

ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการ
สาธารณสุข 48 นาควิชะระอุทิศ



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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Depression and Associated Psychosocial Factors of Elderly at the Elderly Associate of
Public Health Center 48 Nakwatchara-utid

Miss Niratchara Sasithorn



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข
48 นาควิหาระอุทิศ

โดย นางสาวนริศรา ศศิธร

สาขาวิชา สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีมน กัลยาศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล)

นิรัชรา ศศิธร : ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัด ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ (Depression and Associated Psychosocial Factors of Elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwachara-utid) อ.ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก: รศ. นพ.พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 92 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัด ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

วิธีการศึกษา ศึกษาในผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ เขต หนองแขม กรุงเทพมหานคร จำนวน 240 คน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2557 ถึง มกราคม 2558 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถาม 5 ชุด ได้แก่ 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 3)แบบสอบถาม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปี 4)แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ 5)แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ นำเสนอความชุกของภาวะซึมเศร้าด้วยค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 240 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 มีอายุเฉลี่ย 67.8 ปี (ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.5) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 15.4 (37 คน) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย ร้อยละ 11.7 (28 คน) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 2.9 (7 คน) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.8 (2 คน) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 7.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.4) (คะแนน เต็ม 30 คะแนน) ส่วนใหญ่ประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี ที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.5) โดยด้านของเหตุการณ์ความเครียดที่พบบ่อย ได้แก่ ด้านสุขภาพ ครอบครัว และเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.9) และการมีส่วนร่วมในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.3) โดย ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ($p < 0.05$) การศึกษาต่ำกว่า มัธยมศึกษา ความไม่เพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาประเภทบัตรทองฯ และประวัติโรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) และปัจจัย ทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ($p < 0.01$) ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ประวัติโรคทางจิตเวช เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ($p < 0.01$)

สรุป ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบร้อยละ 15.4 ซึ่งปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และการมี ส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในชุมชน เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ น่าจะมีส่วนช่วยใน การลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ปีการศึกษา 2557

5674257130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: ELDERLY / LATE LIFE / OLD AGE / DEPRESSION / LIFE STRESS EVENT / SOCIAL SUPPORT / COMMUNITY PARTICIPATION

NIRATCHARA SASITHORN: Depression and Associated Psychosocial Factors of Elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid. ADVISOR: ASSOC. PROF. PEERAPHON LUEBOONTHAVATCHAI, M.D., 92 pp.

Objective: To study the prevalence of depression and associated psychosocial factors (life stress event, social support, and community participation) of the elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid.

Method: Two hundred and forty elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid were recruited into the study during September 2014 – January 2015. They completed five self-reported questionnaires: 1) Demographic data form, 2) Thai Geriatric Depression Scale – TGDS, 3) 1 – Year Life Stress Event Questionnaire, 4) Social Support Questionnaire, and 5) Community Participation of Elderly Questionnaire. The prevalence of depression was presented by proportion and percentage. The associated psychosocial factors were analyzed by chi-square test. Logistic regression was used to identify the predictors of depression of the elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid.

Results: In 240 elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid, most of them were female (72.1%). The average age was 67.8 years (SD.= 6.5). The prevalence of depression of the elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid was 15.4% (37 persons), 11.7% (28 persons) as mild depression, 2.9% (7 persons) as moderate depression, and 0.8% (2 persons) as severe depression. The mean TGDS score was 7.3 (SD. = 5.4) (total score = 30). About the life stress events, most of them had moderate severity of life stress events (82.5%). The most prevalent stress areas were health, family, and financial areas. Most of them had moderate level of social support (72.9%), and community participation (63.3%). The associated factors of elderly depression were being single/widowed/divorced/separated ($p < 0.05$), lower than secondary school education, unaffordable economic status, governmental medical welfare, history of psychiatric disorders, severe life stress event, low level of social support, and low level of community participation ($p < 0.01$). Logistic regression showed that the remaining predictors of depression were being single/widowed/divorced/separated, history of psychiatric disorders, severe life stress event, and low level of community participation ($p < 0.01$).

Conclusion: The prevalence of elderly depression at the Elderly Associate was 15.4%. The psychosocial factors of elderly depression were severe life stress event, low level of social support, and low level of community participation. Promoting the elderly to participate in community such as being member of the elderly associate should help to reduce the elderly depression.

Department: Psychiatry

Field of Study: Mental Health

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลือ และความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากบุคคลต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาคอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และข้อแก้ไขต่างๆ จนเล่มวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ด้วยความเมตตาตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัศมีน กัลยาศิริ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรกุล ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์ให้เล่มวิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ นิพนธ์ พวงวรินทร์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอบุญธวัชชัย อาจารย์ สมจิตร นครพานิช และ คุณเพ็ญศรี หลินสุวรรณนท์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้แบบสอบถาม

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูล รวมทั้งขอบคุณมิตรภาพที่ให้แก่กัน เสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

สุดท้าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ครอบครัว ที่คอยให้ความรัก ให้กำลังใจ และเป็นแรงสนับสนุนที่ดีแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจให้กัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้วยความรักและความจริงใจเสมอมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
สมมุติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
1. ผู้สูงอายุ (elderly / late life / old age).....	7
การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในผู้สูงอายุ	8
2. ภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (depression and elderly depression).....	11
สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	12
3. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (psychosocial factors).....	14

3.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event)	15
ประเภทของความเครียด	15
ระดับของความเครียด	16
ผลกระทบของความเครียด	16
3.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support).....	17
ประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคม.....	20
3.3 การมีส่วนร่วมในชุมชน (Community Participation).....	21
ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory).....	21
ประเภทกิจกรรม	22
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
รูปแบบการวิจัย (Research Design)	29
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology).....	29
วิธีการเก็บข้อมูล (Data collection).....	31
เครื่องมือที่ใช้วัด.....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)	35
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ความสุขของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เหตุการณ์ ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในสังคม.....	37
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิชะระอุทิศ	50
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สังกัด ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิชะระอุทิศ	59

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
อภิปรายผล.....	62
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	69
การนำผลวิจัยไปประยุกต์	69
ข้อเสนอแนะ	70
รายการอ้างอิง	72
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	92



สารบัญตาราง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ	37
ตาราง 2 แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ	41
ตาราง 3 แสดงชนิดของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ โดยเรียงลำดับ จากชนิดเหตุการณ์ที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุด	42
ตาราง 4 แสดงด้านของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ โดยเรียง ตามลำดับด้านของเหตุการณ์ความเครียดที่พบจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด	44
ตาราง 5 แสดงระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ	45
ตาราง 6 แสดงระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ จำแนก ตามด้าน	46
ตาราง 7 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการ สาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ	47
ตาราง 8 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการ สาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ จำแนกตามด้าน	48
ตาราง 9 แสดงระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการ สาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ	49
ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ	50

ตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ..... 52

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ จำแนกตามด้าน..... 53

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ จำแนกตามด้าน..... 54

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ โดยใช้สถิติทดสอบที..... 55

ตาราง 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ โดยใช้สถิติทดสอบที..... 57

ตาราง 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation)..... 58

ตาราง 17 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)..... 59

สารบัญภาพ

รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
-------------------------------	---



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจากสถิติของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2555 นี้ มีผู้สูงอายุคิดเป็นประมาณร้อยละ 12.7 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) ที่กำหนดไว้ว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศถือว่าเป็นประเทศที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเข้าสู่ร้อยละ 20 ในปี 2568

ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุมีอยู่ 2 ปัญหา คือ ภาวะซึมเศร้า (depression) และ โรคสมองเสื่อม (dementia) ซึ่งทั้ง 2 ปัญหานี้พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ โดยค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 17.5 ถึงร้อยละ 82.3⁽¹⁾ แตกต่างกันตามลักษณะประชากรที่ศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

สำหรับในวัยสูงอายุนั้น เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุนั้นจะทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่มีอาการมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า⁽²⁾ ในต่างประเทศ พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และพบมากขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50⁽³⁾ ในส่วนของความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 กระจายตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 17.9 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดทั่วประเทศไทย⁽⁴⁾ และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่า มีค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 5.0 - 22.2⁽⁵⁻⁸⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัจจัยทางด้านสุขภาพแล้ว ปัจจัยทางจิตสังคม ก็มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ไม่น้อย โดยเฉพาะ

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁹⁾ ซึ่งพบว่ามักมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในประเด็นของ การเกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียดที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึก และ พฤติกรรมของบุคคล โดยในผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง ปัจจัยต่อมา ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁰⁻¹²⁾ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิต สังคมสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ โดยการขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผล ในทางลบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยนำไปสู่ภาวะเครียด และความเจ็บป่วยได้ การส่งเสริมให้ เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริม พฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา จะพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าเสมอ อีกหนึ่งปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญคือ ปัจจัยทางด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน^(13, 14) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อื่นในสังคม จะมีผลช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และในผู้ที่ขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม อาจส่งผลในทางลบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้เช่นกัน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งทำการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัระอุทิศ ซึ่งรับผิดชอบในพื้นที่ของเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ได้รับการจัดตั้งให้เป็นศูนย์ ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (long-term care) ซึ่งมีการสนับสนุนให้เกิดการดูแล ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องภายในชุมชนของตนเอง แสดงให้เห็นถึงศักยภาพ ความร่วมมือของสมาชิกใน ชุมชนและความพร้อมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของสมาชิก ทางผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาใน ชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่นี้ น่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ในการช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต และเข้าถึง ปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้มากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยทางจิตสังคม โดยเฉพาะเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน โดย คาดหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในแง่ของการเข้าใจภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุในชมรม เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่การหาแนวทางป้องกัน และการดูแลรักษาภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ

คำถามการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

ไม่มี

ขอบเขตของการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่

- ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลักในครอบครัว สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวช และการใช้สารเสพติด
- ปัจจัยทางจิตสังคม ประกอบด้วย เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

ข้อจำกัดของการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งโดยเป้าหมายเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ ผลการศึกษาที่ได้นั้นอาจบอกได้เพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ (causes or risks) ได้ เนื่องจากไม่ใช่รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical study)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ (elderly / late life / old age) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึงภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งบุคคลนั้นมีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนนถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง⁽¹⁵⁾

ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factor) หมายถึงปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยในการศึกษานี้ มุ่งศึกษาที่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน

- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (life stress event) ในช่วงหนึ่งปี คือการวัดจำนวนเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ และแบ่งลักษณะของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วยคำถามจำนวน 43 ข้อ คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ โดยยึดตาม

แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี (1 – Year Life Event Questionnaire)⁽¹⁶⁾ โดยแปลผล ดังนี้ ผู้ที่มีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดระดับสูง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนมากกว่า คะแนนเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean + 1SD) ผู้ที่มีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดระดับปานกลาง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนระหว่าง mean \pm 1SD และผู้ที่มีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดระดับต่ำ คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า mean - 1SD เนื่องจากลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ

- การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ที่ทำให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มคน โดยในการวัดการสนับสนุนทางสังคมจะแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ โดยจะมีการวัดผลเป็นสามระดับคือการสนับสนุนทางสังคมสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ โดยยึดตามแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)⁽¹⁷⁾ โดยแปลผล ดังนี้ ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนมากกว่า mean + 1SD ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนระหว่าง mean \pm 1SD และผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า mean - 1SD เนื่องจากลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ

- การมีส่วนร่วมในชุมชน (community participation) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของชมรม หรือชุมชนที่ตนเองอยู่ โดยมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่น โดยยึดตามแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ โดยแปลผล ดังนี้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในชุมชนระดับสูง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนมากกว่า mean + 1SD ผู้ที่มีส่วนร่วมในชุมชนระดับปานกลาง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนระหว่าง mean \pm 1SD และผู้ที่มีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า mean - 1SD เนื่องจากลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

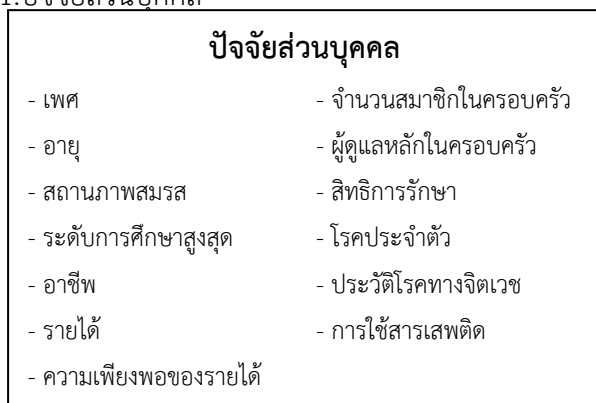
1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ
2. สามารถนำผลวิจัยไปเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้โดยเป็นแนวทางในการส่งเสริม แก้ไข และป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

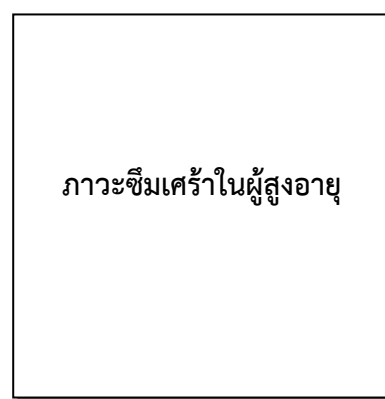
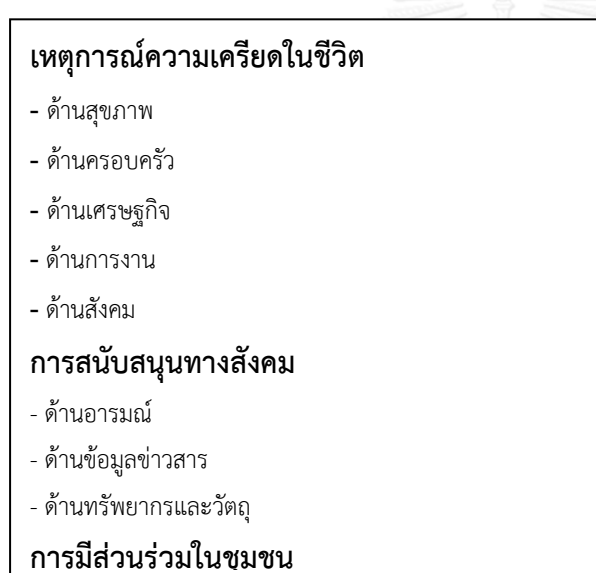
ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ตัวแปรตาม (Dependent variable)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล



2. ปัจจัยทางจิตสังคม



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิริยะอุทิศ ผู้วิจัยได้ทบทวนตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจัดหมวดหมู่ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (elderly/late life/old age)
2. ภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (depression and elderly depression)
3. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (Psychosocial Factors)
 - เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (life stress event)
 - การสนับสนุนทางสังคม (social support)
 - การมีส่วนร่วมในชุมชน (community participation)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้สูงอายุ (elderly / late life / old age)

องค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹⁸⁾ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเมื่อนับตามวัยหรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ซึ่งตรงตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546⁽¹⁹⁾ ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

ศรีเรือน แก้วกังวาล⁽²⁰⁾ ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเสื่อมโทรมและสึกหรอของร่างกาย โดยผู้สูงอายุ หรือ วัยชรา จะเริ่มรับรู้และรู้สึกว่าตนเองใกล้ถึงวัยสูงอายุแล้ว และจะมีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ฝน แสงสิงแก้ว⁽²¹⁾ กล่าวว่า วงจรชีวิต เริ่มต้นตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา โดย วัยผู้สูงอายุคือบุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และกำหนดเกณฑ์ปลดเกษียณจากราชการ

ในวัยสูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วงอายุ คือ⁽²²⁾

1. วัยสูงอายุตอนต้น (young-old) อายุ 60 – 69 ปี
2. วัยสูงอายุตอนกลาง (medium-old) อายุ 70 – 79 ปี
3. วัยสูงอายุตอนปลาย (old-old) อายุ 80 ปี หรือมากกว่า

จากความหมายของผู้สูงอายุดังที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องมีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย⁽²³⁾ ได้แก่

- ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะบางแห้ง เหี่ยวย่น ขาดความมันและความยืดหยุ่น ต่อมเหงื่ออ่อนแอลง ทำให้การปรับตัวต่ออุณหภูมิไม่ดีเช่นวัยอื่น
- ระบบประสาทรับสัมผัส ปฏิบัติการของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การมองเห็นลดลง ประสาทรับเสียงเสื่อมลง หูตึง ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลงและการรับรู้รสอ่อนลง
- ระบบประสาท เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้า ความจำเสื่อม
- ระบบทางเดินอาหาร เหงือกและฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง รับประทานอาหารไม่สะดวก ภาวะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง ทำให้เกิดภาวะท้องผูก มีการดูดซึมแร่ธาตุลดลง ความอยากอาหารลดลง และอาจเกิดภาวะขาดสารอาหาร
- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง เคลื่อนไหวได้ช้าลง กระดูกมีแคลเซียมน้อยทำให้กระดูกบาง เปราะและหักง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมลง น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบได้ง่ายและมีอาการปวดตามข้อทั้งเวลาอยู่นิ่งและเคลื่อนไหว

- ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อม การยุบและการขยายตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล่องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอก และกระบังลมมีความแข็งแรงลดลงทำให้การหายใจไม่ดี
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ไชมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้มีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น
- ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตเสื่อมลง ทำให้ขับของเสียน้อยแต่ขับน้ำออกมามากต้องปัสสาวะบ่อย ส่วนกระเพาะปัสสาวะนั้น กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนจึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี ในผู้ชายอาจพบปัญหาต่อมลูกหมากโตส่งผลให้ปัสสาวะลำบาก
- ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้าจะเสื่อม การผลิตฮอร์โมนต่ำลงทำให้เบื่ออาหาร ตับอ่อนหลังสารอินซูลินลดลง ต่อมเพศทำงานลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์ รวมทั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์⁽²⁴⁾ ได้แก่

- ความวิตกกังวล แสดงออกโดยมีความกลัวหรือกังวลในเรื่องต่างๆ นอนไม่หลับ หงุดหงิด เครียด แสดงออกโดยอาการทางร่างกาย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง อาจกังวลมากขึ้นเมื่อมีภาวะกดดัน เช่น เจ็บป่วย ย้ายที่อยู่ ได้รับความอุบัติเหตุ
- อารมณ์เศร้าซึม พบได้บ่อยมาก มีอาการอ่อนเพลีย กินไม่ได้ นอนไม่หลับสมาธิเสีย ตัดสินใจไม่ได้ ละเลยการดูแลตนเอง บ่นว่าตนเองไร้ค่า เบื่อชีวิต คิดฆ่าตัวตาย
- อาการระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น กลัวถูกปองร้าย เชื่อว่าจะมีคนมาทำร้ายหรือมาขโมยของ โกรธญาติและสมาชิกในครอบครัว หลงลืมข่าวของแล้วโทษว่ามีคนขโมยไป คิดว่ามีคนมาแกล้งตน

- สับสน ความจำเสื่อม สับสนเรื่องบุคคล เวลา และสถานที่ หลง ส่วนมากมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของสมอง
- นอนไม่หลับ การนอนไม่หลับทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด และอาจรบกวนสมาชิกในครอบครัวได้ อาจเกิดจากไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย นอนหลับตอนกลางวันมากเกินไป อาจเป็นผลของความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า อาจมีโรคทางกาย เช่น ท้องผูก หรือลุกขึ้นปัสสาวะบ่อย

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม^(25, 26) ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและบทบาททางสังคม เช่น ภาวะความรับผิดชอบในครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว จากเดิมเป็นหัวหน้าครอบครัวและผู้รับผิดชอบ ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้รับและต้องพึ่งพาคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกหมดความสำคัญ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง
- การเปลี่ยนแปลงทางหน้าที่การงาน เช่น การปลดเกษียณหรือการว่างงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่การงาน สังคมในสถานที่ทำงาน สภาวะทางการเงิน และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป
- การถูกทอดทิ้ง ผลจากการขยายตัวหรือเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มักจะถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกว่าเหว

2. ภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (depression and elderly depression)

ภาวะซึมเศร้าคือ ภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ เป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์การตอบสนองต่อความรู้สึกผิดหวัง ความสูญเสียหรือความคิดถึงสิ่งที่ขาดหายไปและเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มีความสุข

ดวงใจ กษานติกุล⁽²⁷⁾ อธิบายว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้ามากกว่าปกติ เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ดำเนินตัวเอง เพื่อบำรุงอาหารนอนไม่หลับ เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การทำร้ายตัวเอง สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันจะทำให้เกิดผลเสียต่อทั้งจิตใจ และร่างกาย และสอดคล้องกับ Kaplan and Sadock⁽²⁸⁾ ที่ได้ให้ความหมายไว้ 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้สึกเศร้า เสียใจ เมื่อเกิดการสูญเสียบางอย่างที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ 2) ด้านความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าเสียใจไม่มีความสุข มีความรู้สึกทุกข์ใจ กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน มีความรู้สึกเห็นค่าในตัวเองลดลงมีความคิดช้าลงกว่าเดิม และ 3) ด้านการดำเนินอาการดังกล่าวยาวนานจนเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ตาม Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V)⁽²⁹⁾ ประกอบด้วยเกณฑ์ 5 ข้อดังต่อไปนี้

- A. มีอาการในข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไปเกิดพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ได้แก่
1. อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
 2. ความสนใจสิ่งต่างๆ และความเพลิดเพลินลดลงมาก ไม่อยากทำอะไร เกือบทุกวัน
 3. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจอดอาหารหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น (มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักมากกว่า 5% ของน้ำหนักตัวในหนึ่งเดือน)
 4. นอนไม่หลับหรือนอนมาก เกือบทุกวัน
 5. จิตใจเคลื่อนไหวหงุดหงิด กระวนกระวาย หรือเชื่องช้า
 6. อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
 7. รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ เป็นเกือบทุกวัน
 8. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก เป็นเกือบทุกวัน

9. คิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

- B. มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ
- C. อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย

หมายเหตุ เกณฑ์ในข้อ A-C แสดงถึงโรคซึมเศร้าหลัก (Major Depressive Disorder)

- D. อาการไม่เข้ากับเกณฑ์กับโรค Schizophrenia, schizoaffective disorder, delusional disorder และโรคทางจิตอื่น ๆ
- E. ไม่มีอาการของ manic episode หรือ hypomanic episode

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า⁽³⁾ จะมีภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย บ่อยครั้งที่เกิดกับผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักถูกเข้าใจผิดว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากความชรา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักถูกละเลย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึก เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ขาดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ บางครั้งมีความต้องการหนีความลำบากด้วยการทำร้ายตัวเอง

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ^(2, 3, 30, 31)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ล้วนเกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1. สาเหตุจากพันธุกรรม หรือการที่มีประวัติบรรพบุรุษหรือบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
2. ความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางตัวในสมอง การมีพยาธิสภาพในสมอง เช่น มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท หรือมีการฝ่อของสมองบางส่วน

3. การมีโรคประจำตัวทางกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคต่อมธัยรอยด์ โรคพาร์กินสัน เป็นต้น และโรคทางกายที่ไม่ได้กระทบต่อสมอง แต่ทำให้เกิดความเจ็บปวด หรือสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ กระดูกบาง ทำให้กระดูกหักง่าย ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ และมีผลกระทบต่อจิตใจอย่างมาก
4. ผลข้างเคียงจากยาบางชนิดที่รับประทานเป็นประจำ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร หรือยารักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น เนื่องจากยาเหล่านี้อาจทำให้มีอาการมึนศีรษะได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

1. การไม่ได้รับการแก้ไขจากการขัดแย้งทางจิต เช่น ความรู้สึกผิด ความโกรธ สูญเสียความจำ สมองเสื่อม หรือการที่มีบุคลิกภาพผิดไปจากเดิม
2. การไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การออกจากงาน หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความ ผิดหวัง เสียใจ น้อยใจ หรือมีความเครียดในเรื่องต่างๆ ทำให้เกิดเป็นความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ เป็นต้น
3. การมีบุคลิกภาพดั้งเดิมเป็นคนที่ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองในด้านลบ บ่อยๆ หรือชอบพึ่งพาผู้อื่น
4. มีความรู้สึกวิตกกังวล เนื่องจากมีปัญหาหลายๆ อย่าง เช่น รู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การไม่มีงานทำ เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

1. การปรับตัวไม่ได้ต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย หรือการประสบความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน และการทะเลาะเบาะแว้งของคนในครอบครัว เป็นต้น
2. การต้องเปลี่ยนบทบาทจากหัวหน้าผู้นำครอบครัวเป็นผู้ตาม หรือการที่ไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลาน เป็นต้น

3. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (psychosocial factors)

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า⁽³²⁻³⁴⁾ ซึ่งอาจเป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. เหตุการณ์ในชีวิตและความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม (life events and environment stress) โดยมีความเชื่อว่าเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์
2. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพก่อนการเกิดโรค (premorbid personality factors) ไม่มีบุคลิกภาพใดที่ถือว่าเป็นปัจจัยโน้มเอียงให้เกิดโรคซึมเศร้า มนุษย์ทุกคนสามารถเกิดโรคซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตาม บุคลิกภาพชนิดพึ่งพา ย้ำคิดย้ำทำ และฮิสทีเรีย จะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลิกภาพชนิดอื่น
3. ปัจจัยด้านจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic factors) จากทฤษฎีโครงสร้างของ Freud ได้อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกสองจิตสองใจ คือทั้งรักและเกลียดสิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าหาตัวเอง เกิดเป็นอาการซึมเศร้า
4. การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้แบบหมดหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลว (learned helplessness) จากการทดลองในสัตว์ที่ถูกช็อคด้วยไฟฟ้าบ่อยๆ โดยไม่สามารถจะหนีได้ ก็จะยอมจำนนต่อสภาพนั้น ไม่พยายามที่จะหนี ลดการเคลื่อนไหว ซึ่งคล้ายกับในคน
5. ทฤษฎีการเรียนรู้ (cognitive theories) ตามแนวคิดของ Beck เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการที่ผู้ป่วยเรียนรู้ในประสบการณ์ชีวิตอย่างไม่ถูกต้อง คิดว่าตัวเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย และรู้สึกหมดหวัง
6. ปัญหาด้านความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) รวมทั้งสภาพแวดล้อมและสภาพสังคมรอบตัว ซึ่งกลายเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Sullivan

3.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (life stress event)⁽³⁴⁾ หมายถึง สถานการณ์ลบที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น การเสียชีวิตของญาติสนิท หรือคู่ครอง การตกงานว่างงาน เป็นต้น โดยจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพชีวิตปกติของบุคคลนั้น ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไปได้

Holmes & Rahe⁽³⁵⁾ ให้ความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตว่าเป็นความเครียดทางสังคม (social stressors) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ใด ๆ ที่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

Selye⁽⁹⁾ กล่าวว่า ความเครียดจะทำให้บุคคลเกิดความกลัว วิตกกังวล ไม่สบายใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น หวาดกลัว ซึมเศร้า เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

Lazarus and Folkman⁽³⁶⁾ ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นลักษณะของการโต้ตอบระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่ได้รับการประเมินโดยบุคคลว่ามากระทบ และไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่มากระทบเหล่านั้นได้ ทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อความรู้สึกของบุคคลนั้น

ความเครียดตามความหมายของกรมสุขภาพจิต⁽³⁷⁾ ได้ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ถูกบีบคั้น เกิดจากการที่รับรู้ หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป

ประเภทของความเครียด

Lazarus and Folkman (1984)⁽³⁶⁾ แบ่งความเครียดออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนจำนวนมาก และอยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนบางกลุ่ม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ความเจ็บป่วย การถูกออกจากงาน ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและด้านลบ
3. การถูกรบกวนในชีวิตประจำวัน เป็นเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยๆของชีวิต ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน เช่น การทะเลาะเบาะแว้งกับสมาชิกในครอบครัว การเดินทางในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ระดับของความเครียด

Janis⁽³⁸⁾ แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นและหมดไปในระยะเวลาอันสั้น อาจกินเวลาเพียงนาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องกับสถานการณ์เล็กน้อยในชีวิตประจำวัน
2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) ความเครียดระดับนี้มีความรุนแรงกว่าระดับแรก อาจอยู่นานหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ภาระงานที่มากเกินไป เป็นต้น
3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้จะมีความรุนแรงมาก อาจมีอาการเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน หรือเป็นปี ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสีย หรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นต้น

ผลกระทบของความเครียด⁽³⁹⁾

การที่บุคคลต้องเผชิญกับความเครียด โดยเป็นความเครียดในระดับต่ำ จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลทำสิ่งต่างๆอย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกฝนในการแก้ไขปัญหา จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตนเอง รู้สึกเชื่อมั่น และภูมิใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น แต่หากบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดในระดับรุนแรงหรือความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ก็จะทำให้เกิดผลเสียได้ดังนี้

1. ผลเสียทางด้านสรีระ ฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกาย เป็นตัวทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพร่างกายแย่ลงเนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บปวด หรือทำให้เกิดโรคทางกาย ที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ เช่น หน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง ผอมและโรคมะเร็ง

2. ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอยขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานเสียไป เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง โกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ซึมเศร้า คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมาก อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

3. ผลเสียทางด้านความคิด ความเครียดที่เกิดจากความคิดของบุคคล เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

4. ผลเสียด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความเครียดจะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองตกอยู่ในปัญหา และความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าวไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง และบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิด เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดิทยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดผลเสียตามมา

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญทางจิตวิทยาสังคม เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผู้ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Tilden & Weinert⁽⁴⁰⁾ ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคม ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ หมายถึงสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมของบุคคลนั้น เช่น ข่าวสาร สิ่งของ เงินทอง กำลังงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสูเป้าหมายที่ผู้รับต้องการ เช่นเดียวกับ House⁽⁴¹⁾ ซึ่งได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น การช่วยเหลือ

ด้านต่างๆ และการช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในเชิงสร้างสรรค์

โดยการสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลรับรู้และเข้าใจว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของการติดต่อสื่อสารในเครือข่ายสังคม ซึ่งต่างคนต่างมีหน้าที่รับผิดชอบและมีข้อตกลงร่วมกัน⁽¹⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ Weiss และ Kahn (อ้างถึงใน ศุภกิจ เจริญสุข)⁽¹¹⁾ ที่ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล อันเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน จากบุคคลหนึ่งไปอีกบุคคลหนึ่ง การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น

ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้น รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ความอึดอเมใจ ความพึงพอใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น (Pender อ้างถึงใน Lu Hong)⁽⁴²⁾

การสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน ตามแนวคิดที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Weiss⁽¹¹⁾ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด โดยเน้นทางด้านอารมณ์ การยอมรับตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคม การให้ความช่วยเหลือและการยอมรับความช่วยเหลือ ซึ่งมีการแบ่งดังต่อไปนี้ คือ

1. ความใกล้ชิด ความใกล้ชิดจะส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนร่วม คือ จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกเดียวดาย และปกติมักพบในผู้ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่น คู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัว
2. การมีส่วนร่วมในสังคมและแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือทำงานร่วมกัน เพื่อวัตถุประสงค์คล้ายกัน การปฏิสัมพันธ์จะทำให้มีการให้และการรับรู้ทางด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิด ถ้าขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกละเลยออกจากสังคมและเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย

3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้รับการดูแลรับผิดชอบผู้อื่น ถ้าหากว่าบุคคลไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความรู้สึกว่า ชีวิตไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีจุดหมาย
4. การได้รับการยอมรับ โดยการยอมรับจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทของตน ซึ่งจะทำให้เกิดการยอมรับ เชื่อถือ ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทในอาชีพ หรือครอบครัว ถ้าบุคคลไม่ได้รับการยอมรับก็จะทำให้ความเชื่อมั่นของบุคคลนั้นๆ ลดลงได้
5. การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งจะเกิดจากการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเท่านั้นจึงจะทำให้การช่วยเหลือยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือขึ้นแล้ว ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและอ่อนแอ

Schaefer, Coyne และ Lazarus⁽¹²⁾ ให้แบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึงแรงสนับสนุนด้านความมั่นใจ ความรู้สึกเชื่อถือ ความใกล้ชิด ความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและได้รับการใส่ใจจากผู้อื่น
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือการแนะนำ ซึ่งช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหา ประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นเกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (tangible support) หมายถึงการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทองหรือบริการ

House, 1981⁽⁴¹⁾ ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ

1. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การแสดงความเข้าใจ ความใกล้ชิด สนับสนุน การรับฟัง และแสดงความยกย่อง

2. การช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน หรือการเสียสละเวลาช่วยเหลือสังคม หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลนั้น
3. การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และคำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่
4. การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง เพื่อให้บุคคลได้เรียนรู้แล้วเข้าใจตนเอง ทำให้มีความมั่นใจในตนเอง

Thoits, 1982⁽⁴³⁾ ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทองที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำ
3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Social motional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความช่วยเหลือ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคม (House)⁽⁴¹⁾

1. ช่วยเพิ่มสุขภาวะในด้านอารมณ์ โดยเครื่องมือต่างๆในการสนับสนุน ทั้งการช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา วัตถุประสงค์ของ จะให้ผลในทางบวกแก่บุคคลได้
2. ช่วยในการปรับตัวของบุคคล ในการลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง
3. ป้องกันผลกระทบจากภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลง ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิต

3.3 การมีส่วนร่วมในชุมชน (Community Participation)

ความหมายของการมีส่วนร่วมในชุมชน ได้รับการนิยามหลากหลาย ตามทัศนคติของแต่ละสาขาวิชา ดังนี้⁽¹³⁾

การอธิบายในมุมมองของนักรัฐศาสตร์ ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การให้ความร่วมมือ และรับผิดชอบในการทำกิจกรรมของชุมชน หรือกลุ่ม อย่างเป็นทางการหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมในชุมชนถือเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน

นักสังคมวิทยาอธิบายว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมรายบุคคล และในลักษณะกลุ่มคนมาทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกัน หรือมีสัมพันธภาพต่อกัน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายตามต้องการ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เห็นคุณค่า และเชื่อมั่นในตนเอง เป็นการนำไปสู่การเรียนรู้สถานการณ์นั้นด้วยตนเอง โดยจากการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมทางจิตใจ ร่วมทุกข์ร่วมสุข และเกิดเป็นความผูกพันทางจิตใจที่มีต่อกัน

นักจิตวิทยา ถือว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวของบุคคล โดยการที่มีกิจกรรมมาก จะทำให้ปรับตัวได้มากขึ้น แสดงถึงภาวะสุขภาพจิตที่ดี

ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory)^(13, 14)

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมทางสังคมว่าเป็นหลักของชีวิตของบุคคล การมีกิจกรรมทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้มากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะสามารถทดแทนบทบาทที่เสียไป เช่น การหยุดทำงานเนื่องจากเกษียณอายุ การที่ต้องสูญเสียคู่สมรส เป็นต้น การปฏิบัติกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพซึ่งเป็นที่ยอมรับในสังคม ทำให้รู้สึกว่าตนยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก

Havighurst, 1968⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมส่วนบุคคล หรือกิจกรรมทางสังคมที่ทำร่วมกับคนอื่นในชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในชุมชนของตน และก่อให้เกิดประโยชน์ต่างๆ แก่ตัวผู้สูงอายุ เช่น เกิดความภาคภูมิใจ ได้ความสุขสนุกสนาน ได้เพื่อน ได้พัฒนาตนเอง เป็นต้น อีกทั้งช่วยลดหรือกำจัดความกดดัน ความรู้สึกวิตกกังวล และความ

ไม่พอใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และทางเศรษฐกิจในทางที่เสื่อมถอยให้ลดลงหรือหมดไป

Markides and Martin, 1979⁽⁴⁵⁾ กล่าวว่า การทำกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เกิดความภูมิใจในตนเอง มีการปรับตัวดี และมีความพอใจในชีวิต

กิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นกับมนุษย์ ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ช่วยลดความกดดัน ความรู้สึกวิตกกังวล ต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข ความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความพอใจในชีวิต เนื่องจากการทำกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาบทบาท และสถานภาพทางสังคมไว้ได้ในระดับหนึ่ง โดยไม่ว่ากิจกรรมที่ทำ จะเป็นกิจกรรมส่วนบุคคล หรือกิจกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่นในชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในชุมชนของตน และก่อให้เกิดประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และมีความผูกพันทางจิตใจที่ดีต่อกัน อันมีผลทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี⁽⁸⁾

บางครั้ง ในวัยสูงอายุ การมีส่วนร่วมทางสังคมจะลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านของหน้าที่และความรับผิดชอบ ซึ่งเกิดจากปัญหาภาวะสุขภาพ เช่น ความคิด การตัดสินใจที่ซ้าลง หรือสังคมเพื่อนที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ไม่อยากเข้าร่วมในสังคมส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้⁽⁴⁶⁾

ประเภทกิจกรรม แบ่งออกเป็น 3 ประเภท^(47, 48) คือ

1. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับองค์กรที่ตนเองเป็นสมาชิก ซึ่งแบ่งเป็น การมีส่วนร่วมทางสังคม ภายในครอบครัว ภายนอกครอบครัว และสมาคมต่างๆที่ตนเป็นสมาชิก (Voluntary Association)
2. การมีงานอดิเรก (Hobby) หมายถึง กิจกรรมในเวลาว่าง ซึ่งอาจเป็นการพักผ่อน หรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยลำพัง
3. การทำงานที่มีรายได้ (Work) หมายถึง กิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้ ไม่ว่าจะเป็นงานประจำ งานพิเศษ หรืองานชั่วคราวก็ได้

กิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมทางศาสนา สันทนาการ กีฬา หรืองานฝีมือต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี และยังช่วยในเรื่องของการเห็นคุณค่าในตนเอง และช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยการที่ผู้สูงอายุได้เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข ความภาคภูมิใจ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยการเป็นสมาชิกของชมรมและองค์กรต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง

ชลธิชา บุญศิริ⁽⁵⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 95) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงจะไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรสา ไยยง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 13.2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ไม่ได้ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง การไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส การอยู่คนเดียว โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีและการสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น หลานอันเป็นที่รัก การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) โดยปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ฐานะการเงินไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.05$)

กนกรัตน์ สุขะตุกคะ และคนอื่นๆ⁽⁴⁹⁾ ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง พบว่า การเป็นสมาชิกชมรมมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

เพ็ญศรี หลินศวนนท์⁽⁸⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในแขวงรองเมือง เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าร้อยละ 22 โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายได้ต่อเดือน สัมพันธภาพใน ครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มาโนช ทับมณี⁽⁴⁶⁾ ได้ทำการสำรวจผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 35.1 ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า คือ การเป็นเจ้าของบ้าน แหล่งที่มาของรายได้ ความพึงพอใจในรายได้ โรคประจำตัว สุขภาพทั่วไป การออกกำลังกาย และการให้คำแนะนำแก่คนอื่นมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อายุ เพศ สถานภาพสมรส การติดต่อกับลูกหลาน และการเป็นสมาชิกชมรม มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จินตนา เหลือศิริเธียร⁽¹⁴⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 47.9) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ร้อยละ 69.1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มี 4 ด้าน คือ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นโดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.4

กาญจนา พุ่งไพศาล⁽⁵⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองกำแพงเพชร พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม มีงานอดิเรก การมีโรคประจำตัว ภารกิจประจำวัน ความเพียงพอของรายได้ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ มีความชุกคิดเป็นร้อยละ 5.9 การศึกษาพบว่า ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ และความไม่เพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ และการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับความ

ซิมเซร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับความซิมเซร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อิงใจ จันทมูล⁽⁴⁸⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม และโรคซิมเซร่าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบความชุกของโรคซิมเซร่ามีร้อยละ 2.4 เพศหญิงและอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซิมเซร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การไม่ได้รับการศึกษา ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น ปวดข้อปวดกล้ามเนื้อ และอัมพฤกษ์/อัมพาต มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซิมเซร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สถานภาพสมรสหย่า-หม้าย การเกษียณอายุ การอยู่ตามลำพัง ปัญหาวิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ แผลในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง และความไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซิมเซร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ภัทรา เสี่ยงมในเมือง⁽⁵¹⁾ สสำรวจภาวะซิมเซร่าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซิมเซร่าคิดเป็นร้อยละ 28.35

Guolong Liang และคณะ⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาหาความชุกของผู้สูงในชุมชนจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีความชุกของภาวะซิมเซร่า เป็นร้อยละ 21.0 โดยมีปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคซิมเซร่า คือ อายุ เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ และโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ

ศิริราไพ สุวัฒนคุปต์⁽⁵³⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซิมเซร่าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา มีภาวะซิมเซร่าร้อยละ 42.4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองมีภาวะซิมเซร่า ร้อยละ 7.1 โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซิมเซร่าเมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเซร่าคือ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ รายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเซร่า 2 ปัจจัย คือ รายได้ไม่เพียงพอ และมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลางถึงสูง

สมใจ โชติธนพันธ์⁽⁵⁴⁾ ศึกษาผลการเปรียบเทียบภาวะซิมเซร่าในผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซิมเซร่า (ร้อยละ 64.9) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่า ได้แก่ เพศหญิง อายุ 71-75 ปี สถานภาพโสด บุตรหลานหรือญาติพามาอยู่สถานสงเคราะห์ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศรีวรรณ ตันศิริ⁽⁵⁵⁾ ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

ภัทรภร วิริยวงศ์⁽⁵⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 รายได้ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

เกริกชัย พิชัย⁽⁵⁷⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 43.1 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ เพศหญิง การศึกษาต่ำ ไม่มีความเพียงพอรายได้ โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ⁽⁵⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมากจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และมีความซึมเศร้าน้อย

Chun-Te Lee และคณะ⁽⁵⁹⁾ ศึกษากิจกรรมยามว่าง ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และความเครียด ที่เป็นปัจจัยในการลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ศึกษาแบบ Longitudinal) โดยศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศไต้หวัน โดยศึกษาไปข้างหน้า 4 ปี พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 21.1 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การทำกิจกรรมยามว่างที่ลดลง การมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวที่มากขึ้น และการมีความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเคลื่อนไหว เช่น การหยิบจับสิ่งของ และการปีนบันได เป็นต้น ส่วนด้านของความเครียดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐกิจ

Iris Chi และ Kee-Lee Chou⁽⁶⁰⁾ ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจีนในฮ่องกง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความพึงพอใจจากการได้รับการสนับสนุน และการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ

Taizo Wada และคณะ⁽⁶¹⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านของตนเองใน 3 ประเทศ คือ อินโดนีเซีย เวียดนาม และญี่ปุ่น พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้ง 3 ประเทศ คือร้อยละ 33.8 ร้อยละ 17.2 และร้อยละ 30.3 ตามลำดับ เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 29 โดย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

Lan Cong และคณะ⁽⁶²⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในประเทศจีน ที่อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.5 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวระดับต่ำ การมีโรคเรื้อรัง และการมีปัญหาการนอนหลับ

Dicken Chan และคณะ⁽⁶³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตและการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจีนในฮ่องกง พบว่า เหตุการณ์ในชีวิต 2 เหตุการณ์ และ 3 เหตุการณ์และมากกว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศชาย ส่วนในเพศหญิง พบว่าปัจจัยเสี่ยงได้แก่เหตุการณ์ในชีวิต 3 เหตุการณ์และมากกว่า โดยเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในเพศชาย ได้แก่ การสูญเสียสัตว์เลี้ยง และปัญหาทางด้านการเงิน ส่วนเพศหญิง ได้แก่ การเจ็บป่วยรุนแรง การเกิดอุบัติเหตุกับคู่สมรส และการไม่มีงานอดิเรก โดยไม่ว่าเหตุการณ์ในชีวิตด้านดีหรือร้าย ต่างก็ส่งผลต่อการเพิ่มของภาวะซึมเศร้าได้

Erdem Yaka และคณะ⁽⁶⁴⁾ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยศึกษาในผู้สูงอายุในเขตเมือง ประเทศตุรกี พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง จบการศึกษาระดับต่ำ รายได้น้อย ไม่มีงานทำ และการไม่มีประกันสุขภาพ และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดเรื้อรัง การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีรายได้น้อย และ ภาวะพึ่งพิง

H. Dessoki และคณะ⁽⁶⁵⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเมือง Beni suef ประเทศอียิปต์ โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยที่บ้านพักคนชรา กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยที่บ้านของตนเอง และมาเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ร้อยละ 89.7 และผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 56.7

Ying-Yueh Tu และคณะ⁽⁶⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ ณ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไต้หวัน พบความชุก ร้อยละ 37 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน และ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่าง

Claudia Sikorski และคณะ⁽⁶⁷⁾ ศึกษาบทบาทการสูญเสียคู่สมรสในพัฒนาการของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเป็นการศึกษาไปข้างหน้า ระยะเวลา 6 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในประเทศเยอรมัน ซึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ หลังจากนั้น 6 ปีต่อมา พบว่าการสูญเสียคู่สมรสสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ แต่ไม่สามารถทำนายโรคซึมเศร้าได้

K.Ranga Rama Krishnan และคณะ⁽⁶⁸⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้นของเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

Serap Unsar และ Necdet Sut⁽⁶⁹⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและสภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 64 และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ คุณภาพชีวิต ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประเภทของการเจ็บป่วย ได้แก่ การเคลื่อนไหว ความปวด ความวิตกกังวล และ ความซึมเศร้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปี (1 – year life event questionnaire) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire) และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อหาความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการแจกเอกสารให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย โดยให้กรอกแบบสอบถามในวันและเวลาที่นัดหมาย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้สูงอายุในเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ ซึ่งจะเริ่มทำการเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว โดยเริ่มตั้งแต่เดือนกันยายน 2557 ถึงเดือนมกราคม 2558 โดยเก็บในผู้สูงอายุทุกราย ที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion criteria) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากการสัมภาษณ์ มีเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ
3. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้
4. สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกรอก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางกายหรือจิตมากจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวชจนไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ โดยจากการซักถามประวัติและประเมินจากผู้วิจัย
2. เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น และด้านความจำหลงลืม จนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) โดยใช้ค่าระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05

$$\text{คำนวณจากสูตร } n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

1) คำนวณจากค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โดย $n =$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{\alpha} =$ ค่า z จากตาราง z เมื่อ $\alpha = 0.05$ มีค่า = 1.96

$p =$ ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ = $0.13^{(7)}$ ได้

จากการศึกษาของ อรสา ไยยอง ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีลักษณะกลุ่มประชากรที่คาดว่าจะมีความใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้มากที่สุด

$d =$ ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2(0.13)(0.87)}{(0.05)^2}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 174 คน

เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ที่สามารถตอบคำถามวิจัยได้อย่างครอบคลุม และป้องกันการผิดพลาด จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 240 คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Method)

จำนวนสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุภายใต้การดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 841 คน สติติจากการสำรวจในเดือนมกราคม 2557 โดยแบ่งออกเป็น 10 ชมรม ดังนี้

1. ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลคีรี จำนวน 36 คน

2. ชมรมผู้สูงอายุบ้านเอื้ออาทรเพชรเกษม 81	จำนวน 42 คน
3. ชมรมผู้สูงอายุพุดตาน	จำนวน 111 คน
4. ชมรมผู้สูงอายุสวัสดิการหนองแขม	จำนวน 100 คน
5. ชมรมผู้สูงอายุธรรมรักษา	จำนวน 99 คน
6. ชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านพงษ์ศิริชัย 4	จำนวน 116 คน
7. ชมรมผู้สูงอายุสงวนคำ	จำนวน 82 คน
8. ชมรมผู้สูงอายุहरรรษา 1	จำนวน 71 คน
9. ชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านวังทอง	จำนวน 104 คน
10. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์ฯ 48	จำนวน 80 คน

ผู้วิจัยเลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi – stage sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มเลือกชมรมผู้สูงอายุมา 5 ชมรม จากทั้งหมด 10 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์ฯ 48 ชมรมผู้สูงอายุพุดตาน ชมรมผู้สูงอายุสงวนคำ ชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านพงษ์ศิริชัย 4 และชมรมผู้สูงอายุ นาคสามัคคี เพื่อเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นครวัชรอุทิศทั้งหมด หลังจากนั้นทำการเก็บจำนวนตัวอย่างจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เลือกจนครบจำนวน 240 คน ตามสัดส่วนดังนี้

ชมรมผู้สูงอายุศูนย์ฯ 48	$(80 \times 240) \div 425$	=	45	คน
ชมรมผู้สูงอายุพุดตาน	$(111 \times 240) \div 425$	=	63	คน
ชมรมผู้สูงอายุสงวนคำ	$(82 \times 240) \div 425$	=	46	คน
ชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านพงษ์ศิริชัย 4	$(116 \times 240) \div 425$	=	66	คน
ชมรมผู้สูงอายุ นาคสามัคคี	$(36 \times 240) \div 425$	=	20	คน
รวมเป็น		=	240	คน

วิธีการเก็บข้อมูล (Data collection)

ทำการสุ่มเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุจากในแต่ละชมรมจนได้ครบตามสัดส่วน โดยทำการประสานงานกับประธานชมรมแต่ละแห่งเพื่อนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อทำการเก็บข้อมูล จากนั้นทำการเก็บตัวอย่างในวันที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม โดยชมรมผู้สูงอายุศูนย์ฯ 48 จะเก็บข้อมูลในวันจันทร์ และวันศุกร์ จนได้ครบตาม

จำนวนที่กำหนด ส่วนชมรมอื่นๆ จะเก็บตัวอย่างในวันที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมประจำเดือน และในส่วนที่เหลือจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขสุขภาพลงเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุ โดยเก็บจนครบตามจำนวนที่กำหนด ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 5 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2557 ถึง เดือนมกราคม 2558

เครื่องมือที่ใช้วัด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวช และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS)⁽¹⁵⁾ มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศพัฒนาขึ้นมาโดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง มีคะแนนรวมระหว่าง 0 -30 คะแนน เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่ง สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93

เกณฑ์กำหนดคะแนน กำหนดให้ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน เกณฑ์ให้ค่าคะแนนรวมของ TGDS 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึงภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี (1 – Year Life Stress Event Questionnaire)⁽¹⁶⁾ จากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของสมจิตร์ นครพานิช ซึ่งสร้างแบบสอบถามโดยอาศัยแนวทางของ Holmes และ Rahe และนำมาปรับให้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยคำถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 43 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการทำงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ เครื่องมือนี้ได้มีการนำมาทดสอบพบว่ามีความเชื่อถือของเครื่องมือที่ดี โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.99 โดยมีการกำหนดค่าคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียด ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนนแตกต่างกัน การคิดคะแนนมาจากการกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญ การแปลผลโดยอาศัยการรวมคะแนนของเหตุการณ์ในแต่ละข้อที่ผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้ประสบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา แล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ เหตุการณ์ความเครียดระดับสูง

คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนมากกว่าคะแนนเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean + 1SD) เหตุการณ์ความเครียดระดับปานกลาง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนระหว่าง mean \pm 1SD และเหตุการณ์ความเครียดระดับต่ำ คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า mean - 1SD เนื่องจากลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)⁽¹⁷⁾

เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer โดย พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ ด้านทรัพยากรและวัตถุ 4 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1 - 5 ตามลำดับ ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น โดยมีความสอดคล้องภายในที่ดี ในด้านอารมณ์มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 ด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเท่ากับ 0.88 และด้านทรัพยากรและวัตถุมีค่าเท่ากับ 0.87 โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนมากกว่า mean + 1SD การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนระหว่าง mean \pm 1SD และการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า mean - 1SD เนื่องจากลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ สร้างขึ้นโดย เพ็ญศรี

หลินศวนนท์ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม การเป็นสมาชิกของสมาคมองค์กรต่างๆ การเข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น การไปร่วมในงานสังคม การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าความเที่ยงตรงตามแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์ของมาตราส่วนประเมินค่าไว้ดังต่อไปนี้

ไม่จริงเลย คือ ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

จริงเล็กน้อย คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุบ้างเล็กน้อย

จริงปานกลาง คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่ง

จริงส่วนมาก คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก

จริงมากที่สุด คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,8,9,10 ให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริงเลย	ได้	1	คะแนน
จริงเล็กน้อย	ได้	2	คะแนน
จริงปานกลาง	ได้	3	คะแนน
จริงส่วนมาก	ได้	4	คะแนน
จริงมากที่สุด	ได้	5	คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 4,5,6,7 ให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริงเลย	ได้	5	คะแนน
จริงเล็กน้อย	ได้	4	คะแนน
จริงปานกลาง	ได้	3	คะแนน
จริงส่วนมาก	ได้	2	คะแนน
จริงมากที่สุด	ได้	1	คะแนน

โดยแบ่งการมีส่วนร่วมในชุมชนออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับสูง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนมากกว่า $\text{mean} + 1\text{SD}$ การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับปานกลาง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนระหว่าง $\text{mean} \pm 1\text{SD}$ และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า $\text{mean} - 1\text{SD}$ เนื่องจากลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. เสนอโครงการวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับการพิจารณาทางจริยธรรม
2. ขออนุญาตจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
3. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการสำนักอนามัย และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิชะระอุทิศ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
4. เข้าพบประธานชมรมผู้สูงอายุแต่ละแห่งในสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิชะระอุทิศ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 4 เดือน โดยจะเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว
5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

(Social Support Questionnaire) แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event Questionnaire) และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ

6. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้ให้ครบถ้วน และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Statistical Package for Social Science (SPSS) version 17 นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านปัจจัยต่างๆ และข้อมูลด้านภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศเป็นค่าสัดส่วนและร้อยละ ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงลักษณะ (categorical data) เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ chi-square test ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงลักษณะ (categorical data) ใช้การทดสอบที (independent t-test) และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$) หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก (logistic regression) โดยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ได้จากการวิเคราะห์ขั้นต้นเข้าสู่สมการ เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ และศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ จำนวน 240 ราย ทำการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน 2557 ถึงเดือนมกราคม 2558 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน กับ ภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในสังคม

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	173	72.1
	ชาย	67	27.9
อายุ (ปี)	60 – 65	109	45.4
	66 – 70	61	25.4
	71 ขึ้นไป	70	29.2
Mean±SD = 67.8 ± 6.5 ปี , Min = 60 ปี , Max = 87 ปี			
สถานภาพสมรส	คู่	130	54.2
	หม้าย	53	22.1
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	33	13.8
	โสด	24	10.0
ระดับการศึกษาสูงสุด (n=235)	ไม่ได้เรียน	11	4.7
	ประถมศึกษา	128	54.5
	มัธยมศึกษา/ปวช.	52	22.1
	ปวส./อนุปริญญา	12	5.1
	ปริญญาตรี	25	10.6
	สูงกว่าปริญญาตรี	7	3.0
อาชีพ (n=237)	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	113	47.7
	เกษียณอายุ/ข้าราชการบำนาญ	52	21.9
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	41	17.3
	รับจ้าง	30	12.7
	เกษตรกรรม/ประมง	1	0.4

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48
 นาควัชรอุทิศ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n=233)		
600 - 5,000 บาท	130	55.8
5,001 - 10,000 บาท	46	19.7
10,001 - 20,000 บาท	44	18.9
20,001 บาท ขึ้นไป	13	5.6
Mean±SD = 7,606.3 ± 7,974.1 บาท , Min = 600 บาท, Max = 50,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้ (n=231)		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	80	34.6
เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	78	33.8
ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	57	24.7
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	16	6.9
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (n=229)		
1 คน	9	3.9
2 คน	33	14.4
3 คน	31	13.5
4 คน	57	24.9
5 คน	40	17.5
6 คน	33	14.4
7 คน	16	7.0
8 คน	4	1.7
9 คน	5	2.2
10 คน	1	0.4
Mode = 4 คน, Median = 4 คน , Min = 1 คน , Max = 10 คน		
ผู้ดูแลหลัก		
บุตร	118	49.2
สามี/ภรรยา	77	32.1
พี่/น้อง	17	7.1
ญาติอื่นๆ	15	6.2
ไม่มีผู้ดูแล (อยู่คนเดียว)	13	5.4

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48
 นาควัชรอุทิศ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง/สิทธิผู้สูงอายุ/สิทธิผู้พิการ	141	58.7
สิทธิข้าราชการ/ลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ	69	28.8
ประกันสังคม	23	9.6
ไม่มี/ชำระเงินเอง	7	2.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	45	18.8
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 195)	195	81.2
<ul style="list-style-type: none"> ● โรคระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ และโรคไขมันในเส้นเลือด ● โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง ● โรคระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม และโรคเก๊าท์ ● โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ โรคไต ● โรคมะเร็ง ● โรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคปอด และโรคภูมิแพ้ ● โรคระบบประสาท ได้แก่ โรคปวดศีรษะ ไมเกรน โรคพาร์กินสัน และโรคลมชัก ● โรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคตับ และโรคกระเพาะอาหาร ● โรคอื่นๆ ได้แก่ ต้อเนื้อ 	150	76.9
	148	75.9
	55	28.2
	7	3.6
	5	2.6
	4	2.1
	4	2.1
	2	1.0
	1	0.5

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิษระอุทิศ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ	
ประวัติโรคทางจิตเวช	ไม่มี	227	94.6
	มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 13)	13	5.4
	• โรควิตกกังวล	9	69.2
	• โรคซึมเศร้า	6	46.2
	• โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์	1	7.7
• โรคจิตเภท	1	7.7	
การใช้แอลกอฮอล์	ไม่ใช้	207	86.3
	ใช้บางครั้ง	32	13.3
	ใช้เป็นประจำ	1	0.4
การใช้บุหรี่	ไม่ใช้	229	95.4
	ใช้บางครั้ง	10	4.2
	ใช้เป็นประจำ	1	0.4
การใช้สารเสพติดอื่นๆ	ไม่ใช้	240	100
	ใช้บางครั้ง	0	0
	ใช้เป็นประจำ	0	0

จากตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 240 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.9 มีอายุตั้งแต่ 60 – 87 ปี มีอายุเฉลี่ย 67.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.5 ปี) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 54.2 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 22.1 ตามด้วยหย่าร้าง และโสด ตามลำดับ การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 54.5) รองลงมาเป็นชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 22.1) ปริญญาตรี (ร้อยละ 10.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 47.7) เกษียณอายุ หรือเป็นข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 21.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 55.8) โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 7,606.3 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7,974.1 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากเพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 42) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 1 – 10 คน

(ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม = 4 คน) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือบุตร (ร้อยละ 49.2) รองลงมาคือสามี/ภรรยา (ร้อยละ 32.1) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่คือสิทธิบัตรทอง/สิทธิผู้สูงอายุ/สิทธิผู้พิการ (ร้อยละ 58.7)

สำหรับโรคประจำตัวทางกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 81.2) ซึ่งโรคทางกายที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ และโรคไขมันในเส้นเลือด (ร้อยละ 76.9 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกาย) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 75.9 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกาย) โรคระบบกระดูกกล้ามเนื้อและข้อ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม และโรคเก๊าท์ (ร้อยละ 28.2 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกาย) โรคระบบทางเดินปัสสาวะ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคอื่นๆ ตามลำดับ

ประวัติโรคทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.6 ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช และร้อยละ 5.4 มีประวัติโรคทางจิตเวช ซึ่งโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดได้แก่ โรควิตกกังวล (ร้อยละ 69.2 ของผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวช) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 46.2) โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ และโรคจิตเภท (ร้อยละ 7.7 ตามลำดับ)

การใช้แอลกอฮอล์ พบการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.7 การใช้บุหรี่ ร้อยละ 4.6 และไม่พบการใช้สารเสพติดอื่นๆ ร้อยละ 100

ตาราง 2 แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิชะอุทิศ

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 12 คะแนน)	203	84.6
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (13 – 18 คะแนน)	28	11.7
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (19 – 24 คะแนน)	7	2.9
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (25 – 30 คะแนน)	2	0.8

Mean±SD = 7.3±5.4 , Min = 0 คะแนน , Max = 26 คะแนน

จากตาราง 2 แสดงภาวะซึมเศร้า พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.4 (37 คน) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.7 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.9 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 0.8 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า เป็น 7.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.4)

ตาราง 3 แสดงชนิดของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ โดยเรียงลำดับจากชนิดเหตุการณ์ที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุด

ชนิดของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน (n=240)	ร้อยละ
1) ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนประจำ (เช่นนอนไม่หลับ, เวลานอนไม่แน่นอน)	121	50.4
2) ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงานหรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ	94	39.2
3) ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ	74	30.8
4) ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	71	29.6
5) การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขัดสน ผิดเคือง	62	25.8
6) ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัว	59	24.6
7) ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่นออกกำลังกายมากกว่าปกติ, ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ)	52	21.7
8) ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน, ที่ดิน)	40	16.7
9) มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว	39	16.3
10) ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์, ฟังเพลง)	36	15.0
11) คู่สมรสเสียชีวิต	34	14.2
12) เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต	32	13.3
13) สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิต หรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อยๆ หรือส่งเสียงดังรบกวน)	28	11.7
14) หย่า แยกกันอยู่	27	11.3
15) ท่านและคู่สมรสต้องจากกันนานๆ (6 เดือนขึ้นไป)	27	11.3
16) ท่านและคู่สมรสมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	25	10.4
17) มีการโยกย้ายที่อยู่	22	9.2
18) บุตรเสียชีวิต	19	7.9
19) ท่านและคู่สมรสมีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ, ชอบเที่ยว)	19	7.9
20) ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ	19	7.9
21) ท่านหรือคู่ชีวิตมีหนี้สินล้นพ้นตัว	17	7.1

ตาราง 3 แสดงชนิดของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ โดยเรียงลำดับจากชนิดเหตุการณ์ที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุด (ต่อ)

ชนิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน (n=240)	ร้อยละ
22) ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุภัยอันตรายภัย (เช่น ไฟไหม้บ้าน, น้ำท่วมบ้าน)	17	7.1
23) คู่สมรสเจ็บป่วยหนัก	15	6.3
24) ท่านต้องรับผิดชอบต่อภาระงานมากขึ้น จนไม่มีเวลาให้ครอบครัว	13	5.4
25) คู่สมรสของท่านตกงาน	11	4.6
26) บุตรเจ็บป่วยหนัก	8	3.3
27) ท่านตกงาน	8	3.3
28) ท่านเปลี่ยนงานใหม่ ซึ่งต้องมีการปรับตัว	8	3.3
29) คู่สมรสของท่าน ต้องรับผิดชอบภาระงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว	7	2.9
30) ครอบครัวของท่านถูกยึดที่ หรือไล่ที่	6	2.5
31) บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก	5	2.1
32) บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต	5	2.1
33) ท่านถูกให้ออกจากงาน	5	2.1
34) คู่สมรสให้ท่านออกจากงาน	5	2.1
35) ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	4	1.7
36) ท่านหรือคู่สมรส เสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท, ถูกประจาน)	4	1.7
37) ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค, เอชไอ)	3	1.3
38) กิจกรรมของท่านหรือครอบครัวขาดทุน หรือล้มเลิกกิจการไป	3	1.3
39) ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก	2	0.8
40) ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา	2	0.8
41) ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	2	0.8
42) คู่สมรสของท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	1	0.4
43) คู่สมรสของท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	0	0

จากตาราง 3 แสดงชนิดของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชะอุทิศ โดยเรียงลำดับมากไปน้อย พบว่า ชนิดของเหตุการณ์ความเครียดที่พบมากที่สุด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอน (ร้อยละ 50.4) การเจ็บป่วยที่ไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงานหรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ (ร้อยละ 39.2) การดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ (ร้อยละ 30.8) การเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (ร้อยละ 29.6) การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขาดสน ผิดเคือง (ร้อยละ 25.8) การที่ต้องหาเลี้ยงครอบครัว (ร้อยละ 24.6) การใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (ร้อยละ 21.7) และอื่นๆ ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงด้านของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชะอุทิศ โดยเรียงตามลำดับด้านของเหตุการณ์ความเครียดที่พบจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด

ด้านของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
1)ด้านสุขภาพ	204	85.0
2)ด้านครอบครัว	148	61.7
3)ด้านเศรษฐกิจ	115	47.9
4)ด้านสังคม	69	28.7
5)ด้านการทำงาน	44	18.3

จากตาราง 4 แสดงด้านของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชะอุทิศ พบว่า ด้านสุขภาพ พบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ร้อยละ 85.0 ด้านครอบครัว พบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ร้อยละ 61.7 ด้านเศรษฐกิจ พบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ร้อยละ 47.9 ด้านสังคม พบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ร้อยละ 28.7 และด้านการทำงาน พบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ร้อยละ 18.3 ตามลำดับ

ตาราง 5 แสดงระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต		จำนวน	ร้อยละ
		(n = 240)	
ระดับต่ำ	(< 4.11 คะแนน)	11	4.6
ระดับปานกลาง	(4.11 – 57.93 คะแนน)	198	82.5
ระดับสูง	(> 57.93 คะแนน)	31	12.9
Mean±SD = 31.02±26.91 , Min = 0 คะแนน , Max = 138.39 คะแนน			

จากตาราง 5 แสดงระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.5) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คือ 31.02 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.91) ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับต่ำ (ร้อยละ 4.6) และความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง (ร้อยละ 12.9)

ตาราง 6 แสดงระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ จำแนกตามด้าน

ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต			จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
ด้านสุขภาพ	ระดับต่ำ	(< 7.73 คะแนน)	36	15.0
	ระดับปานกลาง	(7.73 – 18.72 คะแนน)	163	67.9
	ระดับสูง	(> 18.72 คะแนน)	41	17.1
Mean±SD = 10.99±7.73 , Min = 0 คะแนน , Max = 35.67 คะแนน				
ด้านครอบครัว	ระดับต่ำ	(0 คะแนน)	92	38.3
	ระดับปานกลาง	(> 0 – 17.56 คะแนน)	91	37.9
	ระดับสูง	(> 17.56 คะแนน)	57	23.8
Mean±SD = 8.46±9.10 , Min = 0 คะแนน , Max = 41.06 คะแนน				
ด้านเศรษฐกิจ	ระดับต่ำ	(0 คะแนน)	125	52.1
	ระดับปานกลาง	(> 0 – 14.37 คะแนน)	68	28.3
	ระดับสูง	(> 14.37 คะแนน)	47	19.6
Mean±SD = 6.21±8.16 , Min = 0 คะแนน , Max = 33.73 คะแนน				
ด้านสังคม	ระดับต่ำ	(0 คะแนน)	171	71.3
	ระดับปานกลาง	(> 0 – 8.33 คะแนน)	42	17.5
	ระดับสูง	(> 8.33 คะแนน)	27	11.3
Mean±SD = 2.89±5.44 , Min = 0 คะแนน , Max = 35.04 คะแนน				
ด้านการงาน	ระดับต่ำ	(0 คะแนน)	196	81.7
	ระดับปานกลาง	(> 0 – 8.97 คะแนน)	27	11.3
	ระดับสูง	(> 8.97 คะแนน)	17	7.1
Mean±SD = 2.47±6.5 , Min = 0 คะแนน , Max = 39.91 คะแนน				

จากตาราง 6 แสดงระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ จำแนกตามด้าน แบ่งได้ 5 ด้านคือ

ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดด้านสุขภาพระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.9 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดด้านสุขภาพ คือ 10.99 คะแนน

ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในด้านต่างๆระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 38.3, 52.1, 71.3 และ 81.7 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดของด้านต่างๆ คือ 8.46 คะแนน, 6.21 คะแนน, 2.89 คะแนน และ 2.47 คะแนน ตามลำดับ

ตาราง 7 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (< 43.59 คะแนน)	31	12.9
ระดับปานกลาง (43.59 – 63.71 คะแนน)	175	72.9
ระดับสูง (> 63.71 คะแนน)	34	14.2
Mean±SD = 53.65 ±10.06 , Min = 19 คะแนน , Max = 75 คะแนน		

จากตาราง 7 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.9) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม คือ 53.65 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.06) การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ร้อยละ 12.9) และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (ร้อยละ 14.2)

ตาราง 8 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ จำแนกตามด้าน

การสนับสนุนทางสังคม		จำนวน	ร้อยละ
		(n = 240)	
ด้านอารมณ์	ระดับต่ำ (< 21.25 คะแนน)	38	15.8
	ระดับปานกลาง (21.25 – 31.11 คะแนน)	171	71.3
	ระดับสูง (> 31.11 คะแนน)	31	12.9
Mean±SD = 26.18±4.93 , Min = 7 คะแนน , Max = 35 คะแนน			
ด้านข้อมูลข่าวสาร	ระดับต่ำ (< 11.34 คะแนน)	27	11.3
	ระดับปานกลาง (11.34 – 17.68 คะแนน)	170	70.8
	ระดับสูง (> 17.68 คะแนน)	43	17.9
Mean±SD = 14.51±3.17 , Min = 4 คะแนน , Max = 20 คะแนน			
ด้านทรัพยากรและวัตถุ	ระดับต่ำ (< 9.15 คะแนน)	44	18.3
	ระดับปานกลาง (9.15 – 16.75 คะแนน)	163	67.9
	ระดับสูง (> 16.75 คะแนน)	33	13.8
Mean±SD = 12.95±3.8 , Min = 4 คะแนน , Max = 20 คะแนน			

จากตาราง 8 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ จำแนกตามด้าน แบ่งได้ 3 ด้านคือ

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรและวัตถุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.3, 70.8 และ 67.9 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ คือ 26.18 คะแนน, 14.51 คะแนน และ 12.95 คะแนน ตามลำดับ

ตาราง 9 แสดงระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการ
สาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

การมีส่วนร่วมในชุมชน		จำนวน	ร้อยละ
		(n = 240)	
ระดับต่ำ	(< 33 คะแนน)	54	22.5
ระดับปานกลาง	(33 – 45คะแนน)	152	63.3
ระดับสูง	(> 45 คะแนน)	34	14.2
Mean±SD = 39.03 ±6.03 , Min = 22 คะแนน , Max = 50 คะแนน			

จากตาราง 9 แสดงระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการมีส่วนร่วมในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.3) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนคือ 39.03 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.03) การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ (ร้อยละ 22.5) และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับสูง (ร้อยละ 14.2)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ (n=240)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มี (n=203)		มี (n=37)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	143	82.7	30	17.3	1.760	0.185
ชาย	60	89.6	7	10.4		
อายุ (ปี)						
60 – 70	140	82.4	30	17.6	2.224	0.136
71 ขึ้นไป	63	90	7	10		
สถานภาพสมรส						
คู่อยู่ด้วยกัน	116	89.2	14	10.8	4.698	0.030*
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	87	79.1	23	20.9		
ระดับการศึกษาสูงสุด (n=235)						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	113	81.3	26	18.7	3.007	0.083
มัธยมศึกษาขึ้นไป	86	89.6	10	10.4		
อาชีพ (n=237)						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณฯ	142	86.1	23	13.9	0.659	0.417
ค้าขาย/รับจ้าง/เกษตรกร	59	81.9	13	18.1		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n=233)						
600 - 10,000 บาท	148	84.1	28	15.9	0.444	0.505
10,001 บาทขึ้นไป	50	87.7	7	12.3		
ความเพียงพอของรายได้ (n=231)						
เพียงพอ	142	89.9	16	10.1	11.321	0.001**
ไม่เพียงพอ	53	72.6	20	27.4		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (n=229)						
1 – 4 คน	112	86.2	18	13.8	0.238	0.625
5 – 10 คน	83	83.8	16	16.2		

ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัระอุทิศ (n=240) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มี (n=203)		มี (n=37)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ดูแลหลัก						
สามี/ภรรยา,บุตร	169	86.7	26	13.3	3.462	0.063
พี่น้อง,ญาติอื่นๆ,ไม่มีผู้ดูแล	34	75.6	11	24.4		
สิทธิการรักษา						
บัตรทอง/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ	115	81.6	26	18.4	2.396	0.122
ข้าราชการ/ประกันสังคม/ชำระเงินเอง	88	88.9	11	11.1		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	40	88.9	5	11.1	0.787	0.375
มี	163	83.6	32	16.4		
ประวัติโรคทางจิตเวช						
ไม่มี	198	87.2	29	12.8	22.422	<0.001 ^{a**}
มี	5	38.5	8	61.5		
การใช้แอลกอฮอล์						
ไม่เคยใช้	176	85	31	15	0.224	0.636
ใช้บางครั้ง หรือ ใช้เป็นประจำ	27	81.8	6	18.2		
การใช้บุหรี่						
ไม่เคยสูบ	194	84.7	35	15.3	0.068	0.680
ใช้บางครั้ง หรือ ใช้เป็นประจำ	9	81.8	2	18.2		

*p<0.05, **p<0.01, a = Fisher's Exact

จากตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (p<0.05) ความไม่เพียงพอของรายได้ (p<0.01) และมีประวัติโรคทางจิตเวช (p<0.01)

ตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ (n=240)

ปัจจัยทางจิตสังคม	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มี (n=203)		มี (n=37)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต						
ระดับต่ำ – ปานกลาง	187	89.5	22	10.5	29.676	<0.001 ^{a**}
ระดับสูง	16	51.6	15	48.4		
การสนับสนุนทางสังคม						
ระดับต่ำ	20	64.5	11	35.5	10.993	0.002 ^{a**}
ระดับปานกลาง – สูง	183	87.6	26	12.4		
การมีส่วนร่วมในชุมชน						
ระดับต่ำ	37	68.5	17	31.5	13.790	<0.001 ^{**}
ระดับปานกลาง – สูง	166	89.2	20	10.8		

*p<0.05, **p<0.01, a = Fisher's Exact

จากตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ (p<0.01)

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัด ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ จำแนกตามด้าน (n=240)

ปัจจัย		ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p - value
		ไม่มี (n=203)		มี (n=37)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านสุขภาพ	ระดับต่ำ	35	97.2	1	2.8	5.188	0.023*
	ระดับปานกลาง - สูง	168	82.4	36	17.6		
ด้านครอบครัว	ระดับต่ำ	89	96.7	3	3.3	16.9.6	<0.001**
	ระดับปานกลาง - สูง	114	77.0	34	23.0		
ด้านเศรษฐกิจ	ระดับต่ำ	118	94.4	7	5.6	19.279	<0.001**
	ระดับปานกลาง - สูง	85	73.9	30	26.1		
ด้านการงาน	ระดับต่ำ	173	88.3	23	11.7	11.115	0.001**
	ระดับปานกลาง - สูง	130	68.2	14	31.8		
ด้านสังคม	ระดับต่ำ	146	85.4	25	14.6	0.290	0.590
	ระดับปานกลาง - สูง	57	82.6	12	17.4		

*p<0.05, **p<0.01, a = Fisher's Exact

จากตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ด้านระดับความรุนแรงของ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามด้าน กับภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ พบว่าปัจจัย ทางจิตสังคมด้านระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำแนกตามด้าน ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเครียดด้านสุขภาพระดับปานกลาง - สูง (p<0.05) ความเครียดด้านครอบครัวระดับปานกลาง - สูง (p<0.01) ความเครียดด้านเศรษฐกิจระดับปานกลาง - สูง (p<0.01) และความเครียดด้านการงานระดับปานกลาง - สูง (p<0.01) ส่วนด้านที่ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ด้านสังคม

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ จำแนกตามด้าน (n=240)

ปัจจัย		ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p - value
		ไม่มี (n=203)		มี (n=37)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านอารมณ์	ระดับต่ำ	25	65.8	13	34.2	12.229	<0.001**
	ระดับปานกลาง - สูง	178	88.1	24	11.9		
ด้านข้อมูลข่าวสาร	ระดับต่ำ	21	77.8	6	22.2	1.081	0.272
	ระดับปานกลาง - สูง	182	85.4	31	14.6		
ด้านทรัพยากรและวัสดุ	ระดับต่ำ	33	75.0	11	25.0	3.795	0.051
	ระดับปานกลาง - สูง	170	86.7	26	13.3		

*p<0.05, **p<0.01, a = Fisher's Exact

จากตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ด้านระดับการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ จำแนกตามด้าน พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมด้านระดับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามด้าน ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (p<0.01)

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ โดยใช้สถิติทดสอบที (n=240)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	คะแนนซึมเศร้า		t	p-value
		Mean	SD		
เพศ					
หญิง	173	7.53	5.80	1.128	0.261
ชาย	67	6.76	4.21		
อายุ (ปี)					
60 - 70	170	7.58	5.60	1.248	0.214
71 ขึ้นไป	70	6.67	4.89		
สถานภาพสมรส					
คู่อยู่ด้วยกัน	130	6.46	4.72	-2.634	0.009**
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	110	8.32	5.98		
ระดับการศึกษาสูงสุด (n=235)					
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	139	8.15	5.82	3.20	0.002**
มัธยมศึกษาขึ้นไป	96	6.00	4.47		
อาชีพ (n=237)					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณฯ	165	7.25	5.42	-0.147	0.883
ค้าขาย/รับจ้าง/เกษตรกรกรรม	72	7.36	5.40		
รายได้ (n=233)					
600 – 10,000 บาท	176	7.85	5.61	2.882	0.004**
10,001 บาทขึ้นไป	57	5.49	4.50		
ความเพียงพอของรายได้ (n=231)					
เพียงพอ	158	6.05	4.54	-5.022	<0.001**
ไม่เพียงพอ	73	10.08	6.13		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (n=229)					
1 – 4 คน	130	7.28	5.45	-0.50	0.960
5 – 10 คน	99	7.31	5.41		

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัระอุทิศ โดยใช้สถิติทดสอบที (n=240) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	คะแนนซึมเศร้า		t	p-value
		Mean	SD		
ผู้ดูแลหลัก					
สามี/ภรรยา,บุตร	195	7.03	4.99	-1.411	0.164
พี่/น้อง,ญาติอื่นๆ,ไม่มีผู้ดูแล	45	8.56	6.87		
สิทธิการรักษา					
บัตรทอง/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ	141	8.25	5.58	3.364	0.001**
ข้าราชการ/ประกันสังคม/ชำระเงินเอง	99	5.98	4.87		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	45	6.24	4.43	-1.474	0.142
มี	195	7.56	5.59		
ประวัติโรคทางจิตเวช					
ไม่มี	227	6.94	5.04	-3.232	0.007**
มี	13	13.77	7.52		
การใช้แอลกอฮอล์					
ไม่เคยใช้	207	7.18	5.41	0.982	0.338
ใช้บางครั้ง หรือ ใช้เป็นประจำ	33	8.16	5.36		
การใช้บุหรี่					
ไม่เคยสูบ	229	7.27	5.42	0.838	0.586
ใช้บางครั้ง หรือ ใช้เป็นประจำ	11	8.18	5.19		

*p<0.05, **p<0.01

จากตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (p<0.01) ระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา (p<0.01) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600 - 10,000 บาท (p<0.01) ความไม่เพียงพอของรายได้ (p<0.01) สิทธิการรักษาประเภทบัตรทอง (p<0.01) และมีประวัติโรคทางจิตเวช (p<0.01)

ตาราง 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ โดยใช้สถิติทดสอบที (n=240)

ปัจจัยทางจิตสังคม	N	คะแนนซึมเศร้า		t	p-value
		Mean	SD		
ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต					
ระดับต่ำ – ปานกลาง	209	6.59	5.00	-5.693	<0.001**
ระดับสูง	31	12.16	5.61		
การสนับสนุนทางสังคม					
ระดับต่ำ	31	10.74	6.54	3.896	<0.001**
ระดับปานกลาง – สูง	209	6.80	5.04		
การมีส่วนร่วมในชุมชน					
ระดับต่ำ	54	9.19	6.86	2.422	0.018*
ระดับปานกลาง – สูง	186	6.77	4.79		

*p<0.05, **p<0.01

จากตาราง 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง (p<0.01) การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (p<0.01) และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ (p<0.05)

ตาราง 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์
เพียร์สัน (Pearson's correlation)

ปัจจัย	คะแนนซึมเศร้า	
	Pearson's correlation coefficient	p - value
คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	0.499	<0.001**
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	-0.282	<0.001**
คะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชน	-0.227	<0.001**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตาราง 16 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ คะแนน
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คะแนนการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชน กับ
คะแนนซึมเศร้า ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่า

คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคะแนนซึมเศร้า โดยมีค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ 0.499
($p < 0.01$)

คะแนนการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชน มีความสัมพันธ์ในทางลบ
กับคะแนนซึมเศร้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ (Pearson's correlation
coefficient) เท่ากับ -0.282 ($p < 0.01$) และ -0.227 ($p < 0.01$) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ ใช้การวิเคราะห์ binary logistic regression ด้วยวิธีการ Enter โดยปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์โดยสถิติ Chi square และ Independent t-test ที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคทางจิตเวช ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ตาราง 17 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)

ปัจจัย	Adjusted Odd Ratio (OR)	95% CI of adjusted OR		p-value
		Lower	Upper	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3.717	1.394	9.912	0.009**
ความไม่เพียงพอของรายได้	2.292	.919	5.713	0.075
ประวัติโรคทางจิตเวช	12.325	2.518	60.337	0.002**
ปัจจัยทางจิตสังคม				
ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	10.246	3.367	31.181	<0.001**
ระดับสูง				
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	2.414	.804	7.251	0.116
การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ	7.162	2.655	19.323	<0.001**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตาราง 17 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ($p < 0.01$) มีประวัติโรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง ($p < 0.01$) และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ($p < 0.01$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross – sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ 240 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน 2557 จนถึง เดือน มกราคม 2558 ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคน ตอบแบบสอบถาม 5 แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี (1 – Year Life Event Questionnaire) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 240 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.9 มีอายุตั้งแต่ 60 – 87 ปี มีอายุเฉลี่ย 67.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.5 ปี) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 54.2 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 22.1 ตามด้วยหย่าร้าง และโสด ตามลำดับ การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.1 ปริญญาตรี ร้อยละ 10.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.7 เกษียณอายุ หรือเป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 21.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 55.8 โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 7,606.3 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7,974.1 บาท ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 42 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 1 – 10 คน (ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม = 4 คน) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือบุตร ร้อยละ 49.2 รองลงมาคือสามี/ภรรยา ร้อยละ 32.1 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่คือ สิทธิบัตรทอง/สิทธิผู้สูงอายุ/สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 58.7

สำหรับโรคประจำตัวทางกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 81.2 ซึ่งโรคทางกายที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ และโรคไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 76.9 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.9 โรคระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม และโรคเก๊าท์ ร้อยละ 28.2 โรคระบบทางเดินปัสสาวะ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคอื่นๆ ตามลำดับ

ประวัติโรคทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช ร้อยละ 94.6 และมีประวัติโรคทางจิตเวช ร้อยละ 5.4 ซึ่งโรคทางจิตที่พบมากที่สุดได้แก่ โรควิตกกังวล ร้อยละ 69.2 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 46.2 โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ และโรคจิตเภท ร้อยละ 7.7 ตามลำดับ

การใช้แอลกอฮอล์ พบการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.7 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 4.6 และไม่พบการใช้สารเสพติดอื่นๆ ร้อยละ 100

ความชุกของภาวะซึมเศร้า พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.7 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.9 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 0.8 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าคือ 7.3 คะแนน

ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ผู้สูงอายุประสบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชะอุทิศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.5) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คือ 31.02 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.91) ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับต่ำ (ร้อยละ 4.6) และความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง (ร้อยละ 12.9)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชะอุทิศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.9) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม คือ 53.65 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.06) การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ร้อยละ 12.9) และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (ร้อยละ 14.2)

การมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชะอุทิศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการมีส่วนร่วมในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.3) โดย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนคือ 39.03 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.03) การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ (ร้อยละ 22.5) และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับสูง (ร้อยละ 14.2)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ($p < 0.05$) ระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ($p < 0.01$) ความไม่เพียงพอของรายได้ ($p < 0.01$) สิทธิการรักษาประเภทบัตรทองฯ ($p < 0.01$) และมีประวัติโรคทางจิตเวช ($p < 0.01$)

ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง ($p < 0.01$) การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ($p < 0.01$) และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ($p < 0.01$)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ($p < 0.01$) ประวัติโรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง ($p < 0.01$) และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ($p < 0.01$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 15.4 โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ อรสา ไยยอง และ พิรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽⁷⁾ ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.2 โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS)

ในการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากกลุ่มที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในชุมชนทั่วไป การศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การศึกษาในสถานสงเคราะห์

หรือบ้านพักคนชรา และการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าในชมรมผู้สูงอายุ พบภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าในที่อื่นๆ ดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา หรือสถานสงเคราะห์ จะพบว่าค่าความชุกของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีค่าต่ำกว่า ดังเช่นการศึกษาของศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์⁽⁵³⁾ ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.4 จากการศึกษาของ สมใจ โชติธนพันธ์ุ⁽⁵⁴⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุบ้านบางแค พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.1 รวมทั้งการศึกษาของ Ying-Yueh Tu และคณะ⁽⁶⁶⁾ ศึกษาอารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ ณ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไต้หวัน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37 และการศึกษาของ H. Dessoki และคณะ⁽⁶⁵⁾ ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชราถึงร้อยละ 89.7 และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 56.7 โดยการที่ผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชรา หรือสถานสงเคราะห์นั้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะจากครอบครัว

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่มีโรคทางกาย หรือในโรงพยาบาล จะพบว่าค่าความชุกของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีค่าต่ำกว่า เช่นการศึกษาของเกริกชัย พิชัย⁽⁵⁷⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43.1 และการศึกษาของ Serap Unsar และ Necdet Sut⁽⁶⁹⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 64 โดยปัจจัยจากการมีโรคทางกายเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีค่าสูง

และเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนโดยทั่วไป จะพบว่าค่าความชุกของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุก็มีค่าต่ำกว่าเช่นกัน เช่นการศึกษาของมาโนช ทับมณี⁽⁴⁶⁾ พบว่ามีค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 35.1 งานของเพ็ญศรี หลินศุวนนท์⁽⁸⁾ พบค่าความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 22 ในการศึกษาของภัทรา เสงี่ยมในเมือง⁽⁵¹⁾ พบค่าความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 28.35 และ Taizo Wada และคณะ⁽⁶¹⁾ พบค่าความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศอินโดนีเซีย เวียดนาม และญี่ปุ่น ร้อยละ 33.8 17.2 และ 30.3 ตามลำดับ ซึ่งการที่พบค่าความชุกสูงกว่าในชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของกลุ่ม

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบภาวะซึมเศร้าที่มีค่าต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ เช่น ในชุมชน ในสถานสงเคราะห์ และในโรงพยาบาล เนื่องมาจากปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุในแต่ละแห่ง มีความแตกต่างกัน ทั้งเรื่องของปัจจัยทางร่างกาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน และการมีส่วนร่วมในสังคมที่แตกต่างกัน เป็นต้น

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ความไม่เพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาประเภทบัตรทอง ประวัติโรคทางจิตเวช เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ

โดยสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจาก การมีคู่สมรส เสมือนการมีเพื่อนคู่คิด ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีคนคอยช่วยเหลือ พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้คำปรึกษาต่างๆได้เมื่อเกิดปัญหา ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลำบากใจ ลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มาโนช ทับณิ⁽⁴⁶⁾ จินตนา เหลือศิริเธียร⁽¹⁴⁾ อิงใจ จันทมูล⁽⁴⁸⁾ สมใจ โชติชนพันธ์⁽⁵⁴⁾ และเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ⁽⁴⁷⁾ ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ด้านของระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป เนื่องจาก ระดับการศึกษาที่สูงจะแสดงถึงโอกาสในการประกอบอาชีพ และเงินออมในวัยสูงอายุที่มากขึ้น รวมทั้งทักษะในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลือศิริเธียร⁽¹⁴⁾ อิงใจ จันทมูล⁽⁴⁸⁾ เกริกชัย พิชัย⁽⁵⁷⁾ และเพ็ญศรี หลินศุนนท⁽⁸⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ หรือไม่ได้รับการศึกษา จะพบภาวะซึมเศร้ามากกว่า

ในส่วนของความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ เนื่องจากผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่มีปัญหา ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆที่มีความจำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอจึงเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ในหลายรายที่ยังต้องประกอบอาชีพอยู่ ซึ่งส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเอง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽⁷⁾ กาญจนา พุ่งไพศาล⁽⁵⁰⁾ เกริกชัย พิชัย⁽⁵⁷⁾ และศิริราไพ สุวัฒนคุปต์⁽⁵³⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยพบว่าปัจจัยรายได้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านของสิทธิการรักษาพยาบาล จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทบัตรทอง/สิทธิผู้พิการ/สิทธิผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม และผู้ที่ชำระเงินเอง แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-Square พบว่าสิทธิการรักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายได้ โดยการที่แบ่งกลุ่มภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าต่ำ - รุนแรง อาจจะทำให้ไม่เห็นถึงความแตกต่างเมื่อผู้สูงอายุมีสิทธิการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน แต่เมื่อดูตามคะแนนซึมเศร้าแล้ว จะพบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันนั้น มีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประเภทบัตรทอง อาจมีความแตกต่างในฐานะทางเศรษฐกิจกับผู้ที่ใช้สิทธิการรักษาประเภทอื่น โดยผู้ที่ใช้สิทธิบัตรทอง มักเป็นผู้สูงอายุซึ่งไม่มีรายได้ แตกต่างกับผู้ที่ใช้สิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิข้าราชการ หรือชำระเงินเอง ซึ่งอาจจะมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่มากกว่า โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเรื่องความเพียงพอของรายได้ โดยไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบว่าสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Erdem Yaka และคณะ⁽⁶⁴⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง ประเทศตุรกี พบว่าการที่ผู้สูงอายุไม่มีประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้

ในส่วนของประวัติโรคทางจิตเวช เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เช่นกัน โดยผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคทางจิตเวช จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช เนื่องจากผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช จะมีความบกพร่อง ทั้งด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ และความคิด ซึ่งมักมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Erdem Yaka และคณะ⁽⁶⁴⁾ Serep Unsar และ Necdet Sut⁽⁶⁹⁾ และอรสา ไยยอง และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าประวัติโรคทางจิตเวชเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแล้ว ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่ได้ทำการศึกษา ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน ล้วนเป็นปัจจัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทั้งสิ้น ดังนี้

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความเครียดในชีวิตระดับสูง จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความเครียดในชีวิตระดับต่ำ – ปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์⁽⁵³⁾ Guolong Liang และคณะ⁽⁵²⁾ และ K.Ranga Rama Krishnan⁽⁶⁸⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งเหตุการณ์ความเครียดเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา โดยผู้สูงอายุส่วนมาก จะพบความเครียดในด้านสุขภาพ ครอบครัว และเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ ดังแสดงในตาราง 4 และจากตาราง 3 จะพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่พบมากในผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอน การเจ็บป่วยทั้งที่ต้องเข้าโรงพยาบาลและไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล และการดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ โดยการที่พบเหตุการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นอันดับแรก เนื่องจากปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และโรคซึมเศร้าตามมา หรือปัญหาการนอนไม่หลับอาจจะเป็นอาการหนึ่งของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ และในข้อคำถามการดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ ในข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ แต่ในข้อคำถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตดังกล่าวพบสูงสุดเป็นอันดับที่ 3 อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มกาแฟ จึงทำให้พบเหตุการณ์ความเครียดนี้ได้มาก ด้านครอบครัว ได้แก่ การมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว การที่คู่สมรสเสียชีวิต และการหย่า แยกกันอยู่ หรือต้องจากกันเป็นเวลานานๆ ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การใช้จ่ายในครอบครัวขาดสน และมีภาระผ่อนส่งของที่มีราคาสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chun-Te Lee และคณะ⁽⁵⁹⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าด้าน

ของความเครียดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐกิจ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Dicken Chan และคณะ⁽⁶³⁾ พบว่าปัญหาด้านการเงิน การเจ็บป่วย รุนแรง และการเกิดอุบัติเหตุกับคู่สมรส ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และการศึกษาของ Claudia Sikorski และคณะ⁽⁶⁷⁾ ศึกษาพบว่าเหตุการณ์ในชีวิตในการสูญเสียคู่สมรส สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยเหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ สามารถอธิบายได้จากเรื่องการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ โดยการเปลี่ยนผ่านบทบาทของคนที่อยู่ในวัยสูงอายุ จะต้องเผชิญทั้ง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเมื่อเกิดความเสื่อมลงของสภาพร่างกาย ส่งผลต่อโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ดังเช่นเหตุการณ์ความเครียดในด้านของสุขภาพ จะเห็นได้ว่าพบได้สูงที่สุด การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ จากผู้ซึ่งเคยเป็นผู้ดูแลผู้อื่น มีบทบาทหน้าที่ในที่ทำงาน เมื่อถึงวัยสูงอายุ หรือต้องเกษียณออกจากงาน ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในบทบาทต่างๆเหล่านี้ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องเกิดการปรับตัว ในเรื่องของหน้าที่การงาน ก็อาจจะส่งผล ต่อปัญหาในเรื่องของเศรษฐกิจตามมา ได้แก่รายได้ที่ลดลง ทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ในส่วนของ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในด้านครอบครัว เป็นเรื่องธรรมดาซึ่งเกิดขึ้นกับคนในวัยนี้ ก็คือ การ สูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส หรือเพื่อนฝูง รวมทั้งความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจาก แตกต่างของช่วงวัย ทำให้บางครั้งเกิดความคิดเห็นไม่ตรงกันในครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งกัน ในครอบครัวตามมาได้ ซึ่งส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระดับต่ำ จะพบว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง - สูง เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ย่อมแสดงถึงการได้รับกำลังใจ ความช่วยเหลือ ต่างๆ ทั้งจากคนในครอบครัวเอง คนในชุมชน หรือหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดความกังวลใจเมื่อเกิด ปัญหา และสามารถจัดการกับปัญหาได้ จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี และลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลือศิริเธียร⁽¹⁴⁾ สมใจ โชติธนพันธุ์⁽⁵⁴⁾ ภัทรภร วีริ ยวงศ์⁽⁵⁶⁾ และชลธิชา บุญศิริ⁽⁵⁾ ศึกษาพบว่าผู้การสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Iris Chi Kee-Lee Chou⁽⁶⁰⁾ ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจีนในประเทศฮ่องกง พบว่า การสนับสนุนทาง สังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ และความพึงพอใจจากการได้รับการสนับสนุน ทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งการศึกษาของ Ying-Yueh Tu และ คณะ⁽⁶⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจาก กลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมในชุมชน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเช่นกัน โดยผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในชุมชนระดับปานกลาง – สูง เนื่องจาก การมีส่วนร่วมในชุมชน แสดงถึงการเข้ามามีบทบาทและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการได้พบปะพูดคุยกัน การได้ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันในกลุ่ม ยังส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด และแบ่งปันความรู้สึกต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว โดยในชมรมผู้สูงอายุนั้น แต่ละแห่งจะมีกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่ละชมรม โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ ได้แก่ การออกกำลังกายร่วมกัน การสวดมนต์ไหว้พระ การทำกิจกรรมร่วมกันในวันสำคัญต่างๆ กิจกรรมการฝึกอาชีพ และการทัศนศึกษา เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิก เกิดความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม รู้สึกถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เนื่องจากได้ทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวม ทำให้ได้เพื่อนเพิ่มขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น (Social Support) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เหลือศิริเธียร⁽¹⁴⁾ กาญจนา พุงไพศาล⁽⁵⁰⁾ ศิริร่ำไพ สุวัฒน์คุปต์⁽⁵³⁾ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ⁽⁵⁸⁾ และเพ็ญศรี หลินศวนนท์⁽⁸⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของกนกรัตน์ สุขะตุจคะ และคนอื่นๆ⁽⁴⁹⁾ และมาโนช ทับมณี⁽⁴⁶⁾ ซึ่งพบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษานี้ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีประวัติโรคทางจิตเวช เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การมีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม เป็นปัจจัยที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการที่มีโรคทางจิตเวชเดิม จะส่งผลต่อระบบต่างๆของร่างกาย ซึ่งทำให้ทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีความแปรปรวนมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติโรคทางจิตเวช ซึ่งสามารถส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำนายภาวะซึมเศร้าที่ดีที่สุด ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุที่พบมาก ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ ตามลำดับ ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึก โดยเฉพาะในส่วนของ การสูญเสีย เช่น เสียคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว และการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดได้บ่อยในวัยสูงอายุ โดยอาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่ประสบเหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จะพบได้ต่ำกว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ เช่น สถานสงเคราะห์ บ้านพักคนชรา ในโรงพยาบาล และในชุมชน และพบได้มากใน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา มีรายได้ไม่เพียงพอ มีสิทธิการรักษาประเภทบัตรทอง มีประวัติโรคทางจิตเวช มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ดังนั้น ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุ จึงควรให้ความสำคัญกับ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ รวมถึงการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา หากผู้สูงอายุได้มีการผ่อนคลายความเครียด และมีคนคอยให้คำปรึกษาในเรื่องปัญหาและความเครียดต่างๆที่อยู่ใจ จะสามารถช่วยในเรื่องของการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลงได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ลักษณะทั่วไปและปัจจัยต่างๆของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษานี้ ดังนั้นผู้ที่จะนำไปใช้ในการอ้างอิงอาจต้องพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนั้นๆด้วยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัย ที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

การนำผลวิจัยไปประยุกต์

1. จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จะพบภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ หรือไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

ต่างๆของชุมชน เช่น การเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้รับการสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การพบปะสังสรรค์ พุดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมนันทนาการต่างๆ การสวดมนต์ไหว้พระร่วมกัน ออกกำลังกายร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีเพื่อนที่คอยรับฟัง และให้คำปรึกษา โดยการมีส่วนร่วมต่างๆนี้ จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลงได้

2. ปัจจัยทางจิตสังคม ทั้งด้านของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน ต่างก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอีกด้วย ดังนั้น การให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆเหล่านี้ จะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่เผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง หรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ เพื่อที่จะได้คัดกรอง และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสามารถดูแลได้อย่างทัน่วงที

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ โดยด้านที่พบมากในผู้สูงอายุ และมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ หากมีการศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆเหล่านี้ เช่นการศึกษาในเชิงคุณภาพ จะทำให้เกิดความเข้าใจปัจจัยทางด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มากขึ้น

2. การมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายที่สำคัญกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึก ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการทำการศึกษเป็นเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษากิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม การให้ความร่วมมือต่างๆ เป็นต้น โดยการทำการศึกษาในเชิงคุณภาพ จะทำให้สามารถเข้าใจความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในชุมชนกับภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น เห็นรายละเอียดในเชิงลึกที่มากขึ้น

3. การศึกษาเพิ่มเติมในเชิง intervention เช่น เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีส่วนร่วมในกิจกรรม กับกลุ่มที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่นการให้โปรแกรมกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในทั้ง 2 กลุ่ม ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เพื่อนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุได้



รายการอ้างอิง

1. Wongpakaran N. Geriatric Psychiatry in Thailand. J Psychiatr Assoc Thailand. 2008;53(Supplement 1):39-46.
2. เรณูการ์ ทองคำรอด. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2550. Available from: http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_8.html.
3. สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล. อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุบทฟื้นฟูวิชาการ. ศรีนครินทร์วารสาร 2543;15(1):23-7.
4. ธรณินทร์ กองสุข. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย ผลจากการสำรวจระดับชาติทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข2551. Available from: <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>.
5. ชลธิชา บุญศิริ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาลกรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
6. อรพรรณ ทองแดง และคณะ. งานวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
7. อรสา ไยยอง, พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(2):117-28.
8. เพ็ญศรี หลินศวนนท์. การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
9. Selye H. The stress of life. New York: McGraw - Hill; 1976.
10. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38:300-14.
11. ศุภรีใจ เจริญสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาท ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
12. Schaefer C., Coyne J. C., Lazarus R. S. The health-related functions of social support. Journal of behavioral medicine. 1981;4:381-406.
13. สุนันทา คุ่มเพชร. อิทธิพลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความ ต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง: มหาวิทยาลัย ศิลปากร; 2545.

14. จินตนา เหลือศิริเสียร. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
15. นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช. 2537;46:1-9.
16. สมจิตร นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
17. Lueboonthavatchai P. Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. J Med Assoc Thai. 2007;90:2164-74.
18. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถานการณ์ผู้สูงอายุ. Available from: http://commed1.md.kku.ac.th/site_data/myort2_78/29/SUMMER2012/Elderly1.pdf.
19. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 120, ตอนที่ 130.
20. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. กรุงเทพฯ: ประกายพริก; 2530.
21. ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์; 2522.
22. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2554.
23. วนิตา คงขำ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2547.
24. ศรีธรรม ณะภูมิ. พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: ชวนการพิมพ์; 2535.
25. เบญจมาศ นาควิจิตร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
26. อรพรรณ ทองแดง. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร; 2553.
27. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2542.
28. Kaplan Hi., Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry :behavioral science: Williams& Wilkins; 1997.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
30. สมภพ เรื่องตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว; 2543.
31. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. โรคซึมเศร้า. Available from: http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/knowledge_article/knowledge_healthy_7_009.html.

32. มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2542.
33. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2, ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536.
34. ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากรม. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. เชียงใหม่: พิมพ์ลักษณ์; 2534.
35. Holmes T. H., Rahe R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic research*. 1967;11(2):213-21.
36. Lazalus R. S, Folkmam S. *Stress, appraisal and Coping*. New york: Springer; 1984.
37. จุฬารัตน์ สติรปัญญา, วัลลภา คชภักดี. สุขภาพจิต (Mental Health). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2551.
38. Janis, Irving L. *Psychological Stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. New York: John Wiley & Sons; 1958.
39. พนม เกตุมาน. ผลของความเครียด และชนิดของความเครียดที่เกิดจากการทำงาน. Available from: <http://www.thaieditorial.com/%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%94-%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%94/>.
40. Tilden V., Weinert C. Social support and the chronically ill. *The Nursing Clinics of North America*. 1987;22:613 - 20.
41. House J. S. *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley; 1981.
42. Hong L. *Social Support and Post partum depression among primiparas*. Dissertation: Cheang Mai University; 2000.
43. Thoits, Peggy A. Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1982;23:145 - 59.
44. Havighurst, Robert J., Neugarten, Bernice, Tobin S. *Middle Age and Aging*. Chicago: University of Chicaco Press; 1968.

45. Markides K. S., Martin H. W. A Causal Model of Life Satisfaction among the Elderly. *Journal of Gerontology* 1979;34:86 - 93.
46. มาโนช ทับมณี. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
47. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2556;56:103-16.
48. อิงใจ จันทมูล. ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
49. กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และคณะ. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. *สารศิริราช*. 2542;51:232 – 43.
50. กาญจนา พึ่งไพศาล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
51. ภัทรา เสี่ยมในเมือง. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลห้วยทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา; 2553.
52. Liang G., Arunpongpaisal S., Kessomboon P., Pinitsoontorn S., Kuhirunyaratn P. Depression and cognitive impairment among the community dwelling elderly in a community of KhonKaen : A primary care setting descriptive study. *J psychiatrassocthailand*. 2009;54:357-66.
53. ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
54. สมใจ โชติธนพันธ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
55. ศรีวรรณดา ดันศิริ. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระณะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาบัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
56. ภัทรภร วิริยวงศ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
57. เกริกชัย พิชัย. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.

58. กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมือง และ อำเภอหาดใหญ่: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2527.
59. Lee C. T., Yeh C. J., Lee M. C., Lin H. S., Chen V., Hsieh M. H., et al. Leisure activity, mobility limitation and stress as modifiable risk factors for depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;54:221-9.
60. Chi I., Chou K. L. Social Support and Depression Among Elderly Chinese People in Hong Kong. *INT'L J Aging and Human Development*. 2001;52:231-52.
61. Wada T., Ishine M., Sakagami T., Kita T., Okumiya K., Mizuno K., et al. Depression, activities of daily living, and quality of life of community – dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005;41:271-80.
62. Cong L., Dou P., Chen D., Cai L. Depression and Associated Factors in the Elderly Cadres in Fuzhou, China: A Community-based Study. *International Journal of Gerontology*. 2015;9:29-33.
63. Chan D., Kwok A., Leung J., Yuen K., Choy D., Leung P. C. Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136:936-70.
64. Yaka E., Keskinoglu P., Ucku R., Yener G. G., Tunca Z. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;59:150-4.
65. Dessoki H., Sharbrawy E., Tahlawy E. Depression among elderly in beni suef city (upper egypt). *European Psychiatry*. 2013;28:1.
66. Tu Y. Y., Lai Y. L., Shin S. C., Chang H. J., Li L. Factors Associated with Depressive Mood in the Elderly Residing at the Long-Term Care Facilities. *International Journal of Gerontology*. 2012;6:5-10.
67. Sikorski C., Luppa M. HK, Ernst A., Lange C., Werle J., Bickel H., Mösch E., et al. The role of spousal loss in the development of depressive symptoms in the elderly - Implications for diagnostic systems. *Journal of Affective Disorders*. 2014;161:97-103.


68. K.Ranga Rama Krishnan, Linda K. George, Carl F. Pieper, Wei Jiang, Rebekka Arias, Adair Look, et al. Depression and social support in elderly patients with cardiac disease. *American Heart Journal*. 1998;136:491-5.
69. Unsar S., Sut N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010;50:6-10.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัด

ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวนริชรา ศศิธร

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ 082-496-0337

แพทย์ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ รศ.นพ. พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ 0-2256-4298

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสังกัด ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่าน เอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัย ใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบข้อคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่าน และแพทย์ประจำตัว ของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความเป็นมา

ปัจจัยทางจิตสังคม ในด้านของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม ในชุมชน มีความสำคัญและมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมากในแง่ของการก้าวผ่าน ปัญหาที่จะต้องเผชิญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องนี้ เพื่อเป็น ประโยชน์ในการเข้าใจภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การหาแนวทางป้องกัน และการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุก และศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดใน ชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 240 คน

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p>
--	---

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี (1 – Year Life Event Questionnaire) จำนวน 43 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) จำนวน 16 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยประมาณ 40 - 45 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน ส่งเสริม และแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผน เพื่อการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ ต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย
- หากท่านไม่สะดวกในการอ่านข้อความด้วยตนเอง ท่านสามารถขอให้ผู้วิจัยอ่านข้อความให้ฟัง โดย


ท่านเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

- หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านไม่สะดวกในการตอบคำถาม ท่านสามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยท่านไม่เสียผลประโยชน์ใดๆทั้งสิ้น

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาว นิรัชรา ศศิธร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p>
--	---

การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

หากท่านยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวนิรชรา ศศิธร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิในการตัดสินใจดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้อ่านโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลข่มขู่

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

**การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้รายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้า


ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเข้าใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการทำวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่ผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1. เพศ | หญิง | <input type="checkbox"/> (1) |
| | ชาย | <input type="checkbox"/> (2) |
| 2. อายุ | |ปี |
| 3. สถานภาพสมรส | โสด | <input type="checkbox"/> (1) |
| | แต่งงาน/คู่ | <input type="checkbox"/> (2) |
| | หย่า/แยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> (3) |
| | หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต | <input type="checkbox"/> (4) |
| 4. ระดับการศึกษาสูงสุด | ไม่ได้รับการศึกษา | <input type="checkbox"/> (1) |
| | ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> (2) |
| | มัธยมศึกษา/ปวช. | <input type="checkbox"/> (3) |
| | ปวส./อนุปริญญา | <input type="checkbox"/> (4) |
| | ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> (5) |
| | สูงกว่าปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> (6) |
| 5. อาชีพ | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> (1) |
| | เกษียณอายุ/ข้าราชการบำนาญ | <input type="checkbox"/> (2) |
| | ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> (3) |
| | รับจ้าง | <input type="checkbox"/> (4) |
| | เกษตรกรรม/ประมง | <input type="checkbox"/> (5) |
| | อื่นๆ | <input type="checkbox"/> (6) |
| | โปรดระบุ | |
| 6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) | บาท | |
| 7. ความเพียงพอของรายได้ | เพียงพอ มีเหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> (1) |
| | เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> (2) |
| | ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน | <input type="checkbox"/> (3) |
| | ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน | <input type="checkbox"/> (4) |
| 8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว | คน | |

9. ผู้ดูแลหลัก
- สามี/ภรรยา (1)
- บุตร (2)
- พี่น้อง (3)
- ญาติอื่นๆ (4)
- ไม่มีผู้ดูแล (อยู่คนเดียว) (5)
10. สิทธิการรักษา
- ไม่มี/ชำระเงินเอง (1)
- บัตรทอง/สิทธิผู้สูงอายุ/สิทธิผู้พิการ (2)
- สิทธิข้าราชการ/ลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ (3)
- สิทธิประกันสังคม (4)
11. โรคประจำตัว
- ไม่มี (1)
- มี (2)
- ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- โรคเบาหวาน (1)
- โรคความดันโลหิตสูง (2)
- โรคไขมันในเลือดสูง (3)
- โรคหัวใจ (4)
- โรคไต (5)
- โรคข้อเสื่อม (6)
- โรคอื่นๆ โปรดระบุ..... (7)
12. ประวัติโรคทางจิต
- ไม่มี (1)
- มี (2)
- ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- โรคซึมเศร้า (1)
- โรควิตกกังวล (2)
- โรคจิต เช่น หูแว่ว หวาดระแวง (3)
- โรคอื่นๆ โปรดระบุ..... (4)
13. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้สารเสพติด
- แอลกอฮอล์ (สุรา,ไวน์ ฯลฯ) (1) ไม่ใช้ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ
- บุหรี่ (1) ไม่ใช้ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ
- อื่น ๆ โปรดระบุ..... (1) ไม่ใช้ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS)

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องตัวเลือกที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2. ท่านไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3. ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่า ไม่รู้จะทำอะไร		
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5. ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6. ท่านมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้		
7. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี		
8. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน		
9. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข		
10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11. ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12. ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14. ท่านคิดว่าความจำของท่านไม่ดีเท่าคนอื่น		
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18. ท่านรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา		
19. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20. ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ		
21. ท่านรู้สึกกระตือรือร้น		
22. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง		
23. ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน		
24. ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆอยู่เสมอ		
25. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26. ท่านมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27. ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28. ท่านไม่ยอมคบปะพุดคุยกับคนอื่น		
29. ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30. ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใส เหมือนก่อน		

ส่วนที่ 3 : แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปี

(1 – Year Life Stress Event Questionnaire)

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตท่าน ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิตช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
สุขภาพ		
1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล		
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงานหรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ		
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ		
4. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนประจำ (เช่นนอนไม่หลับ, เวลานอนไม่แน่นอน)		
5. ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่นออกกำลังกายมากกว่าปกติ, ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ)		
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์, ฟังเพลง)		
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค, เอชส์)		
ครอบครัว		
8. คู่สมรสเสียชีวิต		
9. หย่า แยกกันอยู่		
10. คู่สมรสเจ็บป่วยหนัก		
11. บุตรเสียชีวิต		
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก		
13. ท่านและคู่สมรสมีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ, ขอบเที่ยว)		
14. ท่านและคู่สมรสมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์		
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก		
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต		
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว		
18. มีการโยกย้ายที่อยู่		
19. ท่านและคู่สมรสต้องจากกันนานๆ (6 เดือนขึ้นไป)		
เศรษฐกิจ		
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขาดสน ผิดเคือง		
21. ท่านหรือคู่ชีวิตมีหนี้สินล้นพ้นตัว		
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน, ที่ดิน)		
23. ครอบครัวของท่านถูกยึดที่ หรือไล่ที่		
24. กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุน หรือล้มเลิกกิจการไป		
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัว		

เหตุการณ์ในชีวิตช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
การงาน		
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก		
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน		
28. คู่สมรสให้ท่านออกจากงาน		
29. ท่านตงงาน		
30. คู่สมรสของท่านตงงาน		
31. ท่านต้องรับผิดชอบต่องานมากขึ้น จนไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
32. ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ		
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ ซึ่งต้องมีการปรับตัว		
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา		
35. คู่สมรสของท่าน ต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
สังคม		
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุจนทรัพย์สินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน, น้ำท่วมบ้าน)		
37. ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
38. คู่สมรสของท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
40. คู่สมรสของท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต		
42. ท่านหรือคู่สมรส เสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท, ถูกประจาน)		
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิต หรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อยๆ หรือส่งเสียงดังรบกวน)		

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

คำชี้แจง : ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตัวเลือกที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านอารมณ์					
1. มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
2. มีผู้ห่วงใย ถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่าน					
3. ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์					
4. บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนบ้านที่ดีกับท่าน					
5. ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อไม่สบายใจ					
6. คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
7. เพื่อนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
ด้านข้อมูลข่าวสาร					
8. มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ					
9. มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นอย่างดี					
10. มีผู้แนะนำท่าน เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย					
11. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องที่ท่านอยากรู้					
ด้านทรัพยากรและวัตถุ					
12. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน					
13. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน					
14. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน					
15. ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตัวเลือกที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ภายในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงส่วนมาก	จริงมากที่สุด
1. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นภายในชุมชน ท่านมักจะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นแก้ไขปัญหา ร่วมกับเพื่อนบ้านเสมอ					
2. ท่านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การทำบุญตักบาตรในชุมชน การเลือกตั้งกรรมการชุมชน					
3. ท่านสนใจเข้าเป็นสมาชิกชมรมหรือสมาคม หรือกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน					
4. เมื่อมีกิจกรรมของชุมชน ท่านไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน					
5. ท่านไม่ค่อยได้ไปร่วมงานสังคมต่างๆ					
6. ท่านไม่เคยไปเยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงของท่าน					
7. ท่านไม่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังเทศน์ เวียนเทียน ทอดกฐิน ทอดผ้าป่า					
8. ท่านทำบุญตักบาตรทุกวันพระ หรือวันสำคัญทางศาสนาเสมอ					
9. ท่านติดต่อกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้านเสมอ					
10. ท่านติดตามข่าวสารบ้านเมืองอยู่เสมอ เช่น ฟังวิทยุ ดูทีวี อ่านหนังสือพิมพ์					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวนริชรา ศศิธร

วัน เดือน ปี เกิด 31 กรกฎาคม 2534 กรุงเทพฯ ปัจจุบันอายุ 24 ปี

พ.ศ. 2556 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

พ.ศ. 2558 ทำงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556

