาบาล/รพ.สต. ตามการนัดของแพทย์			F2
.....
10	บุตรหลานให้ความเคารพนับถือท่าน			F10
11	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. มาเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามความเป็นอยู่ของท่าน			F11
.....
23	คู่สมรส/บุตรหลาน จัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกายให้กับท่าน			F23
24	บุตร/หลาน จัดหาสิ่งที่ทำให้ท่านเพลิดเพลินและผ่อนคลาย เช่น วิทยุ หนังสือ			F24

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความสามารถของท่าน โดยข้อความข้างล่างนี้เป็นสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของท่าน ซึ่งสถานการณ์ต่างๆเหล่านี้ท่านสามารถทำได้ด้วยตนเองโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือหรือเครื่องมือช่วยเหลือ

ข้อ ที่	ข้อความ	ทำได้ ดีมาก	ทำได้ ดี	ทำได้ ปาน กลาง	ทำได้ เล็กน้อย	ทำ ไม่ได้ เลย	การลง รหัส สำหรับ ผู้วิจัย	
1	หมุนเปิดฝาขวดที่เคยเปิดไม่ ออก โดยไม่ใช้อุปกรณ์ใดๆ							G1
2	ขึ้นและลงบันได 5-10 ชั้น ภายในอาคาร ที่พักอาศัยโดย จับราวบันได							G2
.....
.....
17	เทน้ำจากเหยือกน้ำขนาดใหญ่							G17
18	ขึ้นและลงจากรถยนต์หรือรถ แท็กซี่							G18
.....
22	ใช้เก้าอี้เตี้ยเพื่อช่วยหยิบของ ในตู้ที่อยู่สูง							G22
23	จัดเตียงนอนของตนรวมถึง ปู ที่นอน เก็บที่นอน พับผ้าห่ม							G23
.....
31	ก้าวขึ้นและลงจากรถเมล์							G31
32	เดินนอกบ้าน บนพื้นที่ลื่น							G32

ส่วนที่ 8 แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย
(Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีของผู้สูงอายุ ถ้าสามารถอ่านออกและเขียนได้ สามารถทำแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	การลงรหัส สำหรับผู้วิจัย
1	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			H1
2	ท่านไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			H2
.....
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			H15
16	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			H16
.....
29	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			H29
30	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			H30
รวม				
หมายเหตุ				
1. การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน				
2. การแปลผล * ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 – 12 คะแนน				
* ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 – 18 คะแนน				
* ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 – 24 คะแนน				
* ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 – 30 คะแนน				

ภาคผนวก ง.
เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัย
และเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โรงพยาบาลแก่งคอย

เลขรับ ๑๗๓๔๓๐

วันที่ 14 ต.ค. 2557

เวลา 1๕.51 น.



ที่ ศธ 0512.11/127๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา พุทธเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจริญญา พุทธเมตตา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย

 เพื่อโปรดทราบ เพื่อโปรดพิจารณา เห็นควรแจ้ง.....

.....

.....

๑๔ ต.ค. ๒๕๕๗

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

นางสาวจริญญา พุทธเมตตา โทร. 08-1946-4690

ขอแสดงความนับถือ

สมิต มณีวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(นายประสิทธิ์ชัย มังจิตร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย

ที่ ศธ 0512.11/๒๗๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมัจรินทร์ พุทเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 66 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมัจรินทร์ พุทเมตตา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชวานิช)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวมัจรินทร์ พุทเมตตา โทร. 08-1946-4690



ที่ ศธ 0512.11/127๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมัจฉรินทร์ พุทเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้จัดส่งประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมัจฉรินทร์ พุทเมตตา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวมัจฉรินทร์ พุทเมตตา โทร. 08-1946-4690

ที่ ศธ 0512.11/1272



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา พุทเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 23 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจริญญา พุทเมตตา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวจริญญา พุทเมตตา โทร. 08-1946-4690

ที่ ศธ 0512.11/1272



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา พุทเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 53 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจริญญา พุทเมตตา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวจริญญา พุทเมตตา โทร. 08-1946-4690



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 167/2557

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 136.1/57 : ปัจจัยคัดสรรที่สำคัญกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง
 ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจรินทร์ พุทธิเมตตา
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประดิษฐ์)

ประธาน

ลงนาม.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 28 พฤศจิกายน 2557

วันหมดอายุ : 27 พฤศจิกายน 2558

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 136.1/57

วันที่รับรอง..... 28 พ.ย. 2557

วันหมดอายุ..... 27 พ.ย. 2558

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ คือรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

18 ถนนเทศบาล 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



โทรศัพท์ 036-316555

โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

หมายเลข 02๗2014

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง

รหัสโครงการ : EC042/02/2014

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวจริญญา พุทธิเมตตา

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสระบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 26 กันยายน 2557

วันหมดอายุ : 26 กันยายน 2558

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทาง
หลังจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The
International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วัชรโรจน)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

29 ก.ย. 2557

วันที่

ลงนาม
(นายแพทย์สุวิเศษ ตาบ-องครักษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

29 ก.ย. 2557

วันที่



คณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

หนังสือรับรองเลขที่ ๐๑๒/๒๕๕๗

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวมูจรินทร์ พุทธิเมตตา
 นิสิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เอกสารที่พิจารณา โครงร่างวิจัย

วันที่พิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว
 คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัย ข้างต้นภายในโรงพยาบาล
 พระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(นายสุรชัย โชคครชิตไชย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)
 รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

(นางกิตติยา ประสานวงศ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

อนุมัติ ณ วันที่ 24 ต.ค. 2557

รหัสโครงการที่ ๑/๒๕๕๘



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก

๑. ชื่อโครงการวิจัย : (ภาษาไทย) ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง

(ภาษาอังกฤษ) Selected Factors related to Depression of the Older Persons with Depressive Disorder in the Central Region.

๒. ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางสาวมูจินทร์ พุทธิเมตตา

๓. หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๔. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย:

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณารายละเอียดโครงร่างการวิจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นเกี่ยวกับ

- ๑) การเคารพศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- ๒) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็สิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีมติเห็นชอบดังนี้

() รับรองโครงการวิจัย () ไม่รับรองโครงการวิจัย

๕. วันที่ให้การรับรอง ๒๕ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ถึงวันที่ ๒๕ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ลงนาม

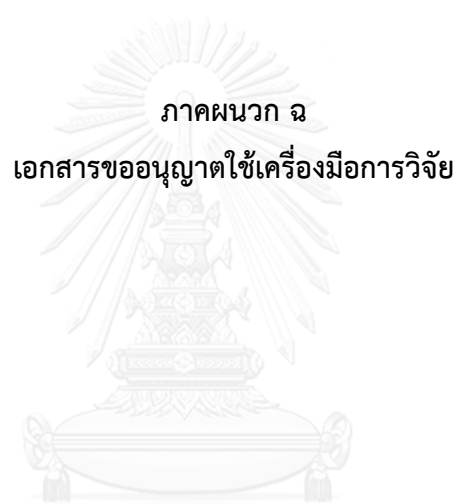
(นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก

ลงนาม

(นายอนันต์ กมลเนตร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก



ภาคผนวก ฉ

เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 0512.11/๐๘๔๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18/กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วย นางสาวมัจรินทร์ พุทธเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากรายงานการวิจัย เรื่อง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของ กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง นายแพทย์ นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะฯ (2537)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวมัจรินทร์ พุทธเมตตา โทร. 08-1946-4690

ที่ ศธ 0512.11/๐๘๔๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วย นางสาวมัจรินทร์ พุทธเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย จากรายงานการวิจัย เรื่อง แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ของ คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (2542)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวมัจรินทร์ พุทธเมตตา โทร. 08-1946-4690

ที่ ศธ 0512.11/ 0๘13



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวรุจิรงค์ แอกทอง

เนื่องด้วย นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การปรับตัวของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ของ นางสาวรุจิรงค์ แอกทอง สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร (2549) โดยมี อาจารย์ ดร. กานดา พุฒม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา โทร. 02-218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวมัจฉรินทร์ พุทธเมตตา โทร. 08-1946-4690



สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
Sig	หมายถึง	ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติทดสอบ (Significance)
rpb	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล
r	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญ



ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 8 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002)

Reliability Statistic

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.811	30
กลุ่มตัวอย่างจริง (192)	.840	30

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

Reliability Statistic

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.818	25
กลุ่มตัวอย่างจริง (192)	.821	25

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Reliability Statistic

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.844	10
กลุ่มตัวอย่างจริง (192)	.873	10

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

Reliability Statistic

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.962	25
กลุ่มตัวอย่างจริง (192)	.966	25

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistic

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.876	24
กลุ่มตัวอย่างจริง (192)	.893	24

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

Reliability Statistic

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.921	32
กลุ่มตัวอย่างจริง (192)	.934	32

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)

Reliability Statistic

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.838	30
กลุ่มตัวอย่างจริง (192)	.872	30

แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002)

(หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item –Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B1.1	24.03	14.516	.657	.789
B1.2	23.93	15.306	.529	.797
B1.3	24.00	14.345	.761	.784
B1.4	24.03	14.723	.590	.792
B1.5	23.93	16.409	.117	.813
B2.1	23.80	16.855	.000	.812
B2.2	23.87	15.637	.575	.798
B2.3	23.90	15.679	.448	.801
B2.4	23.83	16.213	.414	.805
B2.5	23.90	15.748	.419	.802
B3.1	23.87	16.947	-.075	.817
B3.2	23.83	17.109	-.190	.817
B3.3	23.80	16.855	.000	.812
B4.1	23.90	15.334	.597	.796
B4.2	24.00	14.138	.834	.781
B4.3	24.07	14.202	.723	.784
B4.4	24.27	14.547	.530	.794
B4.5	24.30	14.631	.505	.796

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B5.1	24.20	15.269	.344	.805
B5.2	24.30	15.872	.179	.815
B5.3	24.20	16.717	-.027	.825
B6.1	23.80	16.855	.000	.812
B6.2	23.80	16.855	.000	.812
B7	24.07	16.754	-.027	.823
B8.1	23.80	16.855	.000	.812
B8.2	23.80	16.855	.000	.812
B8.3	23.80	16.855	.000	.812
B9	23.97	16.516	.063	.816
B10	24.00	16.414	.084	.816
B11	24.20	14.579	.533	.794

Reliability Statistic (แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น)

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.811	30

แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
(หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item -Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1	7.00	14.483	.500	.809
C2	6.80	13.476	.556	.802
C3	6.90	13.541	.655	.798
C4	6.70	14.217	.285	.817
C5	6.97	13.620	.799	.796
C6	7.07	15.513	.000	.820
C7	6.43	14.530	.199	.822
C8	6.60	13.903	.357	.813
C9	6.40	14.317	.266	.818
C10	6.43	15.771	-.128	.839
C11	7.00	15.310	.069	.821
C12	6.93	13.237	.857	.791
C13	7.00	14.897	.282	.815
C14	6.20	14.855	.202	.818
C15	6.13	15.154	.149	.819
C16	6.70	13.390	.525	.803
C17	7.00	15.103	.175	.818
C18	7.03	14.723	.540	.810
C19	6.90	14.024	.474	.807

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1	7.00	14.483	.500	.809
C2	6.80	13.476	.556	.802
C3	6.90	13.541	.655	.798
C4	6.70	14.217	.285	.817
C5	6.97	13.620	.799	.796
C6	7.07	15.513	.000	.820
C7	6.43	14.530	.199	.822
C8	6.60	13.903	.357	.813
C9	6.40	14.317	.266	.818
C10	6.43	15.771	-.128	.839
C11	7.00	15.310	.069	.821
C12	6.93	13.237	.857	.791
C13	7.00	14.897	.282	.815
C14	6.20	14.855	.202	.818
C15	6.13	15.154	.149	.819
C16	6.70	13.390	.525	.803
C17	7.00	15.103	.175	.818
C18	7.03	14.723	.540	.810
C19	6.90	14.024	.474	.807
C20	6.93	13.237	.857	.791

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C21	7.07	15.513	.000	.820
C22	6.93	13.237	.857	.791
C23	7.07	15.513	.000	.820
C24	6.60	13.903	.357	.813
C25	6.80	14.648	.192	.821

Reliability Statistic (แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต)

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.818	25

แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
(หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item -Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
D1	21.30	7.252	.810	.799
D2	21.37	9.137	.167	.882
D3	21.53	8.602	.636	.823
D4	20.97	9.620	.240	.853
D5	21.53	8.740	.577	.828
D6	21.33	7.747	.852	.800
D7	21.33	7.816	.824	.802
D8	21.33	7.816	.824	.802
D9	21.53	8.809	.547	.830
D10	21.67	10.092	.107	.857

Reliability Statistic (แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง)

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.844	10

แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ
(หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item -Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E1	77.20	260.786	.574	.962
E2	77.70	259.803	.375	.965
E3	77.63	258.171	.330	.967
E4	77.50	259.293	.695	.961
E5	77.40	255.490	.733	.961
E6	78.00	266.621	.330	.964
E7	77.30	255.941	.782	.960
E8	77.37	251.413	.884	.959
E9	77.27	255.789	.740	.961
E10	77.00	259.724	.746	.961
E11	77.27	252.961	.853	.960
E12	77.17	254.971	.816	.960
E13	77.33	249.747	.824	.960
E14	77.17	255.109	.810	.960
E15	77.33	253.402	.801	.960
E16	77.40	251.766	.929	.959
E17	77.33	252.092	.851	.960
E18	77.37	260.447	.699	.961
E19	77.43	250.461	.895	.959

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E1	77.20	260.786	.574	.962
E2	77.70	259.803	.375	.965
E3	77.63	258.171	.330	.967
E4	77.50	259.293	.695	.961
E5	77.40	255.490	.733	.961
E6	78.00	266.621	.330	.964
E7	77.30	255.941	.782	.960
E8	77.37	251.413	.884	.959
E9	77.27	255.789	.740	.961
E10	77.00	259.724	.746	.961
E11	77.27	252.961	.853	.960
E12	77.17	254.971	.816	.960
E13	77.33	249.747	.824	.960
E14	77.17	255.109	.810	.960
E15	77.33	253.402	.801	.960
E16	77.40	251.766	.929	.959
E17	77.33	252.092	.851	.960
E18	77.37	260.447	.699	.961
E19	77.43	250.461	.895	.959
E20	77.77	249.426	.763	.960

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E21	77.67	246.092	.854	.959
E22	77.60	248.731	.864	.959
E23	78.50	256.948	.472	.964
E24	77.70	246.286	.862	.959
E25	77.40	253.007	.723	.961

Reliability Statistic (แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ)

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.962	25

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
(หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item -Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F1	43.80	64.372	.426	.872
F2	43.90	63.472	.396	.873
F3	44.70	62.838	.314	.876
F4	45.23	69.013	-.193	.884
F5	44.73	62.409	.364	.874
F6	44.20	61.269	.597	.867
F7	44.03	63.275	.526	.870
F8	44.07	63.237	.466	.871
F9	44.17	60.764	.587	.867
F10	43.93	62.685	.530	.869
F11	45.00	61.517	.541	.869
F12	44.90	62.576	.408	.872
F13	44.90	62.576	.408	.872
F14	44.93	62.616	.372	.874
F15	45.03	61.206	.573	.868
F16	45.03	61.482	.546	.868
F17	44.30	60.700	.590	.867
F18	44.20	60.855	.544	.868
F19	44.77	60.875	.481	.870

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F1	43.80	64.372	.426	.872
F2	43.90	63.472	.396	.873
F3	44.70	62.838	.314	.876
F4	45.23	69.013	-.193	.884
F5	44.73	62.409	.364	.874
F6	44.20	61.269	.597	.867
F7	44.03	63.275	.526	.870
F8	44.07	63.237	.466	.871
F9	44.17	60.764	.587	.867
F10	43.93	62.685	.530	.869
F11	45.00	61.517	.541	.869
F12	44.90	62.576	.408	.872
F13	44.90	62.576	.408	.872
F14	44.93	62.616	.372	.874
F15	45.03	61.206	.573	.868
F16	45.03	61.482	.546	.868
F17	44.30	60.700	.590	.867
F18	44.20	60.855	.544	.868
F19	44.77	60.875	.481	.870
F20	44.30	60.631	.648	.866

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F21	44.30	62.286	.409	.873
F22	45.07	61.720	.525	.869
F23	45.20	65.062	.281	.875
F24	44.80	64.510	.347	.874

Reliability Statistic (แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม)

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.876	24

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่
(หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item -Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
G1	101.20	169.131	.574	.918
G2	100.97	165.895	.830	.915
G3	100.57	174.806	.378	.920
G4	102.10	183.197	-.160	.931
G5	101.13	163.154	.680	.916
G6	100.87	169.637	.560	.918
G7	101.57	167.495	.561	.918
G8	102.07	164.064	.561	.918
G9	102.20	163.407	.618	.917
G10	101.17	161.109	.713	.915
G11	101.10	166.300	.676	.916
G12	100.47	176.878	.236	.921
G13	101.03	164.378	.691	.916
G14	100.63	173.275	.349	.920
G15	101.17	174.489	.286	.921
G16	100.77	176.047	.220	.921
G17	101.03	169.068	.684	.917
G18	101.13	158.602	.787	.914
G19	102.27	173.651	.354	.920

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
G1	101.20	169.131	.574	.918
G2	100.97	165.895	.830	.915
G3	100.57	174.806	.378	.920
G4	102.10	183.197	-.160	.931
G5	101.13	163.154	.680	.916
G6	100.87	169.637	.560	.918
G7	101.57	167.495	.561	.918
G8	102.07	164.064	.561	.918
G9	102.20	163.407	.618	.917
G10	101.17	161.109	.713	.915
G11	101.10	166.300	.676	.916
G12	100.47	176.878	.236	.921
G13	101.03	164.378	.691	.916
G14	100.63	173.275	.349	.920
G15	101.17	174.489	.286	.921
G16	100.77	176.047	.220	.921
G17	101.03	169.068	.684	.917
G18	101.13	158.602	.787	.914
G19	102.27	173.651	.354	.920
G20	101.30	167.803	.517	.918

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
G21	101.07	164.616	.678	.916
G22	101.70	169.459	.418	.920
G23	100.60	175.834	.206	.922
G24	102.03	168.654	.337	.922
G25	101.30	170.217	.426	.919
G26	100.93	164.202	.754	.915
G27	100.67	176.437	.277	.921
G28	100.73	170.685	.551	.918
G29	102.03	166.447	.625	.917
G30	102.37	173.275	.334	.920
G31	101.30	156.079	.827	.913
G32	102.10	168.024	.581	.917

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Reliability Statistic (แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่)

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.921	32

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)
(หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item -Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
H1	16.10	32.852	.259	.836
H2	15.93	31.099	.586	.825
H3	15.87	31.361	.561	.826
H4	15.63	31.757	.800	.824
H5	16.20	33.614	.136	.840
H6	15.77	31.633	.575	.826
H7	16.20	34.579	-.037	.845
H8	16.07	31.926	.422	.830
H9	16.17	33.247	.197	.838
H10	15.90	31.128	.591	.825
H11	16.10	32.300	.358	.833
H12	15.63	34.654	-.040	.842
H13	15.93	30.823	.638	.823
H14	15.70	33.390	.244	.836
H15	16.43	35.426	-.253	.846
H16	15.83	30.971	.658	.823
H17	15.90	30.990	.618	.824
H18	16.00	30.966	.598	.824
H19	16.20	33.614	.136	.840

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
H1	16.10	32.852	.259	.836
H2	15.93	31.099	.586	.825
H3	15.87	31.361	.561	.826
H4	15.63	31.757	.800	.824
H5	16.20	33.614	.136	.840
H6	15.77	31.633	.575	.826
H7	16.20	34.579	-.037	.845
H8	16.07	31.926	.422	.830
H9	16.17	33.247	.197	.838
H10	15.90	31.128	.591	.825
H11	16.10	32.300	.358	.833
H12	15.63	34.654	-.040	.842
H13	15.93	30.823	.638	.823
H14	15.70	33.390	.244	.836
H15	16.43	35.426	-.253	.846
H16	15.83	30.971	.658	.823
H17	15.90	30.990	.618	.824
H18	16.00	30.966	.598	.824
H19	16.20	33.614	.136	.840
H20	16.00	32.966	.237	.837

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
H21	15.93	33.306	.182	.839
H22	15.90	30.852	.645	.823
H23	15.83	32.351	.384	.832
H24	15.90	33.610	.132	.840
H25	15.87	31.085	.615	.824
H26	15.93	31.099	.586	.825
H27	16.33	33.816	.131	.839
H28	15.97	32.171	.381	.832
H29	16.17	35.040	-.117	.848
H30	16.07	32.823	.262	.836

Reliability Statistic (แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ)

	Cronbach's Alpha	N of Items
TRY-OUT (30)	.838	30

สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)

Correlations

		ความเศร้า ในผู้สูงอายุ	เพศ	โรค ประจำตัว	การดื่ม แอลกอฮอล์
ความเศร้า ใน ผู้สูงอายุ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 176			
เพศ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.242** .001 176	1 176		
โรคประจำตัว	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.035 .643 176	.066 .386 176	1 176	
การดื่ม แอลกอฮอล์	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.238** .001 176	.281** .000 176	.000 .995 176	1 176

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation)

Correlations

		ความเศร้า ใน ผู้สูงอายุ	ความ สามารถ ในการรู้จัก	เหตุการณ์ ความเครียด ในชีวิต	ความรู้สึก มีคุณค่า ในตนเอง	ความ เข้มแข็ง ทางใจ
ความเศร้า ใน ผู้สูงอายุ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 176				
ความ สามารถ ในการรู้จัก	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.181* .016 176	1 176			
เหตุการณ์ ความเครียด ในชีวิต	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.435** .000 176	-.144 .057 176	1 176		
ความรู้สึก มีคุณค่า ในตนเอง	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.318** .000 176	.013 .864 176	-.036 .632 176	1 176	
ความ เข้มแข็ง ทางใจ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.320** .000 176	.232** .002 176	-.023 .762 176	.342** .000 176	1 176

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation)

Correlations

		ความเศร้า ในผู้สูงอายุ	การ สนับสนุน ทางสังคม	ความ สามารถ ในการ ทำหน้าที่	ความเชื่อ ทาง ศาสนา
ความเศร้า ใน ผู้สูงอายุ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 176			
การ สนับสนุน ทางสังคม	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.331** .000 176	1 176		
ความสามารถ ในการ ทำหน้าที่	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.362** .000 176	.172* .023 176	1 176	
ความเชื่อ ทาง ศาสนา	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.179* .018 176	.065 .390 176	.076 .315 176	1 176

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว มุจรีนทร์ พุทธเมตตา เกิดวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2521 ที่จังหวัดสระบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ในปีการศึกษา 2543 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ แผนกผู้ป่วยในหญิงและห้องคลอด โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) เลขที่ 107 หมู่ 8 ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี 18110. (ที่บ้าน) เลขที่ 8 ถนนวรสวัสดิ์ ตำบลแก่งคอย อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี 18110. E-mail : mputtametta@hotmail.com

